

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

1° volume 2024

Issn: 2279/6991

**Il Sé
Terapeutico**


idipsi

Direttrice Responsabile

Antonia Restori

Direttore scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Giada Ghiretti, Tiziana Brancati, Chiara Rainieri

Redazione

Gianfranco Bruschi, Alberto Cortesi, Daniela Ferrari, Giada Ghiretti, Chiara Rainieri, Tiziana Brancati

Comitato scientifico

Marco Bianciardi (Torino), Gwyn Daniel (Londra), Nadia Monacelli (Parma), Cecilia Edelstein (Bergamo), Wolfgang Ullrich (Milano), Paola Ravasenga (Milano)

Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo

Indice

- pag. 4 | **Editoriale**
Mirco Moroni, Antonia Restori
- pag. 5 | **Appartenenze. Alla ricerca di equilibri tra Sistemi-istituzioni in conflitto**
Antonia Restori
- pag. 11 | **Di corpi e armature**
Alice Vittoria Bracco
- pag. 20 | **Voci, storie, emozioni. La terapia di coppia e le risonanze del terapeuta**
Cinzia Carpenzano
- pag. 29 | **(Ri)conoscersi: storie di transizioni lavorative**
Federico Spagnolli
- pag. 38 | **Al cospetto di una resistenza d'amore. Riflessioni sul "Noi" terapeutico**
Federica Paroli
- pag. 46 | **L'introversione tra i tre sé: Individuale, Sociale e Terapeutico**
Giorgia Conti
- pag. 55 | **Esperienze di relazioni al confine**
Valeria Ferrini
- pag. 62 | **L'inevitabile disclosure della gravidanza: i processi nel sistema terapeuta-paziente**
Anna Punzo
- pag. 71 | **Cambio d'abito! Tra il mio e il tuo femminile**
Alessandra Gilli
- pag. 77 | **Ammalarsi di leucemia in adolescenza. Storia di una relazione al confine**
Celeste Poma
- pag. 85 | **Da me quanto dista la terra? Abitare l'incertezza**
Monica De Vizia
- pag. 96 | **Il viaggio dell'Eroe: il mio percorso interiore come terapeuta**
Lucrezia Angioni
- pag. 102 | **Attaccamenti e Libertà di Esistere. Il percorso di una relazione terapeutica tra sofferenze, incrostazioni, confini e nuovi sguardi: una danza tra il trattenere e il lasciare andare**
Giulia Monteleone
- pag. 108 | **La dualità vita morte nel sistema terapeutico: tre complessità in un sistema intessuto di punti di singolarità**
Alessia Ferrari
- pag. 117 | **Alla scoperta del mio sé terapeutico: a bordo con Silvia, i miei pazienti e... Nietzsche! Tra il mio e il tuo femminile**
Arianna Broglia

Editoriale

Mirco Moroni, Antonia Restori

I lavori dei tre volumi che Cambiamenti edita quest'anno si caratterizzano da una parola chiave o, meglio, da una preposizione ridondante che è "Tra". Una preposizione così semplice ma anche tanto generativa di processi di pensiero, di relazioni, di storie di conflitti, di tentativi di porre distinzioni e posizioni differenti in dialogo. Il Tra è anche attivatore di processi di cambiamento nel tempo, con parole tipo: tramite, attraversare, tramutare, intramontabile; nello spazio: trasportare, transitare...; nella forma del discorso: tradurre, tradire, tralasciare...

L'Istituto è stato negli ultimi anni sui confini, tra linguaggi, culture, narrazioni, vivendo la natura di conflitti sociali, politici, umani, intrapsichici. E su questi confini continuerà a sostare, perché necessari alla formazione delle Identità personali, professionali, e delle Comunità. Troppo spesso viviamo "agiti" sui confini senza esserne consapevoli, sposando posizioni frammentate, e perdendo la visione della Complessità dei processi umani e di Natura, scordandoci di essere parte del Tutto e osservando il mondo da fuori.

Molti sono i contributi portati in questi tre volumi che richiamano al senso "estetico" della postura dello psicoterapeuta, alla dimensione "politica" delle nostre relazioni interpersonali. Posizioni per noi fondative l'*agire etico* della nostra visione futura del ruolo della Psicoterapia nella Società umana.

Buona lettura

Mirco Moroni
Antonia Restori

Appartenenze. Alla ricerca di equilibri tra Sistemi-Istituzioni in conflitto

Antonia Restori¹

*“Date una parola al dolore,
perché il dolore che non parla sussurra al cuore,
fino a spezzarlo”*

W.Shakespeare, Machbeth

Prologo

La questione che più in generale vorrei trattare in questo scritto è: come affrontare le sofferenze che incontriamo quotidianamente nei contesti di lavoro dove operiamo in qualità di professionisti delle relazioni. E qui non mi riferisco solo alle sofferenze portate dalle persone più fragili, indifese, ma anche dei professionisti stessi che abitano le loro Istituzioni. Parto mettendo qui in rapporto due Sistemi: l'Istituzione Stato e l'Istituzione Famiglia. E la spinta argomentativa mi arriva da un invito ad intervenire in un Seminario recente dal titolo: “Dopo Bibbiano; per una qualità del care psicologico e sociale”. In realtà, da emiliana, la questione di Bibbiano mi era già nota dal 2019, quando scoppiò il caso su tutti i media italiani. E ne fui particolarmente scossa già allora dal momento che la questione della tutela minorile in ambito sociale, giuridico e genitoriale ha sempre rappresentato per me un complesso tema direi epistemologico, ontologico, culturale e politico. Ricordo che avevo azzardato nel 2020 l'idea di organizzare proprio a Bibbiano il nostro annuale Residenziale della Scuola di Specializzazione IDIPSI, con l'intento di portare le voci degli esperti in conflitto a dialogare, sapendo che in quei tempi entrare a Bibbiano era come ritrovarsi in un'atmosfera tipo quella del film di Zinnemann “Mezzogiorno di fuoco”: non un'anima in giro, paese deserto, senso di timore ad esporsi, tutti zitti. Poi ci si mise il Covid a farmi desistere in un'impresa che forse odorava un tantino di *ubrys*, ovvero tracotanza.

Nel frattempo, arrivati al 2025, tutti gli imputati coinvolti vennero assolti nel corso degli anni, con conseguenze pesanti per loro e per i Servizi socio-sanitari territoriali, sia in termini di vissuti emotivi personali, sia professionali e più in generale per l'immagine del nostro tanto bistrattato Servizio pubblico. La colpa degli imputati era quella di avere intrapreso azioni arbitrarie nella tutela dei minori dell'area della Val d'Enza, con allontanamenti e affidamenti sospetti.

Per provare ad articolare un mio pensiero su tale questione, per me utile per iniziare a darmi qualche risposta sul quesito iniziale, mi sono letta nel corso di questi ultimi anni le arringhe accusatorie e difensive dei processi di Bibbiano, e soprattutto le tesi argomentative di clinici chiamati come consulenti tecnici del calibro di Luigi Cancrini e Mauro Mariotti. Ho approfondito le posizioni dei clinici che al di là del processo di Bibbiano, più in generale trattano i temi degli abusi sui minori e che mi verrebbe da distinguere, forse in modo azzardato, nelle forme più polarizzate tra *negazionisti-garantisti* da un lato e *interventisti* dall'altro. Posizioni differenti ed estremamente

¹ - Restori Antonia, direttrice Istituto di Psicoterapia sistemica integrata Idipsi

distanti riguardo la gestione della tutela minorile, dove alcuni clinici mostrano molta prudenza a fronte di ipotetiche decisioni di allontanamento del minore dal nucleo familiare, e che potremmo arrivare a definire appunto garantisti o addirittura negazionisti, mentre altri che non vanno per il sottile e che decidono in alcune circostanze interventi urgenti di allontanamento la dove magari una vera urgenza non sarebbe poi così necessaria, come pareva essere stato nel caso Bibbiano. Sappiamo tutti quanto sia difficile prendere posizioni urgenti quando ci troviamo di fronte alle tre ipotesi discriminanti ogni intervento di questo genere, e cioè la presenza di maltrattamenti psicofisici di abuso, trascuranti, o di abbandono dei minori. Lo sanno gli operatori socio-sanitari, il legislatore, la magistratura, la famiglia, il contesto sociale e soprattutto il minore.

È un tema che investe certamente l'Etica e il Carattere di una civiltà, per dirla alla Bateson, e che si manifesta attraverso i mutamenti culturali nel corso dei tempi.

Sappiamo che c'è voluto tutto il secolo scorso per arrivare a considerare il bambino una creatura pensante, con diritti, da tutelare come il bene supremo della società. Il secolo che, attraverso gli studi di Freud sull'isteria, della Klein e le relazioni oggettuali, di Winnicott e la madre sufficientemente buona, di Bowlby e le teorie dell'attaccamento, di Spitz e il primo anno di vita, ha esitato probabilmente nel 1989 con la stipula della Convenzione internazionale dell'ONU per il diritto del fanciullo, ratificata e implementata nel 2001 da tutti i paesi facenti parte della stessa Organizzazione. Ecco all'incirca da quel momento il fanciullo diventava, a mio avviso, un soggetto con corpo e pensiero da tutelare e non più un bimbetto scemo e puzzolente da vergare a sentimento. E soprattutto non più una proprietà, un possesso del genitore, spesso il padre, ma un cittadino fatto e che poteva finirli.

Tra l'altro, a ben vedere, sull'atto di nascita dell'infante, ormai da un tempo memorabile, troviamo scritto un *Dichiarante* e una *Puerpera*, non un Padre e una Madre; il bambino è quindi prima di tutto un cittadino che lo Stato affida ai genitori. Tant'è che, se lo Stato attraverso i suoi organi giudiziari e sociali rileva mancanze nel tutelare la protezione, la cura e l'educazione del bambino può decidere la sospensione della responsabilità genitoriale e affidare ad altri il minore. In questo senso tra l'altro è interessante sottolineare che la dicitura "potestà" genitoriale è stata sostituita dalla "Responsabilità" genitoriale con il D.lgs n. 154/2013. La principale differenza tra le due nozioni è che la responsabilità genitoriale è concepita come un insieme di diritti e doveri che i genitori hanno nei confronti dei figli, mentre la potestà genitoriale era incentrata sul potere dei genitori di esercitare un'autorità sui figli.

Tra Diritto Positivo e Diritto di Natura

Queste premesse fin qui le ho portate per tentare di introdurre un mio pensiero attorno alla questione Bibbiano in quanto lo definirei paradigma di potenziali altre storie che avrebbero potuto verificarsi e che potrebbero in futuro tranquillamente emergere in qualsiasi altro luogo nel territorio del nostro sistema paese. Il paradigma lo percepisco incarnato nel conflitto atavico tra il sentimento di appartenenza umano a una *Legge naturale* e per millenni intesa come divina, e il desiderio o forse meglio ancora, la necessità di regolamentare le relazioni umani al fine di scongiurare l'estinzione della stessa specie umana, desiderio incarnato da Diritto Positivo. E qui se ci pensate, il fatto che da circa quarant'anni l'umanità si è data la regola che l'infante è diventato sacro e come tale va trattato, anche a fronte della crisi delle nascite, almeno nel mondo occidentale, tutto ciò richiama a un nuovo primato del *Diritto Positivo*, di cui più avanti spiegherò il significato. La mia opinione è che l'umanità da sempre, o per lo meno dal mondo greco antico, è divisa tra due posizioni. La spinta conservatrice della propria specie, che si appella al Diritto di

Natura per mezzo di perifrasi dogmatiche del tipo: c'è un uomo e c'è una donna, ed è Dio che lo dice; la famiglia è sacra e i figli sono del padre (potestà); Dio è con noi, e non con loro in quanto infedeli. Mentre l'altra posizione richiama alla necessità di limitare il potere del singolo, dei clan, dei lignaggi, degli stati, che si fanno scudo con Dio, riportando l'essere umano ad una dimensione sociale dove il Diritto Positivo possa garantirne una convivenza sociale sostenibile; prendendo spunto dal pensiero di Bion, lo Stato, le Istituzioni, il Diritto Positivo, preservano l'uomo dalla follia. L'ho presa molto alla larga ma per me questa premessa è sostanziale.

Pensiamo al clima della campagna politica alle elezioni regionali del Gennaio 2020 in Emilia Romagna. Da una parte i partiti che si facevano portavoce delle istanze delle famiglie di Bibbiano a cui erano stati allontanati i figli definiti "gli angeli", e che accusavano di rapimento i Servizi socio-sanitari, e quindi lo Stato, definendoli letteralmente "demoni"; dall'altra le posizioni dei Servizi Sociali con i loro clinici consulenti, che esibivano prove documentate delle violenze subite dai minori e quindi della necessità di cure e protezioni adeguate in loro favore.

Leggo tra le righe della consulenza di Luigi Cancrini per il Tribunale al processo di Bibbiano, che afferma: *"Il processo di Bibbiano è un processo alla Scienza"*. Sembrava in effetti di essere tornati nel Medioevo: la Scienza è da considerare demoniaca, infedele, va processata!

In piena campagna elettorale i destrorsi potevano in questo modo rastrellare in Regione il popolo degli indecisi timorosi di Dio. Il loro slogan su tutti i media era "Parlateci di Bibbiano". Purtroppo per loro stravinsero i sinistrorsi, ma si sa in Emilia Romagna sono molto infedeli.

Ora, senza aggiungere considerazioni politiche sterili e poco consone a questa rivista scientifica, mi limito a ribadire la domanda: quale natura conflittuale entra in gioco in queste circostanze?

Continuo quindi a pensare ad un conflitto sociale, umano, culturale che affonda le sue origini nella tensione atavica tra Giusnaturalismo o Diritto di Natura, e Diritto Positivo-Istituzione dalla quale la Società parrebbe non riuscire a prescindere, pena un'ascesa incontrollabile del "Polemos", del conflitto che si fa guerra. Quante guerre sono accadute e quante sono oggi fervide in nome di Dio? O meglio, del proprio Dio.

La mia sensazione, tuttavia, è che il Diritto di Natura ci appartenga quanto la necessità di un Diritto Positivo. E ancora qui riporto Sofocle, con la sua Antigone, l'opera perfetta per Hegel.

«A proclamarmi questo non fu Zeus, né la compagna dell'Inferi, Dike, fissò mai leggi simili fra gli uomini. Né davo tanta forza ai tuoi decreti, che un mortale potesse trasgredire leggi non scritte, e innate, degli dèi. Non sono d'oggi, non di ieri, vivono sempre, nessuno sa quando comparvero né di dove» (Antigone, vv. 450-457).

Antigone non si rivolge al regnante Creonte facendo appello alle leggi di Dio per pretendere la sepoltura del fratello Polinice, ma a delle leggi che "nessuno sa quando comparvero né di dove". Sofocle nella tragedia, come sappiamo, ci parla dell'eterno conflitto tra *Autorità e Potere*: in termini contemporanei è il problema della legittimità del Diritto Positivo che in talune circostanze si propone in modo autoritario. Il contrasto tra Antigone e Creonte si riferisce infatti (almeno in parte) alla disputa tra leggi di Natura e leggi Umane. Le prime, i cosiddetti ἄγραπτα νόμια (*àgrapta nòmima*: corpus di leggi consuetudinario, prerogativa del γένος, *génos*) sono difese da Antigone, mentre Creonte si affida al νόμος (*nòmos*, corpus delle leggi della πόλις, *pólis*). Il punto di forza del ragionamento di Antigone consiste nel sostenere che un decreto umano (il νόμος, *nómos*) non può non rispettare una legge di natura (gli ἄγραπτα νόμια). Al contrario, il divieto di Creonte è l'espressione di una volontà tirannica, basata sul principio del νόμος δεσπότης (*nómos despótes*), ovvero della legge sovrana: egli osa porre tali leggi al di sopra dell'umano, della natura e del divino.

Su questa tragedia sappiamo che prese forte ispirazioni Hegel nell'opera Estetica; egli voleva mettere in evidenza il dissidio esistente tra la legge della famiglia, del γένος, e la legge dello Stato (in particolare lo Stato assoluto), entrambe legittimate a sussistere in quanto espressione di aggregazioni sociali consolidate.

Bibbiano come nella πόλις di Sofocle

Provando ad addentrarmi un poco nella tragedia bibbiana, nelle letture delle arringhe, ho avvertito in modo nitido il clima del conflitto antigonesco.

Riporto qui alcuni passaggi tratti dal libro *“La giustizia non è una Dea bendata. Contro l'inganno di Bibbiano”* (BeHopeBooks 2025) di Luca Bauccio, avvocato difensore dell'imputata più importante. Dice l'avvocato Bauccio: *“Il confine che dobbiamo curare è tra due territori, uno quello abitato dagli imputati in cui vige la regola proteggi il figlio come se fossi te stesso, l'altro è quello del padre, della madre, dell'istituzione famiglia, patriarcale, delle chiese.”*

È come se ci trovassimo dunque sul confine del conflitto tra la legge del Diritto Positivo e la legge del γένος. Un confine che, dice a mio avviso giustamente Bauccio, *“dobbiamo curare”*.

E ancora scrive Bauccio, riferendosi a ciò che la pubblica accusa avrebbe affermato tra le righe: *“Proteggi la famiglia, onora il padre e la madre, segui la legge del padre, segui la legge del Tempio...”* La legge del Padre, della stirpe, di Dio non si può trasgredire. La Patria, la razza, il territorio va protetto per volere di Dio.

Ma deve prevalere su tutto ciò il Diritto Positivo per l'arringa della difesa, che arriva ad affermare: *“La ferita del figlio è ferita dell'umanità. Il territorio della Cura è il luogo dove bambini traumatizzati vengono accolti e curati, presi sul serio e amati.”* Se i nostri figli subiscono violenze, abusi da questo Dio-Padre, si produce una ferita della nostra umanità che va curata e tutelata dal Diritto Positivo. Bauccio, nella sua arringa, arriva ad affermare, con un colpo da maestro del foro, riportando il primato delle Scienze umane nell'aula del tribunale: *“Colpa della psicoanalisi aver scardinato la sacralità della famiglia rifiutando ogni forma di misticismo.”* Che poi è il riferimento a tutto il movimento delle scienze umanistiche a partire dall'inizio del secolo scorso di cui facevo riferimento più sopra. Aggiunge l'autore dell'arringa della difesa: *“La famiglia non è sacra, un luogo immacolato. La famiglia è un luogo di amore, ma può essere di orrore”*.

Mentre leggendo le arringhe dell'accusa gli affidi andrebbero evitati: essi, infatti, producono effetti che possono essere anche simili o superiori a quelli di un abuso sessuale. Per l'accusa la famiglia biologica è sacra, è il luogo eletto.

Riporto anche questo passaggio del libro: *“Quando è stato chiesto all'accusa da quali evidenze scientifiche avesse tratto tale visione sugli effetti nocivi degli affidi dei minori, la consulente dell'accusa ha dovuto ammettere: no, non ci sono riscontri scientifici, ho copiato la nota di un libro”*.

E qui mi sia consentito aggiungere una sfumatura sulla retorica dei delatori del giusnaturalismo: di fronte alle evidenze fattuali di mancanze di prove concrete dell'accusa, l'arringa accusatoria procede accecata nelle proprie convinzioni con uno stile disarmante, che per fortuna non pare abbia potuto ammaliare i giudici.

Bauccio riferendosi a ciò cita persino Karl Popper per spiegare questa posizione anti-scientifica dei consulenti clinici dell'accusa: *“L'accusa pensa come l'uomo primitivo. Popper diceva: dimenticatevi la verità assoluta, la verità unica è un imbroglio, un sapere provvisorio. Un'asserzione è vera fin tanto che non viene falsificata. E fa l'esempio dei corvi: tutti i corvi sono neri: verità sostenibile finché non si presenta un corvo bianco. Un solo corvo bianco è in grado di negare,*

smentire l'intera legge. Il metodo scientifico procede per ipotesi, postula una tesi, raccoglie prove che possano confermare la relazione causa effetto, fino a quando non trova l'elemento che falsifica; e se lo trova si ricomincia da un nuovo inizio. In questo processo prevale il metodo verificazionista contro il metodo falsificazionista. Come la danza della pioggia. L'uomo primitivo non guarda alla falsificazione delle ipotesi; se non piove va fatta la danza finchè non si verifica la pioggia" ...se arriva, aggiungo io.

C'è poi ancora un tema importante che Bauccio affronta nel suo testo-arringa." Per l'accusa anche i bambini mentono, le vittime a volte mentono. Un'accusa antiscientifica. Se è per questo allora gli adulti forse non mentono?" Il tema qui è: al clinico, allo psicoterapeuta chiamato a prendersi cura del bambino, ma anche, dico io, del genitore, interessa la verità dei fatti o tutt'al più la sua postura etica dovrebbe attenersi ad accogliere la narrazione di vissuti traumatici in quanto vissuti? Così commenta Bauccio: *"Di fronte a un bambino che dice, con parole sue, qualcosa che rimanda ad un possibile abuso, che presenta condotte allarmanti, che comunica così come può la propria angoscia e sofferenza, l'accusa e il Pubblico Ministero prescrive che prima della cura ci sia l'accertamento delle prove. I garantismi fatti sulla pelle dei più deboli, delle vittime, degli indifesi, puzzano di ipocrisia. ...Non permettiamo al cinismo di vestirsi da garantismo."*

Concludo questa parte prima di arrivare a delle riflessioni conclusive con una citazione di Bauccio di un autore conosciuto a proposito del ruolo professionale della psicoterapeuta *"La postura terapeutica che lo psicoterapeuta dovrebbe incarnare di fronte a racconti portati di sofferenza, abusi, violenze, deve essere l'ascolto accogliente e sensibile, considerando come dati di fatto tutto ciò che la persona porta. Qualsiasi cosa il paziente affermi, racconti o esprima, essa verrà trattata comunque come vera in quanto, anche se non dovesse corrispondere alla verità storica è comunque un contenuto psichico presente nella mente del paziente. Se il paziente ha una certa idea del suo vissuto, di interpretare e dare significato al suo passato non è compito dello psicoterapeuta indagare se quei fatti siano accaduti oppure no. L'alleanza terapeutica è l'architrave della psicoterapia ed è incompatibile con il distacco valutante di chi svolga l'attività diagnostica in campo forense". (Guglielmo Gullotta)*

Tra il γένος e il νόμος c'è il λόγος

Sappiamo come finisce la tragedia di Sofocle: in tragedia. Ma l'aspetto illuminante dell'Antigone per me risiede nel discorso finale del Coro, che dice pressappoco così: ha ragione Antigone nel suo desiderio di seppellire il fratello, e ha ragione Creonte nel volerglielo vietare perché traditore di Tebe. E a questo punto come se ne esce? Proprio qui sta il punto! Non se ne esce, così come non ci si entra in questo genere di partita a scacchi a somma zero. Cosa c'è in gioco, se proprio di gioco vogliamo parlare? Cosa c'è stato in gioco nella tragedia di Bibbiano e in quelle che l'hanno preceduta e in tutte quelle che accadranno? Il Dialogo tra Diritto di Natura e Diritto Positivo, tra γένος e νόμος, tra laici e fedeli, tra Nato e Briks, tra Est e Ovest, tra Famiglia e Stato, tra conservatori e progressisti, tra chi ha paura di perdere la propria identità e chi ha paura di morire solo.

Per quanto riguarda nello specifico il nostro lavoro di psicoterapeuti e operatori socio-sanitari quando ci troviamo al cospetto della sofferenza di abusi, di maltrattamenti, di comportamenti abbandonici su minori, ciò su cui dovremmo concentrarci da subito è fermare il δράμα (dramma), metterci in una posizione di cura, noi e tutto il sistema implicato nel dramma, a partire dal bambino e insieme alla sua famiglia, contemplando anche noi. Tutto il sistema di cura, composto dal bambino, la famiglia, i Servizi socio-sanitari, il mondo dell'avvocatura, i garanti dei minori, le

famiglie affidatarie, i Giudici, la Comunità tutta deve interrompere il δράμα e mettersi in dialogo, in un dialogo che intendo δια-λογος, con *logos* per me inteso non come parola ma come Verità dell'Anima. Questo approccio estetico deve però fare i conti con Istituzioni come la Famiglia, gli Enti Locali, i Servizi Sanitari, i Tribunali, che praticano linguaggi differenti, mossi da visioni e missioni differenti e che, sebbene in rapporto tra loro attraverso protocolli più o meno di intesa, fanno molta fatica ad ascoltarsi, a vedersi, a dialogare. Prevalgono tutt'al più interessi che puntano a preservare le proprie identità, prevale diffidenza, autoreferenzialità, perché essi si confrontano monologando piuttosto che dialogando. Ognuno convinto che i corvi siano monocromatici, e del colore che ciascuno pensa essere quello giusto.

Fino a ritenere, e concludo, con ciò che ha potuto riscontrare Mauro Mariotti, valoroso consulente clinico per la difesa nel processo di Bibbiano, e cioè che le *“diagnosi di malattia dei minori sono state causate dai colloqui dei consulenti psicoterapeuti.”* E che genere di diagnosi sono mai queste? Le ho cercate nel DSM e nell'ICD10 ma vi giuro che non le ho trovate!

In pratica la malattia è stata imputata alle pratiche di affidamento e psicoterapia (sic).

A fronte di tutte queste tragedie, compito della psicoterapia, a mio avviso, resta ancora quello di riparare il futuro editandolo con i protagonisti del δράμα.



Di corpi e armature

Alice Vittoria Bracco ²

Sommario:

Il testo racconta di un viaggio intimo nel quale la Bioenergetica e la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) incarnano strumenti preziosi di scoperta del Sé. L'autrice, partendo dall'esperienza personale, approfondisce e si immerge all'interno della propria struttura difensiva – l'armatura orale, così come teorizzata da Wilhelm Reich (1969) – caratterizzata da un bisogno visceralmente insoddisfatto di ricevere amore, calore e accudimento.

Vengono successivamente esplorati gli *schemi interpersonali maladattivi*, descritti da Dimaggio e colleghi (2019), intesi come l'insieme dei patterns relazionali automatici, impliciti, registrati dal corpo e impiegati per interagire nel mondo.

Il continuo bisogno di conferme esterne, il perfezionismo, il chiedere con impeto e paure abbandoniche emergono come elementi costanti di un copione ripetuto, alimentato da una credenza nucleare di non valore, nonché da un sentire intollerabile, intoccabile di profondo vuoto interiore. Attraverso la terapia personale l'autrice prova a prendere coscienza e a sanare le proprie cicatrici, riscoprendo emozioni taciute, abbracciando(si) e sciogliendo le proprie corazze emotive. Il risultato è un viaggio immersivo, a tratti spaventoso, a tratti coraggioso, curioso, in un mondo che fino a qualche anno fa l'autrice mai avrebbe visitato: la sua pancia.

Parole chiave:

Armature personali, schemi, corpo, attaccamento, viaggio interiore, accettazione di sé.

Abstract:

The text tells of an intimate journey in which Bioenergetics and Metacognitive Interpersonal Therapy (TMI) serve as valuable tools for self – discovery. The author, drawing from personal experience, delves deeply into her own defensive structure – the oral armor, as theorized by Wilhelm Reich (1969) – characterized by a visceral, unmet need to receive love, warmth, and care.

Subsequently, maladaptive interpersonal patterns, described by Dimaggio and colleagues (2019), are explored, seen as the set of automatic, implicit relational patterns recorded by the body and used to interact with the world.

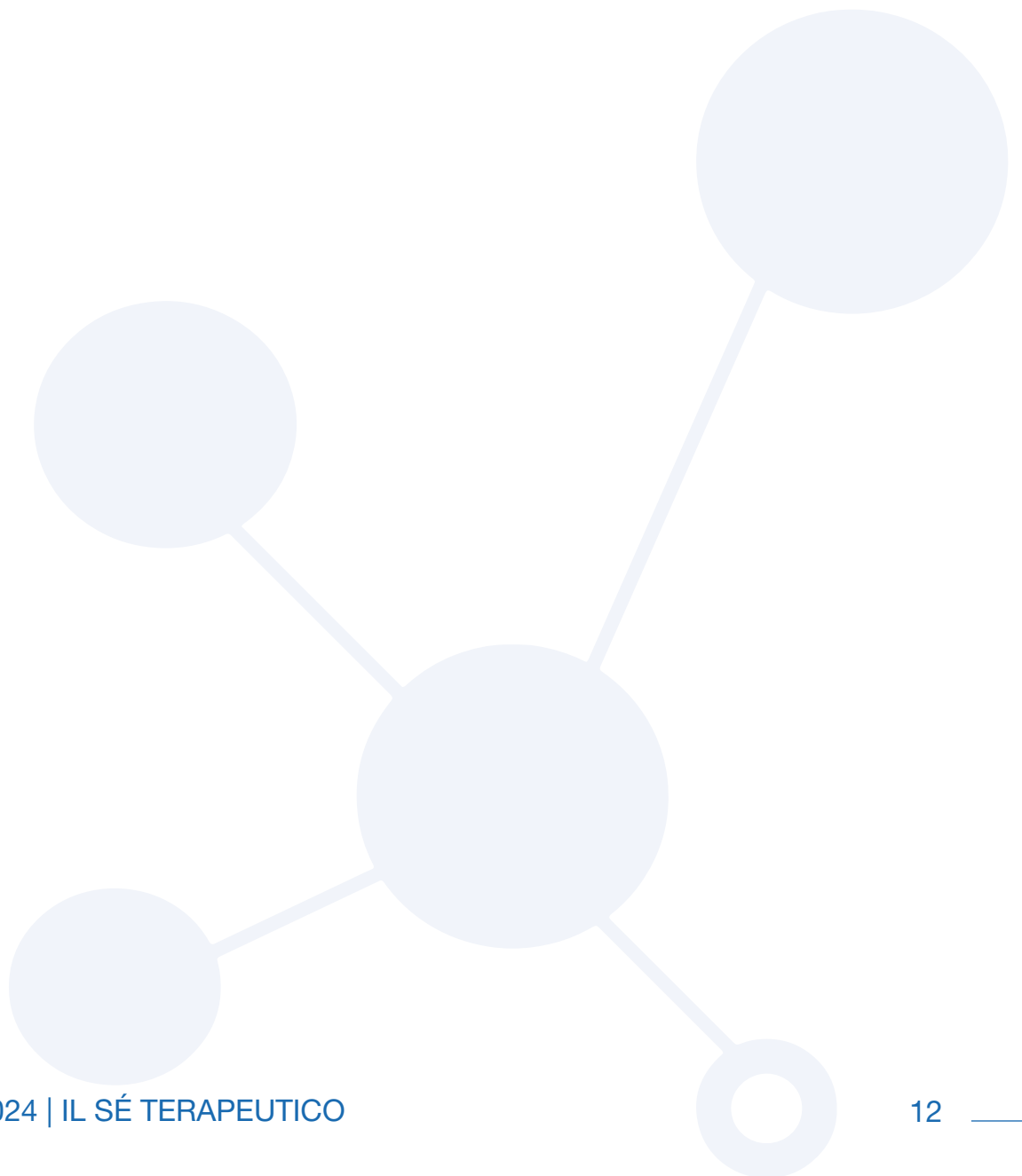
The constant need for external validation, perfectionism, the impulsive asking, and abandonment fears emerge as constant elements of a repeated script, fueled by a core belief of worthlessness, as well as an intolerable, untouchable feeling of profound inner emptiness. Through personal therapy, the author attempts to become aware of and heal her scars, rediscovering silenced emotions, embracing (herself), and dissolving her emotional armors. The result is an immersive journey, at times frightening, at times courageous, curious, into a

2 - Alice Vittoria Bracco, allieva IDIPSI 1 anno, alicebracco2897@gmail.com

world that, just a few years ago, the author would never have visited: her belly.

Key words:

Personal armor, patterns, body, attachment, inner journey, self – acceptance.



Introduzione

Parto da dove non mi sarei mai immaginata, da me stessa.

Nel corso di questi ultimi mesi la bioenergetica e la terapia metacognitiva interpersonale (TMI) hanno saputo pormi domande e darmi risposte, ma non solo; me le hanno fatte faticosamente sentire, vedere, toccare e assaporare con qualsiasi senso.

Questo elaborato rappresenta un vero e proprio viaggio immersivo, a tratti spaventoso, a tratti coraggioso, curioso, in un mondo che fino a qualche anno fa mai avrei visitato: la mia pancia. Ho quindi preso coraggio, sono partita da due approcci che mi hanno affascinata e compresa moltissimo per poi scrivere (anche) di me e della mia terapia, consapevole di quanto sia necessario incontrare se stessi prima di potersi permettere di incontrare l'Altro.

Le armature carattere – muscolari

Alla base dell'analisi bioenergetica si trova un concetto semplice quanto rivoluzionario introdotto da Wilhelm Reich a metà del Novecento: quello di "armatura" o "corazza caratteriale" (Reich, 1969). Questo termine racchiude in sé un vero e proprio universo di sensazioni, emozioni o "sentizioni" (Marchino & Mizrahil, 2011).

Ogni corpo, ogni armatura possiede una storia unica, una storia che parte da rinunce necessarie. Fin dalla prima infanzia, siamo costretti a sacrificare parti di noi stessi e a rafforzare tutti quei tratti a cui l'ambiente è riuscito a rispondere in modo positivo. Il risultato di tutti questi sforzi e rinforzi non può che essere una vera e propria struttura difensiva, una corazza per l'appunto, una corazza insolita, somatica, ricca di emozioni represses e tensioni muscolari utili ad imprigionarle.

Non avremmo avuto bisogno di creare tensioni psicosomatiche se non non fossimo stati costretti a reprimere la nostra spontaneità, i nostri bisogni; se non avessimo dovuto rinunciare ad esprimere le nostre verità così come le abbiamo

percepite (Marchino & Mizrahil, 2011).

Il processo di ritorno alla verità è finalizzato alla riscoperta del nostro autentico sé interiore e alla sua libera espressione: questo viaggio terapeutico, iniziato per me quattro anni fa, richiede inevitabilmente di attraversare un'area di grande difficoltà e sofferenza, poiché impone di confrontarsi con le parti più profonde del proprio sé, quelle più intoccabili, quelle più sgretolabili, inarrivabili.

L'armatura orale: il come ed il perché

La teoria dei tipi caratteriali descritta da Alexander Lowen (1983) e dall'analisi bioenergetica si configura come una mappa utile a muoversi nella realtà: senza avere la pretesa di incasellare vite, vita o persone all'interno di categorie o entro etichette, orienta rispetto alla costellazione di vissuti (e mancanze) possibili.

I vari tipi caratteriali (schizoide, orale, simbiotico, masochista, psicopatico e rigido) deriverebbero dal mancato soddisfacimento dei cosiddetti cinque diritti fondamentali del bambino: il diritto di esistere, il diritto di avere bisogno, il diritto di possedere sé stesso, il diritto di imporsi, il diritto di essere autonomo e il diritto di amare sessualmente (Lowen, 1983).

Scelgo di approfondire l'armatura orale con la stessa emozione (o commozione) che mi ha colto nel momento in cui ho letto per la prima volta, ne "Il corpo non mente" (Marchino & Mizrahil, 2011), le pagine ad essa dedicate, scelgo di approfondirla perché racconta di me e perché, da questa, mi sono sentita raccontata come mai prima d'ora.

«Lo specifico bisogno (più o meno disatteso) che prende corpo nella persona che diventerà un adulto con tematiche orali è quello di ricevere amore, tenerezza, accudimento, calore e rispecchiamento energetico» (Marchino & Mizrahil, 2011, p. 127). Riporto questa frase introduttiva sorridendo, sorridendo perché il sistema di attaccamento risulta essere il protagonista indiscusso di quasi tutte le mie sedute di psicoterapia, da quattro anni a questa

parte: oggi sono orgogliosa di poterlo dire, non ci sono più tracce di fastidio, vergogna, tristezza o rabbia nel rendermene conto.

Fin dalle epoche precoci dello sviluppo i caratteri orali vivono situazioni di tipo carenziale, presto si convincono di non essere in diritto di ricevere e comprendono di dover fondare la propria struttura sul bisogno di *non* mostrare il proprio bisogno per essere “realmente” accettati dal sistema. Tornando al *come*: se il bambino si sente frustrato ogni qual volta ricerca l'attenzione dei propri caregivers, interiorizza messaggi altamente dannosi: “I miei bisogni e le mie richieste sono inutili, sbaglio a chiedere, sono sbagliato” e ancora “Non ho diritto all'amore e al contatto fisico di cui necessito”. Di conseguenza, avvertendo un crescente, angosciante senso di vuoto e abbandono, arriva ad intensificare i propri sforzi fino a quando i muscoli, stremati dal tentativo di avvicinarsi, tendono a ritirarsi e a contrarsi in un gesto autoconsolatorio (Marchino & Mizrahil, 2011).

Per mantenersi integro, cercando di non sentire il vuoto dell'abbandono e della tristezza il bambino si stringe, attivando i muscoli dell'addome e dell'intestino, contraendosi attorno a ciò che possiede: questo è il *perché*. Questa contrazione, in un certo senso, può essere interpretata come una sorta di autoabbraccio. (Marchino & Mizrahil, 2011).

Esiste una differenza qualitativa sostanziale tra un abbraccio ed un autoabbraccio: mentre l'abbraccio materno permetterebbe al bambino di espandere il petto e forse di liberare, con il pianto, il bisogno rimasto insoddisfatto, l'autoabbraccio è sostenuto da una tensione muscolare. Tensione muscolare che impedisce una sensazione, siccome il sentire sarebbe troppo doloroso.

Pur non avendo ricordi troppo dettagliati antecedenti ai tre/quattro anni, sono certissima che queste profonde sensazioni di mancanza si siano trascritte e iscritte nel mio corpo, del resto si sa che il corpo ricorda quello che la mente dimentica. Solo pochi mesi fa, grazie a

questa lettura, ho compreso e potuto sentire quali siano queste sensazioni e il perché io, ad oggi, senta tutto e solo a livello del torace.

Secondo la bioenergetica, coloro che appartengono al cosiddetto carattere orale, sono “scarichi” in qualsiasi altra area corporea che non siano torace, stomaco ed intestino: ed è davvero così. L'accartocciarsi degli intestini, l'aggrovigliarsi di stomaco e torace aiuta a non sentire il vuoto, l'assenza, aiuta anche a dare supporto alla struttura, “a tenersi su”.

Ogni sensazione, ogni emozione di paura, tristezza, rabbia, angoscia è per me “pancia” (pancia per davvero) e ha le sembianze di un peso fitto, un peso che colpisce lo sterno e si dirada alle costole, le cinge, le abbraccia, forse direi che le tiene insieme.

L'assenza di emozioni negative è invece per me libertà, leggerezza, fluire libero di energia, senza ostacoli, senza blocchi da cui tutto parte e a cui tutto torna.

Mi sono sentita nuovamente descritta dalle parole di Luciano Marchino e Monique Mizrahil (2011) che sottolineano come in terapia molte persone con carattere orale riferiscano frequentemente vissuti di “batticuore”: il mio è sempre stato un batticuore pieno, assordante, energico, un batticuore che si accompagna spesso agli esercizi di immaginazione guidata proposti dalla mia terapeuta, un batticuore che è vissuto di scioglimento, di fluidità, segno di un cuore che non produce più l'eco di una ferita, ma riprende a battere ad un ritmo diverso da quello stabilito dall'armatura.

Gli “occhi da cerbiatto”

Scelgo questo titolo perché rappresentativo del mio modo di incontrare l'Altro.

Uno dei tratti tipici dell'armatura orale, nonché uno degli strumenti di “controllo” più impiegati, sono quelli che Luciano Marchino (2011) – ma anche mia madre, chiamandomi così da sempre – definisce “occhi da cerbiatto”.

Gli “occhi da cerbiatto” rappresentano una delle modalità più immediate, automatiche di

richiamo dell'Altro e contengono un messaggio semplice ma vitale, per me: "sono dolce, vieni qui". Al di sotto di questa totale assenza di minaccia si nascondono rabbia, tristezza, paura dell'abbandono e rassegnazione, "nascoste" per l'appunto, perché l'obiettivo primario è quello di richiamare, indurre l'altro ad avvicinarsi così da ottenere ciò di cui si ha bisogno: si offre tutto quello che in realtà si desidera ricevere. Solo oggi scopro quanto mi siano serviti questi occhi.

Il "dare" per una persona con armatura orale, è sempre un *do ut des*, un "dare per ricevere", ma è anche totalizzante, un dare che deve per forza essere "tutto" per non correre il men che minimo rischio di essere lasciata sola. Ecco spiegata un'altra strategia: quella del perfezionismo.

Difficilmente si riesce a trovare appagamento nel dare, sia perché il vero obiettivo è l'esatto contrario, sia perché questo gesto di estrema e perfetta tensione verso l'altro richiede molte più energie di quelle a disposizione.

È la rabbia ad essere l'emozione che viene maggiormente bloccata all'interno e da parte dell'armatura orale. Rabbia verso chiunque disattenda il bisogno di vicinanza/accettazione, rabbia che, pur nascendo da un bisogno insoddisfatto, rimane spesso taciuta, silenziosamente nascosta, rimossa per paura possa scaturirne un abbandono.

La rabbia, la mia rabbia è tornata in campo solo grazie al processo terapeutico. Tornare ad esprimere la propria rabbia verso le persone che si amano, riuscendo a rimanere all'interno della relazione, tollerando e integrando la propria paura di essere abbandonati, richiede moltissimo coraggio.

Nella mia storia la rabbia è sempre stata problematica, mi diverte oggi scoprire che secondo la bioenergetica, al contrario, è "soluzione", è il mezzo ideale per sciogliere, per iniziare a rilassare, a rilassarmi.

Ho iniziato a fare amicizia con questa emozione solo pochi anni fa, dopo aver capito che non sempre distrugge (o mi distrugge), che a

volte può chiarire, mettere ordine, smuovere, muovere, ma soprattutto dopo aver compreso che posso anche ricomporre (o ricompormi).

Mi capita ancora di intrappolarla dentro, non sempre riesco a garantirle lo spazio che meriterebbe, forse perché ho ancora paura della rabbia, della mia rabbia, delle conseguenze, delle sue conseguenze che sento essere ancora poco prevedibili, controllabili, tollerabili. Ed il controllo "sull'oggetto d'amore" è (per *gli orali*) fondamentale anche se inarrivabile.

Un'altra caratteristica principale è il vissuto di deprivazione, di vuoto interiore, di profonda tristezza, che nel mio caso prende vita a livello dello sterno. Il sentimento di tristezza deriva da causa duplice: da un lato la credenza di essere completamente sbagliata, di sentirsi totalmente impotente di fronte ad un bisogno d'amore che non viene né verrà mai colmato, e dall'altro dalla sensazione che le attenzioni ricevute non siano né saranno mai abbastanza per sanare la propria voragine interiore. Ne derivano, costantemente e incessantemente, uno scarso senso di indipendenza, quindi la tendenza ad aggrapparsi agli altri, difficoltà nel godere della solitudine, autosvalutazione ed un bisogno insaziabile di affetto.

La teoria bioenergetica, le parole di Luciano Marchino e Monique Mizrahil (2011) rappresentano per me un vero e proprio punto di partenza, ma non solo. Potrei paragonarle ad una mappa del mondo, del mio mondo interno, ad una mappa di ferite *scoperte* (anche se che nel corso degli ultimi anni ho imparato a medicarle sapientemente), insomma una mappa che mi ricorda chi sono, dove sono e dove sto andando.

«Al di là dei nostri schemi ci sono svariati universi possibili, c'è tutto il resto» (Marchino & Mizrahil, 2011, p. 66) e forse la libertà inizia proprio lì.

Gli schemi interpersonali maladattivi

È la terapia metacognitiva interpersonale ad avermi permesso di scoprire che esisto anche senza specchi riflettenti.

«La vita scrive segni sul corpo oltre che nella psiche: curare la mente richiede spesso di agire a livello somatico. Sequenze di eventi avversi, simili tra loro, si sedimentano nel cervello, nello stomaco, sulla pelle, nei muscoli, scavano profondi solchi, tracce memorizzate che in età adulta riaffiorano, testimoni di sofferenze passate» (Dimaggio et al., 2019, p. 20).

Corpo su cui e in cui sedimentano tracce di esperienze intersoggettive ripetute; tracce quali pattern viscerali, sensomotori, posturali ed espressivi che influenzano ogni nostra cognizione o pensiero.

L'insieme di questi patterns automatici e impliciti dà forma a quelli che la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) definisce schemi interpersonali maladattivi, schemi registrati dal corpo, nel corpo nell'arco dello sviluppo, poi impiegati per orientarsi ed interagire nel e col mondo. Essendosi formati nei primissimi anni di vita, gli schemi costituiscono un potente sistema di previsioni adottato da ciascuno per prevedere se i propri desideri (*wish*) – bisogni profondi come attaccamento, autonomia o appartenenza – verranno o meno soddisfatti.

Schemi, quindi, *interpersonali* perché ci muoviamo all'interno di un mondo che è per definizione relazionale e *maladattivi* perché – prevedendo rigidamente che il desiderio alla base rimarrà insoddisfatto (come accaduto in epoche precoci di sviluppo) – portano alla messa in atto di strategie di coping o meccanismi “protettivi” fissi che in realtà allontanano la persona dalla speranza di realizzare il proprio desiderio (Dimaggio et al., 2024). Il motivo di questa previsione negativa è semplice: nel profondo giace un'immagine di sé negativa che non solo si è cristallizzata a seguito di continue conferme (o disconferme) da parte dell'ambiente, ma viene anche creduta quasi completamente vera. Alcuni degli elementi costitutivi dello schema interpersonale, formulati da Dimaggio e colleghi in “Relazione terapeutica e tecniche esperienziali” (2024), sono (a) *wish*, (b) rappresentazione nucleare di sé, (c) risposta

dell'altro significativo, (d) risposta del sé alla risposta dell'altro e (e) strategie di coping.

Come accennato a proposito dell'armatura orale, scelgo di approfondire unicamente il sistema di attaccamento, sia per questioni di spazio, sia perché è quello che maggiormente muove e smuove in me.

Il sistema di attaccamento (a) si attiva quando si desiderano cura e protezione. In altre parole, quando desideriamo ricevere affetto, comprensione, vicinanza e rispecchiamento (Dimaggio et al., 2024).

La rappresentazione nucleare di sé o immagine nucleare (b) rappresenta una vera e propria credenza nucleare, fondante il nostro senso di sé. È caratterizzata tanto da una componente cognitiva – l'idea di essere valido, amabile, importante (oppure non esserlo) – quanto da una automatica, somatica e affettivamente carica. Incarna l'immagine più intima che abbiamo di noi stessi, un'immagine spesso forgiata da ferite antiche e risposte mancanti.

Queste parti dello schema, fin ora, potrebbero suonare così “Desidero essere amata ma nel profondo so di non valere”.

L'attivazione del *wish* è seguita dalla messa in atto di procedure mirate al raggiungimento dello stesso, sebbene le nostre azioni siano automaticamente intrappolate in una previsione potentemente radicata, per cui “Se mi mostro in difficoltà, l'altro sicuramente mi critica, mi abbandona”. Così lo schema diventa una profezia autoavverantesi, un copione ripetuto dove l'altro è specchio e giudice, presenza necessaria per sentirsi esistenti o, al contrario, conferma vivente della propria invisibilità.

Ricevere una risposta negativa (c), quindi una conferma del proprio scarso valore, elicitazioni emozioni come rabbia, tristezza, frustrazione, si percepiscono le stesse «sentizioni» (Marchino & Mizrahi, 2011) esperite nel corso della crescita e che, depositatesi nel profondo della memoria endodermica, si associano a correlati corporei intensi. Ecco la risposta del sé alla risposta dell'altro (d).

Altro che funge da specchio vitale: se l'Altro c'è e mi vede, io esisto / se l'Altro non c'è, io non esisto. "Fa bene ad abbandonarmi, è proprio vero che non valgo".

Le reazioni successive vengono definite "di coping" in quanto possiedono due scopi: il primo è tentare di ottenere una risposta diversa dall'Altro ed il secondo è quello di provare a riempire il dolore correlato all'immagine nucleare di sé e alle emozioni associate (Dimaggio et al., 2024). Le strategie che ho saputo perfezionare maggiormente nel corso degli ultimi vent'anni sono il perfezionismo, l'accudimento e il chiedere con impeto attraverso la rabbia.

Ognuna di queste possiede un significato, una motivazione ontogenetica precisa, sebbene nel loro ripetersi ossessivo, questi meccanismi non fanno che risquarciare la ferita originaria: l'accudimento è sempre stato un contratto silenzioso per trattenere l'altro "Se mi prendo cura di te, non puoi lasciarmi", il perfezionismo un'armatura per rendersi indispensabili "Se sono perfetto, resterà" e infine la rabbia un grido per esistere "Se faccio rumore, finalmente mi vedrai".

Rabbia che nel momento in cui lo schema si attiva, arriva in soccorso coprendo e travolgendo tutto, tutti, qualsiasi sensazione, soprattutto la tristezza, la più profonda e viscerale emozione che sembra caratterizzarmi in quegli istanti. Perché sentire la tristezza significherebbe toccare con mano, o con cuore una verità dolorosissima, intollerabile perennemente latente in me: quella di non valere. Così la tristezza inizia a giocare a nascondino con la rabbia, rabbia che tenta un duplice colpo: il primo, attivare l'Altro nella speranza cambi la sua risposta, il secondo impedire (impedirmi) di entrare a contatto con la ferita che sanguina più di tutte. Dovessi usare una metafora, rabbia e tristezza somiglierebbero ad un grande drago furioso che difende tra le sue braccia possenti il più prezioso, delicato e triste tesoro, ovvero il senso di me. Forse però, per spezzare il meccanismo, occorre imparare a guardare oltre

il drago, a sostenere lo sguardo su quel tesoro fragile e prezioso che si cela appena oltre, la mia piccola pancia dolente.

Per più di vent'anni ho creduto che risposte di validazione non arrivassero per colpa mia, ho giustificato e amato i miei genitori a tal punto da essere davvero convinta di non essere importante. Così, in modo semplice quanto potente, si è fatta sempre più forte quella vocina che sussurra "Alice, non vali". Allora *Alicina*, che sulle sue gambe non sa ancora camminare completamente (forse perché scarica di energia?), pur di salvare l'Altro, perde sé stessa: impaurita dal fulmine crede a quella verità, verità che si traduce in un peso, in un pugno allo stomaco totalizzante, indice di una ferita che fatica a rimarginarsi.

Ho dovuto nascondere tutte quelle parti che risultavano scomode di me, ho dovuto scomodarmi per non far scomodare loro, mi sono dovuta contorcere, spezzare, nascondere, disconoscere, trasformare, odiare, allontanare per essere amata dai miei. E alla fine ho vinto, ce l'ho fatta, ci sono riuscita. O meglio, ci sono riuscita fino a quando la rabbia che provavo nei miei confronti era diventata tale da non poter essere la sola risposta, allora e solo allora ne ho cercate altre, nella terapia.

La terapia è stata per me il primo respiro a pieni polmoni.

Nel corso degli incontri ho iniziato ad incontrarmi per la prima volta. Incontri che sapevano di "batticuore", di stupore, confusione, paura, sollievo e poi ancora rabbia. Incontri che mi proiettavano verso un mondo interno che non pensavo sapesse esistere, che mi facevano toccare la *piccola Alicina* che sono (sempre stata), ma che spesso ho trascurato e sgridato come riflesso di ciò che mi è stato insegnato. *Alicina* a cui ho saputo dare un nome, un volto, sembianze e caratteristiche, che da allora non nascondo più, semmai proteggero.

L'incontro è avvenuto prima all'interno della mia mente, poi dentro al corpo ed è stato possibile (anche) grazie a tecniche di immaginazione

guidata e *rescripting*, nel corso delle quali mi sono guardata negli occhi, consolata, abbracciata, accettata come mai prima di allora. Disciplina bioenergetica e TMI condividono l'utilizzo di tecniche esperienziali altamente pregnanti poiché consentono un accesso diretto ai vissuti interiori.

A svilupparsi è, in conseguenza, una vera e propria conoscenza esperienziale, è – citando Bateson – il terzo e più impegnativo livello di apprendimento, quello più ineffabile ed individuale, quello che riesce ad arrivare oltre le parole ed è spesso irriducibile a comunicazioni verbali. A rendere questo livello di apprendimento esperienziale così prezioso ed esclusivo è proprio la sua stessa natura, poiché è possibile solo per immersione diretta e totale nell'esperienza (Bateson, 1972). A tal proposito, non saprei spiegare cosa sia cambiato dall'inizio della mia terapia: so solo che prima faticavo a stare con me stessa, ora invece riesco ad abbracciarmi e tenermi per mano.

Conclusioni

La Terapia Metacognitiva Interpersonale e la Bioenergetica mi hanno insegnato che esistere pienamente significa riconoscere e accogliere il proprio essere nella sua interezza: corpo, emozioni, desideri, cicatrici. Gli ultimi quattro anni, i primi mesi di specializzazione, questo stesso articolo rappresentano il mio viaggio dalla frammentazione all'integrazione, dal vivere come riflesso dell'Altro all'essere radicata in me stessa. Schemi e armature non rappresentano necessariamente il nostro destino, semmai sono premessa. Scelgo di concludere in modo forse inaspettato, enfatizzando quanto ad oggi – nonostante tutto – un'armatura io scelga ancora di indossarla: armatura non intesa necessariamente in termini bioenergetici, ma un'armatura capace di proteggere, di difendere a spada tratta la mia Alicina interiore, più sensibile, più innocente, più delicata, più preziosa, quell'Alicina che a lungo io stessa ho detestato, schiacciato e cercato di reprimere in

ogni modo. Ad oggi, invece, le riservo il posto più caldo che conosco: il mio cuore, il mio petto. In modo quasi analogo, ho capito quanto anche i miei schemi sappiano essere utilissimi: somigliano tanto ad una mappa del tesoro, alla mappa del mio tesoro (dove per tesoro posso intendere il benessere più prezioso a cui posso ambire) grazie a cui ad oggi so dove proteggermi, dove e come ripararmi (in tutti i sensi).

Nella pratica terapeutica, ma non solo, accogliere sé stessi significa poter accogliere l'altro.

Nella mia pratica personale, accogliermi significa smettere di giudicarmi, perdonarmi per quello che sono e per quello che non sono.

Termino questo articolo con una traccia estratta da "Manuale del guerriero della Luce" di Paulo Coelho (1997, p. 16):

Un guerriero della luce sa che alcuni momenti si ripetono. Spesso si trova davanti a problemi e situazioni che ha già affrontato. Allora si sente depresso, e pensa di essere incapace di progredire nella vita, giacché i momenti difficili si sono ripresentati.

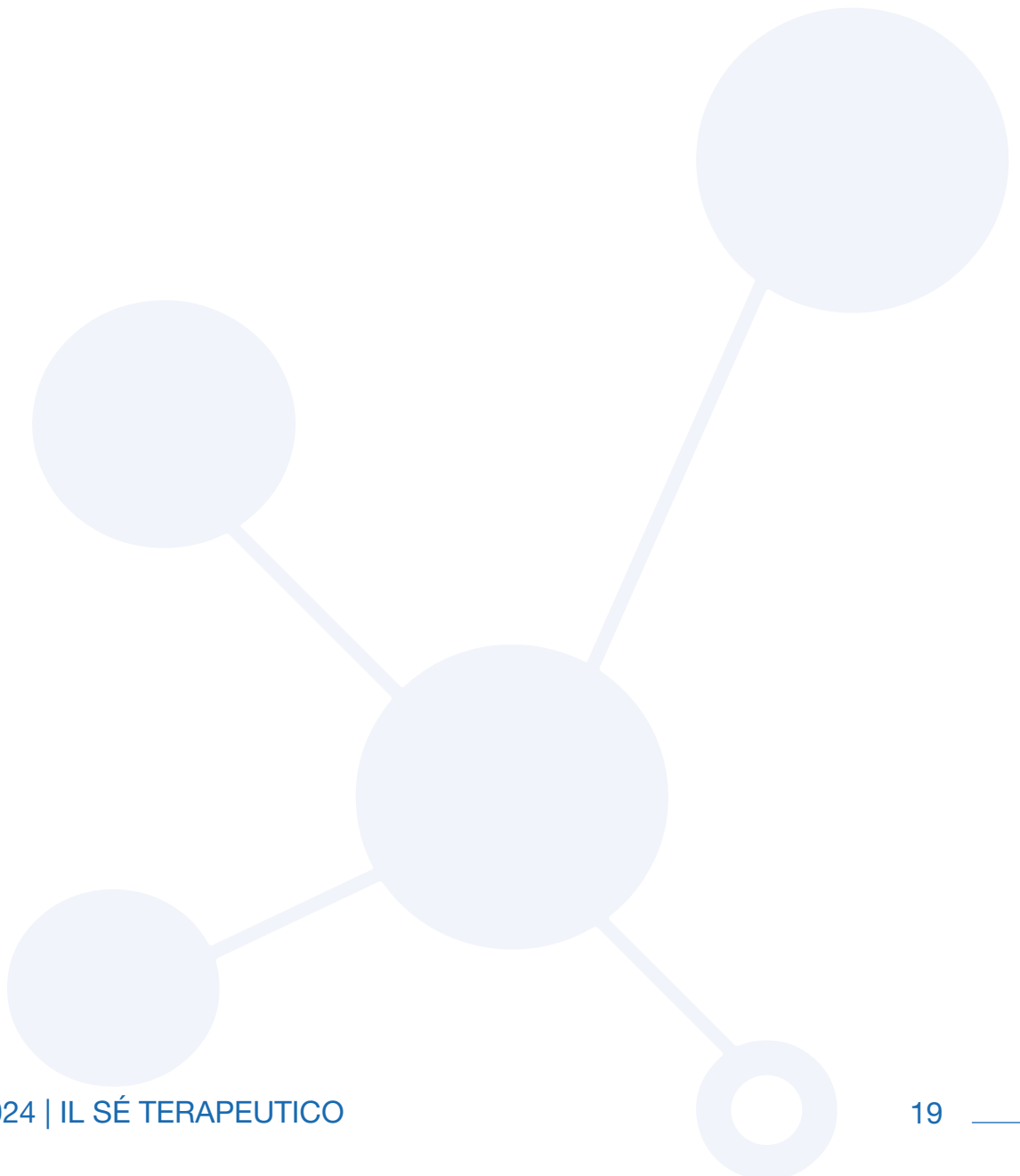
"Questo l'ho già passato," si lamenta con il suo cuore.

"È vero, l'hai vissuto," risponde il cuore. "ma non l'hai mai superato."

Il guerriero allora comprende che il ripetersi delle esperienze ha un'unica finalità: insegnargli quello che non vuole apprendere.

Bibliografia

- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Coelho, P. (1997). *Manuale del guerriero della luce*. Bompiani, Milano
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R., & Salvatore., G (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento: Terapia metacognitiva interpersonale*. Cortina, Milano
- Dimaggio, G., Centonze, A., Ottavi, P., & Popolo, R. (2024). *Relazione terapeutica e tecniche esperienziali. Terapia metacognitiva interpersonale*. Cortina, Milano
- Lowen, A. (1983). *Bioenergética*. Feltrinelli Editore, Milano
- Marchino, L., & Mizrahi, M. (2011). *Il corpo non mente*. Sperling & Kupfer. Versione ebook.
- Reich, W. (1969). *La funzione dell'orgasmo*. Sugarco ed., Milano



Voci, storie, emozioni intrecciate. La terapia di coppia e le risonanze del terapeuta.

Cinzia Carpenzano ³

Sommario:

Questo articolo traccia un quadro delle dinamiche relazionali di coppia, mettendo in evidenza l'importanza di un continuo lavoro di negoziazione e di adattamento reciproco, e di quanto le dinamiche familiari intergenerazionali e le trame familiari invisibili, svolgono un ruolo attivo nella relazione, spesso senza che i partner ne siano pienamente consapevoli. L'analisi di queste dinamiche attraverso la terapia sistemica offre l'opportunità di riconoscere modelli disfunzionali che si ripetono da una generazione all'altra e di lavorare per rompere questi schemi. Nella terapia sistemica un ruolo fondamentale viene ricoperto dalle emozioni del terapeuta, non solo come risposta ai conflitti della coppia, ma come strumento per entrare in connessione con i pazienti e per navigare attraverso le dinamiche relazionali. L'autrice, dopo un'esperienza di terapia di coppia, si pone la domanda "So stare in risonanza?", e per rispondere a tale quesito si affida alla teoria del situarsi di Bertrando (2018) e alle domande di Mosconi (2023), che permettono di fare un passo indietro per osservare quanto le sensazioni sperimentate in terapia siano intrecciate a quelle del sistema, alla propria storia personale e anche al ruolo di terapeuta. Il lavoro sulle risonanze mostra quanto sia cruciale per un terapeuta essere consapevoli delle proprie emozioni e di come esse siano parte del processo terapeutico.

Parole chiave:

Coppia, contratto, posizione, trame familiari, risonanze, processo terapeutico

Abstract:

This article outlines the dynamics of the relationship between couples, highlighting the importance of continuous work of negotiation and mutual adaptation, and how intergenerational family dynamics and invisible family plots play an active role in the relationship, often without the partners being fully aware of it. The analysis of these dynamics through systemic therapy offers the opportunity to recognize dysfunctional patterns that are repeated from one generation to the next and to work to break these patterns. In systemic therapy, a fundamental role is played by the emotions of the therapist, not only as a response to the conflicts of the couple, but as a tool to connect with patients and to navigate through relational dynamics. The author, after an experience of couple therapy, asks herself the question "Can I stay in resonance?", and to answer this question she relies on Bertrando's theory of situating oneself (2018) and Mosconi's questions (2023), which allow us to take a step back to observe how the sensations experienced in therapy are intertwined with those of the system, with one's personal history and also with the role of therapist. Working on one's own resonances shows how crucial it is for a therapist to be aware of one's own emotions and how they are part of the therapeutic process.

Key Words:

Couple, contract, position, family plots, resonances, therapeutic process

3 - Cinzia Carpenzano, allieva del 3° anno Idipsi, cinziacarpenzano@gmail.com

E se la coppia scoppia?

Tutte le favole che ci hanno raccontato da bambini terminano con “...e vissero per sempre felici e contenti”, ma siamo sicuri che sia proprio così? Qualcuno è poi andato a vedere come andavano le cose tra Cenerentola e il principe Azzurro, dopo tutto il trambusto fatto per trovarsi, innamorarsi e sposarsi? Qualcuno si è mai chiesto se hanno attraversato una crisi di coppia? Non ci sono racconti su questa seconda parte. Perché si sa, nelle favole, non dicono mai che la parte più impegnativa di una relazione è quella che viene dopo questo incontro, quando termina la fase della luna di miele e inizia quella del risveglio e solo dopo si può pensare di arrivare a quella dell'accettazione (Mosconi, Gallo, 2006). Durante la delicata fase del risveglio, viene stipulato, infatti, ciò che può essere definito contratto di coppia, che Jackson (1965) descrive ricorrendo al concetto di *Quid Pro Quo* coniugale, letteralmente qualcosa per qualcos'altro. Il *Quid* indica ciò che un partner ritiene di trovare nell'altro e ciò che ritiene di dare all'altro; quindi per esempio, se dal partner si trova protezione e supporto, contestualmente, si dà ammirazione e fiducia. Il *Quo Pro*, invece, racchiude al suo interno l'idea cosciente di ciò che ognuno dei partner si aspetta di condividere con l'altro, l'aspettativa affettiva di cui si investe l'altro, e l'aspetto di definizione della relazione implicito all'aspettativa affettiva. Jackson evidenzia come le discrepanze nelle aspettative possono dar luogo a conflitti: se uno dei partner non percepisce il proprio contributo come apprezzato e riconosciuto, può provare frustrazione e sentirsi trascurato. Inoltre, è importante sottolineare quanto la relazione sia dinamica, in continua evoluzione, e dunque, con il tempo, i membri della coppia cambiano, così come cambiano anche le aspettative reciproche, rendendo necessaria una costante rinegoziazione del contratto iniziale tra i partner.

Mosconi (2006) parla di paradosso coniugale

per indicare le dinamiche che si innescano quando questa rinegoziazione è assente, e i partner sono incastrati nel tentativo di rispettare il contratto iniziale, seppur in assenza di quelle premesse che lo hanno generato. Si parla di paradosso in quanto ciò che genera la crisi è proprio ciò che riguarda le dinamiche tese a rispettare questo contratto che, inizialmente, ha portato all'incontro e all'instaurarsi della relazione. Mosconi parla anche di paradossi figli, che hanno a che fare con le posizioni assunte all'interno della relazione, che possono essere di dipendenza o di parità e sono spesso connesse alla posizione ricoperta da ciascun partner all'interno della propria famiglia d'origine. Con la nascita della relazione di coppia, i partner hanno, infatti, l'opportunità di compensare/risarcire oppure replicare tali posizioni. Per mettere in luce e destrutturare tali paradossi, è necessario comprendere le premesse che sottendono il contratto in essere; quindi, le motivazioni che hanno spinto ciascun partner a ricoprire un determinato ruolo all'interno della relazione e le conseguenze che tali dinamiche hanno generato nel tempo. Solo mettendo in luce questi aspetti sarà possibile rinegoziare il contratto iniziale, adattandolo alle nuove esigenze e circostanze.

Terapia sistemica di coppia

La terapia sistemica di coppia mira a identificare e comprendere le trame familiari (Andolfi e Mascellani, 2019) che influenzano la relazione, e che possono avere un impatto profondo su di essa e sulle decisioni individuali. La lealtà familiare invisibile (Boszormenyi-Nagy I., 1988) è costituita da vincoli emotivi non dichiarati, legami affettivi profondi che non vengono espressi verbalmente. Tale lealtà può essere legata alla custodia di segreti o informazioni che restano conosciute solo all'interno della famiglia. La necessità di mantenere questi segreti può rafforzare la lealtà tra i membri della famiglia d'origine, ma allo stesso tempo creare tensioni, specialmente quando la verità

viene nascosta o negata. La lealtà invisibile può anche riguardare il mantenimento di una certa immagine della famiglia all'esterno, che viene protetta a discapito della verità o dei bisogni individuali. In molte famiglie, poi, i membri assumono ruoli specifici senza che siano chiaramente definiti. Il rischio è di rimanere incastrati in tali ruoli a causa di vincoli emotivi, creando un'aspettativa implicita che i membri della famiglia mettano il benessere degli altri prima dei propri desideri o bisogni. Ad esempio, se una persona ha assunto il ruolo di "salvatore" o "protector" nella sua famiglia di origine, potrebbe entrare nella relazione di coppia cercando di prendersi cura e risolvere i problemi del partner a discapito delle proprie esigenze, creando una relazione sbilanciata e disfunzionale. Un altro esempio riguarda il ruolo di "capro espiatorio", in cui un partner che ha avuto un ruolo di vittima nella famiglia di origine potrebbe inconsciamente cercare di ripetere questo schema nella coppia, subendo una posizione di sottomissione o di rinuncia alle proprie necessità. Il terapeuta aiuta a identificare questi ruoli e a costruire un nuovo modo di relazionarsi, che non sia influenzato da questi copioni familiari.

Un concetto centrale in questo contesto è quello di differenziazione (Bowen, 1980) inteso come rapporto tra appartenenza e separazione che ognuno dei partner ha raggiunto rispetto alla propria famiglia d'origine. Il sentimento di appartenenza alla propria famiglia di origine è un valore che si porta con sé all'interno del rapporto di coppia, ma deve essere bilanciato con la capacità di separarsi dalle aspettative familiari e dai modelli appresi. In questo modo, ciascun partner può sviluppare una propria autonomia emotiva, che è fondamentale per una relazione sana. Tuttavia, quando le persone sono emotivamente intrappolate nella loro famiglia di origine o sono troppo dipendenti dai legami familiari, la loro capacità di differenziarsi come coppia; quindi, separarsi emotivamente dalle famiglie d'origine e sviluppare un'identità

autonoma nella coppia, è compromessa. Quando i partner comprendono come le loro esperienze familiari passate influenzano la loro posizione nella relazione, possono iniziare a elaborare e modificare i modelli che non sono più utili.

Emozioni intrecciate, risonanze in relazione

Come abbiamo visto, la complessità e l'intreccio delle dinamiche che caratterizzano la relazione di coppia è molto ampia e comprende diversi aspetti. Non è difficile, quindi, immaginare quanto il ruolo del terapeuta di coppia risulti cruciale nel mettere in luce tali dinamiche, al fine di condurre una terapia che possa essere realmente efficace e funzionale per la coppia. Con l'avvento della cibernetica di secondo ordine, che include l'osservatore all'interno del sistema osservato e lo rende parte attiva del processo terapeutico, il modello sistemico concretizza tale concetto, concentrandosi sulle posizioni reciproche di terapeuti e pazienti, prestando particolare attenzione anche alle emozioni di tutti gli attori coinvolti nel processo terapeutico. Seguendo il pensiero di Elkaim (1990), i sentimenti che emergono in ciascun membro del sistema hanno un significato e una funzione rispetto al sistema stesso. Il processo terapeutico porta a esiti significativi nel momento in cui siamo in grado di dare un senso a come ci sentiamo nella posizione in cui ci troviamo. Si tratta di un'attività duplice, che implica da un lato la valutazione della nostra posizione e dall'altro la consapevolezza delle nostre emozioni.

Bertrando (2018) definisce questa attività con il termine "situarsi", considerandolo come uno degli strumenti terapeutici più utili.

Il concetto di "situarsi" del terapeuta, per Bertrando, si articola in quattro fasi fondamentali:

- Riconoscere il proprio stato emotivo: riconoscere le proprie emozioni in un dato

momento, comprendere il benessere o malessere che si prova, in particolare le emozioni sottili o non esplicite, che possono emergere o svanire.

- Acquisire consapevolezza dell'atteggiamento verso gli altri: essere consapevole dei propri atteggiamenti affettivi e cognitivi nei confronti dei pazienti, tenendo conto di come queste influenzano la relazione terapeutica e orientano le azioni nei confronti del sistema familiare o individuale.
- Valutare la propria posizione nel sistema: secondo Cecchin (1987), la responsabilità terapeutica inizia con la consapevolezza del proprio ruolo all'interno del sistema, ovvero comprendendo come la propria posizione e il proprio comportamento influenzano l'intero sistema familiare o sociale.
- Agire in modo consapevole: integrare l'analisi emotiva e cognitiva per agire in modo funzionale e consapevole, guidando il processo terapeutico in modo equilibrato tra intuizioni emotive e ragionamento cognitivo.

In terapia sistemica, è importante considerare anche quattro livelli di contesto che influenzano il processo terapeutico:

- Livello macro-contestuale: riguarda l'influenza delle dinamiche politiche e culturali, come la concezione di famiglia o le norme sociali prevalenti, che possono influenzare il paziente e il terapeuta. Il terapeuta deve essere consapevole di come i propri valori culturali e politici possono entrare in risonanza con quelli del paziente.
- Livello di gruppo: terapeuta e paziente sono influenzati dalla loro posizione all'interno di vari gruppi sociali come famiglia, lavoro, ecc. Questi gruppi influenzano il comportamento e l'esperienza di entrambi. Anche la posizione del terapeuta, in co-terapia o in équipe influisce sul processo terapeutico.
- Livello intimo: riguarda le relazioni più significative ed emotivamente cariche, come quelle con partner, genitori o figli. Il terapeuta deve essere consapevole di come queste

dinamiche influenzano il paziente e di come la relazione terapeutica possa evolversi.

- Livello intra-relazionale: riguarda i conflitti interiori, tra mondo interiore e aspettative esterne. Il terapeuta deve esplorare questi conflitti e anche riflettere sulle proprie emozioni e reazioni, che inevitabilmente influenzano il processo terapeutico. La risonanza tra il terapeuta e il paziente diventa uno strumento utile per comprendere le dinamiche emotive e relazionali.

Questi quattro livelli sono interconnessi e influenzano sia il paziente che il terapeuta. La consapevolezza di questi fattori esterni e interni è fondamentale per facilitare un processo terapeutico efficace, favorendo il cambiamento attraverso l'esplorazione delle dinamiche emotive e relazionali.

Mosconi (2023) afferma che le emozioni offrono al terapeuta sia una chiave interpretativa per comprendere il funzionamento del sistema, sia uno strumento per regolare la propria risposta emotiva durante il lavoro clinico. Considera tre livelli distinti di emozioni che si attivano in terapia:

- Emozioni attivate dal comportamento dei pazienti: le emozioni del terapeuta sono sollecitate direttamente dai comportamenti osservati. Per esempio, in un contesto familiare, se uno dei genitori squalifica l'altro o il figlio si mostra oppositivo, il terapeuta potrebbe sentirsi irritato, frustrato o confuso. Queste emozioni sono il risultato di reazioni immediate e personali a ciò che avviene nel qui e ora della seduta.
- Emozioni che accompagnano la definizione della relazione tra i membri del sistema: riguarda le emozioni che i pazienti esprimono, le quali sono indicatori del loro modo di definire la relazione con gli altri all'interno del sistema familiare. Le emozioni del terapeuta in questo caso riflettono il modo in cui queste dinamiche vengono percepite e interpretate.
- Emozioni legate a esperienze traumatiche passate: riguarda le emozioni che si attivano

in relazione a esperienze traumatiche precedenti, che possono essere vissute dai pazienti o evocarsi nel terapeuta stesso. Il compito del terapeuta, in questo caso, è riuscire a decostruire la situazione attuale fino a identificare le esperienze traumatiche sottese, che sono spesso difficili da riconoscere e affrontare.

Il terapeuta deve essere consapevole e riflessivo riguardo alle proprie emozioni in ogni fase del lavoro terapeutico, distinguendo tra le emozioni che provengono dal proprio vissuto e quelle che emergono come parte della dinamica del sistema in terapia.

So stare in risonanza?

Come psicoterapeuta sistemico relazionale integrata in formazione, ho iniziato recentemente a immergermi nel complesso lavoro con le coppie e, inevitabilmente, si sono attivati in me dei vissuti emotivi che è stato necessario approfondire. Inizialmente, una delle prime difficoltà nel lavoro con le coppie è stato sentirmi parte del processo terapeutico. Grazie ad un'attività di gruppo in cui ho rappresentato la seduta attraverso una scultura (Satir, 1972), mi sono resa conto che la mia posizione all'interno del sistema non c'era, mi sono rappresentata come una semplice osservatrice della coppia, mettendo in luce come non mi sentissi parte della relazione terapeutica. E allora ecco che molte delle mie emozioni hanno iniziato ad acquisire senso. Nel lavoro personale sulle mie risonanze, ho provato a seguire alcune domande chiave che Mosconi (2023) indica come utili per interrogarsi sulle proprie emozioni.

Quale pattern o comportamento del sistema ha attivato questa emozione?

La prima difficoltà nasce con questa prima domanda, che apre chiaramente la strada alle successive e per la quale è stato necessario un ascolto attento delle mie emozioni in relazione a ciò che accade nella stanza di terapia. Ad esempio, la difficoltà di inserirmi durante un momento di conflitto tra i partner, in cui

emergeva la rabbia, ha scatenato in me un senso di scomodità, di fastidio, che ascoltato meglio ho tradotto come senso di impotenza, frustrazione. Mi sono anche chiesta se la scomodità derivasse dal conflitto in sé, e quindi dal mio pregiudizio sui conflitti e sulla rabbia, o dalla mia incapacità ad inserirmi, quindi da un mio pregiudizio sul mio essere terapeuta.

Quali parti della mia storia personale vengono attivate?

Mi sono chiesta, allora, se ci fossero parti della mia storia personale attivate attraverso queste emozioni di impotenza e di frustrazione. Quindi, quanto di ciò che stessi provando aveva a che fare con me e in che modo fosse connesso al qui ed ora della seduta.

Cosa mi fanno capire queste emozioni della mia storia personale? Cosa mi ricorda questa situazione?

Questa è, forse, la parte più complessa, perché è stato necessario connettermi con pezzi del mio vissuto personale, della mia storia di individuo singolo ma anche della mia storia di coppia, dei pregiudizi che inevitabilmente contribuiscono all'insorgere di quelle emozioni che a volte appaiono scomode.

Le emozioni che sento potrebbero essere condivise dal sistema? Le emozioni che sento mi ricordano esperienze che anche i pazienti hanno vissuto o stanno vivendo?

È possibile, infine, che le emozioni provate da me fossero in connessione con quelle provate da uno dei membri del sistema, e chissà quante volte anche loro hanno sentito la stessa scomodità che sentivo io e chissà in che modo ha preso parte alla loro storia.

Il caso di Daniela e Giorgio

Riporto brevemente il caso che mi ha portato alla messa in discussione delle mie risonanze, sottolineando come porre l'attenzione anche alle emozioni osservate nel sistema, mi ha permesso di allargare lo sguardo e di mettere in luce alcune dinamiche non espresse apertamente dalla coppia.

Daniela e Giorgio si sono sposati cinque anni fa e hanno due figlie, rispettivamente di 3 e 1 anno. E' Daniela a proporre a Giorgio di intraprendere una terapia di coppia, per comprendere come poter gestire le proprie reazioni di rabbia, che emergono ogni qualvolta hanno una discussione e che sente la stanno allontanando da Giorgio. Riferiscono che tale dinamica ha avuto inizio con la nascita delle bambine, in particolare la seconda, e che, prima di quel momento, la loro relazione di coppia era soddisfacente e priva di particolari criticità. Come coppia genitoriale, Daniela e Giorgio appaiono complementari e complici, condividendo responsabilità e compiti nella gestione delle bambine. L'intensificarsi delle responsabilità familiari e la stanchezza legata alla cura delle bambine sembra aver indebolito, tuttavia, la loro relazione come coppia affettiva. La principale area di conflitto appare essere la comunicazione. Giorgio cerca costantemente di parlare e risolvere tutto attraverso il dialogo, ma la risposta di Daniela è spesso una chiusura emotiva e una reazione di rabbia. Tale dinamica si verifica anche durante le sedute.

Rispetto alle famiglie di origine, Daniela è l'ultima di tre sorelle, il cui padre viene a mancare improvvisamente quando era molto giovane. La madre di Daniela viene descritta come una donna fragile, incapace di sostenere emotivamente le figlie e di dimostrare loro affetto. La relazione tra le donne è conflittuale ed emotivamente distante.

Anche Giorgio perde una figura genitoriale in giovane età, nel suo caso la madre a causa di una lunga malattia, crescendo con un padre spesso assente per lavoro e che, riferisce, non è stato in grado di svolgere un ruolo protettivo e accudente, creando in lui una certa insicurezza rispetto alla capacità di vivere pienamente il tempo e le emozioni. Giorgio ha una sorella con cui mantiene un buon rapporto.

So-stare nelle risonanze

Le emozioni in terapia, sia quelle del terapeuta che quelle dei pazienti, sono strumento di

conoscenza e trasformazione. Per un uso efficace delle emozioni, è necessario interrogarsi continuamente su di esse sia dal punto di vista personale, riferendosi al vissuto del terapeuta, sia dal punto di vista sistemico, riferendosi alla relazione e ai pattern familiari. Solo attraverso questa consapevolezza è possibile orientarsi nel lavoro terapeutico, mantenendo una postura di curiosità, empatia e intervento mirato. Riprendendo Mosconi (2023), ho provato ad interrogarmi, quindi, sulle emozioni del sistema utilizzando le domande che seguono:

Cosa mi dicono le emozioni osservate su come la persona si definisce nella relazione con gli altri?

Quale pattern relazionale del sistema posso ipotizzare da queste emozioni?

Quali eventi hanno potuto favorire queste emozioni?

Ci sono altre emozioni sottese a quelle visibili?

È necessario un approfondimento per esplorare le esperienze traumatiche correlate?

Attraverso queste tracce, è stato possibile interrogarmi, quindi, dal punto di vista sistemico, facendo riferimento alla relazione e ai pattern familiari, esplorando in modo attento relazioni e dinamiche tra i membri del sistema.

Le dinamiche familiari hanno influito sulle modalità di relazionarsi di Daniela e Giorgio.

Daniela esprime una rabbia che spesso sfocia in aggressività. Questa sua reazione potrebbe derivare da un vissuto familiare di conflitti non risolti, dove la gestione delle emozioni difficili era assente. La sua difficoltà a dialogare apertamente sembrerebbe anche essere legata alla paura di essere giudicata o non essere compresa, vista la distanza emotiva che ha sperimentato nel suo contesto familiare. Daniela ha, infatti, imparato a gestire le difficoltà in modo solitario e ha sviluppato una tendenza ad affrontare le problematiche con rabbia e chiusura. La sua rabbia sembra essere una risposta a un sentimento di frustrazione e solitudine emotiva, derivante dalla mancanza di un modello di comunicazione affettiva valida.

Il vissuto di Giorgio ha prodotto in lui la paura di dimenticare le cose importanti della vita e una spinta compulsiva a parlare e risolvere ogni situazione attraverso il dialogo, forse come mezzo per fermare il tempo e non dimenticare. Ha una forte paura di non vivere appieno il tempo e di dimenticare, motivo per cui tende a voler risolvere ogni conflitto o problema parlando, cercando soluzioni verbali anche quando non sono necessarie o desiderate. La sua ansia di risolvere tutto con la parola potrebbe essere il tentativo di mantenere il controllo sul tempo, evitando che le emozioni sfuggano o vengano dimenticate. Tuttavia, questo atteggiamento può risultare eccessivo o invadente per Daniela, che ha bisogno di spazi emotivi e di tempo per elaborare le sue emozioni senza sentirsi sopraffatta.

L'attenzione sulle emozioni ci ha permesso di arrivare alla consapevolezza che entrambi i coniugi, senza rendersene conto, erano guidati dalle proprie paure, che non facevano altro che aumentare le distanze tra i due.

Alla luce di queste ipotesi abbiamo lavorato sulla gestione della rabbia di Daniela, esplorando innanzitutto le radici della sua chiusura emotiva, legata alle dinamiche sperimentate nella propria famiglia di origine, per comprendere come la sua paura di essere giudicata o non compresa influenzi il suo comportamento attuale. Con Giorgio abbiamo lavorato sulla paura di dimenticare e sulla gestione del tempo, per ridurre l'ansia di fermare tutto attraverso la comunicazione e comprendere che il silenzio o il non parlare immediatamente non sono sinonimi di dimenticare o perdere il controllo.

L'obiettivo della coppia è stato sicuramente ritrovare un equilibrio coniugale, cercando di recuperare la connessione affettiva che sembrano aver perso con l'arrivo delle bambine, una maggiore empatia reciproca, per comprendere i bisogni e le paure dell'altro senza giudizio e senza arroccarsi nelle proprie paure, vedendo nell'altro una risorsa. Daniela sembra ascoltare più serenamente le preoccupazioni di

Giorgio, mentre Giorgio dovrà imparare a dare più spazio emotivo a Daniela senza forzarla a parlare quando non è pronta.

Come riportato precedentemente, questo caso mi ha portato a fare i conti con un pezzo della mia storia, dei miei pregiudizi sulla coppia e sul modo di vivere il conflitto e la rabbia. Mi sono chiesta quanto il mio sentirmi scomoda fosse legato alla mia idea di me come terapeuta o alla mia idea di me come partner nella mia coppia. E mi sono sorpresa nel vedere quanto il mio porsi come osservatore fosse, in realtà, un modo per allontanarmi dalle mie risonanze, delle quali forse avevo timore. Mettere in discussione queste emozioni, darle un significato, all'interno della mia storia e di quella della coppia, ma anche della relazione terapeutica di cui, oggi, sono fiera di aver fatto parte, è stata la chiave per produrre quel movimento di cui il sistema aveva bisogno.

Conclusioni

Il mito del "vissero per sempre felici e contenti" viene sfatato, ponendo l'accento sull'importanza di un impegno costante, di un continuo lavoro di negoziazione e di adattamento reciproco, affinché una coppia possa svilupparsi e mantenere una connessione profonda nel tempo. Uno degli aspetti chiave emersi è la comprensione delle dinamiche familiari intergenerazionali e delle trame familiari invisibili, che influenzano inevitabilmente il modo in cui i partner si relazionano e affrontano le sfide della vita di coppia. Il contesto familiare di origine di ciascun partner diviene fattore attivo che entra in gioco nella relazione. L'analisi di queste dinamiche attraverso la terapia sistemica offre l'opportunità di riconoscere i modelli disfunzionali che si ripetono da una generazione all'altra e di lavorare per superare queste influenze. In relazione alla terapia sistemica, è emerso il ruolo fondamentale della consapevolezza emotiva, sia dei partner che del terapeuta. Le emozioni non sono solo una risposta ai conflitti della coppia, ma anche uno strumento potente

di comprensione profonda delle dinamiche relazionali. La risonanza emotiva del terapeuta, se utilizzata consapevolmente, diventa un mezzo per entrare in connessione con i pazienti e per navigare attraverso le difficoltà relazionali in modo empatico e riflessivo.

Le riflessioni nate dalla domanda: “So stare in risonanza?” ha rivelato un processo di scoperta profonda e di crescita personale e professionale, che mi ha permesso di affrontare i miei vissuti emotivi e di comprendere meglio la mia posizione all'interno della relazione terapeutica. In particolare, lavorare con Daniela e Giorgio mi ha costretto a confrontarmi con il mio ruolo di terapeuta e con le emozioni che attivano in me le dinamiche relazionali e conflittuali tra i partner. Come psicoterapeuta sistemico-relazionale in formazione, il mio approccio si è evoluto attraverso un processo di riflessione continua sul mio vissuto emotivo e su come esso influenza il mio modo di essere presente in terapia. Ho scoperto che all'inizio mi percepivo come un'osservatrice, un ruolo che

mi permetteva di mantenere una certa distanza emotiva ma che, allo stesso tempo, impediva una connessione autentica con il sistema. La consapevolezza di questa dinamica ha costituito il punto di partenza per un lavoro di introspezione profonda. L'approccio di Mosconi (2023), con le sue domande chiave, è stato fondamentale per orientare la mia riflessione emotiva. Ogni domanda, mi ha aiutata a interrogarmi sulla mia reazione emotiva e a fare un passo indietro per osservare se le mie sensazioni fossero legate alla mia storia personale, al mio ruolo di terapeuta o al sistema che avevo davanti. L'esperienza con la coppia, che inizialmente sembrava essere funzionale come genitori, ma che mostrava segnali di crisi nella relazione coniugale, ha rivelato come le difficoltà comunicative fossero radicate nelle loro storie personali e familiari. Questi aspetti non solo hanno influenzato il loro modo di relazionarsi, ma hanno anche suscitato in me riflessioni riguardo a come le emozioni personali possano essere amplificate o distorte dal sistema di appartenenza.

Bibliografia

- Andolfi, M., Mascellani, A. (2019). *Intimità di coppia e trame familiari*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Bertrando, P., Lini, C. (2018). *Situarsi: posizionamento ed emozioni in terapia sistemica*, Franco Angeli, Milano
- Boszormenyi-Nagy, I. (1988). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionali* Astrolabio Ubaldini, Roma
- Bowen, M., Andolfi, M., De Nichilo, M. (1980). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Astrolabio Ubaldini, Roma
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity, *Family Process*, 26:405-413. p 409
- Elkaim, M. (1990). *Se mi ami, non amarmi. Orientamento sistemico e psicoterapia*, Torino, Boringhieri
- Mosconi, A., Bozzetto, I. (2023). *Le emozioni in terapia*, Rivista Connessioni
- Mosconi, A., Gallo, L. (2006). *Psicoterapia sistemica di coppia: la decostruzione dei paradossi del "Quid, Pro Quo" come base di un percorso terapeutico coerente*, Rivista Connessioni
- Jackson, D. (1965). *Regole familiari: Il quid pro quo coniugale*, *Arch Gen Psychiatry*. 1965 Jun; 12:589-94.
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Book.



(Ri)conoscersi: storie di transizioni lavorative.

Spagnolli Federico ⁴

Sommario:

Il lavoro è parte della quotidianità di ciascun individuo e diviene importante strumento di identificazione: “Chi sono io?” Il presente lavoro, infatti, si interroga su tale quesito, la cui risposta, nel linguaggio comune, parte proprio dal dire “cosa facciamo”. Come se la nostra professione ci permettesse di identificarci. Impariamo a descrivere chi siamo grazie a ciò che pensiamo gli altri pensino di noi, una costruzione di un Sé che è sia individuale sia sociale. Nello specifico l’autore si pone come tentativo quello di provare ad esplorare le transizioni lavorative. Quando una realtà mi ha permesso di sentirmi valorizzato ed accolto, quanto è il costo di transitare in un altro lavoro? Infatti, l’autore si concentra su una specifica transizione, molto comune nella professione di psicologo/a: educatore/trice - psicologo/a. Molti, prima di diventare psicologi, hanno lavorato, o lavorano, come educatori. Due professioni che hanno delle similitudini ma anche molte divergenze. Per cercare di indagare questo processo di transizione si sono raccolte tre storie di individui che sono su piani generazionali differenti, da chi ha appena avviato la transizione a chi la ricorda come momento importante della sua storia di vita. L’autore parte dall’assunto che le storie hanno una potenza narrativa e trasformativa, sia in chi le racconta sia in chi le ascolta.

Parole chiave:

Psicoterapeuta, Psicologo, Educatore, Transizioni, Lavoro, Identità, Sé, Appartenenza.

Abstract:

Work is part of the everyday life of each individual and becomes an important means of identification: ‘Who am I?’ This work, in fact, questions this question, the answer to which, in common language, starts with saying ‘what we do’. As if our profession allows us to identify ourselves. We learn to describe who we are through what we think others think of us, a construction of a Self that is both individual and social. Specifically, the author sets out to try and explore work transitions. When one reality has allowed me to feel valued and accepted, what is the cost of transiting to another job? In fact, the author focuses on a specific transition that is very common in the psychology profession: educator - psychologist. Many before becoming psychologists have worked, or are working, as educators. Two professions that have similarities but also many divergences. In an attempt to investigate this transition process, three stories have been collected of individuals who are on different generational levels, from those who have just started their transition to those who remember it as an important moment in their life history. The author starts from the assumption that stories have a narrative and transformative power, both in those who tell them and in those who listen to them.

Key Words:

Psychotherapist, Psychologist, Educator, Transitions, Work, Identity, Self, Belonging.

4 - Federico Spagnolli, psicologo e psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: federicospagnolli.psy@gmail.com

Identità e senso di appartenenza

Il lavoro ha implicazioni molto importanti per le persone, perché è parte integrante della quotidianità di ciascuno di noi, ci fa sentire appartenenti ad un gruppo o categorie e ci permette di costruire un proprio senso di identità. Il lavoro, in tal senso, è parte del processo di identificazione: “Chi sono io?”

L'identità è un concetto in divenire che si trasforma anche in base alla narrazione della propria autobiografia e viene intesa come percezione del proprio posto nel mondo. Essa si collega al concetto di identità sociale, che non si riferisce alla percezione che io ho dei miei valori e della coerenza con essi, ma nel rapporto con l'altro, quanto mi senta di appartenere ad un determinato gruppo o categoria entro la quale mi identifico.

La teoria dell'identità sociale identifica tale concetto come la percezione che l'individuo ha di sé, grazie al sentirsi appartenente ad un gruppo. La teoria proposta da Tajfel (Tajfel, 1979), sottolinea come il gruppo, entro il quale ci si identifica, diventa una fonte importante di sviluppo della propria autostima.

Nel corso della vita ci identifichiamo in molteplici cose in cui le persone ci fanno sentire parte attiva del processo e ci riconoscono del potenziale. Ma nel momento in cui gli altri ci fanno sentire parte integrante di un tutto, come facciamo a differenziarci per sentire in cosa noi ci riconosciamo?

Per cercare risposta a questa domanda sono arrivato alla biologia, nello specifico nelle specie che vengono chiamate diadromi. Le quali riescono a vivere sia in acque dolci che salate grazie al loro meccanismo di osmoregolazione. Una di queste specie è un pesce, il salmone. Esso nasce nei fiumi di acqua dolce, raggiunge l'acqua salata del mare dove compie il suo processo di maturazione per poi ritornare nel fiume da cui è nato, risalendo, per riprodursi. Questa specie è molto affascinante in questo processo, perché spesso quando parliamo di pesci li riconosciamo in base a due grandi

categorie, quelli di acqua dolce e quelli di acqua salata. Ma i salmoni, dove li identifichiamo?

Sento delle similitudini con l'uomo in questo processo di adattamento. Intraprendere un percorso evolutivo che ci permette di “maturare”, di costruire la propria identità e comprendere a cosa sentiamo di appartenere. La complessità è quando inseriamo la variabile società. Succede che l'individuo, nel suo processo di identificazione, faccia esperienze diversificate, si scontri con ciò che la società e famiglia vorrebbero per lui e cosa invece sente lui per sé, sfociando in un “gioco” di costruzione di vari Sé.

(Ri)conoscersi: tra identità e appartenenza

Ognuno ha un proprio concetto di Sé che funge da “identità”, è il modo in cui la persona percepisce la propria individualità negli eventi rilevanti e per definire chi si è.

Il concetto di Sé è il risultato di diversi fattori, da una parte vi sono gli aspetti materiali, il corpo, la famiglia, la casa, il lavoro; dall'altra una visione sociale del sé, in cui l'individuo costruisce un'idea della propria persona veicolata dalle molteplici immagini che gli altri costruiscono. Charles Cooley (Cooley, 1902), parla di Sé rispecchiato, intendendo come l'affermazione di una concezione di Sé sia la risultante di una stretta connessione tra me e gli altri. Lo stesso Goffman (Goffman, 1997) ha sottolineato l'impossibilità di costruirsi un proprio Sé che non sia connesso con quello degli individui che lo circondano.

Il cervello ricerca dei pattern, degli schemi e delle regole che permettono di attribuire significato a ciò che sentiamo e vediamo. Così come lo stesso “Sé”:

«...uno specifico modo di identificarsi come individualità nel percorso verso l'esperienza del senso di appartenenza, che ci porta a diventare membri di un gruppo presente nel nostro ambiente.» (Siegel, 2023, pp 25).

L'autore evidenzia come una visione *top-down* porti ad apprendere dal passato per modellare

le aspettative per il futuro. Mentre una elaborazione bottom-up permette di percepire la realtà per come è in quel dato momento (Siegel, 2023).

A partire da queste sensazioni costruiamo diversi modi di percepire (es. ricordi, pensieri e convinzioni) che esercitano un influsso top-down portandoci a vedere ciò che coincide alle nostre convinzioni.

«Se, invece, impariamo a percepire il mondo da un centro di attenzione più ampio, che includa le relazioni tra le parti e i pattern che emergono da queste connessioni relazionali, allora faremo esperienza di un Sé che emerge dai sistemi in cui viviamo: il corpo, le relazioni interpersonali, l'intero mondo della natura. Avremo una sensazione soggettiva, una prospettiva e un'agentività - la nostra SPA del Sé - centrate su questi livelli di sistemi interagenti...» (Siegel, 2023, pp 26).

La visione dell'autore permette di integrare le parti per costruire una visione di Sé che non sia solo come entità, esterna a noi, ma come facente parte di livelli differenti, tra loro interconnessi. Lo scopo del presente lavoro sta nel trovare un equilibrio, di riconoscere la necessità di mostrare le connessioni tra le parti, anche nelle nostre vite, senza però perdere la capacità, altrettanto rilevante, di crescere grazie alle nostre diverse individualità.

Siegel dice: *«...l'integrazione è cosa diversa dall'uniformazione: non si può essere "tutt'uno" senza aver prima conosciuto, rispettato e condiviso le nostre caratteristiche individuali...»* (Siegel, 2023, pp 47).

Educatore e Psicologo: un legame possibile

Seguendo il filone dell'identità, appartenenza e sviluppo di un proprio Sé, si approfondisce il tema del lavoro e come esso sia a tutti gli effetti un gruppo e/o categoria entro il quale noi ci identifichiamo.

Molto spesso per diventare psicologo, si svolgono altri tipi di lavori, spesso in ambito sociale, come l'educatore. Nello specifico

all'interno di questo scritto ci focalizzeremo sulla transizione tra il ruolo di educatore e di psicologo, ponendo l'attenzione sulla fatica nel riconoscersi. L'educatore e lo psicologo hanno dei punti di contatto e di differenziazione. In questo scritto si parlerà di come i due lavori si basano su una premessa comune: la relazione. In entrambi i lavori instaurare una relazione significativa o terapeutica è un elemento centrale. L'educatore spesso si trova a fronteggiare situazioni in "prima linea", riuscendo ad arrivare a persone che difficilmente riuscirebbero, economicamente ma anche per cultura, ad avvicinarsi alla psicologia clinica.

La difficoltà nella transizione è lasciar andare parti di sé, in cui noi ci siamo identificati per molto tempo, per accogliere parti di sé che non si conoscono. Quando entriamo in relazione con "l'altro" mettiamo in gioco parti di noi.

Storie a confronto

Di seguito proveremo ad integrare più saperi col fine di esplorare in modo più diretto come è stata vissuta e come viene vissuta questa forma di transizione. Non volendo riportare un metodo ma storie si è costruito un dialogo tra due persone che attraverso la condivisione della propria esperienza permettono di intrecciare pensieri e riflessioni. I soggetti coinvolti sono tre: la prima è una donna che attualmente lavora come educatrice, ma che ha iniziato ad esplorare il mondo della psicologia clinica, "educatrice in transito". La seconda è la storia di una donna che ha lavorato per molto tempo come educatrice ed attualmente lavora a tempo pieno come psicologa e psicoterapeuta, una "giovane psicoterapeuta". Infine, un uomo che ha lavorato come educatore e da molto tempo lavora come "psicoterapeuta".

Educatrice in transito

Beatrice, una donna che attualmente frequenta la scuola di psicoterapia sistemica integrata a Parma. Lavora come educatrice presso una cooperativa e ha iniziato a muovere i primi

passi come psicologa, lanciandosi nella clinica e in uno sportello scolastico. Una donna che sente la necessità, in questo momento della sua vita, di diventare una psicoterapeuta.

F: «Come stai vivendo questa fase di transizione tra l'essere educatrice e psicologa? Trovi delle similitudini e delle differenze?»

B: «...All'inizio ero carica a pallettoni a fare l'educatrice perché era un'esperienza che volevo fare tantissimo, oltre al fatto che è un'esperienza che dà più sicurezza da un punto di vista economico. Lo stipendio è basso ma sicuro. All'inizio ero super contenta per questa cosa e volevo imparare a fare l'educatrice, l'ho sempre visto come un gradino che si deve fare per diventare uno psicologo migliore. Imparare a stare con le persone e con i problemi. Adesso la vivo con più frustrazione e senso di colpa perché il tempo che si ha in una giornata è quello che è, e anche progredire come psicologa richiede tempo, anche tempo a gratis, e ora che sono affezionata anche alle famiglie che seguo faccio fatica a prendere delle decisioni per la carriera di psicologa, sento il peso delle responsabilità.»

F: «Pensi ci siano delle caratteristiche tue che sono differenti nei due ruoli?»

B: «Come educatrice mi diverto molto, perché posso pensare a molti livelli. Mi piace molto il cercare di calarsi nella quotidianità, nella pragmaticità e per me mi aiuta a tirare fuori più le mie capacità di gioco, curiosità e creatività. Mentre quando faccio un progetto più psicologico mi sento più irrigidita, devo comportarmi da brava psicologa, con l'occhialino, il camice. Che poi alla fine non si rivela così e alla fine quando faccio la psicologa mi metto in gioco ad un livello molto più profondo ed è estremamente più soddisfacente. Mi sento anche più me stessa quando faccio la psicologa e psicoterapeuta.

Per me è come tagliarsi in due, dover fare o uno o l'altro.»

F: «Come se fossero due identità a sé?»

B: «Un po' sì. Penso sia più per la pressione sociale. E perché in un certo qual modo sono due ruoli gerarchici, differenti in molte situazioni. Spesso lo psicologo prende le decisioni che segue l'educatore. Per esempio, nella mia equipe, i più grandi mal di pancia non me lo dà il lavoro da educatrice di per sé, ma quando sono in disaccordo con le mie responsabili psicologhe. E lì diventa confusione nella mia testa, in quei casi lì effettivamente vorrei essere la psicologa alla pari e diventa complicato essere nel ruolo da educatrice. Penso arriverà un momento in cui dovrò scegliere di smettere di fare l'educatrice. Mi vedo che da quest'estate inizierò a cambiare verso un ruolo più da psicologa. Sicuramente per me fare l'educatrice ha un aspetto più materno, sento che faccio fatica a vivere in altre situazioni, anche nelle relazioni romantiche, nel mio desiderio di maternità. Quello è un aspetto molto bello che mi lega tantissimo al lavoro. Mi sento quasi di avere il permesso di vivere quella parte mia, nell'educativa. Più accudente più materna.»

B: «Ultimamente mi dà conforto che io posso fare la scuola, posso tenerci fino alla fine ma non sono obbligata a fare di conseguenza la terapeuta. La faccio solo se sento la necessità di farlo. Ed effettivamente ogni volta che me lo chiedo, poi ho questa necessità. Ma coltivare il dubbio al momento mi aiuta, mi fa respirare, mi dà spazio.»

F: «Se tu avessi la possibilità di dire una cosa alla Bea educatrice e una alla Bea psicologa, cosa le diresti?»

B: «Alla Bea educatrice direi: stai tranquilla che non è mica un peccato che ti piaccia fare questo

lavoro. Fai quello che vuoi. Alla psicologa quasi la stessa cosa, stai tranquilla qualcosa farai. Lo capirai, vai piano che qualcosa si fa. Un po' la stessa cosa ma con la giusta sfumatura. Tanto son sempre io.»

Giovane psicoterapeuta

Elisa, una donna che per molto tempo ha lavorato come educatrice. Fin dalle superiori ha sempre voluto fare la psicoterapeuta, ma dopo aver seguito una lezione di scienze dell'educazione ha scelto di fare l'educatrice, ruolo che ha intrapreso per diversi anni. In lei però il bisogno di diventare psicoterapeuta era forte e dopo avere recuperato degli esami ha proseguito gli studi in psicologia clinica e attualmente lavora a tempo pieno come psicologa e psicoterapeuta.

E: «Mi sono convinta che il mio percorso fosse quello di diventare educatrice, proprio per dare spazio a tutta questa parte più pratica, di utilizzo di strumenti che nella mia testa non potevano essere utilizzati nella stanza di terapia. Nella mia testa c'era l'idea dello strumento unico del colloquio. Mi hanno sempre rimandato che mi vedevano sul singolo con bisogni educativi speciali. Il mio desiderio, all'ultimo anno di università, era quello di diventare psicoterapeuta.

Fare l'educatrice non mi annoiava mai. Mi piace ancora, ma poi ho iniziato a sentire stretto quando mi sono trovata a voler sapere di più delle persone che mi stavano attorno. Per cui è nato il desiderio di avere uno spazio da dedicare alle persone che in un qualche modo mi aprivano al loro mondo interno, che non avevo modo di esplorare. Dall'altra parte nemmeno io sentivo di avere questa capacità mia di stare su quello che sarebbe arrivato e quindi di stare anche su quelle che potevano essere le mie emozioni, in risposta alla storia di queste persone.

Mi sono detta, quindi, che forse era arrivato il momento di concentrarmi più sulla parte

mia di interesse e di dedicarci tempo, energia e desiderio di approfondire e soprattutto di avere uno spazio "nostro", con una persona, una coppia o una famiglia.»

F: «Pensi ci siano delle caratteristiche che maggiormente associ ad Elisa educatrice ed Elisa psicologa/psicoterapeuta?»

E: «In realtà credo di averle integrate. Nel senso che, quando parlavi del fiume mi è venuto in mente che il mio fiume di acqua dolce è stato essere e fare l'educatrice. Sperimentarsi in un modo e poi il desiderio di andare in mare, con uno spazio anche più diffuso, ampio, burrascoso, profondo e diverso perchè tante cose cambiano. il desiderio di andare nel largo ma allo stesso tempo avere la possibilità di tornare indietro, tornare nel fiume. Ti valorizza tanto, la dimensione creativa che ho messo tanto in gioco nel mio lavoro come educatrice. Mi rendo conto che lo faccio anche in terapia, con le persone. Ad oggi riescono a convivere. La mia integrazione la vedo nel modo in cui mi relaziono agli altri. Come se fossero la stessa maschera ma con espressioni diverse, che si muove.»

F: «Se potessi dire qualcosa da Elisa come sei ora ad Elisa sognatrice che era, cosa le diresti?»

E: «All'Elisa che sognava che tra l'altro stava male. Nel senso che il percorso lo ho iniziato più tardi del previsto, sia l'università che la scuola di psicoterapia, mi sono data del tempo. Un po' per motivi pratici ma anche da ciò che sentivo... un po' in questo limbo di che maschera metto, quale voglio. Direi che quel tempo, da una parte era una necessità di averlo, dall'altra mi faceva sentire in colpa. Mi sentivo indecisa e quindi sbagliata, perché vedovo gli altri che sempre dritti andavano avanti nel loro percorso convinti e bravissimi. In realtà ad oggi direi a quella Elisa che si sentiva inadeguata e

in ritardo, che aveva proprio bisogno di quel tempo per arrivare ad oggi così, con questa riflessività e anche di capacità di stare con l'altro, anche nelle sue sofferenze. Ci ho messo tanto a lasciare il lavoro da educatrice, però va bene così.»

F: «Cosa le direbbe, invece, Elisa educatrice ad Elisa psicoterapeuta di oggi?»

E: «Sei stata paziente, ce l'hai fatta brava! Forse le riconoscerei delle cose: la determinazione, nell'aver portato avanti un desiderio, la fatica, cosa che fatico a riconoscermi tutt'ora. Di ricordarsi di tutte le persone che ha incontrato o che ha lasciato.»

Psicoterapeuta

Paolo, uno uomo che attualmente lavora come psicoterapeuta e didatta all'ultimo anno della Scuola di Specializzazione Sistemica Integrata - Idipsi - di Parma. Ha lavorato per tanti anni come educatore presso una comunità educativa per minori e terapeutica per poi affrontare questa transizione che l'ha portato oggi a lavorare come clinico nel suo studio privato e a svolgere vari progetti in collaborazione con diversi enti del territorio.

F: «In che contesto hai lavorato come educatore e attualmente di cosa ti occupi?»

P: «Come educatore ho lavorato nelle comunità educative per minori. Però avevo iniziato, dopo la laurea, sono entrato in una cooperativa facendo assistenza scolastica e domiciliare. Dopo ho iniziato nelle comunità per minori, adolescenti e preadolescenti. Case appartamento o comunità terapeutiche. Dove in una di queste sono diventato anche psicologo.

Nell'ambito delle comunità sono rimasto abbastanza, contemporaneamente mi avviavo nella libera professione come psicologo. Ho mantenuto la doppia identità per un po'

fino a quando la cooperativa mi ha proposto di trasformare il ruolo educativo in ruolo psicologico all'interno di una comunità psico-educativa. A quel punto la mia identità di psicologo e psicoterapeuta si è composta completamente. Poi ho lasciato la cooperativa per dedicarmi al ruolo di psicoterapeuta libero professionista.

Oggi sono uno psicoterapeuta ormai da diversi anni, ho il mio studio privato. Ho fatto tanti anni al polo clinico di Idipsi per poi spostarmi in uno studio privato. Ho svolto anche dei lavori di consulenza per famiglie, insomma piano piano ho abbandonato il ruolo da educatore per costruire il mio ruolo da psicoterapeuta.»

F: «Parli di due identità, secondo te c'erano delle caratteristiche personali che maggiormente associ ad una e delle caratteristiche che associ all'altra?»

P: «Ti racconto un aneddoto che, secondo me, è emblematico dell'aspetto identitario. A volte mi capitava di uscire dalla comunità, mi portavo un cambio in macchina, mi cambiavo e andavo a fare lo psicologo e psicoterapeuta. Era proprio un cambio fisico.

Dopo un po' di tempo questa duplicità mi è iniziata a stare molto stretta. Ero molto più orientato alla clinica, che mi appassionava tantissimo. Il ruolo educativo mi stava sempre più stretto fino a quando ho avuto la possibilità di integrarmi. Rendermi più integrato.»

F: «Interessante, quando parli del cambio vestiti, mi viene da sorridere perchè è la mia quotidianità ad oggi.»

P: «Mi viene in mente un altro aneddoto. C'è stato un momento in cui ho comunicato ai ragazzi in struttura che me ne sarei andato per andare a lavorare come psicologo. Tremavo! Ero molto emozionato, mi sentivo quasi abbandonico nei loro confronti. Si creano questi tipi di situazioni, però dentro di me ero

arrivato al punto di volerlo fare e che era il momento. Le emozioni che poi ti coinvolgono sono molto forti. La base sicura è legata al potermi legittimare di essere un ruolo, quello dello psicoterapeuta, legittimarsi pienamente in un ruolo.»

F: *«Rispetto a questa transizione e al riconoscimento di un ruolo, un mio tema è anche la solitudine. In quanto come educatore, lavorando in equipe, è un lavoro di squadra. Mentre lo psicologo lo vivo come un lavoro più solitario.»*

P: *«Non riuscirei mai a pentirmene del percorso e non riuscirei a tornare indietro. Una valutazione personale, non posso applicarla a tutti, però direi che ho sentito anche un alleggerimento quando ho fatto il passaggio completo e una ricomposizione, dove potevo occuparmi su ciò in cui avevo investito tanto e farlo al 100%. Se vogliamo parlare di somiglianze tra i due lavori direi la RELAZIONE. Essere in relazione e stare in relazione, in modalità sicuramente diverse, ma è un aspetto che accomuna le due professioni.»*

F: *«Se tu potessi incontrare il Paolo educatore cosa gli diresti?»*

P: *«Sei pronto, buttati! Quella legittimazione di cui parlavamo prima avrei potuto riconoscerla prima. Ma va bene così, dovevo sentirmi più sicuro di investire i panni da psicoterapeuta. Ho cominciato abbastanza presto a fare lo psicologo ed è stata una crescita costante fino a quando non c'era più spazio per l'altro. Anche nelle sensazioni di sicurezza in quello che stai facendo, in quello che tu come persona puoi portare nel servizio e anche a cosa ti piace di più.»*

Conclusione

Il presente scritto nasce da un bisogno personale di esplorare come altre persone

vivono e hanno vissuto la transizione lavorativa molto comune da educatori a psicologi.

Ho esplorato i temi dell'identità, del senso di appartenenza e della costruzione del Sé. Perché spesso il lavoro, diventando quotidianità di ciascuno individuo, diventa anche una possibilità di costruzione identitaria e un ruolo che ci fa sentire appartenenti ad un gruppo, che ci riconosce e ci valorizza, diventando un'opportunità di costruzione di un proprio Sé. L'interesse a tale tematica voleva però essere rappresentata attraverso il confronto con altre storie che mi hanno permesso di conoscere la "transizione" da una professione ad un'altra su più piani generazionali. Beatrice, educatrice da diversi anni e che sta muovendo i primi passi da psicologa. Elisa, educatrice per tanti anni ma da alcuni anni lavora a tempo pieno come psicologa e psicoterapeuta. Infine, Paolo, educatore per tanti anni ma da diversi anni lavora come psicologo e psicoterapeuta. Tra le varie narrazioni vi sono dei punti di contatto, altri invece che riprendono alcuni concetti elaborandoli in una chiave di lettura diversa, probabilmente integrandola.

Uno dei punti di contatto è la necessità di svolgere la professione di psicologo. Nelle varie narrazioni i vari soggetti hanno evidenziato come fossero mossi da una necessità intrinseca che li ha spinti e li sta spingendo a proseguire nel cercare un lavoro che fosse in linea con la loro formazione, rendendo il ruolo dell'educatore sempre più stringente, quasi un limite per esprimere ciò che sentivano. Una forte similitudine tra le varie storie è il tema della relazione. Entrambe le professioni hanno in comune la relazione con l'altro come punto di partenza per costruire qualsiasi intervento. Inoltre, trovo estremamente interessante come dalle tre storie emerga che spesso certi ruoli permettono di valorizzare parte di Sé, mentre quando ricopriamo un altro ruolo ne valorizziamo altri. Gli elementi sottolineati dalle varie storie mettono in luce come certe caratteristiche di personalità emergono proprio

in base ai ruoli che ricoprono. Alla base, però, c'è sempre uno stato di necessità di far emergere certe caratteristiche, come motore che porta a proseguire con costanza nel diventare, o essere diventati, psicologi e psicoterapeuti. Un elemento centrale, infatti, è il tema dell'identità. Infatti, si inizia da una concezione molto separata di identità. Come se ci fossero due identità che convivono ma che sono una distinta dall'altra, quella dell'educatrice e quella della psicologa. Proseguendo emerge come queste due identità con il tempo si siano sempre più integrate tra loro, come se non fossero più due maschere ma siano diventate una sola, che assume espressioni diverse e si adatta in base alle necessità del momento.

Due ruoli che sembravano apparentemente

distinti, ma che assumono un unico volto con sfaccettature diverse. Se osserviamo l'ultima storia si inizia dal racconto di una vicenda, il cambio fisico di abito. Un abito da educatore che poi veniva cambiato per entrare nel ruolo dello psicologo, e come queste due sfumature della stessa persona diventino parte integrante del ruolo da psicologo e psicoterapeuta assunto nel futuro. Trovo questo lavoro necessario per me nell'entrare in contatto con storie apparentemente simili negli obiettivi, ma particolarmente diverse nei contenuti e nelle esperienze di vita. Un'opportunità per riflettere su di sé e sui ruoli che si ricoprono nella propria quotidianità con la possibilità di guardare al passato, al presente e al futuro.

Bibliografia

- Boca, S., Bocchiaro, P., & Scaffidi Abbate, C. (2017). *Introduzione alla psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna
- Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York, Scribners. citato in Boca, S., Bocchiaro, P., & Scaffidi Abbate, C. (2017). *Introduzione alla psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna
- Goffman, E. (1997). *La vita quotidiana come rappresentazione* (M. Ciacci, Trans.). Il Mulino, Bologna
- Siegel, D. J. (2023). *Tra me e noi. Come integrare identità e appartenenza* (C. Marchetti, Trans.). Raffaello Cortina Editore, Milano
- Tajfel, H. (1979). *Individuals and groups in social psychology*. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 18(2).



Al cospetto di una resistenza d'amore. Riflessioni sul “Noi” terapeutico.

Federica Paroli⁵

Sommario:

L'articolo esplora la complessità delle dinamiche relazionali che si instaurano nella stanza di terapia, in particolare quando un paziente manifesta sentimenti di attrazione verso il terapeuta. Attraverso una riflessione teorica e un caso clinico, si affrontano le sfide emotive e professionali che il terapeuta deve gestire. Viene raccontata la storia di Massimo, un giovane caratterizzato da un quadro fobico e una forte dipendenza familiare, che riversa sul terapeuta il proprio disagio attraverso comportamenti inappropriati e proiezioni affettive. Il terapeuta, inizialmente accogliente, si trova progressivamente intrappolato in una relazione asimmetrica, dove i confini diventano sempre più sfumati. Il caso mette in luce le difficoltà di “stare” nella relazione terapeutica nonostante il senso di invasione e la perdita di equilibrio emotivo. Attraverso una lenta presa di consapevolezza, il terapeuta riconosce la necessità di ripristinare i confini per garantire un intervento efficace. La riflessione teorica si collega all'*enactment* come modalità di emergenza del trauma relazionale e alla necessità di ascoltare il “clangore” delle strategie di coping, sia del paziente che del terapeuta, per trasformare il dolore in un'interazione significativa.

Parole chiave:

Relazione terapeutica, confini terapeutici, enactment, transfert, svincolo, famiglia fobica.

Abstract:

The article explores the complexity of relational dynamics that emerge in the therapy room, particularly when a patient expresses feelings of attraction toward the therapist. Through a theoretical reflection and a clinical case, the emotional and professional challenges faced by the therapist are addressed. The story of Massimo is recounted—a young man characterized by a phobic framework and strong family dependency, who channels his discomfort toward the therapist through inappropriate behaviors and affective projections. The therapist, initially welcoming, progressively finds themselves trapped in an asymmetrical relationship where boundaries become increasingly blurred. The case highlights the difficulties of “being” in the therapeutic relationship despite the sense of intrusion and the loss of emotional balance. Through a gradual process of awareness, the therapist recognizes the need to re-establish boundaries to ensure effective intervention. The theoretical reflection connects to enactment as a modality for the emergence of relational trauma and emphasizes the importance of listening to the “clang” of coping strategies, both of the patient and the therapist, to transform pain into meaningful interaction.

Keywords:

Therapeutic relationships, therapeutic boundaries, enactment, transfert, detachment, phobic family.

5 - Federica Paroli, psicologa psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicoterapia Sistemica Integrata, E-mail: dott.paro psicologalfederica@gmail.com

Nella mente del terapeuta

Cosa fare quando nella stanza di terapia incontriamo persone che si innamorano di noi?

È una domanda a cui Freud (1915) e moltissimi altri autori hanno speso innumerevoli parole per cercare di guidare il giovane terapeuta ad affrontare la questione.

Ma cosa succede nel cuore del terapeuta alle prime armi quando effettivamente questo accade, quando ciò che ha letto nei libri effettivamente prende vita davanti ai suoi occhi?

Può allontanarsene, inorridito e scandalizzato, inviarlo al più presto al primo collega a disposizione, aggiungendo anche l'indicazione di una visita psichiatrica, per togliersi anche il pensiero della psicopatologia.

Avrà a quel punto la coscienza a posto? O dentro di sé sentirà che questa non è la strada più sostenibile, più estetica che può percorrere? Proverà a stare dunque con il contenuto faticoso delle sedute con questo paziente. Cercherà di dare un significato a questo amore, sforzarsi di trovarlo nella difficile storia di questa persona, che per una volta è riuscita ad aprirsi con un terapeuta, che è disposto ad accoglierlo anche nelle sue parti più orride e sordide.

Cosa succederà però al terapeuta?

Tenterà in tutti i modi di stare, e comincerà ad "ammalarsi" di questo paziente, a portarlo appena può in supervisione a qualsiasi collega che gli capita sotto tiro. Comincerà a provare ciò che prova il paziente: si sentirà alienato, angosciato dalla sua angoscia, abbandonato quando sentirà che intorno a sé pochi riescono a prendersi cura insieme a lui di questo difficoltoso paziente; sentirà che a volte è costretto a fingere di non provare alcune sensazioni spiacevoli, sentirà di aver abbattuto ogni confine, pur di prendersi sulle spalle l'orrido del paziente, pur di non farlo sentire solo nel suo dolore.

Il terapeuta a questo punto sarà invaso e sommerso dal dolore dell'altro e forse a quel punto capirà che non è più sostenibile e utile il lavoro che sta compiendo.

Tenterà allora faticosamente di ristabilire un

confine, nuove regole per stare in relazione con l'altro; sa, infatti, che le regole sono alla base di un vivere sereno insieme. Sa che, se il paziente si permetterà di sperimentare una relazione sana, con regole sane, forse riuscirà a portare questo apprendimento anche al di fuori della stanza di terapia. Sa che è faticoso ma illuminante sapere cosa prova l'altro e vivere con le conseguenze delle proprie azioni.

Il terapeuta farà tutti questi passaggi anche per se stesso, perché sa che forse, anche attraversando questa esperienza sfiancante, ha capito meglio chi è, come sta in relazione e cosa lo fa stare bene nella asfissiante, scomoda, spaventosa, complessa, sconfinata, tenera, commovente, rivelatrice...stanza di terapia.

La Storia di Massimo

Massimo non può decisamente essere considerato un temerario. Anzi, sguardo sfuggente, occhi tristi e goffaggine nei movimenti. Dopo essersi seduto a disagio sulla poltrona di un giallo sgargiante del mio studio, inizia il suo racconto.

Massimo è un ragazzo poco più che ventenne e nei suoi racconti emerge un timore verso un mondo pauroso e incontrollabile: pochi amici, quasi nessuno fidato, i pochi coetanei che frequenta lo prendono in giro e sfruttano le risorse della sua ambiente famiglia.

Neanche sui social network può ritenersi al sicuro: lì è un covo putrido di persone che lo "bullizzano". Scavando un po', Massimo ammette che non bullizzano proprio lui nello specifico ma un'intera generazione di ragazzi della sua età, incitando odio verso di loro e augurandosi che il governo reintroduca la leva obbligatoria. "Allora sì che questi giovani potranno essere veramente delle brave persone!" Massimo si infervora moltissimo in questi racconti e mi confessa la sua grande paura che tutto ciò possa effettivamente avverarsi e che non vuole essere obbligato ad andare in guerra.

Questa paura si estende anche a una possibile relazione con un'ipotetica ragazza: e se dovessi

riuscire finalmente a trovare una fidanzata e venisse fuori che lei è d'accordo a reintrodurre la leva obbligatoria?

Massimo non ammette quasi mai un mio intervento durante questi suoi "deliri" conversazionali, come se non potesse neanche prendere in considerazione un altro punto di vista che non sia il suo. Allo stesso tempo è molto cauto (inizialmente) a espormi le sue idee, sempre guidato dal timore che effettivamente anche io possa avere un'idea politica e sociale diversa dalla sua.

Passiamo poi al racconto delle relazioni nel mondo reale. Mi racconta la sua unica, disastrosa, esperienza di relazione con una ragazza. All'epoca aveva 18 anni e conobbe questa ragazza di 16 durante una delle vacanze estive all'estero a cui il padre lo obbligava a partecipare.

Mi viene innanzitutto descritta come una ragazza particolare: a quanto pare non era minimamente interessata ad avere alcun contatto fisico con Massimo. L'unica cosa che le interessava era costantemente giocare a briscola, tanto che portava sempre con sé un mazzo di carte. A volte, mi racconta Massimo, dovevamo fermarci su una panchina durante una passeggiata per fare una partita o giocare nel bel mezzo di una festa, isolandoci da tutti.

Massimo non sa se è veramente innamorato di questa ragazza o se effettivamente gli piace ma tenta comunque un approccio fisico. Dice di fare fatica soltanto a baciarla, perché lei non sembra disposta ad avere quel tipo di contatto fisico con lui. Massimo mi dice che qualche volta è stato accontentato, ma che non è mai stato tanto soddisfacente.

Con grande imbarazzo mi confida che questa ragazza avrebbe poi messo in giro delle voci su una presunta violenza sessuale di Massimo nei suoi confronti, ma lui dice che lei si è inventata tutto e che lui era semplicemente un ragazzo di 18 anni che voleva vivere un'esperienza intima con la propria ragazza.

A quel punto Massimo mi racconta di come è

sempre stato timoroso di fare ulteriori passi nella conoscenza fisica di questa ragazza, per il grande timore che potesse rimanere incinta.

Mi dice di come la madre gli si è sempre raccomandata di stare estremamente attento e che solamente una pratica di petting potrebbe portare a una gravidanza indesiderata: "se lei si tocca dopo aver toccato te, potrebbe rimanere incinta".

Gli assicuro che non è assolutamente la realtà delle cose e che, se non è convinto, di andare a farsi spiegare come funziona il tutto in un consultorio.

Massimo mi ascolta con attenzione, ma sembra comunque dubbioso.

Se durante i primi colloqui la grande di timidezza di Massimo lo porta a dire le cose "cattive" sempre approfondendosi in mille scuse per la sua schiettezza e volgarità, dopo un mese i confini del decoro ormai sono superati. Massimo si sfoga moltissimo parlando dei suoi genitori.

Massimo sembra avere un buon rapporto con la madre, talmente buono da sembrare una coppia di sposi che criticano l'indolenza del loro figliolo nullafacente che sta a casa tutto il giorno su una poltrona a oziare e sbadigliare rumorosamente. Il figliolo in questione è il padre di Massimo, un signore di quasi 70 anni, ex dirigente che si gode la sua meritata pensione.

La mamma di Massimo è la sua unica confidente e amica, con la quale ha un rapporto di dipendenza insofferente. Alla fine di ogni giornata lavorativa sente il bisogno di farle il bollettino giornaliero su come si è comportato e non riesce a temperare le verità, tanto meno a mentirle. È anche grazie alla madre che Massimo "si convince" a cambiare la sua terapeuta. Dopo i gravi avvenimenti accaduti a lavoro, secondo la mamma quella terapia non era più efficace quindi si muove per proporgli un'altra terapeuta.

Massimo dice di odiare letteralmente il padre-padrone che l'ha sempre spinto (a volte in questo racconto di angherie inserisce anche la madre) a fare ciò che non voleva: continuare il liceo anche se era bullizzato dalla prof di inglese, partecipare

alle vacanze studio all'estero durante l'estate, comportarsi più "da uomo", non stare sempre attaccato alle gonnelle della madre, essere in definitiva più come lui.

Un uomo tutto d'un pezzo, sopravvissuto a un cancro all'intestino quasi 20 anni prima.

Massimo esprime un odio viscerale verso questo uomo, raccontandomi nel dettaglio tutte le violenze che sogna di riservargli, arrivando anche a augurargli la morte ("come vorrei che il cancro l'avesse ucciso" sibila attraverso i denti digrignati, i lineamenti del viso deformati dalla rabbia). La cosa però che più non è in grado di sopportare del padre è la sua età avanzata: "ti sembra una cosa normale che io abbia un padre che è un vecchio?" mi dice spessissimo.

In modo totalmente ambivalente Massimo non è assolutamente in grado neanche solo di pensare di trovare degli spazi di autonomia da questi genitori invischiati e respingenti: non può tollerare l'idea di vivere da solo, neanche nell'appartamento già ammobiliato situato al piano di sopra della sua stessa casa. Di notte non può mai essere da solo in casa per paura "che possa capitargli qualcosa". Accetta senza problemi il fatto che i genitori sono andati a parlare con il suo datore di lavoro per sapere cosa stesse succedendo; per lui è assolutamente normale che la madre voglia venire a parlare con me, per sapere come stia andando la terapia del figlio.

I genitori non possono accettare di avere un figlio così "debole e malato" e passa un po' di tempo prima che accettino di mandarlo in terapia. Avverrà solo dopo che la madre viene a sapere da una sua amica che la figlia è andata da uno psicologo. Stessa identica dinamica avviene quando propongo a Massimo di vedere uno psichiatra.

Massimo sembra non venire mai preso "sul serio" ma allo stesso tempo gravano sulle sue spalle grandiose aspettative da parte dei suoi genitori. Se il papà è più concentrato sulla parte del lavoro/studio/carriera (cosa ci si può aspettare da un ex dirigente e sopravvissuto al cancro?),

ma che continuamente sminuisce Massimo. La madre invece sembra più concentrata sul lato della socialità: lo spinge a uscire e vedersi con i suoi presunti amici; Massimo mi racconta che questi ragazzi non sono suoi veri amici, lo prendono in giro e sfruttano le risorse della sua abbiente famiglia.

L'invasione e la dissoluzione dei confini

Se all'inizio Massimo sembra sempre in difficoltà anche sono a iniziare a parlare, appena inizia a sentire un po' di confidenza, aiutato anche dai miei sorrisi di incoraggiamento, si lascia andare e inizia a paragonarmi subito alla sua vecchia terapeuta, cominciando con i primi complimenti. Io non mi offendo e accolgo senza troppo fastidio le sue parole. Forse un po' mi stonano gli eccessivi complimenti, prendendoli però come causati dalla sua estrema timidezza.

Fin da subito percepisco Massimo come un po' "strano", tanto da sospettare anche un ritardo cognitivo, tesi avvalorata dal fatto che il datore di lavoro quando ha avuto dei problemi con lui, non ha convocato direttamente Massimo, ma i suoi genitori. Mi sono chiesta quindi se fosse stato un inserimento lavorativo facilitato, dato da un qualche tipo di diagnosi.

Inoltre, il modo dei genitori di trattarlo sembrava quello che si ha con un bambino delle elementari. Questo cosa ha scatenato in me? Una sorta di senso di protezione: non pensare ai tuoi genitori, ci penso io a farti sentire grande!

Con il passare degli incontri emerge però il vero tema del motivo della sua attuale terapia con me: la mancanza di una vita sessuale.

Massimo è ossessionato da questo argomento, tanto che più di una volta ci tiene a farmi sapere che alla vecchia terapeuta (che aveva anche una certa età, tanto da poter essere tranquillamente sua madre) le aveva comunicato che era così frustrato da non fare sesso che l'avrebbe fatto con lei.

Io, abbastanza sconvolta, gli ho subito chiesto lei cosa avesse risposto. Lui tutto compiaciuto mi dice che la terapeuta si era mostrata lusingata

dalle sue fantasie.

Guarda caso durante il colloquio successivo Massimo prova anche con me a lanciarmi questo messaggio, aggiungendo però “eh però sei sposata”; io, allarmata, rispondo in maniera secca (e seccata?) che, se anche non fossi sposata, non sarebbe mai potuto succedere. Massimo, ugualmente allarmato da questa mia risposta, si difende subito dicendo che è perfettamente a conoscenza che non potrebbe mai accadere, ma che questo è un modo per esprimere il suo apprezzamento.

Durante questi episodi (ne sono capitati altri simili), che io vivo come un vero e proprio attacco, Massimo è inattaccabile e invicinato, come se davanti a lui ci fosse un qualcuno di inanimato, che non può avere una voce e un sentimento.

Unite a queste sue provocazioni, Massimo utilizza moltissimo tempo in terapia per letteralmente vomitarmi addosso tutte le sue ossessioni, fissazioni, frustrazioni e insuccessi della sua vita passata, presente e futura. Mi sembra di avere davanti un turbinio confuso di rabbia e depressione, che non lascia uno spirale per avvicinarsi.

Ogni mio tentativo di avvicinamento è sempre mal accolto da Massimo. Ogni tentativo di riflessione, approfondimento è bloccato e rimandato indietro al mittente.

Per me è davvero frustrante ma mi ripeto che questo è il suo spazio e che devo essere io a imparare a starci, nonostante mi senta davvero scomoda.

Questo concetto dello “stare” che spesso ci è stato insegnato in questi 4 anni di scuola, mi rendo conto come in questo caso mi abbia incatenata e ingabbiata in una situazione che si sarebbe rivelata a breve veramente pesante e insostenibile per me.

Rifletto su ciò che risuona in me lo “stare nonostante tutto”. Mi parla di situazioni antiche, una continua ricerca del “bravo” che mi ha inconsciamente sempre spinto a esserci sempre e comunque anche per uno come Massimo, che indubbiamente ha molto bisogno di aiuto

e presenza dell’altro. Ma questo mi ha anche portato a stare nonostante i suoi movimenti patologici nei miei confronti, rendendomi forse in parte cieca a quello che stava accadendo tra di noi.

Salvatore (2023) dice che:

“L’*enactment* è l’unico modo attraverso cui l’antimateria del trauma può trasformarsi nella materia organica dello scambio intersoggettivo con un altro. Il trauma evolutivo di paziente e terapeuta stratifica intorno al loro nucleo traumatico uno scudo fatto di strategie di coping; l’*enactment* è il clangore prodotto dal contatto degli scudi.

Il terapeuta ha il compito di mettersi in ascolto di questo suono. Questo è l’unico modo per comprendere a fondo il paziente.

Il paradosso di questa forma di interazione che è chiamata psicoterapia è il fatto che un evento relazionale implicito che scandisce la totale assenza di intersoggettività - la danza soggettiva tra le strategie di coping dei due attori in scena - costruisca l’unica porta di ingresso sicura verso lo stabilirsi dell’intersoggettività.” (pag. 157). Con il procedere dei colloqui Massimo sembra sempre più a suo agio nella stanza di terapia con me, tanto da arrivare quasi ad abbandonarsi sul divano e ad appoggiare la testa al muro chiudendo gli occhi dalla stanchezza.

E dopo lo “stravacco” fisico, inizia anche quello relazionale.

Massimo ogni volta ci tiene a dirmi di quanto io sia diversa dalla sua vecchia terapeuta, di come lo accolgo sempre con un sorriso, di quanto sono interessata a quello che lui mi dice, di come sono bella e giovane.

Perché non ho mai ripreso la cosa? Perché non mi sono allarmata di fronte a questi suoi tentativi di seduzione?

Mi racconta, con dovizia di particolari, le sue pratiche di masturbazione.

Sembra leggermente imbarazzato, ma ogni volta aggiunge sempre più dettagli. Mi racconta di quando era adolescente e di come la nonna materna lo ammoniva di non toccarsi, quando

si trovava solo sul divano di casa sua. Massimo prova un misto di imbarazzo e grandissima rabbia verso la nonna. Mi confessa di essere stato anche violento fisicamente nei suoi confronti un paio di volte.

Di fronte al mio allarme, Massimo si arrabbia ulteriormente dicendo di come non capisco neanche io lo stress a cui è sottoposto nella sua famiglia.

Decido di non insistere. A posteriori mi rendo conto di come più volte sono stata spaventata di fronte ai suoi scatti di rabbia.

Il doloroso abbandono (o svincolo?) e quello che resta

Piano piano però in me comincia a crearsi anche l'immagine di come sono io in terapia con lui. Se Massimo è un turbinio confuso, io mi sento - o meglio, Massimo mi fa sentire - come una bambola gonfiabile gettata sulla mia bella poltrona gialla, pronta all'uso ogni mercoledì dalle 18,15 alle 19,15. Questa bambola non ha diritto di parola, deve solo accogliere tutto quello che Massimo vuole buttare fuori, riempirsi dei suoi umori, ed essere pronta per la settimana successiva.

Col passare delle sedute, questa immagine è sempre più presente e più scomoda.

Sento di essere stata calda e accogliente fin da subito con lui, quasi a giustificare i suoi comportamenti bizzarri e la sua comunicazione spesso inappropriata.

Una volta mi ha anche detto che mi considerava quasi come una sorella maggiore, disposta ad ascoltarlo e ad aiutarlo.

Dalla sorella evidentemente si è passati ad altro nelle sue fantasie, cercando attraverso le sue parole anche di tentare di agire queste fantasie. Ma essendo Massimo caratterizzato da un quadro fobico (Ugazio, 2018), l'eccessiva vicinanza evidentemente era spaventosa per lui; ipotizzo che riuscisse a sopportare questa prospettiva di relazione, cercando di allontanarsene dicendomi che io non sarei stata professionale se avessi ceduto alle sue avances. In più la sua idea di

relazione è basata sul controllo della stessa, non immaginando la possibilità che io potessi avere una qualche voce in capitolo.

Inoltre, ho riflettuto sulle parole che ha usato nel descrivere il rapporto con la vecchia terapeuta e l'attuale percorso con me. Ho avuto la fantasia che nella vecchia terapeuta stesse cercando una figura materna, mentre in me una sorta di fidanzata.

Forse stavo arrivando piano piano alla conclusione che io non me la sentivo più di stare così con lui. Che per me non era più accettabile e sostenibile.

Probabilmente per Massimo non era accettabile una relazione di cura perché avrebbe significato permettere all'altro di avvicinarsi, di toccare corde veramente intime e nuclei di sofferenza per poi auspicare un suo coinvolgimento e impegno nell'agire e arrivare a un cambiamento.

Non so se Massimo in questo momento della sua vita riuscirebbe a sostenere questo tipo di movimenti.

Con i suoi mezzi ha tentato di trasformare la relazione terapeutica in qualcosa che conosce o che comunque vorrebbe molto nella sua vita: una relazione amorosa, basata ovviamente su ciò che lui conosce dell'amore. Controllo e lontananza emotiva, ciò che lui ha probabilmente sperimentato nella sua storia familiare.

Durante il nostro ultimo appuntamento, Massimo ha tentato in tutti i modi di "riconquistarmi": ha provato con la rabbia, la disperazione più profonda, con la minaccia di suicidarsi (negando subito dopo), con il farmi sentire in colpa perché anche io come tutto il mondo lo stavo abbandonando, di sminuire il lavoro della terapia. Per tutto il tempo ho cercato di essere il più accogliente possibile pur rimanendo ferma nella mia decisione; gli ho rimandato l'importanza di questi 4 mesi passati insieme e del fatto che questa fosse la decisione migliore per il suo bene. Gli ho parlato del mio sincero dispiacere ma anche della consapevolezza di quello che stavo facendo.

Ogni tanto ripenso a Massimo e mi chiedo come

stia, se ha trovato un terapeuta (mi auguro) uomo, se è riuscito a mantenere il suo lavoro, se sta proseguendo con i farmaci, se ha rivisto lo psichiatra, se ha trovato un vero amico o una fidanzata, se ha ricominciato a frequentare il suo amato gruppo di musical.

Mi auguro quindi che, avendo svincolato Massimo da questo rapporto che stava diventando invischiante, lui possa aver sperimentato, nonostante la sofferenza, che qualcuno ha avuto fiducia in lui e che magari gli sia arrivato questo messaggio: io penso tu sia grande abbastanza per essere responsabile di te stesso e che sei pronto passare alla vita adulta.

In una relazione sana anche se ci si lascia, il caldo sentimento che ci ha accomunati non smette di esistere; tu sei nel mio pensiero, anche se non posso stare più alle tue regole. Ho continuato a pensare a te e me la sento di darti qualche dritta finale per prenderti cura al meglio di te stesso, perché penso che tu possa riuscirci e perché, nonostante tutto, in una certa maniera a te mi sono affezionata.

Non è questa una relazione adulta e sicura?

E se è vero che siamo noi lo strumento principale del lavoro terapeutico o, meglio, la relazione, quale relazione ha sperimentato Massimo con me?

Cosa ha risuonato nella sua storia personale?

Le richieste che io ponevo a Massimo erano quelle di prendere in considerazione una sorta di svincolo nei confronti della sua famiglia d'origine, ipotizzando che fosse proprio lì la fonte, l'origine del peccato originale. I messaggi continuamente ambigui della sua famiglia gli hanno sempre fatto dubitare della sua capacità di slanciarsi verso

l'esterno, verso la costruzione di una sua identità. Non è forse però anche quello che Massimo ha mosso in me? Non ha messo in dubbio il mio sé terapeutico?

È tra le mura domestiche quindi che si apprendono gli schemi comportamentali, determinati tanto dalle esperienze distruttive quanto da quelle costruttive.

Massimo di fronte ai miei inviti a provare a fare qualcosa per prendersi cura di sé, ha reagito prima con la seduzione, con l'invischiamento e poi con la rabbia distruttrice che nega il legame ed elude il compito terapeutico.

“Vuoi che io che io mi svincoli dalla mia gabbia invischiante, ma cosa posso essere da solo? Non mi è mai stato permesso di essere da solo, questo pensiero mi terrorizza. Il mio unico modo di essere, di esistere è legarmi a un altro essere, come se fossi un parassita che non può vivere se non in una relazione risucchiante con l'ospite. E quando l'ospite comincia a mettere dei confini, come devo comportarmi? Come posso essere solo al di qua del confine con te, al di là di questo muro che per me è invalicabile? Io non conosco altro se non la rabbia che distrugge, la paura che immobilizza e la profonda tristezza che inghiotte tutto. Io non posso vivere e quindi, se proprio non possiamo vivere in simbiosi, allora moriamo entrambi insieme.”

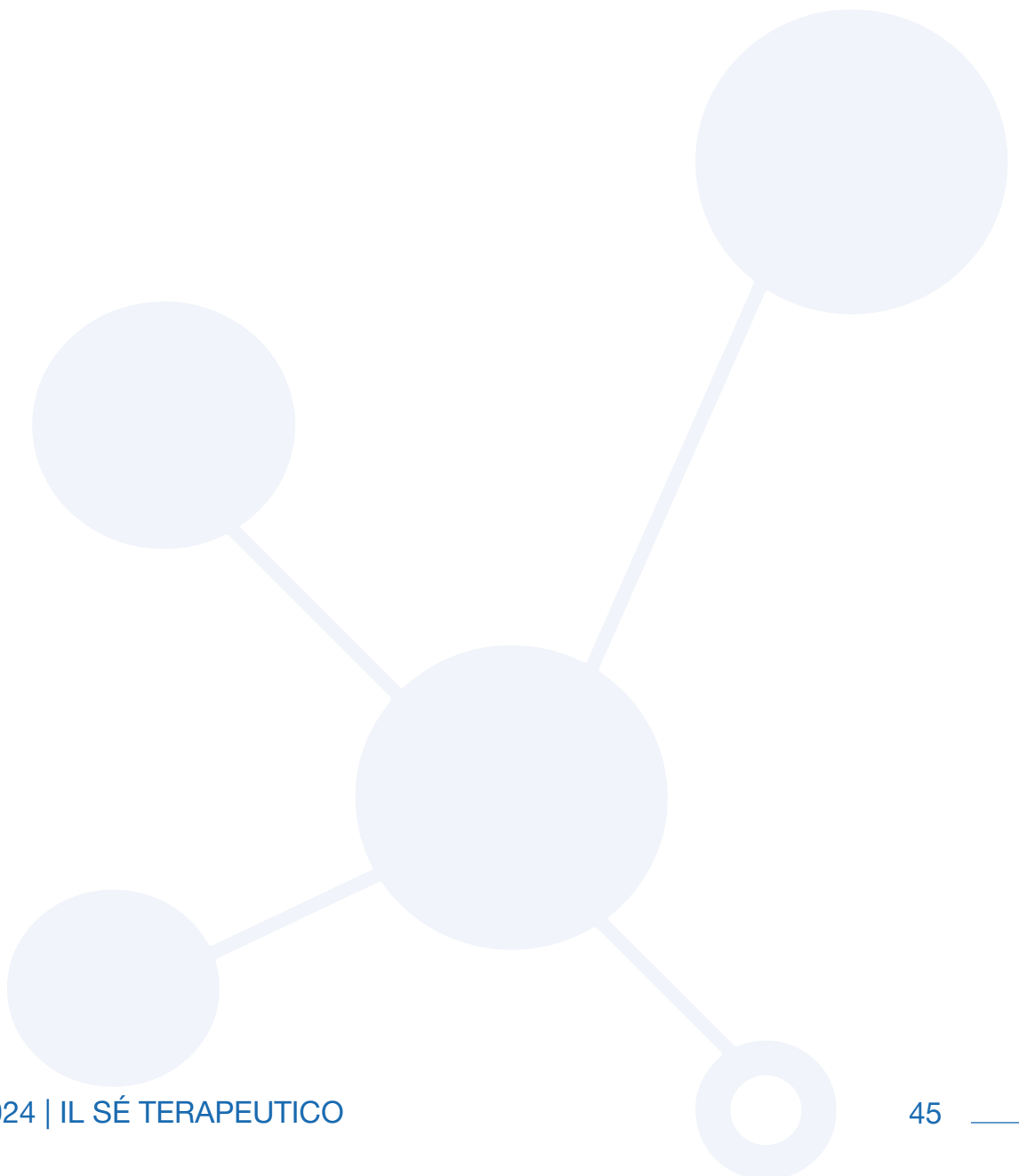
L'ospite, io in questo caso, spero sia rimasto fermo e solido nei suoi confini, indicando gentilmente ancora una volta a Massimo la via della libertà e della cura di sé, che non può passare tramite questo metodo di alimentazione parassitario.

Bibliografia

- Salvatore, G. (2023), *La vergogna del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Ugazio, V. (2012), *Storie permesse, storie proibite*. Bollati Boringhieri, Torino

Sitografia

- Freud, S. (1915), *Annotazioni sull'amore di transfert*. <https://www.analisilaica.it/2019/03/31/freud-sull-amore-di-transfert/>



L'introversione tra i tre Sè: Individuale, Sociale e Terapeutico

Giorgia Conti ⁵

Sommario:

L'articolo restituisce alcune riflessioni sul tema dell'introversione a partire da immagini web-mediate, rappresentazioni sociali e forti risonanze individuali. Si parte dal sé sociale e dai concetti di introversione ed estroversione introdotti da Jung, evidenziando come l'attuale società dinamica e competitiva privilegi caratteristiche estroverse, spesso svalutando l'introversione. Sul piano individuale, questo modello dominante spesso porta l'introverso a sperimentare un senso di diversità e inadeguatezza rispetto ai ruoli sociali, in una dinamica di conflitto tra il bisogno di appartenenza e quello di individuazione. La riflessione prosegue arrivando nella stanza di terapia, luogo in cui il paziente può riconsiderare il proprio rapporto con il mondo, aumentando le possibilità di scelta. Questo può accadere quando il terapeuta, consapevole dei propri pregiudizi, evita di imporre cambiamenti, ma stimola risorse già presenti nel paziente, rispettando la sua individualità. Infine, viene preso in considerazione il ruolo del terapeuta introverso, non immune dai pregiudizi, che può oscillare tra varie posizioni: il terapeuta performante, il terapeuta ferito, il terapeuta in cerca di riscatto. Il confine tra sé e l'altro diventa un tema centrale: lo spazio vuoto, il silenzio non colmato, è ciò che consente una relazione autentica tra terapeuta e paziente. Accettare ed abitare tutte le parti di sé aiuta a trovare un equilibrio che valorizza l'introversione come una risorsa preziosa per il rapporto terapeutico.

Parole chiave:

Introversione, modelli normativi, aspettative, silenzio, autenticità, risonanze

Abstract:

The article presents some reflections on the theme of introversion, starting from web-mediated images, social representations, and strong individual resonances. It begins with the social self and the concepts of introversion and extraversion introduced by Jung, highlighting how the current dynamic and competitive society favors extraverted characteristics, often devaluing introversion. On an individual level, this dominant model often leads the introvert to experience a sense of difference and inadequacy in relation to social roles, creating a conflict between the need for belonging and the need for individuation. The reflection continues in the therapy room, a space where the patient can reconsider their relationship with the world, expanding their possibilities of choice. This can happen when the therapist, aware of their own biases, avoids imposing changes but instead stimulates the resources already present in the patient, respecting their individuality. Finally, the role of the introverted therapist is considered, who is not immune to prejudices and can oscillate between various positions: the performing therapist, the wounded therapist, the therapist seeking redemption. The boundary between self and other becomes a central theme: the empty space, the unfilled silence, is what allows for an authentic relationship between therapist and

5 - Giorgia Conti, allieva II anno IDIPSI, conti.giorgia@hotmail.com

patient. Accepting and inhabiting all parts of oneself helps to find a balance that values introversion as a precious resource for the therapeutic relationship.

Keywords:

Therapeutic relationships, therapeutic boundaries, enactment, transfert, detachment, phobic family.



Introduzione

La riflessione sul tema dell'introversione è iniziata cercando su Google una semplice domanda: "perché l'introversione è percepita come un difetto a livello sociale?"

Da lì, si è aperto un mondo, che mi ha molto colpita, divertita, commossa, consolata, lusingata, meravigliata.

Insomma, è stato un bellissimo insight.

La prima pagina che ho esplorato, e questa è stata la parte divertente, è il forum "Quora: Un posto per condividere la conoscenza e comprendere meglio il mondo" (<https://it.quora.com>), ovvero una piattaforma forum dove gli utenti possono pubblicare domande e risposte su qualunque argomento. Quora le raggruppa per tematica e permette agli utenti di votare o di aggiungere dei commenti.

I quesiti sul tema introversione erano tantissimi: "Gli introversi sono interessanti? Come posso sapere se sono una persona introversa? Perché le persone introversive si chiudono ancora di più quando sono in presenza di estroversi?". Insieme ad essi spuntavano anche guide per diventare persone introversive (a punti!) e numerosi "identikit dell'introverso", quasi come se si trattasse di una specie protetta, un animale da osservare con il binocolo, da lontano.

All'interno dell'articolo compariranno alcuni degli spunti trovati online, così come alcune risposte di allievi e didatti della Scuola di Specializzazione IDIPSI a delle domande preparate appositamente per loro, finalizzate a esplorare come l'introversione appare agli occhi e al cuore di un futuro terapeuta.

Così, partendo da immagini dell'introversione web-mediate, passando per rappresentazioni sociali e forti risonanze individuali, si è strutturato questo elaborato, fino ad arrivare a un primo punto di arrivo (o forse un punto di partenza?), ovvero una riflessione sul: "come si muove l'introversione nella stanza di terapia?"

"Tanto più noi abbiamo la forza e la capacità di entrare nel nostro essere profondo, tanto più saremo in grado di dire con forza, con profondità,

con verità, la "nostra" verità – naturalmente"
(Franco Loi, 2015)

Sé sociale: le polarità junghiane oggi

Dal forum Quora (<https://it.quora.com/Perché-alle-persone-non-piacciono-gli-introversi>):

«G.F.: Perché alle persone non piacciono gli introversi?»

V.M.: Ti rispondo con un pezzo tratto da un libro che ho letto quest'estate: L'inventore di sogni di McEwan.

“Quando Peter Fortune aveva dieci anni, i grandi dicevano che era un bambino difficile. Lui però non capiva in che senso. Non si sentiva per niente difficile. [...]

Gli pareva, tutto sommato, di essere un tipo piuttosto facile. Che cosa c'era in lui di così complicato?

Fu solo quando era ormai già grande da un pezzo che Peter finalmente capì. La gente lo considerava difficile perché se ne stava sempre zitto. E, a quanto pare, questo dava fastidio. L'altro problema era che gli piaceva starsene da solo. Non sempre naturalmente. Nemmeno tutti i giorni. Ma per lo più gli piaceva prendersi un'ora per stare tranquillo in qualche posto, che so, nella sua stanza, oppure al parco. Gli piaceva stare da solo, e pensare i suoi pensieri.

Il guaio è che i grandi si illudono di sapere che cosa succede dentro la testa di un bambino di dieci anni. Ed è impossibile sapere di una persona che cosa pensa, se quella persona non lo dice. [...] Quanto a stare per conto suo, be', neanche quello ai grandi andava giù. A mala pena sopportano che lo faccia uno di loro. Se ti unisci alla compagnia, la gente sa che cosa ti passa per la mente. Perché è la stessa cosa che sta passando per la mente degli altri. Se non vuoi fare il guastafeste, devi unirti alla compagnia.

Ma Peter non la pensava così.

Non aveva niente in contrario a stare con gli altri quando era il caso. Ma la gente esagera. Anzi, secondo lui, se si fosse sprecato un po'

meno tempo a stare insieme e a convincere gli altri a fare lo stesso, e se ne fosse dedicato un po' di più a stare da soli e a pensare a chi siamo e chi potremo essere, allora il mondo sarebbe stato un posto migliore.»

Introversione ed estroversione sono termini per la prima volta utilizzati da Carl Gustav Jung per descrivere diversi tratti di personalità che influenzano il modo di sentire, di pensare e di agire di un individuo, offrendo così una modalità di interpretazione e comprensione dell'ambiente esterno e di sé stesso nel mondo.

È chiaro che nella definizione di Jung non vi sia una componente valutativa; tuttavia, nel linguaggio quotidiano all'introverso sono associati altri attributi, spesso di segno negativo: chiusura, insicurezza, passività; l'estroverso viceversa è considerato aperto, comunicativo, spigliato, attivo, intraprendente.

In un dizionario italiano del 1988 (DIR, D'Anna, Firenze), alla voce introversione si legge: *“tendenza, spiccata in alcuni individui, a ripiegarsi in sé stessi, a interessarsi prevalentemente al proprio mondo interiore, con distacco e chiusura nei confronti del mondo esterno e dei contatti sociali”*. L'estroversione, viceversa, è definita come *“atteggiamento di chi ha spiccati interessi verso l'ambiente esterno, tendenza a manifestarsi, e quindi facilità ad inserirsi nel contesto sociale”*. (Nilalienum, Introversione e disagio psichico).

Sappiamo che ogni società privilegia differenti modelli normativi estetici, relazionali, di personalità.

In quella attuale, di carattere dinamico e competitivo, si privilegiano caratteristiche individuali ben precise: intraprendenza, efficienza, spigliatezza, successo, saper vendere bene se stessi.

L'estroversione si muove tra le persone come modello corretto e viceversa è l'introversione a essere patologizzata, quando si tratta piuttosto di un sintomo sociale, sistemico. In altre parole, tale caratteristica non si tradurrebbe, con la frequenza con cui accade, in un vissuto di disagio all'interno di un mondo con altre regole

e modelli: è un sistema di retroazioni.

Già in età evolutiva, l'introverso si scontra con i primi pregiudizi contro la pacatezza, ogni volta in cui i genitori si scusano per la timidezza del proprio figlio nelle occasioni sociali o quando a scuola viene chiesto insistentemente di uscire dal guscio. Il bambino prima e l'adolescente poi riconoscono come modello di riferimento e unica scala di valore quella sociale: status, reddito, prestigio, comunicazioni impazienti e strillate (Pupulin, 2015; Zoja, 2017).

Il potere di omologazione è impattante e spesso porta alla scelta di indossare una maschera: tentando di apparire adeguati, ci si rende artificiali e inautentici.

È chiaro che non sia un mondo costruito per introversi, ma gli estroversi come ci stanno? Benasayag e Schmidt (2013, p. 84) suggeriscono un'interessante possibile riflessione a proposito: *“Nelle nostre società della durezza e delle passioni tristi ci interroghiamo sullo scacco di quelli che vengono definiti “deboli”, mentre dovremmo, ci pare, interrogarci un po' di più su ciò che viene riconosciuto come “trionfo” e successo. (...) Infatti è proprio là dove nessuno guarda, in quel “niente da segnalare” della norma che una serie di esseri umani vivono nella paura permanente di dovere essere “forti”, “all'altezza”. Ma “trionfare” nelle nostre società della tristezza è grave almeno quanto fallire, perché comporta un prezzo da pagare, quello della tristezza, della durezza e dell'angoscia di essere inclusi un giorno nel novero di coloro che rivelano una “falla”. Il “trionfo” presuppone che si recida ogni legame con le dimensioni della propria fragilità e complessità.”*

Sé individuale: bisogni che confliggono

Dal forum Quora (<https://it.quora.com/Come-trattare-le-persone-introverse>):

«L.M.: *Come trattare le persone introverse?*

S.L.: *Trattaci come esseri umani (non siamo alieni) di più non saprei dirti.»*

Ciò che caratterizza il vissuto più intimo degli introversi è spesso un senso di diversità, di non

riconoscimento nei ruoli sociali assunti.

Questa diversità talvolta si traduce in un vissuto di inadeguatezza, in cui i propri tratti iniziano ad essere ritenuti disfunzionali, giungendo così alla percezione di essere manchevoli. Può accadere che per riscattare le (presunte) manchevolezze caratteriali, gli introversi tentino di eccellere in altri ambiti, molto spesso nello studio, creando così uno scarto tra l'apparenza e l'esperienza interiore. Difatti, ciò che appare all'esterno come naturale (ad esempio un eccellente rendimento) non è che una tensione continua nel tentativo di sopperire a un deficit percepito, in una perenne rincorsa a nuove prestazioni come occasioni per dimostrare di essere valevoli. (Nilalienum, Introversione e disagio psichico).

Un altro conflitto interno che si rende particolarmente saliente nel mondo introverso è quello tra bisogno di appartenenza e bisogno di individuazione. Il primo è deputato a promuovere l'identificazione con il gruppo, l'acquisizione di valori culturali e di moduli comportamentali e l'assunzione di una serie di ruoli che favoriscono l'inserimento sociale. Le norme sociali richiamano l'individuo al rispetto dei valori culturali interiorizzati e valutano i suoi comportamenti in rapporto ai ruoli assegnati, talvolta portando in parte a sacrificare la dimensione individuale. Al polo opposto del continuum troviamo il bisogno di opposizione/individuazione, deputato viceversa a promuovere la definizione di un'identità individuale differenziata da tutte le altre. (Nilalienum, Introversione e disagio psichico). Riprendendo Jung (2011): "il concetto di individuazione ha nella nostra psicologia una parte tutt'altro che trascurabile. L'individuazione è in generale il processo di formazione e di caratterizzazione dei singoli individui, e in particolare lo sviluppo dell'individuo psicologico come essere distinto dalla generalità, dalla psicologia collettiva. L'individuazione è quindi un processo di differenziazione che ha per meta lo sviluppo della personalità individuale".

In una situazione ideale, entrambi i bisogni dovrebbero essere rappresentati con il giusto

equilibrio. Talvolta però le aspettative conscie e inconscie a livello sociale e familiare sono registrate in maniera rigida, obbligando la persona a funzionare in nome della volontà altrui e frustrando l'espressione del bisogno d'individuazione. Si tenta così di rispondere perfettamente alle aspettative, vivendo come drammatica la possibilità di deludere, di non essere all'altezza, di perdere la stima dell'Altro (Nilalienum, Introversione e disagio psichico).

Sé terapeutico

Dalle risonanze di colleghi e degli allievi IDIPSI:

«Cosa muove in te il trovare questa caratteristica in un/una paziente o in un'altra persona?»

- *Sembra strano pensarci e in realtà anche scriverlo, ma sento che mi innervosisce l'introversione dei pazienti ma ci sto... sento il mio nervosismo e non me faccio un segreto, e quando questo viene svelato succede sempre qualcosa che ha a che fare con la mia narrazione e quella del paziente. Al di fuori della terapia le persone introversive non le sopporto.*
- *Rispetto a un ipotetico paziente mi fa sentire serena e connessa. La similitudine che fantastico mi porta semplicità nel pensare a come creare una connessione. Mi fa sentire di avere tempo e che probabilmente il mio ritmo di lavoro possa essere utile. Mentre se penso a una persona nella mia vita, questo rispecchiamento mi agita, mi sento più inadeguata, come se sentissi la pressione di diventare più estroversa, di mostrarmi di più per creare un contatto."*
- *Mi suscita grande curiosità, forse proviene da un pregiudizio che le persone più introversive sono quelle più sensibili e "che hanno capito tutto". Risuonano e mi infastidiscono contemporaneamente.*
- *Mi stimola un forte interesse, il desiderio di conoscere sempre di più questo mondo, scendendo uno scalino alla volta. E la piena soddisfazione di parlare una lingua comune,*

riuscendo a fare dei passaggi di comprensione e di lettura molto profondi»

Il paziente introverso

Nella stanza di terapia circola una visione sistemica, secondo cui, così come tutti i sistemi, anche quello dell'introverso si genera e si mantiene in un processo di autoregolazione (Togliatti, Telfener, 1984). Tale visione può per l'introverso divenire liberatoria: quel senso di diversità spesso provato non deve necessariamente essere connesso a un'inadeguatezza, a una mancanza del proprio sé. Bensì può essere il prodotto di incastrati tra credenze sul sé, aspettative esterne, dogmi sociali.

In altre parole, la relazione terapeutica permette di "aumentare le possibilità di scelta" (Von Foerster, 1981) e tra queste il paziente può scegliere quella di riconciliarsi con il mondo e con sé stessi.

Per consentire queste possibilità di apprendimento, il terapeuta deve necessariamente fare attenzione ai propri pregiudizi, che come afferma Rorty (1989, cit. in Cecchin, Lane, Ray, 1997), "sono inevitabili e si manifestano attraverso il linguaggio":

«Tutti gli esseri umani portano con sé una serie di parole che usano per giustificare le loro azioni, opinioni ed esistenze. Sono le parole con cui esprimiamo elogi per gli amici e disprezzo per i nemici, i progetti a lungo termine, i dubbi più profondi e le migliori speranze. Sono le parole con cui raccontiamo, talvolta guardando al futuro e talvolta rivolgendoci al passato, la storia delle nostre vite. Chiamerò queste parole "lessico finale" di una persona.» (p. 73)

Il terapeuta non è dunque immune dai modelli di riferimento già citati, che determinano ciò che è percepito come normale e ciò che invece non lo è, ciò che è desiderabile e ciò che invece deve essere cambiato. Spesso è la nostra stessa fatica di terapeuti a muoverci. Lo esprime bene un collega: "Nel setting terapeutico questo colore dell'animo umano mi ha fatto sperimentare

fatica, voglia di "tirare fuori" parole dall'altro, di accelerare i tempi." Ciò pone di fronte al rischio di riattuare proprio le stesse dinamiche sociali o di alimentare la convinzione di poter modificare l'Altro, nel processo di escalation per cui "ciò che vogliamo correggere peggiorerà nella misura in cui cercheremo di cambiarlo" (Cecchin, Lane, Ray, 1997).

Appare centrale la distinzione descritta da Cecchin, Lane e Ray (1997), per cui essere utili non corrisponde a dare aiuto, anzi talvolta non dare aiuto diventa l'unica cosa utile da fare. Questo avviene quando il dare aiuto presume l'idea che il paziente sia carente di qualche abilità (come potrebbe essere la spigliatezza, l'apertura) o di qualche risorsa che invece il terapeuta possiede e che potrebbe trasmettergli. Essere utile invece significa cercare di stimolare o rendere possibile l'emergenza di quelle risorse che già esistono nel paziente.

Questa è forse la forma di rispetto più alta che penso possa crearsi nella stanza di terapia.

Il terapeuta introverso

Nel 1981 Dell affermava che: "la propria epistemologia determina cosa uno vede, questo determina ciò che uno fa, che determina quello che succede nel proprio mondo, che poi aiuta a determinare la propria epistemologia" (cit. in Togliatti, Telfener, 1984).

Il terapeuta introverso, talmente auto-riflessivo, è immune dai pregiudizi? Certo che no!

Alla domanda "come entra l'introversione del terapeuta nella stanza?" ovviamente non vi è un'unica risposta; si può però ipotizzare la presenza di alcuni elementi, il cui movimento non potrebbe mai essere stabilito a priori, essendo parte della danza relazionale tra gli attori.

La prima ipotesi parte da una sigla, "LIDI", ovvero la Lega Italiana per la tutela dei Diritti degli Introversi. Ebbene sì, esiste una lega in difesa degli introversi, il che mi ha fatto sorridere e poi anche riflettere: da chi devono difendere quei diritti? chi li attacca?

Il tema dell'attacco mi porta alla mente il concetto

di “terapeuta ferito” di cui parlano Cecchin, Lane e Ray (1997), colui che crede che tutte le persone abbiano bisogno di calore, comprensione e a volte persino amore, in un gioco di identificazioni e risonanze emotive.

Come si rispecchia questa *idea perfetta* (Cecchin, Apolloni, 2003) nel paziente? Anche a questo Cecchin ha provato a rispondere: il paziente avrà la percezione di recarsi dall’esperto per scoprire cosa sia reale e cosa non lo sia, quale sia il miglior modo di vivere e finirà per sentirsi sempre bisognoso di rassicurazioni, di un saggio professionista, piuttosto che rischiare di assumersi la responsabilità di vivere la propria vita. In altre parole, si corre il rischio che il paziente diventi dipendente dall’amore assoluto del terapeuta.

Questi sono processi che tendono ad auto-perpetuarsi; più bisognoso è l’atteggiamento del cliente, più il terapeuta diventa amorevole e educante. Parallelamente, si può ipotizzare che il terapeuta introverso trovi nella stanza di terapia uno spazio in cui riscattare tutte quelle manchevolezze e inadeguatezze vissute, sentendosi utile per l’altro e ricercando un ruolo sociale riconosciuto, così come accadeva per lo studio a scuola. Lo scopo della terapia diviene il far sentire il paziente a proprio agio, essere accettato come professionista, assumendosi apertamente la totale responsabilità dell’andamento della terapia, riempiendo i vuoti e riducendo inevitabilmente lo spazio dedicato al paziente stesso.

L’introversione in terapia si scontra con un tema di *confine*: quanto è difficile stare sul confine tra me e l’altro? In cui confine è paura non per ciò che c’è dall’altra parte, ma per quello che potrebbe accadere dentro di noi. Tante volte, l’avversione riferita a una caratteristica che ci appartiene, ci porta a essere all’opposto, in questo caso occupando tanto spazio quanto è necessario per riempire i vuoti. In realtà lo spazio vuoto è proprio ciò che permette alle persone di entrare in relazione, ciò che separa e collega. Riutilizzando l’espressione di un collega, lo

spazio vuoto può far sentire di “avere tempo”.

Conclusioni

Dalle risonanze di colleghi e degli allievi IDIPSI:
«Senti che in te esistono delle parti introversive?
Come le percepisci?

- *Credo di averle per tanto tempo negate, pensando non fossero desiderabili. Ad oggi mi descrivo una persona aperta all’altro e al mondo, ma sento spesso di avere un estremo bisogno di momenti di solitudine per ascoltarmi e riequilibrarmi. Credo di essere sempre più consapevole che coesistano in me entrambe queste parti, che accolgo e abito con sempre più autenticità.*
- *...perché alla fine tutti noi abbiamo bisogno di nasconderci un po’.*
- *Sì, io mi definirei introversa. Sento introversa soprattutto la mia parte bambina che a volte mi fa tenerezza e compassione, a volte molta rabbia. Sento introversa anche la mia parte “sfigata” la me adolescente che non riusciva a fare amicizia. Un’altra parte che sento introversa è quella dell’intellettuale, della studiosa. Con questa parte ho un rapporto più spiritoso, mi sta simpatica ma mi piace anche prenderla un po’ in giro*
- *Sì, ci sono, e sono felice di questo perché sono miei spazi segreti nel mondo*
- *Si esistono queste parti di me, che nel tempo ho dovuto imparare a gestire, come quando leggi sulle istruzioni “leggere bene prima dell’uso” perché è uno strumento che va compreso. Certe volte ho avuto la sensazione di non saper governare questa macchina, richiede davvero molto lavoro»*

Con questo elaborato ho avuto la possibilità di riflettere su un tratto che mi appartiene e che costituisce un nucleo importante nello sviluppo del mio sé terapeutico. Mi ha permesso di percepire con più consapevolezza le mie modalità di avvicinarmi alle situazioni che incontro e il mio modo di posizionarmi nei sistemi

a cui appartengo.

Fino ad ora nel ruolo di terapeuta mi sono spesso sentita oscillare tra due poli, da un lato quello del terapeuta ferito che diviene saggio professionista, dall'altro quello del terapeuta performante. Indosso gli abiti del saggio professionista quando incontro persone che (nella mia visione) sono simili a me. Quando incontro un paziente introverso, per dirla con Bion, mi ammalo nel giro di un minuto o due, forse meno. Mi è successo con Giada, che è arrivata da me allo sportello scolastico con una nuvola di capelli ricci che le coprivano un po' gli occhi, dicendomi: "Sa, a volte mi sento un po' diversa. Non tiro fuori le cose come fanno le altre persone. Durante l'ora di italiano, pur di non leggere ad alta voce davanti a tutti, fingo di essermi dimenticata il libro a casa. Forse è perché parlo più con la mente che ad alta voce."

A quel punto mi ero già ammalata, un'ondata di lacrime stava risalendo dalla mia pancia fino agli occhi. Mi sono convinta che in quel momento Giada avesse bisogno di amore, ho cominciato a rassicurarla, dicendo che non era lei quella sbagliata. Mentre la guardavo uscire ho pensato: "Cecchin aveva proprio ragione, ho fatto la terapeuta ferita".

Diversa è la situazione in cui incontro persone estroverse e spigliate. In quel momento si attiva in me il tema della performance. Ecco che il mio scopo implicito diviene quello di essere riconosciuta come professionista. Mi assumo tutte le responsabilità e lo spazio per l'Altro comincia a ridursi. Quando le cose non vanno, arriva il senso di colpa di non aver fatto abbastanza. Il desiderio di conoscere l'altro, motore vivo della terapia, lascia spazio all'aspettativa di dover dimostrare che sono brava, anche se non parlo tanto. Così, quando arrivano i silenzi, contenitori dell'arcaica paura di non essere accettati, comincio a contare nella mia testa: 1...2...3...4...5...6...7...troppi secondi di silenzio, non ce la faccio più, devo parlare o penserò che non sappia cosa dire.

Giada poi è tornata e mi ha detto che con i compagni di classe sta andando meglio, anche

se la cosa del parlare di più con sé stessa è ancora vera. Nella mia stanza di terapia vorrei fare anche io così, vorrei provare ad abitare entrambe queste mie parti, come in ognuno abitano introversione ed estroversione e magari trovare una terza via che le comprenda entrambe.

Se qualche volta vorrò parlare più con la mente che ad alta voce o se avrò voglia di "nascondermi un po'" andrà bene lo stesso, cercherò di tollerare l'ansia del vuoto per mantenermi aperta a risvolti inaspettati.

Per fare ciò, dovrò agire in "consapevolezza paziente" (In Quietè, La consapevolezza paziente), movimento opposto al mio impulso irreflessivo di rifuggire il silenzio, sperimentandolo come vuoto, inutile, senza significato e soprattutto scomodo.

Abbandonando le aspettative di performance, l'introversione la puoi scartare come un regalo che nasconde sensibilità verso l'Altro, ingrediente prezioso per la terapia. In fondo, il modo migliore per imparare qualcosa di sé stessi sta nel rispecchiare il proprio volto in quello dell'Altro, desiderosi di ascoltare. Anche se questo a volte richiede fatica. Ognuno di noi contiene degli opposti e questo crea complessità al di fuori e soprattutto all'interno di noi, ma più siamo consapevoli delle nostre parti, senza negarle e senza identificarci pienamente con esse, più siamo pronti al confronto con l'Altro.

Vorrei che la mia stanza di terapia fosse simile a quella che Chandra Candiani (2018) descrive come stanza della meditazione: "non è un luogo esemplare, né dove essere esemplari, ma dove stare fermi nell'oscurità per conoscere la propria ombra e le proprie impronte. E per procedere oltre." Anche attraverso questa elaborato sto cominciando a conoscere la mia ombra, ci siamo strette la mano.

"Caro silenzio, aiutami a non parlare di te, aiutami ad abitarci" (Candiani, 2018, p.50)

Bibliografia

- Benasayag, M., Schmit, G. (2013). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano, Feltrinelli
- Candiani, C. (2018). *Il silenzio è cosa viva. L'arte della meditazione*. Torino, Einaudi Editore
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milano, Raffaello Cortina Editore
- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003) *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Milano, FrancoAngeli
- Jung, C.G. (2011). *Tipi psicologici*. Torino, Bollati Boringheri
- Togliatti, M.M., Telfener, U. (1984). *La terapia sistemica. Nuove tendenze in terapia della famiglia*. Roma, Astrolabio Ubaldini
- Von Foerster, H. (1981). *Observing Systems, Systems Inquiry Series*. Intersystems Publications
- Zoja, L. (2017). *Jung, i neet e gli hikikomori. E se la rinuncia fosse ricerca di individuarsi?* Animazione sociale, 309, 11-22 (pp)

Sitografia

- Forum Quora, un posto per condividere la conoscenza e comprendere meglio il mondo <https://it.quora.com>
- Franco Loi (2015). Usare le parole dell'inconscio. Il sole 24 ore. <https://st.ilsole24ore.com/art/cultura/2015-09-03/usare-parole-dell-inconscio-133516.shtml?uuid=ACRQ8Kr>
- In Quietè, il sito di Gianfranco Bertagni. La consapevolezza paziente (Corrado pensa) <http://www.gianfrancobertagni.it/materiali/meditazione/consapevolezzapaziente.htm>
- Nilalienum. Introversione e disagio psichico (elogio all'introversione). <https://www.nilalienum.it/Sezioni/Aggiornamenti/Psicopatologia%20dinamica/Introversione/Introversione.html>
- Paola Pupulin (2015). L'introversione e la vulnerabilità al trauma. <https://www.paolapupulin.it/temi/introversione-la-vulnerabilita-al-trauma/>

Esperienze di relazioni al confine

Valeria Ferrini ⁶

Sommario:

Questo lavoro nasce con l'obiettivo dell'autrice di comprendere il ruolo essenziale dei confini, indagando il loro significato, la loro natura, la loro genesi e la loro evoluzione nel contesto familiare; esplorando come essi vengono negoziati, custoditi e talvolta trasgrediti.

In questo contesto l'autrice fa riferimento ai confini relazionali che riguardano il "come" avviene l'interazione in una stanza di terapia, influenzando la qualità e la dinamica della relazione terapeutica. L'autrice si è interrogata sulla questione dei confini tra sé e l'altro nel contesto della terapia attraverso l'analisi di due casi clinici in cui si è trovata o a confondersi con l'altro annullando i confini, o a proteggersi mettendone di rigidi ed impermeabili. Successivamente ha evidenziato come le dinamiche relazionali influenzano l'applicazione dell'etica professionale in psicoterapia.

L'obiettivo di questo lavoro, in definitiva, è quello di comprendere il ruolo essenziale dei confini, riconoscendo il potere delle relazioni umane e la loro capacità di trasformare e guarire.

Parole chiave:

Confine, etica, confini relazionali, empatia, idee perfette, processo di differenziazione

Abstract:

This research was born with the author's aim to understand the essential role of boundaries, investigating on their meaning, on their nature, on their genesis and on their evolution inside a family context; exploring how they are negotiated, guarded and sometimes transgressed.

In this context, the author refers to relational boundaries that concern "how" the interaction occurs in a therapy room, which affects the quality and the dynamics of the therapeutic relationship.

The author has investigated the issue of boundaries between herself and the other in a therapy context through the analysis of two clinical cases in which she got confused with the other by canceling the boundaries, or protecting herself by putting rigid and impermeable ones. Afterwards she highlighted how relational dynamics affect the application of professional ethics in psychotherapy.

At last, the goal of this research, is to understand the essential role of boundaries, recognizing the power of human relationships and their ability to transform and to heal.

Keywords:

Border, ethics, relational boundaries, empathy, perfect ideas, differentiation process

6 - Valeria Ferrini, allieva IV anno IDIPSI, valeria.ferrini@icloud.com

Il caso clinico in cui i confini sono sfumati/ inesistenti

Il primo caso clinico riguarda P.S., 51 anni, con diagnosi di “disturbo depressivo atipico in paziente con esiti di politrauma da autodefenzatura (...). Sin dall’inizio nonostante i piccoli miglioramenti ottenuti dal punto di vista motorio si è mostrato apatico: faceva la fisioterapia nell’orario prefissato e poi stava immobile tutto il giorno, non socializzava con gli altri ospiti, si muoveva il minimo indispensabile con la carrozzina e tendenzialmente rimaneva sempre in camera a fissare il vuoto. In poco tempo ho iniziato la mia lotta personale contro la sua solitudine giudicandola sbagliata e pericolosa.

La mia ipotesi, che nasceva da una mia idea perfetta (Cecchin e Apolloni, 2003) basata sulle mie esperienze e sulle mie credenze, riguardava il fatto che stare da soli rendesse le persone tristi, mentre stare in mezzo agli altri, socializzare rendesse meno terribile la degenza e migliorasse l’umore. Quindi lo incoraggiavo a partecipare alle attività comuni, a rispolverare i suoi hobby, gli ripetevo di riprendere in mano il cellulare per sentire gli amici, le persone fuori. P.S. non sembrava interessato a nulla di tutto ciò, mi diceva che avevo ragione, ma che lui stava bene così, da solo in camera perso nei suoi pensieri. Io non l’ascoltavo, per me era inconcepibile.

Quando a pochi giorni dalla dimissione è caduto rompendosi il femore qualcosa era cambiato, non era più interessato a continuare i nostri incontri. Ricordo di esserci rimasta molto male e solo portando il mio senso di inadeguatezza e il fallimento in supervisione mi sono accorta di aver inconsciamente proiettato su P.S. le mie paure, le mie convinzioni, i miei bisogni, annullando i confini tra noi, dando per scontato che ciò che faceva stare bene me facesse stare bene anche lui. L’altro non esisteva più, così come i suoi bisogni, le sue idee e la sua unicità e diversità.

Nel tempo ho condiviso ciò di cui mi ero resa consapevole con P.S. e lui sembrava sollevato. Una volta tornato al proprio domicilio, dopo poche settimane, è riuscito nel suo intento di

togliersi la vita.

Evidentemente P.S. aveva questa idea in testa sin dall’inizio e io non gli ho dato la possibilità di parlarne in terapia; non l’avrei ascoltato, non avrei accolto la gravità dei suoi pensieri, troppo concentrata su ciò che per me era più accettabile, giusto e corretto e su come avrei gestito io la situazione per stare meglio al suo posto.

Il caso clinico in cui i confini sono netti/impermeabili

B.L. ha 17 anni e ha iniziato a venire in terapia a causa di un bruttissimo periodo che stava vivendo in cui aveva perso la motivazione a fare qualsiasi cosa e la serenità. Ciò che sin da subito mi ha messa in allarme era la risonanza con i suoi racconti sulle relazioni amicali. Erano impressionanti le somiglianze tra l’amicizia simbiotica e, agli occhi dell’altra problematica, di cui mi parlava lei e quella che avevo vissuto io per tanti anni e che tanto mi aveva segnata. La situazione ha iniziato a peggiorare quando a questi racconti se ne sono aggiunti altri ancora una volta molto simili a quelli che avevo vissuto io. Mi raccontava esperienze, sensazioni, incontri, rapporti amicali, dubbi che mi riportano indietro nel tempo.

Terrorizzata dal commettere nuovamente l’errore di sconfinare, ho cercato in tutti i modi di distaccarmi, di mantenere un tono neutro, parlavo poco per evitare di prendere il sopravvento con le mie esperienze, che cercavo di inibire ma che avevo paura che comunque potessero trapelare in qualche modo.

Una parte di me vedeva le potenzialità della condivisione di alcune sfumature di questa esperienza, il fatto di aver in parte vissuto e provato ciò di cui la persona davanti ti sta raccontando, inevitabilmente ti aiuta a connetterti e a sentirti più sincronizzato. Una delle capacità del terapeuta è proprio l’empatia dopotutto, la capacità di comprendere e rispecchiare i sentimenti e le esperienze del paziente. Dall’altro lato, tuttavia, questa empatia deve essere gestita con attenzione, per evitare di proiettare le

proprie esperienze personali sull'altro. L'empatia deve restare uno strumento per comprendere chi abbiamo davanti, non per sovrapporre il proprio vissuto al suo, confondendo la propria e l'altrui esperienza e focalizzandosi su come l'abbiamo vissuta noi, su come ne siamo usciti e l'abbiamo gestita, oscurando e mettendo da parte l'esperienza dell'altro.

La paura di rendere i confini labili o addirittura di eliminarli completamente, mi aveva bloccata, mi aveva irrigidita, ero poco spontanea e non realmente interessata a ciò che le chiedevo, avevo creato confini talmente netti da non renderli più permeabili. Era molto faticoso e macchinoso, infatti, quando B.L. usciva dalla stanza di terapia io ero distrutta.

Ma nonostante i miei sforzi stavo ripetendo gli stessi errori, perché ero talmente concentrata sul non confondermi con lei, che l'ho comunque completamente persa di vista, smettendo di essere in ascolto e azzerando la curiosità verso l'altro e la possibilità di essere utile.

Risvolti sul piano etico

In un processo terapeutico in cui i confini vengono continuamente esplorati, negoziati, custoditi o anche trasgrediti, si fanno inevitabilmente i conti con dilemmi di natura etica.

Se consideriamo l'altro semplicemente come "oggetto" di conoscenza, perdiamo la sua soggettività e se è vero che non possiamo letteralmente metterci nei panni e al posto dell'altro, possiamo formulare ipotesi che, ovviamente però, partono dal nostro punto di vista; quindi, l'altro nella sua soggettività non possiamo conoscerlo nel vero senso della parola, ma come afferma Bianciardi (2008) possiamo solo incontrarlo. L'impossibilità di conoscere l'altro diventa un'occasione di essere liberi e curiosi, di vedere e narrare in modo diverso e alternativo l'esperienza dell'incontro con l'altro (Cecchin, 1987).

Infatti, il terapeuta nel tentativo di immergersi nel mondo interno dell'altro deve stare attento a distinguere i confini e permettere il riconoscimento

dell'esistenza dell'altro. Il terapeuta in quanto co-responsabile della relazione terapeutica deve essere consapevole del rischio di attribuire al paziente emozioni, pensieri o desideri che invece gli appartengono. Questa proiezione può avvenire inconsciamente portando il terapeuta ad imporre interpretazioni o giudizi che non sono in linea con la realtà del paziente. Il terapeuta dovrebbe essere capace, invece, di immergersi nel mondo interno dell'altro senza perdere di vista la propria identità, distinguendo i confini, mantenendo uno spazio sicuro in cui l'altro possa esplorare sé stesso senza interferenze.

La responsabilità di una relazione di cura si esercita grazie alla consapevolezza del "sapere di non sapere" o al limite del "sapere di sapere". Nel primo caso si tratta di ciò che ignoriamo e che ci spinge ad essere curiosi, mentre nel secondo si intende ciò che sappiamo di conoscere e di cui siamo consapevoli (Bianciardi, Telfener, 2014).

Mi sono a lungo interrogata circa la mia tendenza a sconfinare come risposta al mio bisogno di adeguatezza, di sentirmi capace. In questo senso se so di cosa sta parlando l'altro, come nel caso di B.L., se l'ho vissuto anche io mi sento più competente; se invece l'altro mi parla di cose che io non ho vissuto o mi fanno paura non posso capire realmente cosa mi sta portando e quindi non posso essere davvero utile, almeno che, come ho fatto con P.S., io non sostituisca i suoi vissuti con i miei per renderli accessibili e comprensibili.

In realtà, come ha spesso affermato il dott. Mirco Moroni, ci dobbiamo sentire inadeguati per essere dei buoni terapeuti, perché se ci sentiamo sicuri rimaniamo legati a quello che sappiamo e non vediamo altro.

Bion (1962) afferma che, quando vediamo le cose con troppa chiarezza, dobbiamo proiettare sulla situazione "un raggio di intensa oscurità" per vedere meglio. Questa espressione può essere vista come un paradosso: un raggio normalmente porta luce, ma in questo caso, porta oscurità. Bion usa questa metafora per suggerire che ci sono aree della mente e dell'esperienza umana

che non possono essere facilmente illuminate dalla comprensione conscia o razionale. Queste aree sono piene di complessità e possono contenere verità emotive o psicologiche che sfidano la nostra capacità di comprensione. Per Bion, l'incontro con questo tipo di oscurità implica la capacità di tollerare l'incertezza e l'ansia che derivano dal confrontarsi con l'ignoto e ci permette di rimanere aperti a ciò che non può essere immediatamente compreso o risolto.

Come si costruiscono i confini nel contesto familiare

Il tema del confine fa parte della vita di ogni individuo, la attraversa sin dall'infanzia.

Come affermano diversi autori quali ad esempio, Bowlby, Bowen e Minuchin, inevitabilmente le dinamiche familiari influenzano la costruzione di confini che permettono all'individuo di relazionarsi con il mondo esterno in modo equilibrato.

Tutti noi alla nascita dipendiamo dalla figura di riferimento primaria, che ci fornisce le cure e il soddisfacimento dei bisogni necessari al nostro sostentamento, sia a livello fisico che emotivo.

Nelle prime fasi di vita, come afferma Bowlby (1989 b), il bambino non possiede dei veri e propri confini psichici tra Sé e l'Altro, poiché la sua esistenza è esclusivamente determinata dalla figura di attaccamento, ma gradualmente impara a percepire l'esistenza dell'altro come diverso da sé. Se la figura di riferimento favorisce questa esperienza di separatezza accompagnando il bambino in un graduale processo di autonomizzazione, gli permetterà anche di evolvere nel processo di esplorazione del mondo esterno. È in questo delicato processo di esplorazione del mondo esterno, appunto, che la figura di riferimento dovrebbe rappresentare una "base sicura" (Bowlby, 1989 a), in grado di rassicurare, sostenere e favorire la sua scoperta del mondo-altro. Tutto questo processo di crescita ed esplorazione con sicurezza dell'altro da sé, quando interiorizzato, permette al futuro adulto di costruirsi dei confini stabili e chiari di sé stesso. Ciò ne determina la capacità di

conoscere i propri limiti e di potersi muovere con disinvoltura nel mondo emotivo.

Bowen (1979) sostiene che i confini familiari si sviluppano attraverso processi di differenziazione del sé, in cui gli individui imparano a distinguere i propri pensieri ed emozioni da quelli degli altri. In questo contesto, quando un individuo è differenziato, riesce a stabilire confini chiari, gestendo efficacemente l'ansia e i conflitti senza fondersi emotivamente con gli altri. Al contrario, in famiglie con basso livello di differenziazione, i confini tendono a essere confusi o rigidi, portando a dinamiche disfunzionali come l'ansia cronica e la triangolazione. Bowen propone anche una scala di differenziazione del sé con vari livelli che attestano il grado di funzionamento dell'individuo. Ad un estremo ci sono coloro che non riescono a differenziarsi, incapaci di trovare la propria strada, di investire le proprie risorse ed energie nella realizzazione di sé; all'altro estremo, invece, ci sono coloro che hanno raggiunto un alto grado di indipendenza e la completa maturità emotiva tanto da poter agire senza essere influenzati dall'opinione dell'altro. Si tratta, però, quasi di un ideale a cui tendere, più che una realtà. Lo stesso Bowen (1979) afferma che la maggioranza degli individui si trova a un livello intermedio. Per questo la famiglia dovrebbe aiutare i propri membri a cercare il giusto equilibrio tra l'appartenenza a un sistema di relazioni con le figure di riferimento, e la separazione che consente lo sviluppo personale. Minuchin (1977) in particolare identifica tre tipi principali di confini: chiari, rigidi e diffusi.

In famiglie con confini chiari, i membri possono mantenere la propria individualità pur essendo parte di un sistema coeso; in famiglie con confini rigidi, le relazioni tendono a essere distanti e fredde, con una scarsa condivisione emotiva, compromettendo il benessere individuale e relazionale. Nelle famiglie con confini diffusi c'è, invece, una mancanza di privacy e di spazio personale, con un'elevata intrusività e una dipendenza reciproca malsana.

Quindi è evidente come confini chiari ci aiutano

a definire chi siamo, separandoci dagli altri pur mantenendo connessioni significative. Avere dei confini chiari non significa solo conoscere i propri limiti, tempi, spazi e desideri, ma anche quelli dell'altro.

Il concetto di confine, quindi, in quest'ottica non viene più visto come sinonimo di separazione, non significa alzare muri ma condividere uno spazio comune: etimologicamente cum-finis, cūm 'con' e finis 'limite', ossia ciò che separa e nel contempo unisce all'altro, il confine ha senso solo come soglia di dialogo e di connessione.

Riflessioni sui casi clinici

Riflettendo sui casi che ho portato è evidente come ogni tentativo di P.S. di costruirsi un'identità autonoma e differenziata, di spiccare il volo, venisse costantemente sabotato dalla madre che non l'ha mai lasciato veramente libero di sperimentarsi. Nell'ottica di Minuchin i confini di P.S. con la mamma erano caratterizzati da un'eccessiva permeabilità e nella prospettiva di Bowen non aveva imparato a distinguere i propri pensieri e le proprie emozioni da quelle della madre, non si è mai identificato come entità separata e questo gli ha impedito di relazionarsi con il mondo esterno in modo equilibrato ed autonomo.

La mancanza di una propria identità definita e sperata ha influenzato anche il contesto terapeutico. Ora comprendo perché io non sia mai riuscita ad avere un'idea chiara di chi fosse veramente P.S., quali fossero i suoi pensieri, i suoi desideri tanto che per renderlo più accessibile e avvicinabile ho cercato di definirlo io. Davanti a confini troppo permeabili l'ho invaso e ho finito per attribuendogli ciò che non gli apparteneva, confondendo i miei pensieri, desideri e bisogni con i suoi, esattamente come ha fatto la madre. B.L. invece, pur essendo ancora adolescente, mostra come il suo processo di differenziazione fosse già molto evoluto. I genitori le danno molta fiducia e lei spesso rimane in completa autonomia nella casa al mare per giorni; nel suo sperimentare il mondo dei pari, immergendosi

in amicizie e nuovi rapporti, i genitori rimangono comunque un punto di riferimento importante, la lasciano sperimentarsi rimanendo le persone a cui rivolgersi per un consiglio o del conforto. Nell'ottica di Minuchin sembra che si stiano definendo in famiglia confini chiari che permettono un'interazione sana e flessibile tra i membri che sentono di poter mantenere la propria individualità pur essendo parte di un sistema unito, permettendo il giusto equilibrio tra autonomia e interdipendenza.

B.L. è nella fase in cui si sta sperimentando: se in famiglia sta piano piano costruendo dei confini chiari, nel gruppo dei pari le è capitato di costruire rapporti simbiotici, ma il fatto che si sia interrogata su questi rapporti e che li stia mettendo in discussione, ha inevitabilmente influenzato anche la relazione terapeutica.

Infatti, abbiamo vissuto una prima fase in cui io mi sentivo molto invasa e con una grande paura di invadere a causa della grande risonanza tra i nostri vissuti, in cui facevo difficoltà a mantenere la giusta distanza. Nel tempo però abbiamo sperimentato la possibilità di condividere alcuni aspetti senza necessariamente confonderci, ma anzi mantenendo uno spazio sicuro in cui potesse esplorare se stessa senza interferenze, permettendo la costruzione di una buona relazione terapeutica senza compromettere le rispettive individualità.

Conclusioni

Nel primo caso clinico che ho portato come esempio, avevo davanti una persona che non aveva completato il processo di differenziazione e che non presentava confini definiti che mi sono, infatti, trovata ad invadere. Inoltre, ho affrontato l'angoscia dell'ignoto utilizzando qualcosa di conosciuto, che potessi affrontare, abbattendo ogni confine necessario affinché l'altro avesse il giusto spazio o potesse essere riconosciuto.

Nel secondo caso mi sono trovata ad essere più consapevole del pericolo di confondere i confini ma questo mi ha portata al distacco. In questo caso trattandosi di un'adolescente ancora in fase

di sperimentazione dei suoi confini con il mondo esterno, mi sono trovata a fare da banco di prova di diverse tipologie di interazione, passando per la simbiosi, poi il distacco ed infine la ricerca della giusta distanza/vicinanza.

Ma è quando in analisi didattica mi è stata fatta la domanda “come ci stai in questa situazione in cui ti manca qualcosa?” che ho capito che qualcosa in me era cambiato.

La mancanza mi ha sempre fatta sentire inadeguata, perché la vedevo come un difetto; il bravo terapeuta non può non sapere cosa fare, cosa chiedere o in che direzione andare, da qui scaturiva in me l'angoscia che mi portava a “saturare”. Quando siamo in confini rigidi, però, non stiamo realmente in relazione con l'altro, non ci legittimiamo molte cose portando l'altro a confinarsi a sua volta.

Quello che ho imparato e sto imparando dalle esperienze che ho riportato, è la possibilità di

stare nell'incertezza, come dice Bion la capacità di tollerare l'ansia che deriva dal confrontarsi con ciò che non può essere immediatamente compreso o risolto. In questo senso non dobbiamo tanto indagare per far emergere ciò che non sappiamo ma immergerci in aree sconosciute tollerando di stare nell'incertezza. Ed è proprio nell'incertezza che mi posso permettere di sconfinare, confinarmi e lasciare che l'altro faccia lo stesso, perché così il confine non assume le caratteristiche di fissità e diventa luogo di cambiamento.

Ora mi sento libera dalla necessità di “saturarmi”, sento di essere più curiosa, più serena a negoziare di volta in volta i confini; la mancanza mi porta alla curiosità e mi spinge a chiedere all'altro, perché noi non lo conosciamo e ammettendo questo gli permettiamo di svelarsi a noi, mentre dando per scontato di conoscere già tutto eliminiamo la sua unicità.

Bibliografia

- Bertrando, P., & Bianciardi, M. (2006). "Possibilità e responsabilità. L'etica di Heinz von Foerster, il postmoderno e la pratica clinica". In Barbetta, P., Toffanetti, D. (a cura di), *"Divenire Umano. Von Foerster e l'analisi del discorso clinico"*. Meltemi Editore, Roma
- Bianciardi, M.,(2008). *"Etica nella relazione di cura"*, intervento presso il circolo Bateson, Vallombrosa
- Bianciardi, M., & Galvez Sanchez F. (2012). *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e responsabilità*. Antigone
- Bianciardi, M., & Telfener, U. (2014). *Ricorsività in psicoterapia: Riflessioni sulla pratica clinica*. Bollati Boringhieri, Torino
- Bion, W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*, trad. italiana Armando Editore, Roma
- Bowen, M. (1979). *"Dalla famiglia all'individuo: la differenziazione del sé nel sistema familiare"*. Astrolabio, Italia
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Bowlby, J. (1989). Attachment. In Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.). *Basic Books*, New York
- Brunori, C. (2011). "Verso un'epistemologia della complessità in psicoterapia", in Rossi, S., Travaglini, R. *I confini nei contesti relazionali. Dalla fusionalità alla temporalità*. p.13-27, Franco Angeli, Milano
- Cecchin, G. (1987), "Hypotesising, circularity and neutrality revisited. An invitation to curiosity", *Family Process*, 26, pp. 405-413. Trad. it. "Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità. Un invito alla curiosità", *Ecologia della Mente* 5/1988, pp. 30-41
- Cecchin, G., & Apolloni T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Franco Angeli, Milano
- Minuchin, S. (1977). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma
- Rossi, S., Travaglini, R. (2011). *I confini nei contesti relazionali. Dalla fusionalità alla temporalità*. Franco Angeli, Milano

L'inevitabile disclosure della gravidanza: i processi nel sistema terapeuta-paziente

Anna Punzo ⁷

Sommario:

L'autrice si sofferma sull'impatto che la gravidanza potrebbe avere nella stanza di terapia e quale sia la modalità migliore per gestire questo tema delicato nella relazione con i pazienti. A differenza della maggior parte di altri eventi che potrebbero essere significativi, la natura altamente visibile della gravidanza fa sì che i pazienti siano ben consapevoli che la terapeuta si trovi nel mezzo di un importante cambiamento di vita. In letteratura la gravidanza viene inserita fra le "inevitable disclosure", cioè quelle rivelazioni della vita privata della terapeuta che risultano inevitabili all'interno del setting e necessitano dunque di essere compresi e gestiti. Essendo il sistema terapeutico un'unica, ampia unità contenente sia il terapeuta che il paziente, la terapeuta in stato di gravidanza influenza le dinamiche e la relazione terapeutica in diversi modi, sia positivi che negativi, a seconda del paziente e delle sue esperienze personali. È importante per la terapeuta essere consapevole di questi potenziali impatti e lavorare assieme al paziente per gestirli nel modo migliore possibile, accogliendo i propri vissuti anche attraverso una buona supervisione. Lo scopo del lavoro è esporre, attraverso un'ampia analisi della letteratura e in un'ottica sistemica quali possano essere le reazioni dei pazienti ma anche le esperienze emotive e i bisogni della terapeuta.

Parole chiave:

Gravidanza, terapeuta, disclosure, setting, relazione terapeutica, bisogni.

Abstract:

The focus of the work was to understand the impact of pregnancy in the therapy room and what was the best way to manage this delicate topic in the relationship with patients. Unlike most of the other events that might be significant, the highly visible nature of pregnancy means that the patients are aware of the therapist status, which represent a major life change. In literature, pregnancy is included among the "inevitable disclosures", one of those revelations from the therapist private life that are inevitable within the setting, and therefore need to be understood and managed. Since the therapeutic system is a unique large context containing both the therapist and the patient, where the pregnant therapist influences the dynamics and the therapeutic relationship in different ways, both positive and negative, depending on the patient and his or her personal experiences. It is important for the therapist to be aware of these potential impacts and work, together with the patient, in order to manage them in the best possible way, and to embrace their experiences through a good supervision. The aim of the work is to expose, through a broad analysis of the literature, and from a systemic perspective, which might be the reactions of patients, the emotional experiences, as well as the needs of the therapist.

Keywords:

Pregnancy, therapist, disclosure, setting, therapeutic relationship, needs.

7 - Anna Punzo, psicologa psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicoterapia Sistemica Integrata, E-mail: annapunzo@libero.it

Uno sguardo alla letteratura

Sebbene esista una certa letteratura sull'argomento, questa è frammentaria e incompleta. Fino agli anni '70 risultano esserci davvero pochi articoli disponibili. Deutsch (1944) e Hannett (1949) si sono concentrati sulle reazioni e sul disturbo psichico che la gravidanza ha suscitato o potrebbe creare nella vita di una paziente donna, potenzialmente riattivando conflitti precoci, ambivalenza verso il feto, ansia e colpa. Ruth Lax (1969) è stata la prima a esplorare realmente gli effetti che la sua gravidanza aveva sulla relazione terapeutica e ha discusso le reazioni di transfert e controtransfert con esempi tratti da sei casi clinici.

Il contrasto tra il periodo precedente al 1969 e quello successivo è sorprendente. La spiegazione più semplice per questo cambiamento potrebbe essere un aumento delle terapeute donne in età fertile ma molto più probabilmente potrebbe essere correlato ai cambiamenti sociali e psicologici che hanno portato le terapeute a scrivere delle loro esperienze con i pazienti durante la gravidanza. Sembrerebbe che in passato ci fosse in letteratura la negazione della gravidanza della terapeuta (Barbanel, 1980) poiché la gravidanza mette in evidenza la differenza tra terapeuti maschi e femmine (Perlman, 1986): sembrerebbe che le donne non volessero fare del loro genere il centro dell'attenzione e non volessero ammettere il loro senso di colpa per non fare una terapia "sufficientemente buona" a causa dell'intrusione della loro gravidanza (McGarty, 1988; Bienen 1990).

Ad ogni modo, negli ultimi 50 anni è stata sviluppata una crescente letteratura sull'argomento (Fenster, Phillips e Rapoport, 1986; Fallon e Brabender, 2003), seppur non esaustiva. Esaminando questa letteratura emergono diverse caratteristiche interessanti:

- gran parte della ricerca si basa sull'autoanalisi (Lax, 1969; Perlman, 1986; Bienen, 1990; Imber, 1990; Etchegoyen, 1993); pochi sono gli studi che hanno basato la loro ricerca sull'intervista

ad altri terapeuti (Fenster, et al., 1986; Bassen, 1988; Fallon e Brabender, 2003);

- la maggior parte degli articoli si concentrano sull'impatto della gravidanza dalla prospettiva del paziente, dove solo alcuni articoli (Bienen, 1990; Imber, 1990; Dyson e King, 2007) prendono come punto focale la prospettiva della terapeuta;
- la maggior parte del materiale è stato pubblicato negli Stati Uniti;
- gran parte del lavoro è stato svolto da una prospettiva psicoanalitica.

È chiaro, dunque, come ci sia una reale necessità di ulteriori ricerche europee e contemporanee sull'argomento, concentrandosi sui vissuti, emozioni, reazioni della terapeuta e sui cambiamenti nelle dinamiche e nei processi relazionali secondo diversi approcci psicoterapici.

Un'inevitabile discoscure

Noi sistemico relazionali, partendo dal principio della seconda cibernetica (Boscolo, 1987) sappiamo come il sistema terapeutico appaia come un'unica, ampia unità, contenente sia il terapeuta che il paziente; entrambi muovendosi all'interno di un processo relazionale in divenire. La neutralità è utopica poiché ogni soggetto all'interno del sistema non può non comunicare (Watzlawick et al., 1978): quanto rivelare di noi stessi e come rivelarlo è stato ampiamente dibattuto nella letteratura terapeutica. Esistono diversi modi per cui alcuni dei nostri pazienti possono scoprire qualcosa di noi terapeuti, sia dentro la stanza di terapia (l'età, il nostro aspetto, l'arredamento e i libri che esibiamo, l'inflessione regionale) che fuori, in modo casuale o addirittura attraverso i social network (Manfrida, 2020). Questi aspetti del terapeuta che inavvertitamente o deliberatamente il paziente può cogliere rientrano in quella che la letteratura chiama self-revelation; tutto ciò che invece il terapeuta deliberatamente decide di mostrare (o dire) al paziente rientra nella self-disclosure.

Se esistono disclosure che vengono, più o meno

direttamente, gestite dal terapeuta, esistono invece altre situazioni nelle quali questa gestione è impossibile, e rivelare parti della propria vita privata è una scelta obbligata. Tra queste vi è infatti la gravidanza, che va inserita fra le disclosures definite “inevitabili”, cioè quell’insieme di eventi legati alla vita del terapeuta che si intromettono nel setting in maniera non controllabile. La gravidanza porta con sé tutto un mondo fantasmatico importante sia a livello sociale, che personale: “Nel momento in cui la terapeuta concepisce, il suo partner, la loro camera da letto e il feto che cresce nel suo grembo, tutto ‘invade’ lo spazio terapeutico” (Atlas-Koch, 2008). La pancia che cresce pone anche questioni relazionali, la necessità di sospendere per un periodo più o meno lungo la terapia, dichiarando implicitamente che al momento i bisogni dei pazienti non coincideranno con quelli della loro terapeuta (Rubin, 1980). I mesi di gestazione potranno dare modo al sistema terapeutico di elaborare l’evento, lavorando su emozioni e vissuti dei pazienti (Neal, 2013): è bene quindi che la terapeuta si renda disponibile non solo a portare fisicamente la pancia in seduta, ma a farlo anche psicologicamente e relazionalmente (Albertini, 2022).

Il processo terapeutico

La gravidanza trasforma la relazione terapeutica da una relazione spesso di coppia a una relazione triadica in cui il bambino può essere percepito come un intruso (Dyson e King, 2008; Fenster, 1986) e per alcuni pazienti, addirittura, potrebbe creare preoccupazioni sul fatto che il bambino sia in ascolto (Fuller, 1987). Man mano che il corpo della terapeuta cambia, la presenza di un terzo diventa sempre più evidente (Mariotti, 1993). Personalmente mi è capitato che un paziente, con tratti paranoici, sottoforma di battuta mi ha riferito come anche il bambino nella pancia avesse l’obbligo di sottoscrivere il consenso informato impegnandosi al segreto professionale. Tuttavia, questo “intruso” non è realmente presente ed esiste più come fantasia e può assumere diverse

funzioni all’interno del setting. Bassen (1988) ha scoperto che la gravidanza aumentava l’intensità sia del transfert che delle resistenze, per lo più esercitando un effetto altamente facilitante o disturbante per il successo terapeutico; raramente non evidenziava particolari effetti sulla relazione. Il successo o l’insuccesso della terapia risultava determinato dalle resistenze iniziali del paziente, dalla fase del trattamento e dal controtransfert della terapeuta. Fenster et al. (1986) hanno scoperto che, quando le questioni legate alla gravidanza della terapeuta non venivano esplorate adeguatamente, disturbavano il processo terapeutico e portavano a una interruzione prematura. Al contrario, una maggiore consapevolezza delle questioni di transfert e controtransfert spesso migliorava la relazione terapeutica.

La gravidanza inoltre getta inevitabilmente un occhio sulla sessualità della terapeuta (Rubin, 1980) intensificando sentimenti e fantasie sessuali (Fuller, 1987). Underwood e Underwood (1976) riportano che i pazienti sembrano sperimentare un maggiore comfort con il materiale sessuale: possono parlare più spesso della propria vita sessuale, oltre a fare ipotesi sulla sessualità e sulla vita familiare della psicoterapeuta (Neal, 2013; Sachs, 1986). Secondo Rubin (1980) il tema della sessualità diviene addirittura sempre più centrale nelle questioni terapeutiche man mano che la pancia cresce. Se la terapeuta è a suo agio con questi aspetti, può usare il suo genere per esplorare ulteriormente questo tema e le dinamiche relazionali dei suoi pazienti; in caso contrario, potrebbe finire per evitare indizi e messaggi potenzialmente rilevanti da parte dei pazienti (McGarty, 1988; Cullen-Drill, 1994).

Esistono poi alcuni scritti che, parlando di disclosure e sessualità, definiscono la questione più problematica per le terapeute omosessuali che aspettano un bambino, poiché potrebbero sentire che è impossibile rispondere alle domande dei pazienti senza disvelare anche qualcosa del proprio orientamento sessuale (Silverman, 2000).

I vissuti dei pazienti

In un'ottica sistemica quando proponiamo a qualcuno dei nostri pazienti una domanda, la risposta che riceviamo non ci dà informazioni sulla domanda, ma su come quel sistema reagisce alla nostra domanda. La pancia in seduta funziona allo stesso modo: la sua presenza ci informa sul modo in cui i pazienti reagiscono, ci dice molto sulla loro storia e sulle loro modalità relazionali. La gravidanza può dunque catalizzare o intensificare ricordi, affetti e materiali relativi alla relazione materna dei pazienti (Cullen-Drill, 1994; Penn, 1986). Gli individui in terapia presentano infatti una varietà di risposte alla gravidanza della psicoterapeuta che alla fine riflettono molteplici temi e dinamiche personali. È possibile che si riattivino fortemente vissuti di gelosia e di esclusione, rimandando con transfert materno o fraterno a esperienze di cure familiari poco strutturate, poco presenti, se non addirittura negate (Turkel, 1993).

I principali vissuti che i pazienti possono sperimentare sono:

- *l'identificazione*: la gravidanza può generare identificazione con la terapeuta o con il nascituro e questo aumento di identificazione, specialmente con la psicoterapeuta come figura idealizzata, può intensificare le fantasie di simbiosi e paura della separazione (Neal, 2013; Penn, 1986).
- *l'invidia*: si riferisce ad un sentimento di mancanza, lasciando gli individui eternamente focalizzati su ciò che loro non hanno. La terapeuta che resta incinta può essere vista come colei che ha tutto, spesso in contrasto con la sensazione di frustrazione percepita da alcuni pazienti che sentono di avere poco o nulla (Fenster et al., 1986). Nella stanza di terapia, l'invidia può trasformarsi in rabbia e aggressività, più o meno esplicita, verso il feto o verso la terapeuta.
- *rabbia e aggressività*: sono reazioni abbastanza comuni quando si comunica la gravidanza (Neal, 2013; Turkel, 1993; Fuller, 1987; Fenster et al., 1986; Sachs, 1986; Rubin, 1980; Underwood e Underwood, 1976; Lax, 1969). Possono essere indirizzate verso la terapeuta, oppure verso il

bambino, attraverso ciò che viene portato in seduta, come la rabbia verso l'abbandono o per la perdita della cura precoce dei genitori o di altre figure di attaccamento (Underwood e Underwood, 1976). Rabbia e aggressività emergono chiaramente nelle persone con disturbo borderline di personalità (Cancrini, 2006), che hanno più facilità nell'esprimerle, mentre rimangono più sopite e possono manifestarsi in maniera più sottile e passiva con altri pazienti, che possono manifestarle con dispiacere o ambivalenza (Rubin, 1980). Alcune ambivalenze si esprimono verbalmente nella seduta, ad esempio pazienti che dichiarano contentezza, ma dopo poche sedute si dicono abbandonati, altre possono passare attraverso i sogni. Alcuni possono rispondere con agiti e acting out (Underwood e Underwood, 1976) come arrivare in ritardo, sedute perse, problemi di pagamento o comportamenti inusuali come una maggiore richiesta di contatto tra una seduta e l'altra, fino a richieste di terminare la terapia (Albertini, 2022). Molti di questi agiti si sono effettivamente verificati nel corso dei miei mesi di gestazione.

- *negazione*: la difficoltà di riconoscere la gravidanza della terapeuta. È importante ricordare che, vista la co-costruzione della relazione terapeutica, la negazione del paziente può riflettere un suo particolare stile difensivo, ma può anche riflettere la negazione o l'evasione della terapeuta stessa (Neal, 2013; Dyson e King, 2008).

Per riportare la mia esperienza personale, durante questi mesi un paziente che seguivo già da qualche tempo, mio coetaneo che convive con la compagna che non desidera figli, non ha notato la mia gravidanza fino al settimo mese. In concomitanza è stato l'unico paziente a cui involontariamente non svelai chiaramente il mio stato, come invece feci con tutti gli altri.

- *separazione, individuazione, abbandono*: per alcuni pazienti la realtà dello stop alla terapia può essere vissuta come una ferita narcisistica (Neal, 2013; Sachs, 1986). Per altri pazienti può rappresentare una rottura terapeutica o

un catalizzatore per i sentimenti di solitudine esistenziale e abbandono (Penn, 1986), indipendentemente dalla durata del congedo di maternità (Rubin, 1986). La gravidanza dunque rappresenta uno stato di vita che nella relazione terapeutica può avere molti effetti e può quindi anche essere un' occasione per lavorare sulla capacità di separazione e individuazione.

I vissuti della terapeuta

In gravidanza non sono solo i vissuti dei pazienti ad entrare nel setting, ma anche quelli di noi psicologhe e psicoterapeute. Sappiamo che in gravidanza possono aumentare le preoccupazioni per il proprio benessere e quello del bambino e ci potranno essere degli effetti sul nostro lavoro (Neal, 2013), fra cui ansie legate al cambiamento del corpo, l'intensificazione dei conflitti rispetto al controllo e al successo delle terapie, sensi di colpa per l'abbandono dei pazienti e preoccupazioni sulla capacità organizzativa delle sedute durante la maternità. La gravidanza può portare inoltre, in determinati contesti, ad esempio nel lavoro con pazienti particolarmente problematici, a sperimentare una sensazione di insicurezza e di paura per la propria incolumità (Wolfe, 2013).

La consapevolezza delle reazioni controtransferali durante la gravidanza può aiutare la terapeuta ad utilizzare più pienamente le sue esperienze per migliorare le relazioni terapeutiche stesse (Albertini, 2022).

Paura delle emozioni negative e negazione

La terapeuta può avere difficoltà a tollerare sentimenti negativi intensi come l'odio, l'invidia o le fantasie distruttive dentro di sé e/o da parte dei suoi pazienti (Bassen, 1988; Bienen, 1990; Imber, 1990; Nadelson et al, 1974) arrivando ad un totale evitamento nel riconoscere tali vissuti. Bassen (1988) ha riscontrato che le terapeute in stato di gravidanza si sentissero particolarmente in colpa quando lavoravano con donne che volevano avere figli e non potevano, con il conseguente desiderio della terapeuta

di nascondere la propria gravidanza per proteggere il paziente ma anche per proteggersi eventualmente da sentimenti di invidia o rabbia. La negazione può essere innescata da una serie di dinamiche intrapsichiche e relazionali non solo in risposta alla paura delle reazioni negative del paziente, ma anche partendo dai sensi di colpa che aumentano, il desiderio di non deludere, e il senso di perdita di controllo, così come il desiderio di evitare di vedere la gravidanza come un'intrusione nello spazio terapeutico, la propria vulnerabilità fisica ed emotiva, i propri conflitti infantili irrisolti (Fallon e Brabender, 2003). Possono quindi capitare situazioni nelle quali si nega la situazione di cambiamento fisico sovraccaricando l'agenda di appuntamenti, non rifiutando contatti extra, non concedendoci il giusto riposo. Probabilmente il principio alla base di questa sensazione è il credere che, con la nostra assenza per maternità, in qualche modo verremmo meno al patto che ci vuole impegnate con i pazienti. Questo probabilmente ha anche a che fare con la nostra capacità di reggere e sopportare abbandoni e separazioni (Albertini, 2022). Ci sarà quindi da affrontare, a volte, la sensazione di essere deludenti, comunicando semplicemente che siamo esseri umani, e che seppur essendo figure importanti nella vita dei nostri pazienti, non ne siamo (fortunatamente) il perno centrale.

Integrazione dell'identità personale e professionale

La gravidanza (in particolare la prima) solleva domande per ogni donna che lavora riguardo alla necessità di integrare i suoi ruoli professionali e materni. Questo problema è particolarmente amplificato per la psicoterapeuta incinta che si trova in conflitto tra la necessità di essere "una madre sufficientemente buona" per il suo paziente e per il suo "vero figlio" atteso (Nadelson et al., 1974). Per la terapeuta che lavora privatamente, possono sorgere ulteriori conflitti pratici legati alla necessità di portare avanti la sua pratica e al desiderio di stare a casa con il suo neonato.

Queste ansie continuano maggiormente nel periodo postpartum.

Complice l' ansia connessa a non sapere bene cosa accadrà, la psicoterapeuta può mantenere la fantasia di totale controllo sulla relazione terapeutica a seguito della disclosure, che può portare a colludere con la negazione da parte del paziente (McGarty, 1988).

Ulman (2001) spiega che i terapeuti in generale e le terapeute in gravidanza in particolare trovano difficile riconoscere la propria umanità e i propri bisogni personali. Ciò può portare a considerare la gravidanza come un'intrusione nello spazio terapeutico, soprattutto per coloro che lavorano in modo analitico e cercano rigidamente di mantenere uno schermo neutro (Fallon e Brabender, 2003). Anderson (1994) evidenzia come sia fondamentale, per un lavoro terapeutico efficace, che la terapeuta accetti il suo nuovo stato fisico ed emotivo e la necessità di adattare il proprio lavoro di conseguenza.

I bisogni della terapeuta

Metaforicamente il nostro lavoro aiuta i nostri pazienti ad imparare a prendersi cura di se stessi: è inevitabile che, al momento della gravidanza, più o meno consciamente, la terapeuta invii molti messaggi sulla propria capacità di prendersi cura di sé. Attraverso la comunicazione o l'astensione, l'impostazione di limiti netti o attraverso la disponibilità durante l'imminente congedo di maternità, i confini personali e professionali e le modalità di cura di sé della terapeuta vengono esplicitate, in una certa misura, insieme al fatto concreto della sua gravidanza.

Fallon e Brabender (2003) e Neal (2013) discutono dell'attitudine "business as usual" che assumono alcune terapeute nel tentativo di negare l'impatto delle loro vite sulla terapia. Ci sono poi alcuni tipi di negazioni da parte dei pazienti che vorrebbero la terapeuta al lavoro come se niente stesse accadendo, ad esempio attraverso la richiesta di appuntamenti di emergenza ad orari impossibili o non necessari contatti tra una seduta e l'altra.

È bene dunque che la terapeuta riconosca come la gravidanza sia un momento di cambiamenti che influiscono indubbiamente sulla relazione terapeutica. Di conseguenza, potrebbe aver bisogno di adattare il suo lavoro e di esplorare i propri vissuti con i colleghi, nella supervisione e nella terapia personale (Dyson e King, 2004; Fallon e Brabender, 2003; Imber, 1995). Una buona supervisione può coadiuvare a gestire le difficoltà e ad aiutare i pazienti senza restare bloccate, negare le situazioni o non raccogliere gli stimoli provenienti dai pazienti per ansia o paura (Benedict-Montgomery, 2016).

Riflessioni conclusive

Dall'esame della letteratura sull'argomento emerge che la gravidanza può avere un profondo impatto sulla relazione terapeutica (Dyson e King, 2004) portando cambiamenti nel processo terapeutico, che devono essere elaborati ed esplorati in terapia. Allo stesso tempo suscita cambiamenti anche nella terapeuta stessa, in parte a causa dei reali effetti psicologici e fisici che la gravidanza ha su ogni donna, e in parte in relazione alla natura speciale del lavoro terapeutico e ai bisogni della terapeuta e del suo modo di porsi in terapia. È importante per la terapeuta essere consapevole di questi potenziali impatti, lavorare assieme al paziente per gestirli nel modo migliore possibile, accogliendo i propri vissuti anche attraverso una buona supervisione. Come questo elaborato evidenzia, portare attenzione al riconoscimento dell'impatto che può avere la gravidanza della psicoterapeuta è fondamentale per la terapia stessa (Fallon e Brabender, 2003): diventa importante prestare attenzione ai messaggi che diamo ai nostri pazienti in quanto il modo in cui gestiamo la gravidanza, e in generale la nostra salute, rivela come ci prendiamo cura di noi (Albertini, 2022). Ad esempio, scegliere di lavorare anche in presenza di grande stanchezza fa passare, a livello implicito, la difficoltà nell'ascoltare e seguire i propri bisogni. Per questo

prendersi cura di sé durante la gravidanza è un atto di responsabilità non solo verso sé stesse e il proprio bambino, ma anche nei confronti dei pazienti. Personalmente ho fatto molta fatica a riconoscere alcune mie necessità, a mettere me stessa come priorità, soprattutto verso la fine della gravidanza, cioè quando sarebbe stato più necessario, nascondendomi dietro la mia buona salute, facendomi promotrice del senso del dovere. Con l'intento di non perdere troppo tempo così da portare a conclusione alcune terapie o di dare senso di continuità ai percorsi intrapresi per evitare il senso di abbandono (sicuramente più mio che dei miei pazienti) ho continuato con l'attività professionale con poca attenzione rispetto alla mia stanchezza fisica e mentale. Con difficoltà me ne sono accorta così da convincermi finalmente a rispettare dei ritmi che fossero più adeguati al periodo che stavo vivendo.

Inoltre, come evidenziato anche dalla letteratura (Baum, 2006), anch'io ho sperimentato, come tante mie colleghe, ambivalenza riguardo all'equilibrare vita personale e vita professionale, vivendo con conflitto il desiderio di voler assentarmi da lavoro per un periodo per me congruo, ma contemporaneamente vivendo il desiderio di tornare presto al lavoro, con senso di colpa. Mi sono sentita oscillare fra queste posizioni, in difficoltà per il pensiero che, qualsiasi cosa si scelga, avrei provato la sensazione di abbandonare comunque qualcuno. Su questo tema influiscono molto le nostre aspettative, le nostre credenze e anche i nostri miti familiari.

Ciò anche dovuto a quel desiderio dell'aspro psicoterapeuta come me di essere apprezzato e di credere che, con la mia assenza per maternità, in qualche modo sarei venuta meno al patto che mi vuole impegnata con i pazienti a lavorare per il loro benessere. Questo probabilmente ha a che fare con la mia capacità di reggere e sopportare abbandoni e separazioni, come se non riuscissi a interpretare diversamente, anche positivamente, l'occasione di una sospensione della terapia.

Bisogna essere dunque consapevoli non solo di ciò che sta accadendo ai pazienti, ma anche a ciò che accade a noi stesse. Pause, assenze e una gestione oculata del carico di lavoro, dunque, sono fondamentali per mantenere un alto standard di cura e prevenire l'affaticamento professionale. Nonostante le possibili criticità, una buona gestione della self-disclosure sembrerebbe produrre significativi miglioramenti nel paziente e rafforzare la relazione terapeutica, anche attraverso la cura di sé e dei propri bisogni, mostrando come la separazione possa essere gestita con consapevolezza. Infine, è imprescindibile affrontare la sensazione di essere deludenti: quell'inevitabile delusione di comunicare che siamo esseri umani con le nostre vite e i nostri bisogni, non potendo essere tutto ciò che il paziente vorrebbe, che nel processo terapeutico all'interno del sistema paziente-terapeuta può rappresentare un'opportunità di crescita, per tutte le parti in gioco.

Bibliografia

- Albertini, V. (2022). *Lo stato interessante. La gestione del setting clinico durante la gravidanza della psicologa e della psicoterapeuta*. Alpes Italia Editore. Roma.
- Atlas-Koch, G. (2008). Three pregnancies and psychoanalysis: a thin line between fusion and separateness. *Psychoanalytic Review*, 95, 259-283.
- Anderson, L. (1994). The experience of being a pregnant group therapist. *Group Analysis*, 27, 75-85.
- Barbanel, L. (1980) The therapist's pregnancy. In B.L Blum (Ed.) *Psychological aspects of pregnancy, birthing and bonding*. New York: Human Science Press.
- Bassen, C. R. (1988). The Impact of the Analyst's Pregnancy on the Course of Analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 280-298.
- Baum, N. (2006). Pregnant field students' guilt. In *Journal of Social Work Education*, 42, 561-576.
- Benedict-Montgomery, M. (2016). The transition to motherhood for therapist: examining and reflecting on issue of gender and identity. *Psychotherapy Bulletin*, 51, 45-49.
- Bienen, M. (1990). The pregnant therapist: Countertransference dilemmas and willingness to explore transference material. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 607-612.
- Cancrini, L. (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*. Raffaello Cortina Editore. Milano
- Cullen-Drill, M. (1994). The pregnant therapist. *Perspectives in Psychiatric care*, 30, 7-13.
- Deutsch, H. (1944). *The psychology of women a psychoanalytic interpretation*. New York: Grune & Stratton.
- Dyson, E., & King, G. (2008). The pregnant therapist. *Psychodynamic Practice*, 14(1), 27-42.
- Etchegoyen, A. (1993). The Analyst's Pregnancy and its Consequences on her Work. *International Journal Of Psycho-Analysis*, 74, 141-149.
- Fallon, A. E., Brabender, V. M., (2003). *Awaiting the therapist's baby: a guide for expectant parentpractitioners*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Fenster, S., Phillips, S. B., Rapoport, E. R. G., (1986). *The therapist's pregnancy: intrusion in the analytic space*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Fuller, R. L. (1987). The Impact of the Therapist's Pregnancy on the Dynamics of the Therapeutic Process. *Journal Of The American Academy Of Psychoanalysis*, 15, 9-28.
- Hannett , F. (1949). Transference reactions to an event in the life of the analyst. *Psychoanal. Rev.*, 36, 69-81.
- Imber, R. R. (1990). The Avoidance of Countertransference Awareness in a Pregnant Analyst. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 223-236.
- Lax, R. F. (1969). Some Considerations about Transference and Countertransference Manifestations Evoked by the Analyst's Pregnancy. *International Journal Of Psycho-Analysis*, 50, 363-372.
- Manfrida, G. (2009). *Gli SMS in psicoterapia*. Edizioni Antigone. Torino
- Mariotti, P. (1993). The analyst's pregnancy: the patient, the analyst, and the space of the unknown. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 151-164.
- McGarty, M. (1988). The analyst's pregnancy. *Contemporary Psychoanalysis*, 24, 684- 693.
- Nadelson, C., Notman, M., Arons, E., e Feldman, J. (1974). The pregnant therapist. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1107-1111.
- Neal, M. (2013). "Pregnant with meaning: psychotherapist pregnancy and relational dynamics surrounding inevitable disclosure by", a clinical dissertation submitted to the faculty of the California School of professional psychology, Los Angeles.
- Penn, L.S. (1986). The pregnant therapist: transference and countertransference issues. In J.L. Alpert (Ed.). *Psychoanalysis and women: contemporary reappraisals*. Analytic Press, Inc, 287-315.

- Perlman, L. (1986). The Analyst's Pregnancy: Transference and Countertransference Reactions. *Modern Psychoanalysis*, 11, 89-102.
- Rubin, C. (1980). Notes from a pregnant therapist, *Social Work*, 25, 210-215
- Sachs, N. (1986). The Pregnant Lesbian Therapist Experiences of a Clinician. In: *Contemporary Perspectives on Psychotherapy with Lesbians and Gay Men*. Critical Issues in Psychiatry. Springer, Boston
- Silverman, S. (2000), Inevitable disclosure: Countertransference dilemmas and the pregnant lesbian therapist. *Journal of gay and lesbian psychotherapy*, 4, 45-61.
- Turkel, A. (1993). Clinical Issues for Pregnant Psychoanalysts. *Journal Of The American Academy Of Psychoanalysis*, 21(1), 117-131.
- Ulman, K. H. (2001). Unwitting exposure of the therapist: Transferential and counter-transferential dilemmas. *Journal of psychotherapy Practice and Research*, 10, 14-22.
- Underwood, M.M., Underwood, E.D. (1976). Clinical observations of a pregnant therapist. *Social Work*, 21 (6), 512-517.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1978). Pragmatics of human communication. New York, Norton (trad. It., Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi, Astrolabio, Roma, 1971)
- Wolf, E.H. (2013). The therapist's pregnancy and the client-therapist relationship: an exploratory study. Master's Thesis, Smith College, Northampton, MA.



Cambio d'abito! Tra il mio e il tuo femminile in terapia

Alessandra Gilli ⁷

Sommario:

Cosa accade nella relazione terapeutica quando ci si sente troppo distanti dai valori e dalla cultura delle persone che incontriamo? Come si connettono e intessono modelli e premesse nella relazione terapeutica? Partendo da queste domande, l'autrice esplora il percorso terapeutico di M., una donna che si confronta con le proprie fragilità e i conflitti legati ai ruoli familiari, culturali e personali. Attraverso l'uso dello scudo araldico, strumento simbolico per l'esplorazione identitaria, emerge una narrazione di sé inaspettata, che apre a una riflessione più ampia sui modelli femminili interiorizzati e sulla loro influenza nelle dinamiche familiari e individuali. A partire dal riferimento agli archetipi femminili descritti da Jean Shinoda Bolen, si sviluppa un'analisi delle dinamiche che hanno modellato l'identità di M. e il suo rapporto con il concetto di autonomia, appartenenza e la rinegoziazione di ruoli tramandati. Parallelamente, l'articolo approfondisce la riflessione personale della terapeuta, che, affrontando i propri pregiudizi e la distanza inizialmente percepita con la paziente, trasforma il percorso in un'occasione di crescita reciproca, mettendo in discussione i propri modelli di femminilità e ampliando la comprensione delle molteplici forme in cui il femminile può esprimersi.

Parole chiave:

Femminile, archetipi, ruoli, pregiudizi, appartenenza, lealtà.

Abstract:

What happens in the therapeutic relationship when we feel too distant from the values and culture of the people we encounter? How do models and assumptions connect and weave together within the therapeutic process? Starting from these questions, the author explores the therapeutic journey of M., a woman grappling with her vulnerabilities and the conflicts related to familial, cultural, and personal roles. Through the use of the heraldic shield, a symbolic tool for identity exploration, an unexpected self-narrative emerges, leading to a broader reflection on the internalized feminine models and their influence on both family and individual dynamics. Drawing on the feminine archetypes described by Jean Shinoda Bolen, the article analyzes the dynamics that have shaped M.'s identity and her relationship with concepts of autonomy, belonging, and the renegotiation of inherited roles. At the same time, the article delves into the therapist's personal reflection, showing how confronting her own biases and the initial sense of distance from the patient transforms the process into an opportunity for mutual growth. This challenges her own models of femininity, expanding her understanding of the many ways the feminine can manifest.

Keywords:

Feminine, Archetypes, Roles, Prejudices, Belonging, Loyalty.

7 - Alessandra Gilli - allieva IV anno IDIPSI - alessandra.gilli1@gmail.com

Introduzione

«Non possiamo non fare ipotesi e cercare spiegazioni che ci appaiono convincenti. Ma non dobbiamo dimenticare che le nostre spiegazioni sono solo una delle possibili modalità di spiegare la nostra esperienza nell'incontrare ora quella persona. Ce ne sono altre, e sono altrettanto interessanti e plausibili.», scrive Bianciardi (2008, pp. 163-164).

Nella pratica terapeutica incontriamo tante storie, alcune sembrano raccontare qualcosa anche di noi, altre sono distanti, lontane. Queste possono attivare pregiudizi e portarci a costruire ipotesi difficili da abbandonare. Come dice Bianciardi (2012, p. 128) «Se pensassimo di poter conoscere l'altro in modo "oggettivo", cesseremmo di incontrarlo in quanto soggetto. Se immaginassimo di poter cambiare l'altro in modo istruttivo, cesseremmo di incontrare l'altro in quanto soggetto autonomo, pur sempre in grado di sorprenderci.»

Il compito del terapeuta "etico" è dunque quello di mantenere una posizione di autentica curiosità e, come sottolinea Cecchin (1997), divenire consapevoli dei propri pregiudizi, per evitare di «farsi sedurre dal pensiero di come le cose dovrebbero essere, piuttosto che concentrarsi maggiormente su come sono.» (p. 42).

La consapevolezza, infatti, è la capacità di osservare la realtà andando però oltre l'informazione ricevuta e rifiutando la ricerca di un'unica verità, mantenendo un atteggiamento curioso che permetta di generare nella relazione punti di vista differenti.

Queste riflessioni prendono forma, in particolare, a seguito del mio incontro con M.

M. è una donna di 32 anni che, al di là dell'aspetto, sembra indossare abiti antichi, fatti di sacrifici silenziosi. Il suo stile di vita e i suoi valori sono molto distanti dai miei. M. ha 5 figli e proviene da una famiglia in cui le donne ricoprono esclusivamente il ruolo di cura da generazioni. M. si presenta raccontandomi dei suoi sintomi ansiosi e dei suoi comportamenti controllanti. I suoi racconti mi spingono inizialmente ad un

collegamento lineare tra le sue premesse e i suoi sintomi. Ed è qui che si allenano consapevolezza e curiosità, portandomi ad ampliare le mie domande.

Lo scudo araldico

Durante uno dei primi incontri con M. le chiedo di rappresentare il suo scudo araldico disegnando il suo sé presente, il suo sé familiare, il suo sé sociale e il suo sé nel futuro.

Lo scudo araldico è uno strumento utilizzato in psicoterapia come metafora per esplorare in modo simbolico le dinamiche familiari, identitarie e relazionali dell'individuo e del sistema familiare. È analogo al blasone familiare descritto da Caillé (2005) e ha la funzione di presentare non solo la propria "carta d'identità", ma permette di esprimere le proprie rappresentazioni rispetto all'appartenenza a un certo gruppo. Attraverso il disegno, vengono rappresentati valori, caratteristiche e ruoli, favorendo così una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie relazioni. Il blasone, o lo scudo araldico, offrono «una sorta di prisma in cui possono proiettarsi differenti facce della sensibilità familiare» (Caillé, 2005, p. 150), permettendo di intessere e rappresentare un tessuto emozionale fatto di memorie transgenerazionali e vissuti attuali.

M. porta in seduta 4 disegni molto evocativi e in particolare rappresenta se stessa come Maleficent, definendosi forte, testarda e determinata. Questa narrazione è dissonante rispetto all'idea che mi sono fatta inizialmente di lei e ciò mi porta ad una riflessione sul femminile. Quali modelli ha introiettato M.? Quali invece appartengono a me? Come questi entrano nella stanza di terapia e in relazione fra loro? E come si strutturano all'interno del sistema familiare di M.?

Gli archetipi femminili

Carl Gustav Jung (1977) fu il primo a introdurre in psicologia il concetto di archetipo. Gli archetipi rappresentano modelli di comportamento istintuali appartenenti all'inconscio collettivo,

quella parte della psiche sede dell'eredità filogenetica, dei contenuti comuni a tutti gli esseri umani. Partendo dalle teorizzazioni di Jung, la psicanalista junghiana Jean Shinoda Bolen (1991) ha osservato come le donne siano influenzate da archetipi incarnati dalle divinità femminili. Nella sua analisi, Bolen suddivide le dee dell'Olimpo in tre categorie. Il primo gruppo è costituito dalle "dee vergini" - Artemide, Atena ed Estia - che rappresentano l'autosufficienza e l'indipendenza femminile. Queste dee perseguono attivamente i loro obiettivi e incarnano competenza e autonomia. Il secondo gruppo comprende le "dee vulnerabili" - Era, Demetra e Persefone -, le quali rappresentano i ruoli tradizionali di moglie, madre e figlia. Sono archetipi dell'orientamento alla relazione: il loro benessere dipende dalla relazione con l'altro, dal senso di appartenenza ed esprimono una certa vulnerabilità emotiva.

La terza categoria appartiene alla sola Dea Afrodite, definita "dea alchemica". Come archetipo, spinge la donna a cercare rapporti stabili e intensi rimanendo aperta al cambiamento. Come dea, fu caratterizzata da grande autonomia come le dee vergini e visse le relazioni intensamente come le dee vulnerabili. Questi sette archetipi femminili possono combinarsi fra loro e manifestarsi in diversi momenti della vita di una donna, a seconda delle sue esigenze o delle parti meno sviluppate della sua personalità. Gli archetipi sono strumenti potenti per descrivere modelli di comportamento e tratti di personalità: alcuni riflettono i nostri modi di essere, mentre altri esemplificano qualità che ci mancano o che dobbiamo coltivare.

Bolen osserva come tali modelli possano essere rinforzati o modificati dalle aspettative sociali, dai ruoli che la società si aspetta che le donne assumano. Pertanto, dice Bolen (1991), la donna è «un essere preso "tra due fuochi"» (Bolen, 1991, p. 18) spinta dall'interno dagli archetipi e dall'esterno dagli stereotipi culturali. Nel momento in cui una donna riconosce le dee che la abitano, insieme alle sue forze, risorse, istinti e capacità, trova un senso di sé che va oltre le

aspettative esterne.

Così, automaticamente colloco M. tra le dee vulnerabili, come incarnazione della figura di Demetra, mossa dalle mie premesse e dagli archetipi che mi appartengono e che mi fanno vedere la cura dal solo punto di vista della vulnerabilità.

Demetra è l'archetipo della madre, rappresenta l'istinto materno e un forte istinto alla cura degli altri. Questo archetipo spinge la donna a trovare la propria soddisfazione nell'attenzione all'altro e nell'essere nutrice. Così come M., che si prende cura dei suoi cinque figli, sacrificando il proprio tempo, la propria giovinezza e le proprie esigenze.

Ma la donna Demetra è anche una donna perseverante, testarda e che non si dà per vinta quando c'è in gioco il benessere dei figli e allo stesso modo M. è testarda e battagliera nei confronti dei propri. Tuttavia, proprio per questa determinazione, le donne Demetra si trovano ad affrontare anche sofferenze legate a tematiche di vittimismo, potere, controllo e rabbia. Questo accade quando la pretesa propria e altrui è di avere risorse illimitate nella cura dell'altro, senza riuscire a dire di no.

O ancora quando la rabbia e il bisogno di protesta sono repressi e M. dà voce a queste silenziose proteste nella stanza di terapia, esprimendo la propria stanchezza e intitolando il suo scudo araldico: "Ma chi me lo ha fatto fare?!".

Attraverso l'esplorazione del suo familiare e dei suoi ruoli, comincio però a intravedere dove risiedono le caratteristiche narrate e rappresentate nelle prime sedute.

M. ha scelto di diventare madre a soli 18 anni, senza l'appoggio e le cure dei familiari, ad eccezione di quelle della nonna paterna. Sin da giovanissima si è mostrata determinata e indipendente, ha seguito il proprio istinto e ha rivendicato il diritto di vivere la sua vita secondo le proprie regole, come Artemide, dea della caccia e della vita selvaggia, protettrice dei piccoli degli animali e dea del parto. Artemide è spesso vista come l'archetipo dell'indipendenza femminile,

poiché, nonostante la sua connessione con la natura e la vita, rifiuta i vincoli delle relazioni tradizionali, incarnando libertà e autonomia. Le scelte di M. hanno avuto un costo emotivo significativo. Infatti, invece di ricevere sostegno da parte della sua famiglia di origine, M. ha ricevuto critiche per le sue decisioni, poiché forse distanti dalle aspettative e dai valori familiari. Ciò che M. non ha soddisfatto, infatti, non è il fatto di essere diventata madre, poiché questo è proprio ciò che ci si aspetta dalle donne della sua famiglia, ma il diventare madre senza rispettare i tempi e i modi famigliari, in un momento in cui la sua famiglia ancora la voleva figlia.

Dunque, apertura e sguardo curioso permettono al terapeuta di riconoscere punti di vista altri, di fare luce su aspetti e parti nascoste e di far narrare al paziente la propria storia con sfumature diverse.

M. comincia a spiegarsi perché si sia sempre sentita la pecora nera della famiglia, la figlia non vista.

Lealtà invisibili

M. sembra avere rotto i legami e gli obblighi familiari, le cosiddette lealtà invisibili (Boszormenyi-Nagy e Spark, 1973). Gli individui interiorizzano regole e valori impliciti interni al sistema familiare, sviluppando delle "lealtà" verso la famiglia che si tramandano da generazioni. La lealtà a cui M. sembra essersi sottratta è quella del rimanere vincolati e dipendenti dal sistema familiare. M. fin dalla giovinezza ha cercato di svincolarsi dall'autorità del padre e individualizzarsi. Inoltre, è l'unica della famiglia ad essersi trasferita a molti chilometri di distanza e ad aver preso scelte senza l'approvazione del nucleo familiare.

Come affermato da Boszormenyi-Nagy (1973), la lealtà familiare è un intreccio invisibile di aspettative che unisce i membri, contribuendo a preservare l'integrità del gruppo familiare. All'interno di questo sistema di lealtà e rispetto, i genitori diventano creditori di "debiti" che i figli dovranno ripagare e spesso questo conto

viene saldato con la messa al mondo di una terza generazione. Tuttavia, ed è forse questo il caso di M., la separazione dal nucleo di origine e la costituzione di nuovi legami possono essere vissuti dai genitori come una forma di slealtà nei loro confronti. Per questo motivo M. non viene riconosciuta o sostenuta nei momenti di bisogno. È possibile quindi che il vissuto di slealtà dei genitori risieda nel loro bisogno che M. resti figlia e non si autodetermini. La ribellione di M. risiede invece nel non seguire le loro aspettative e diventare madre seguendo i propri tempi.

Funzioni del sintomo

All'interno del suo sistema familiare, i sintomi ansiosi e controllanti che porta in terapia, assumono un significato ben preciso e inquadrabile all'interno della teoria delle polarità semantiche di Ugazio (2018). Secondo l'autrice, all'interno di un sistema ogni individuo si posiziona tra le polarità che caratterizzano il gruppo sociale di appartenenza. Pertanto, un individuo si potrà posizionare ad esempio come giusto, leale, riservato e per occupare tale posizione gli altri dovranno posizionarsi nella polarità opposta. All'interno di una stessa famiglia si vedranno quindi posizioni opposte occupate da individui diversi. Secondo Ugazio, è all'interno di queste semantiche che si strutturano i disturbi fobici, ossessivo-compulsivi, alimentari e depressivi.

I sintomi di M. potrebbero essere inquadrabili all'interno della semantica della libertà, all'interno della quale si posizionano persone con disturbi dello spettro fobico. Tale semantica è caratterizzata dalle polarità libertà-dipendenza, esplorazione-attaccamento, paura-coraggio. All'interno di queste famiglie il mondo è visto come minaccioso e nella storia di M. questo messaggio è trasmesso in modo molto evidente dalla figura del padre, che le impedisce di svincolarsi dal ruolo di figlia. Pertanto, proprio perché il mondo è pericoloso, la famiglia è l'unica fonte di protezione e rassicurazione. All'interno di questa semantica M. si posiziona sin dall'infanzia nel polo del coraggio, dell'autonomia e

dell'esplorazione, attraverso i suoi atteggiamenti indipendenti e oppositivi nei confronti della figura del padre.

Questa semantica conduce ad un "circolo riflessivo bizzarro" in cui la relazione con l'altro viene percepita, da un lato, come problematica e limitante per l'autostima, mentre dall'altro è vissuta come indispensabile per sentirsi protetti e al sicuro. M. quindi desidera la vicinanza della propria famiglia, la loro protezione, ma questo bisogno le restituisce un'immagine negativa di sé. Per riconoscersi positivamente necessita quindi di essere autonoma e indipendente dagli altri, poiché cresciuta all'interno della premessa che il mondo è pericoloso e lei debole. La riflessività del circuito bizzarro raggiunge livelli elevati nel momento in cui viene a mancare la nonna, unica figura che le trasmetteva accoglienza e accettazione, consentendole di tollerare la distanza emotiva dei propri genitori. M. sente di avere bisogno del sostegno della famiglia, si sente debole e attaccata nella sua autostima. Sviluppa così i sintomi ansiosi, gli attacchi di panico, la paura di guidare, il controllo, che hanno una doppia funzione: da un lato lo sviluppo dei sintomi le consente di mantenere una relazione protettiva con la propria famiglia senza che questo costituisca un attacco inaccettabile alla propria autostima, poiché il bisogno dell'altro è "giustificato dalla malattia"; dall'altro, in particolar modo i comportamenti controllanti, sembrano fungere da distanziatori emotivi, permettendole di mantenere la sua posizione di indipendenza e autonomia.

Conclusioni

L'incontro con M. è stato un'opportunità per esercitare quella consapevolezza e curiosità che, come sottolineato da Bianciardi (2012),

permettono di non fermarsi a spiegazioni preconfezionate, ma di lasciarsi sorprendere dalla complessità dell'altro. In questo processo, il terapeuta si confronta anche con i propri archetipi e pregiudizi, apprendendo a sospendere il giudizio e ad aprirsi a nuove prospettive. Come terapeuti, possiamo vivere l'idea di non poter cambiare l'altro come un fallimento, oppure come un'occasione di essere liberi, liberi di trasformare noi stessi.

Nel caso di M. ho avuto l'opportunità di rivedere i miei modelli di femminile, riconoscendo come lei abbia effettivamente ridefinito il concetto di emancipazione. Proveniente da una famiglia in cui le donne ricoprono principalmente il ruolo di cura e non sembrano ambire all'autonomia e all'indipendenza, M. ha scelto un percorso alternativo, decidendo di dedicare la sua vita alla casa, al marito e ai figli, ma a modo suo, lontano dal modello di madre che la sua famiglia le aveva tramandato.

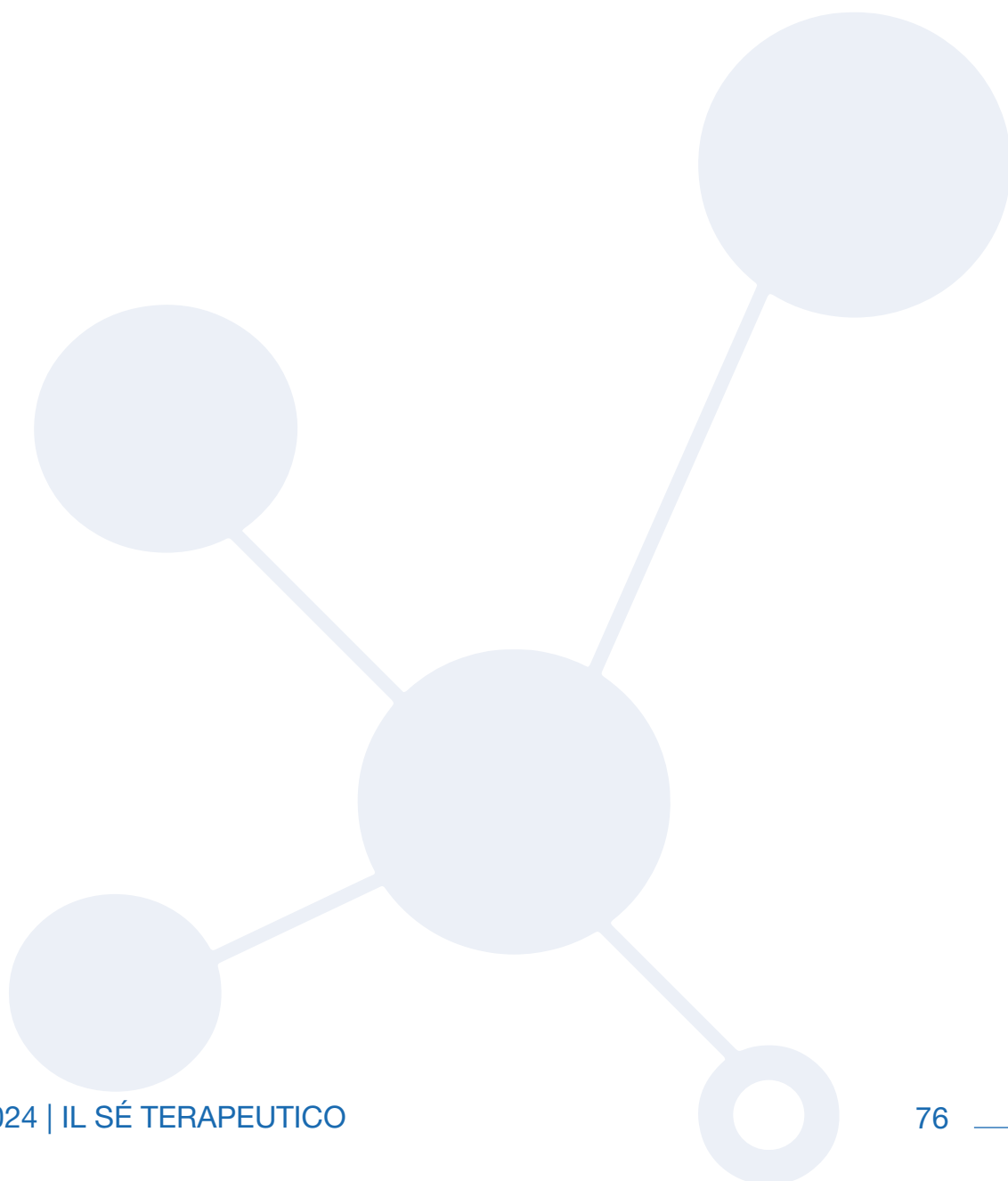
Così, mentre la società contemporanea associa spesso l'emancipazione femminile all'indipendenza economica, alla carriera e all'autonomia personale, M. ha scelto una strada diversa: si discosta dal modello tramandato da generazioni e sceglie il proprio cammino, emancipandosi non tanto dal ruolo di donna in senso generale, ma dalla definizione di donna e madre che la sua famiglia si aspettava da lei.

Questo ha permesso a M. di scoprirsi senza necessariamente rompere con il passato, ma integrando le proprie parti e riconoscendo il proprio valore anche nei momenti di maggiore vulnerabilità.

Il processo terapeutico diventa dunque un atto creativo, uno spazio in cui le identità possono essere esplorate, ridisegnate e ricucite.

Bibliografia

- Bianciardi, M. (2008). Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale, in *Connessioni*, 20, 157-174
- Bianciardi, M.; Galvez Sanchez, F. (2012). *Psicoterapia come etica*, Antigone Edizioni, Torino.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1973). *Lealtà invisibili*. Astrolabio, Roma.
- Bolen, J. S. (1991). *Le dee dentro la donna: una nuova psicologia femminile*. Astrolabio Ubaldini, Roma
- Caillé, P., & Rey, Y. (2005). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistematiche*. Armando Editore, Roma
- Cecchin, G., Gerry, L., Wendel, A. Ray. (1997). *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Jung, C. G. (1977). *Gli archetipi dell'inconscio collettivo*. Bollati Boringhieri, Torino
- Ugazio, V. (2018). *Storie permesse, storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Bollati Boringhieri, Torino



Ammalarsi di leucemia in adolescenza. Storia di una relazione al confine.

Celeste Poma⁸

Sommario:

Questo elaborato nasce dall'esperienza lavorativa nel reparto di Oncoematologia Pediatrica del Policlinico San Matteo di Pavia. L'autrice narra il suo incontro con Veronica, una ragazza adolescente, che si ammala di leucemia e si ritrova in una stanza ospedaliera con vissuti di paura e angoscia legati ad una malattia potenzialmente mortale. La giovane paziente diventa cara all'autrice ma, al contempo, la mette a dura prova sia da un punto di vista professionale che personale permettendole di capire il vero significato di alleanza terapeutica, di confini e di possibilità. L'incontro tra le due diventa un momento di condivisione in cui insieme affrontano il lungo percorso di cure, partendo dalla comunicazione di diagnosi, passando poi all'ospedalizzazione con tutti i cambiamenti che ne conseguono, alle lunghe cure ed infine al rientro a casa. Al termine del viaggio l'autrice si ritrova a riflettere sul dolore vissuto ed attraversato nei due anni di terapie, un dolore che è stato condiviso e che ha permesso l'evoluzione dell'alleanza terapeutica. Grazie a queste riflessioni l'autrice sente di voler ringraziare la piccola paziente perché le ha permesso di capire che non c'è morte senza vita, che c'è sempre una possibilità e che i confini possono essere barriere ma, che possono essere altrettanto abbattute per generare qualcosa di potenzialmente significativo.

Parole chiave:

Leucemia, adolescenza, dolore, alleanza terapeutica, confini, possibilità.

Abstract:

This work was born from work experience in the Pediatric Oncohematology department of the San Matteo Polyclinic in Pavia. The author narrates her meeting with Veronica, a teenage girl, who falls ill with leukemia and finds herself in a hospital room with experiences of fear and anguish linked to a potentially fatal disease. The young patient becomes dear to the author but, at the same time, puts her to the test both from a professional and personal point of view, allowing her to understand the true meaning of therapeutic alliance, boundaries and possibilities. The meeting between the two becomes a moment of sharing in which together they face the long path of treatment starting from the communication of the diagnosis, then moving on to hospitalization with all changes that follow, long treatments and finally returning home. At the end of the journey, the author finds herself reflecting on the pain she experienced and went through in the two years of therapy, a pain that was shared and which allowed the evolution of the therapeutic alliance. Thanks to these reflections, the author feels she wants to thank the little patient because it allowed her to understand that there is no death without life, that there is always a possibility and that borders can be barriers, but they can equally be broken down to generate something potentially significant.

Keywords:

Leukemia, adolescence, pain, therapeutic alliance, boundaries, possibilities.

8 - Celeste Poma, psicologa psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicoterapia Sistemica Integrata, E-mail: celle1991@libero.it

La comunicazione di diagnosi

13 giugno 2023, comunicazione di diagnosi.

Il momento della comunicazione della diagnosi di cancro agli adolescenti è un evento catastrofico per il paziente e per tutta la famiglia, che può esitare in un considerevole trauma emotivo (Patterson, Holm e Gurney, 2004). Questa diagnosi è associata a una elevata preoccupazione per la qualità di vita, per i cambiamenti che deve affrontare e al timore della sua morte e, porta con sé, sentimenti come paura, desolazione, solitudine (Björk, Wiebe e Hallström, 2005; Grootenhuis e Last, 1997). Allo stesso tempo i pazienti, i loro genitori e quindi la famiglia intera si trovano a dover fronteggiare immediatamente dei trattamenti molto invasivi (Coyne, Amory, Kiernan e Gibson, 2014).

La comunicazione, quindi, costituisce un importante elemento all'interno del quadro composito che si accompagna alle patologie neoplastiche e influenza il modo con cui il paziente affronterà la malattia. Sono numerosi gli studi che hanno analizzato i benefici e l'importanza relativi ad una comunicazione onesta e trasparente, identificando ricadute positive che possono interessare sia il benessere fisico sia quello psichico del bambino, dei suoi genitori e dei suoi fratelli.

La letteratura afferma che una corretta comunicazione, adeguata alla maturità dell'adolescente, migliora la compliance del piccolo paziente e dei familiari, così come la capacità di gestire le emozioni, riduce gli stati d'ansia e depressione, la negazione e l'oppositività (Ripamonti, Clerici, 2008). Fornire adeguate informazioni sul proprio stato di salute favorisce l'adattamento psicologico migliora il clima emotivo familiare, l'alleanza terapeutica e la comunicazione intrafamiliare; produce un aumento delle relazioni con i coetanei e dell'utilizzo di strategie di coping efficaci; riduce i comportamenti di alienazione e di isolamento, i comportamenti disadattivi e le interpretazioni errate sulla natura della malattia e previene l'abbandono delle terapie (Spinetta e Deasy-

Spinetta 1981).

È ampiamente condivisa, sia a livello nazionale che internazionale, la convinzione che la mancanza di informazioni sia deleteria per i ragazzi ospedalizzati e non serve a proteggerli da ulteriori angosce e soprattutto non sia ciò che essi stessi desiderano. Per questo ciascun giovane paziente deve essere informato sulla propria malattia con un linguaggio comprensibile e adeguato.

Il ragazzo affetto da leucemia è consapevole della propria malattia anche quando i genitori e i medici ne dissimulano la gravità, ritenendo che egli non sia in grado di affrontare e sopportare un'esperienza così traumatica.

Perché possa esserci un'adeguata comunicazione della diagnosi è quindi essenziale instaurare un clima di fiducia con il piccolo paziente e con i suoi familiari; i presupposti sono: saper comunicare su più livelli, porsi in posizione di ascolto empatico, mettere in comune il proprio sapere e decidere insieme il percorso da seguire.

L'ospedalizzazione e il trapianto

5 luglio 2023.

Veronica inizia uno dei tanti cicli di chemioterapia. Nella piccola camera n.13, sempre profumata e molto colorata, decorata con disegni e fotografie, Veronica costruirà il suo grande mondo consapevole che, durante il periodo dell'ospedalizzazione, ci saranno tanti cambiamenti nella quotidianità.

L'ospedalizzazione ed i lunghi ricoveri infatti, soprattutto nelle malattie gravi come la LLC, rappresentano un evento traumatico poiché conducono a sensazioni negative quali stress, paura e minaccia e costringono ad un drastico cambiamento delle abitudini quotidiane, a partire dagli amici, dai compagni di scuola, dagli insegnanti, dai giochi e da tutto ciò che riguarda il proprio ambiente che, in quanto noto e familiare, non solo è rassicurante, ma contribuisce a strutturare l'identità in via di sviluppo. La condizione di ricovero comporta per un adolescente disagio e sofferenza di entità

variabile, che dipendono dalla gravità della sua malattia, dalla separazione dal nucleo familiare, dalla necessità di adeguarsi a nuovi ritmi, dalla rinuncia parziale o totale della propria intimità e dallo stato di dipendenza dagli altri. Il bisogno maggiormente espresso dai giovani pazienti oncologici è quello di ottenere una “normalità di vita”: per andare incontro a questa necessità nella maggior parte degli ospedali pediatrici è presente una sezione dedicata all’istruzione. La scuola in ospedale impegna i ragazzi per un paio di ore al giorno e si avvale di un approccio diverso rispetto a quello tradizionale poiché la LLC e le sue terapie comportano stanchezza e minori capacità attentive. I classici compiti scolastici vengono quindi sostituiti da schede da compilare e dalla visione di videoregistrazioni che motivino maggiormente l’attenzione.

Infine, il paziente che si ammala gravemente di LLC in età pediatrica è un soggetto in crescita che si ritrova costretto a sopportare carichi emotivi eccessivi per la sua età. Questo da un lato lo costringe ad un adeguamento precoce al mondo adulto e dall’altro gli impone situazioni di dipendenza che rallentano il suo sviluppo, portandolo ad esempio alla messa in atto di comportamenti regressivi (Cannella, Margarito, Sebastianutto, & Vano, 2010).

L’esperienza di ospedalizzazione segna per un adolescente malato di LLC una frattura del vivere quotidiano, interrompendo lo scorrere del tempo e le sue abitudini e per questo Fois (2013) ha sottolineato l’importanza di garantire la possibilità di un bambino di essere un bambino, la possibilità di poter cogliere la leggerezza dell’esistenza anche all’interno della malattia. La malattia induce una brusca trasformazione nel modo di considerare e trattare il corpo di un adolescente prima oggetto di tenerezza e cure delicate, tese a salvaguardare la morbidezza della pelle, l’estetica, l’integrità generale corporea, con lo scopo di potenziare il vissuto soggettivo d’identità, poi fatto oggetto dell’introduzione, spesso aggressiva, di farmaci e di altri presidi terapeutici, talora con scarso rispetto delle

esigenze di riservatezza e di gestione autonoma del Sé corporeo.

Quando un ragazzo si ammala di tumore, è il suo corpo a diventare il protagonista della storia, fulcro delle attenzioni e delle preoccupazioni dei suoi genitori e dell’équipe medica. Di conseguenza, i cambiamenti fisici ed il corpo stesso acquisiscono un ruolo fondamentale nell’esperienza di malattia (Guarino, 2006).

L’evento-malattia può essere percepito come minaccia, pericolo, attacco esterno contro cui lottare e difendersi, specialmente nella fase che viene definita di contaminazione, in cui egli ritiene che la patologia giunga dall’esterno come punizione, conseguenza di una sua azione fatta o non-fatta (Axia, Sponchiado, et al., 2004).

Il corpo è percepito come aggredito e violato dalle numerose visite, esami, medicazioni e terapie, procedure mediche, anche invasive e dolorose, a cui si viene sottoposti.

Sempre secondo Axia, Sponchiado, et al. (2004), un’altra modalità di intendere l’evento traumatico è, invece, come perdita della propria integrità corporea, arrivando a sperimentare un’angoscia di morte sentendo il corpo e le sue funzioni che piano piano si indeboliscono.

I danni causati dalle terapie provocano cambiamenti nell’aspetto fisico e nella funzionalità dell’organismo, causano alterazioni che il giovane paziente può percepire, aumentando la sua consapevolezza e la sua sensibilità nei confronti del corpo, accompagnate dal tentativo di monitorarlo per avere qualche tipo di controllo su una situazione che percepisce come incontrollabile.

Il desiderio di mantenere o ritrovare una sensazione di controllo è riflesso anche nell’uso di strategie comportamentali di coping che i pazienti attuano per far fronte ai cambiamenti e alle perdite causate dalla malattia; ne è un esempio l’utilizzo di parrucche, cappelli, sciarpe, per nascondere la calvizie provocata nella chemioterapia, oppure la decisione di rasarsi a zero i capelli prima che inizino a cadere, per evitare lo shock e l’ansia che la caduta spontanea

ed improvvisa causerebbe.

Nella metanalisi condotta da Lee et al. (2012), uno dei vissuti individuati come comuni a molti dei pazienti riguarda il distanziamento dal proprio corpo. Essi percepiscono una netta differenza tra il passato e il presente, tendono a confrontare il loro aspetto fisico precedente con quello attuale, che è vissuto come anormale, diverso, brutto, debole, poco attraente, fino a provare sentimenti di invidia per i coetanei che hanno un corpo sano. Le parti del corpo che risultano più danneggiate diventano a volte oggetto di eccessiva importanza da parte del paziente, mentre, altre volte, sono come rifiutate ed allontanate; le alterazioni nell'aspetto fisico sono, effettivamente, un continuo promemoria dell'esperienza di malattia, la testimonianza della gravità di ciò che l'individuo ha vissuto, oltre che un marcatore di diversità (Axia, Sponchiado, et al., 2004).

Numerose ricerche, tra cui quella di Eiser (1998, in Wallace et al., 2007), confermano che la perdita di capelli e la conseguente alopecia risultano costituire l'aspetto più angosciante e traumatico delle terapie, nonostante i numerosi effetti collaterali, anche dolorosi, che i soggetti. Questo elemento emerge persino nel vissuto dei genitori dei pazienti: come illustrato da Williamson et al. (2010), essi vi attribuiscono un significato particolarmente rilevante per quanto riguarda l'identità di genere del proprio figlio (femminile in particolare) ma, soprattutto, lo ritengono un tratto distintivo nella sua identità di soggetto-individuo unico, che viene quasi mancare quando, a causa della testa calva, viene identificato esclusivamente come bambino ragazzo malato di tumore. Una madre riferiva, appunto, che la figlia adolescente, perdendo i capelli, si era unita alla folla anonima di malati oncologici (Williamson et al., 2010).

Le malattie oncologiche possono interferire con i normali processi di sviluppo di un'immagine corporea positiva e adattiva, causando in esse distorsioni, alterazioni e un suo deterioramento. La parte del corpo che il paziente identifica

come malata può essere oggetto di rifiuto o può ricevere un'importanza eccessiva; a questo si aggiunge che egli possa arrivare a percepire il suo corpo come estraneo o irreali. Tale percezione può essere però presente solo dall'età prescolare, in cui il bambino acquisisce maggiore consapevolezza della sua malattia grazie alla rappresentazione più completa e complessa che possiede del suo corpo e delle parti che lo formano. Egli riesce, quindi, anche a localizzare a livello spaziale la sede fisica della malattia, a darle, cioè, un'identità concreta e tangibile; tuttavia, è soltanto a partire dai dieci anni che saprà riconoscere il cancro come qualcosa di esistente nel suo corpo, nella fase definita dell'interiorizzazione (Axia, Sponchiado, et al., 2004).

A causa del reale bisogno di cure, si determina uno stato duraturo di dipendenza, sia fisica che emotiva, che interferisce in modo sostanziale con l'acquisizione di una progressiva autonomia, obiettivo fondamentale nella crescita.

I genitori stessi possono diventare iperprotettivi ed eccessivamente permissivi, causando nel figlio possibili regressioni a stadi di sviluppo già oltrepassati, oppure fissazioni che ne compromettono il proseguimento lineare. Il senso di dipendenza che i pazienti sperimentano è rivolto sia alle figure di accudimento (caregiver e/o operatori sanitari) che a dispositivi esterni artificiali, cosa che li porta a percepire sé stessi come "involucro vuoti", "contenitori bucati", danneggiati, privi di funzioni vitali ed incapaci di sopravvivere autonomamente.

Un passaggio centrale è quindi quello della separazione dalla vecchia immagine corporea, e questo è il lavoro che insieme a Veronica si è provato a svolgere.

È stata effettuata quella che può essere definita una ristrutturazione della body image precedente alla malattia, anche tramite l'integrazione dei cambiamenti corporei; cercando di riflettere e di introdurre l'immagine del corpo alterata dalla malattia e dalle terapie all'interno del processo che porta poi a definire la propria identità.

Il corpo di un adolescente può subire alterazioni significative, sia nell'aspetto che nel funzionamento, a causa della malattia e/o del trattamento. L'impatto psicologico conseguente può essere piuttosto dirompente, poiché si inserisce in un periodo già di per sé delicato: i problemi di immagine corporea legati al tumore possono aggravare le difficoltà dei compiti fondamentali di sviluppo fisico, cognitivo e psicosociale preesistenti durante questa fase della crescita, mettendo gli adolescenti e i giovani adulti di fronte a sfide uniche.

Anche il primo rientro a casa rappresenta un momento difficile, in quanto catalizzatore di emozioni contrastanti: da una parte la fiducia connessa alla possibilità di poter tornare alla quotidianità, fra le mura domestiche, dall'altra l'ansia che questo comporta. Si tratta, infatti, di un rientro che prevede grossi cambiamenti: dagli accorgimenti legati alle condizioni di vita alla responsabilità della somministrazione dei farmaci.

L'ansia intensa caratterizza spesso questo momento, vissuto come avanzamento nella cura, come speranza, ma anche incertezze e dubbi. Il figlio malato che il genitore porta casa, spesso percepito come un essere fragilissimo diventa all'improvviso un'enorme responsabilità nei cui confronti egli spesso si sente inadeguato. Lasciare il reparto, infatti, rappresenta anche perdere un luogo protetto, specializzato, spesso idealizzato, almeno in una prima fase, al quale il genitore ha affidato la salvezza del proprio figlio. La separazione da questo luogo, istituzione che riattiva inconsci di dipendenza, risveglia pertanto ansie e angosce.

Il rientro a casa costituisce anche un grosso impatto rispetto al quotidiano: alle piccole abitudini, allo stile di vita. È nel confronto con il quotidiano che si scoprirà, con un dolore diverso da quello stordente del primo impatto con la malattia, quanto questo evento inciderà nella vita presente e futura.

È a partire da questo momento che il dolore si configura come elemento quasi-stabile insito

nel confronto con la necessità di ristrutturare la propria esistenza e quella della famiglia. Perché all'evento malattia e a tutto quanto esso comporta dovrà fare spazio e dare un senso e significato. Il momento dell'emergenza e della tensione lascia ora spazio alla necessità di lavorare sui significati, sui tempi, sulla relazione in un contesto dove il dolore rappresenta un fardello, ma anche uno stimolo obbligante che non si può ignorare. I tempi e gli spazi del quotidiano, che durante il ricovero si erano annullati e dilatati, necessitano ora di una ridefinizione. Da qui nasce il dolore e la consapevolezza che niente sarà più come prima. Ed è rispetto a questi vissuti, che si pone l'intervento psicologico durante l'accesso giornaliero in Day Hospital, affinché ciascuno, con i propri tempi e le proprie risorse, possa individuare i propri percorsi e i propri significati.

So-stare nella relazione. Riflessioni di una quasi terapeuta.

Nelle stanze dell'ospedale entra la vita. La stessa vita per cui Veronica sta lottando e che pretende la guarigione dalla malattia. Restare accanto a Veronica e alla sua famiglia, rendendo sopportabile quel dolore estremo, mettendo a disposizione lo spazio mentale, mantenendolo disponibile, nella sua forma di spazio potenziale, è stata la condizione di base per poter poi realizzare un lavoro terapeutico.

Che senso e che valore ha per il paziente, costretto in quel luogo, entrare in relazione con una persona che si è recata nello stesso luogo per scelta? Sono situazioni in cui la scelta rende abitabile il luogo altrimenti destinato a contenere solo chi vi è costretto.

Lo stesso esserci crea speranza, rende possibile anche per chi non è costretto essere ed esserci. Implica il recarsi nei luoghi in cui il paziente è immobilizzato. Il paziente non si potrebbe altrimenti muovere per cui dobbiamo muoverci noi. Mettendo a disposizione i nostri corpi e menti come contenitori in grado di elaborare emozioni traumatiche.

Esserci, esserci in un contesto particolare, in una

modalità differente rispetto a quella degli altri operatori più concentrati sulla dimensione fisica delle cure, possa avere il significato di aiutare il paziente a trovare un'altra persona che lo aiuti a rendere pensabile l'impensabile.

E questo è anche il lavoro che il terapeuta prova a fare su se stesso, diluendo le tossine della paura e del dolore, delle sofferenze durante il percorso di terapia personale, nelle équipes di intervizione e supervisione che permettono di ricavare un senso anche laddove si fatica a vederlo.

La narrazione, le narrazioni, possono risignificare quei processi di negazione e di rimozione che, in quanto meccanismi di difesa, agiscono sulla volontà di allontanare il pensiero del dolore e della sofferenza.

Riportare al centro le potenzialità della vita, anche laddove è difficile vederle, a partire dalla possibilità di ripristinare i legami sociali, quei legami che si interrompono bruscamente.

Il dolore provoca sofferenza, ma questa sofferenza può essere meno devastante se condivisa con altri esseri umani disponibili e capaci di accogliere; al posto della portata distruttiva, la condivisione sociale può restituire una valenza generativa al dolore e alla sofferenza. Le sofferenze, quindi, possono essere narrate e rinarrate e divenire un patrimonio condiviso di competenze e significati.

Il pensiero narrativo si traduce in un dialogo costante dall'interno all'esterno, un flusso capace di costruire una continuità fra dimensioni spazio-temporali altrimenti difficilmente conciliabili; è all'interno di questa continuità che passato, presente e futuro possono trovare un legame carico di significati. Recuperare l'esperienza come cura di sé significa raggiungere una nuova consapevolezza del presente, apprezzabile in maniera diversa e nuova grazie alla riscoperta di altre modalità interpretative che prima non si coglievano in maniera compiuta.

La cura di sé risiede nel volgere lo sguardo al passato non per superare i problemi, ma per compiere un viaggio in grado di restituire nuova luce al presente.

La relazione e l'incontro inducono a narrare. E ogni storia è frutto dell'intreccio con altre storie.

La narrazione è un atto mentale, emotivo e relazionale che permette la circolazione dell'empatia e l'accoglienza dell'altro nel dialogo che trasforma. Le storie aprono a nuove germinazioni. Anche quando non sembra siano in grado di aprire piste di riflessione nell'immediato, esse contengono dentro di sé un fulcro in grado di riattivare, anche in un tempo successivo, rianalisi e considerazioni profonde.

Il dolore è un compagno silenzioso che, a volte, attanaglia l'anima, e preclude la possibilità di rivelarsi agli altri, per il timore di soffrire ancora di più. Dar voce alla propria sofferenza rappresenta molto di più che un semplice racconto. La narrazione degli eventi e la rievocazione del percorso permettono di connettere ed integrare elementi che appartengono alle proprie esperienze, in una cornice di vita che assume gradualmente coerenza e significato.

Di fronte alla malattia e alla possibilità di morte, si sente il bisogno di narrare storie per dare un senso e significato a eventi imprevisti, emotivamente devastanti e non desiderati.

L'atto di narrare è un processo co-costruito e interattivo, risultato del dialogo tra le persone coinvolte; la condivisione con l'altro della propria esperienza diventa un momento importante perché contribuisce a esplorare il proprio punto di vista rispetto a sé e all'altro e al contempo di riceverne una validazione. Questo risulta essere importante perché oggi, parlare di sofferenza, malattia, dolore e morte, risulta ancora oggi.

Queste parole, immense nella portata, riempiono un vuoto che ancora troppo spesso si rinuncia a colmare e che si traduce in una solitudine angosciosa, una serie di non detti che diventano più pesanti di mille parole, una paura di affrontare il dialogo con qualcuno che non si riesce a consolare.

Il tutto, quindi, rischia di ridursi ad un assordante silenzio: un silenzio che si traduce in silenzio dell'anima che però deve essere vissuto ed attraversato per poter essere superato.

Il terapeuta non cura la persona ma la storia del suo paziente e, la possibilità di accedere al dolore di quella persona, di accedere ad un grado di intimità profonda con il dolore, permette di elaborarlo.

La sofferenza, il dolore e la morte ti mette di fronte all'inesorabile impotenza, imponendo una profonda riflessione. Spesso ci si chiede: Perché? Perché succede? E chi resta? Cosa resta?

Resta la capacità di soffrire. Perché la sofferenza non è il destino al quale si devono rassegnare tutti coloro che sopravvivono. In realtà, la possibilità di ricostruirsi deriva proprio dalla capacità di assorbire tutta la sofferenza, di forgiare l'anima, di dare valore al passato e di raccontare come si è stati in grado di attraversare il dolore, senza identificarsi con questo.

Comprendere l'assenza, accoglierla dentro di sé, consente di accettare il presente e di andare incontro al futuro, facendo, passo dopo passo, memoria del passato.

Ogni esperienza di separazione può aprire la strada ad una trasformazione, consapevoli di

celebrare una nuova presenza, che non sarà più fisica ma emotiva e psicologica.

È non lasciarsi vincere dalla paura, dalla tristezza e della malinconia. A renderla possibile è la capacità di aprire la propria anima, per accogliere tutte le sfumature di un'esistenza che, anche quando non riusciamo a coglierli, è piena di significati nascosti, di prospettive.

Ogni incontro, ogni altra vita che si intrecci alla nostra è il segno di un destino da costruire, con pazienza e speranza. A prescindere dalla morte che attende.

Il dolore va attraversato, il dolore va visto e sentito perché altrimenti ci si inganna e ci si illude che si è diventati forti ed incrollabili.

La verità è che spesso si cerca di scappare, di cancellare parti che raccontano il dolore poi, però, ci si ferma e si inizia a far parlare il proprio dolore. Domandarsi che cosa si stia provando, che cosa si stia sentendo, che tipo di sensazione possa suscitare per poi iniziare a dare una forma, un colore, una collocazione fisica al dolore rendendosi conto che tutto si trasforma e che permette di andare avanti.

Bibliografia

- Axia, V., Sponchiado, O., Tessaro, V., & Zonta, S. (2004). I vissuti del bambino, dell'adolescente e dei loro fratelli. In V. Axia (A c. Di), *Elementi di psico-oncologia pediatrica* (2^a ed., pagg. 173–191). Carocci Faber.
- Björk, M., Wiebe, T. & Hallström, I. (2005). Striving to survive: Families' lived experiences when a child is diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22(5), 265-275.
- Cannella, E., Margarito, A., Sebastianutto, M., & Vano, V. (2010). Oncologia pediatrica: Davide non è solo contro golia, programma "scienziati in azienda". Fondazione Istud. Retrieved from <https://docplayer.it/2020488-Oncologia-pediatrica-davide-non-e-solo-contro-golia-projectwork.html>
- Guarino A., (2006). *Psiconcologia dell'età evolutiva*. Erickson: Gardolo.
- Lee, M.-Y., Mu, P.-F., Tsay, S.-F., Chou, S.-S., Chen, Y.-C., & Wong, T.-T. (2012). Body image of children and adolescents with cancer: A metasynthesis on qualitative research findings. *Nursing & Health Sciences*, 14(3), 381–390.
- Patterson, J. M., Holm, K. E. & Gurney, J. G. (2004). The impact of childhood cancer on the family: A qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 390-407.
- Ripamonti, C. A. (2015). *Manuale di Psicologia della salute, prospettive cliniche, dinamiche e relazionali*. Bologna: Il mulino.
- Spinetta, J. J. & Deasy-Spinetta, P. (1981). *Living with childhood cancer*. Maryland Heights: Mosby.
- Wallace, M. L., Harcourt, D., Rumsey, N., & Foot, A. (2007). Managing appearance changes resulting from cancer treatment: Resilience in adolescent females. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1019–1027.
- Williamson, H., Harcourt, D., Halliwell, E., Frith, H., & Wallace, M. (2010). Adolescents' and Parents' Experiences of Managing the Psychosocial Impact of Appearance Change During Cancer Treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(3), 168–175.

Da me quanto dista la terra? Abitare l'incertezza.

Monica De Vizia ⁸

Sommario:

Questa tesi esplora il ruolo dell'incertezza in psicoterapia, utilizzando il mito di Sisifo di Albert Camus come metafora della condizione umana. Sisifo, condannato a spingere un masso eternamente, simboleggia la lotta contro l'assurdo e le incertezze della vita. La tesi analizza come l'incertezza, lungi dall'essere un ostacolo, possa fungere da catalizzatore per la crescita personale e il cambiamento. Attraverso una riflessione sulle esperienze di terapeuti e pazienti, si sottolinea l'importanza di accettare l'incertezza come parte integrante del processo terapeutico, promuovendo la resilienza e l'autosufficienza. La capacità di porre domande aperte in terapia diventa uno strumento cruciale per facilitare la scoperta interiore e l'esplorazione emotiva. Si discute anche l'impatto dell'incertezza sulla salute mentale, evidenziando come possa generare ansia, ma anche opportunità di connessione e introspezione. Infine, la tesi propone direzioni future per la pratica terapeutica, suggerendo la necessità di una formazione che valorizzi la tolleranza all'incertezza e la creatività nel trattamento.

Parole chiave:

Incertezza, psicoterapia, relazione terapeutica, opportunità, trasformazione, salute mentale.

Abstract:

This thesis explores the role of uncertainty in psychotherapy, using Albert Camus' myth of Sisyphus as a metaphor for the human condition. Sisyphus, condemned to push a boulder eternally, symbolizes the struggle against the absurd and the uncertainties of life. The thesis analyzes how uncertainty, far from being an obstacle, can serve as a catalyst for personal growth and change. Through a reflection on the experiences of therapists and patients, it emphasizes the importance of accepting uncertainty as an integral part of the therapeutic process, promoting resilience and self-sufficiency. The ability to ask open-ended questions in therapy becomes a crucial tool for facilitating inner discovery and emotional exploration. The impact of uncertainty on mental health is also discussed, highlighting how it can generate anxiety, but also opportunities for connection and introspection. Finally, the thesis proposes future directions for therapeutic practice, suggesting the need for training that values tolerance for uncertainty and creativity in treatment.

Keywords:

Uncertainty, Psychotherapy, Therapeutic relationship, Opportunity, Transformation, Mental health.

8 - Monica De Vizia, allieva II anno IDIPSI, deviziamonica@libero.it

Introduzione

Il mito di Sisifo, come descritto da Albert Camus, si erge come una potente allegoria della condizione umana, rappresentando la lotta incessante contro l'assurdità e l'incertezza della vita. Sisifo, re di Corinto, è condannato a spingere un masso enorme fino alla sommità di una montagna, solo per vederlo rotolare giù ogni volta che sta per raggiungere la cima. Questa pena eterna e senza speranza riflette una realtà che molti di noi affrontano quotidianamente: la frustrazione nel confronto con le sfide, le ansie e le incertezze. Camus ci invita a immaginare Sisifo felice, un'affermazione che ci spinge a riflettere sulla perseveranza e sulla ricerca di significato nonostante l'assurdo. Questa idea trova un parallelo significativo nel contesto della psicoterapia, dove terapeuta e paziente intraprendono un viaggio comune attraverso le varie complessità dell'esperienza umana. Entrambi affrontano le loro fragilità e incertezze, come Sisifo, tentando di superare blocchi emotivi e traumi che possono apparire insormontabili. In terapia, i pazienti si interrogano sul significato delle proprie esperienze, mentre il terapeuta naviga in un territorio altrettanto incerto, offrendo supporto e comprensione senza garanzie di successo. L'incertezza diventa quindi un compagno costante per entrambi; i pazienti devono riconoscere e affrontare le proprie emozioni, mentre i terapeuti devono esplorare dinamiche complesse, imparando a convivere con il fatto che non esistono risposte definitive. Accettare questa incertezza non è una resa, ma un modo per apprendere a navigare le sfide della vita. Come Sisifo è costretto ad accettare la sua condanna, i pazienti possono imparare a trovare forza e resilienza nell'affrontare le loro incertezze. La terapia si trasforma in uno spazio sicuro per esplorare e accettare la complessità della vita, celebrando il valore del processo in sé, piuttosto che correre frettolosamente verso una soluzione.

Definire l'indefinibile

Definizione di incertezza

“Mirco, posso farti una domanda? Che

significato ha per te l'incertezza in psicoterapia?” Mi risponde che si tratta di un elemento fondamentale. Questa affermazione risuona in me e mi porta a riflettere profondamente su cosa significhi veramente l'incertezza nel contesto terapeutico. È così che inizia a prendere forma la mia tesi. La parola “fondamentale” deriva dal latino ‘*fundamentalis*’, che si riferisce a ciò che sostiene e costituisce le basi di qualcosa. Questo concetto di fondamento diventa cruciale, perché ci invita a considerare l'incertezza non solo come un mero elemento di caos o di confusione, ma come una componente essenziale della crescita e della trasformazione. E allora mi sono chiesta come può l'incertezza essere fonte di perplessità e, al contempo, costituire le fondamenta? “L'incertezza è una condizione intrinseca all'esperienza umana, spesso ci troviamo di fronte a situazioni o domande a cui non abbiamo una risposta immediata. Tuttavia, questa incertezza non è mai totale o infinita, perché è guidata da una serie di interrogativi che, sebbene possano sembrare paralizzanti, diventano il motore della nostra curiosità e del nostro desiderio di sapere. Quando ci poniamo delle domande, mettiamo in moto un processo di esplorazione e scoperta. La ricerca di risposte ci permette di ridurre l'incertezza iniziale, ma il paradosso è che ogni risposta ottenuta tende a generare nuove domande. Questo ciclo di domande e risposte crea un dinamismo, ogni volta che risolviamo un dubbio apriamo la porta a nuove incertezze. In questo senso, l'incertezza non è un ostacolo, ma una forma di stimolo intellettuale e personale. Ci spinge ad approfondire, a esplorare e a confrontarci con il mondo che ci circonda. La nostra crescita e il nostro apprendimento sono alimentati proprio dalla continua danza tra risposte e nuove incertezze. L'incertezza è una condizione umana universale, che attraversa le nostre vite come un filo conduttore ma, non è perenne. Si presenta piuttosto come un mosaico di piccole incertezze momentanee, che emergono e svaniscono con il passare del tempo. Quando ci troviamo di fronte

a una situazione ambigua o a una decisione difficile, le domande che sorgono in noi non sono altro che opportunità per esplorare le nostre emozioni, i nostri valori e le nostre aspirazioni. In questa ottica, l'incertezza diventa un campo fertile per la crescita personale. La nostra mente, spinta dalla necessità di chiarire il quadro, inizia a scavare più a fondo, a interrogarsi e a mettere in discussione le convinzioni consolidate. Questo processo di introspezione può risultare scomodo, ma è proprio in queste fasi di vulnerabilità che possiamo scoprire nuovi orizzonti e possibilità. In un certo senso, l'incertezza è ciclica: ogni volta che raggiungiamo una maggiore comprensione, ci troviamo di fronte ad altre domande e a nuovi dilemmi. Questo non deve essere visto come un segno di fallimento o di incapacità, bensì come un invito a rimanere aperti alle nuove esperienze e ai cambiamenti inevitabili della vita. Siamo programmati per cercare la certezza e la stabilità, ma è fondamentale riconoscere il valore delle incertezze. La capacità di navigare tra le incertezze momentanee con una mente aperta ci prepara ad affrontare le sfide future con maggiore sicurezza e determinazione.

L'incertezza nel terapeuta e nel paziente

L'incertezza è una costante nel campo della psicoterapia. I terapeuti si confrontano quotidianamente con situazioni uniche, ognuna delle quali presenta sfide e complessità specifiche. Questa incertezza può derivare da vari fattori: la varietà dei sintomi, le storie personali dei pazienti, le differenze culturali e socioeconomiche, e persino l'evoluzione della società in cui viviamo. Ogni paziente porta con sé un bagaglio di esperienze, emozioni e traumi che il terapeuta deve saper decifrare e comprendere, il che può generare angoscia e dubbi rispetto alla propria capacità di fornire aiuto. Nel contesto psicoterapeutico, l'incertezza gioca un ruolo fondamentale nel processo di cambiamento. Le sedute di terapia spesso si concentrano sull'esplorazione delle paure e delle preoccupazioni legate all'incertezza.

I terapeuti aiutano i loro pazienti a tollerare l'incertezza, a comprendere che è una parte inevitabile della vita, e a sviluppare strategie di coping più efficaci. Inoltre, il terapeuta stesso deve confrontarsi con l'incertezza, poiché ogni interazione con il paziente porta con sé risultati imprevedibili. Non esiste una formula universale per affrontare la complessità dei pazienti, e questa variabilità richiede una certa dose di umiltà e apertura da parte del terapeuta. Riconoscere l'incertezza come un elemento fondamentale significa, quindi, abbracciare l'idea che, anche nella confusione, possono nascere nuove comprensioni, connessioni significative ma anche nuove prospettive e opportunità. La figura dello psicoterapeuta è spesso romantizzata come quella di un professionista solido, in grado di guidare i pazienti attraverso le complessità della mente umana. Tuttavia, i terapeuti sono esseri umani, soggetti a vulnerabilità e incertezze che possono influenzare le loro abilità e la loro stessa pratica clinica. La vulnerabilità del terapeuta è un tema spesso trascurato, eppure è fondamentale per comprendere la dinamica terapeutica e l'efficacia del trattamento. Inoltre, la vulnerabilità del terapeuta può manifestarsi attraverso meccanismi di difesa come la proiezione, dove le ansie e le insicurezze personali vengono trasferite sui pazienti. Un terapeuta che si sente insicuro rispetto alle proprie competenze potrebbe interpretare le difficoltà del paziente in modo distorto, anziché mantenerne una visione empatica e obiettiva. La mia riflessione continua: come possiamo, sia come terapeuti che come pazienti, imparare a navigare in questo spazio di incertezza per trasformarlo in una risorsa preziosa? Nel libro "Idee Perfette" di Luigi Cecchin, l'autore affronta in modo originale e stimolante il concetto di perfezione e le sue implicazioni nella vita di ciascuno di noi. Cecchin si concentra sull'idea che la ricerca della perfezione spesso porta all'ansia, alla frustrazione e all'insoddisfazione. Questo è particolarmente rilevante in terapia, dove i pazienti possono arrivare con aspettative

irrealistiche riguardo alla propria guarigione o al loro benessere. L'incertezza in psicoterapia può manifestarsi in vari modi: il paziente può sentirsi smarrito rispetto ai propri obiettivi, temere di non essere compreso dal terapeuta, o sentirsi insoddisfatto con il progresso ottenuto. Il libro di Cecchin suggerisce come le 'idee perfette' alimentino il bisogno di avere tutto sotto controllo e di evitare l'incertezza. Cecchin invita a riflettere su come la ricerca di idee perfette possa limitare la nostra capacità di vivere in modo autentico. In psicoterapia, questo si traduce nell'invito ad accettare le imperfezioni e le ambiguità della vita. Accettare l'incertezza significa accettare che la vita è complessa e che il cambiamento può essere un processo non lineare, ma fatto di alti e bassi. Inoltre, il terapeuta stesso deve affrontare la propria incertezza. La sua capacità di rimanere presente nella relazione terapeutica, riconoscendo la propria vulnerabilità, contribuisce a creare uno spazio sicuro dove il paziente può esplorare le proprie paure e ansie. Questo approccio relazionale non solo facilita l'accettazione dell'incertezza, ma promuove anche un'accettazione più profonda di sé da parte del paziente. Nella pratica clinica, il terapeuta si trova frequentemente di fronte a situazioni in cui le risposte non sono chiare e le strade da intraprendere possono essere molteplici. Questo scenario incerto può generare ansia, sia per il professionista sia per il paziente, ma può anche rivelarsi un catalizzatore prezioso per l'apprendimento e la scoperta. Ogni paziente porta in terapia la propria storia unica, composta da esperienze, convinzioni e emozioni particolari. Pertanto, la psicoterapia non può seguire un copione predefinito, ma richiede al terapeuta di adottare un approccio flessibile e dinamico. Questa flessibilità implica una disponibilità a esplorare territori sconosciuti, accompagnando il paziente in un processo di scoperta che trascende le semplici tecniche terapeutiche. È proprio nella dimensione dell'incertezza che si consolida la relazione terapeutica, poiché il terapeuta dimostra apertura, curiosità e disponibilità a

condividere il viaggio con il paziente. Accettare l'incertezza implica anche un riconoscimento della complessità della condizione umana. Non esistono risposte definitive o soluzioni universali, e il terapeuta deve essere consapevole del fatto che ogni sessione può rivelare nuove sfide e nuove domande. Questo richiede una tolleranza all'ambiguità che non è solo necessaria, ma può anche essere fonte di creatività. L'incertezza alimenta il pensiero critico e stimola il terapeuta a riflettere su come e perché utilizza determinati approcci, spingendolo a cercare nuove modalità di intervento. In questo contesto, il terapeuta deve prestare attenzione ai vari stili comunicativi e alle risposte emotive che possono emergere durante la seduta. Ogni paziente ha modalità differenti di esprimere il proprio dolore, la propria vulnerabilità e le proprie speranze. Stare nell'incertezza permette al terapeuta di adattare il proprio stile di ascolto e intervento in maniera sensibile e autentica, arricchendo la relazione terapeutica e favorendo una maggiore empatia. L'assenza di certezze definite contribuisce a trasformare la terapia in un viaggio condiviso, un processo in divenire.

L'impatto che ha stare nell'incertezza per la salute mentale

L'incertezza in ambito psicologico e psicoterapeutico rappresenta un concetto complesso e multidimensionale che influisce profondamente sul benessere e sul comportamento delle persone. In generale, l'incertezza si riferisce alla mancanza di chiarezza o di certezza riguardo a un evento, una situazione o un esito futuro. Questo può manifestarsi in vari aspetti della vita quotidiana, dalle scelte personali alle relazioni interpersonali, fino ai progetti professionali. In psicologia, l'incertezza spesso suscita ansia e disagio. Quando gli individui si trovano di fronte a situazioni in cui non possono prevedere il futuro o controllare il risultato delle loro azioni, possono provare una sensazione di vulnerabilità. Questo stato di incertezza può aumentare l'attivazione

fisiologica, attivando meccanismi di difesa e di stress, portando a risposte comportamentali come l'evitamento o l'iperattività. È interessante notare che non tutte le persone reagiscono all'incertezza nello stesso modo: alcune possono sentirsi motivate a cercare soluzioni e a sperimentare nuove opportunità, mentre altre possono sentirsi sopraffatte. Pur con i vantaggi, "abitare l'incertezza" presenta anche delle sfide e non tutti possono sentirsi equipaggiati per affrontare situazioni incerte. Inoltre, in alcune culture o contesti sociali, l'accento sulla ricerca della stabilità e della certezza può rendere difficile l'accettazione dell'incertezza come parte integrante della vita. L'incertezza può generare ansia e stress. Quando le persone si trovano di fronte a situazioni sconosciute o imprevedibili, possono sentirsi sopraffatte dalle emozioni. Questo è particolarmente evidente in condizioni come il disturbo d'ansia generalizzato, dove la preoccupazione per il futuro diventa costante. La paura di essere rifiutati o di sperimentare conflitti può portare a un evitamento delle relazioni o a comportamenti ambivalenti. Quando ci si trova di fronte a scelte importanti, l'incertezza può paralizzare. Questo può portare a rimuginare sulle opzioni, impedendo di prendere decisioni e causando un senso di impotenza. L'incertezza è una condizione intrinsecamente umana, e quando si tratta di contesti clinici, essa può assumere forme particolarmente acute, generando stati emotivi complessi sia nei pazienti che nei terapeuti. Analizzando questo fenomeno, è possibile comprendere come l'incertezza influenzi non solo il benessere psicologico dei soggetti coinvolti, ma anche l'efficacia delle interazioni terapeutiche. In primo luogo, per i pazienti, l'incertezza è spesso legata alla loro salute. Ricevere una diagnosi vaga, affrontare sintomi non ben definiti o trovarsi di fronte a un trattamento il cui esito è incerto può creare un profondo senso di ansia. Questa preoccupazione costante può manifestarsi in modi diversi, come difficoltà nel sonno, irritabilità o addirittura disagio fisico. È facile comprendere

come la mancanza di certezze possa alimentare sentimenti di insicurezza: i pazienti possono iniziare a mettere in discussione non solo le proprie capacità di affrontare il processo di cambiamento, ma anche la propria identità e il proprio futuro. Parallelamente, i terapeuti non sono immuni all'impatto dell'incertezza. Essi si trovano ad affrontare situazioni in cui le risposte non sono sempre chiare e i percorsi terapeutici possono non seguire un copione prestabilito. Questa ambiguità può generare stati emotivi come la frustrazione, la paura di non essere all'altezza del compito e la preoccupazione di non fornire il supporto necessario ai propri pazienti. La consapevolezza che il benessere di un altro dipende, in parte, dalle proprie competenze e decisioni può pesare notevolmente su un terapeuta. Inoltre, l'incertezza si presenta spesso come una sorta di "muro invisibile" nel rapporto terapeutico. I pazienti, percependo l'ansia o l'insicurezza del terapeuta, possono ulteriormente intensificare le proprie paure. D'altra parte, un terapeuta che mostra un certo grado di vulnerabilità di fronte all'incertezza può facilitare un'atmosfera di autenticità, incoraggiando i pazienti a esprimere le proprie emozioni in modo più aperto. Il concetto di "schizofrenia" proposto da Heinz von Foerster è un interessante punto di vista che invita a riflettere sul modo in cui gestiamo le informazioni e le relazioni sociali. Non si tratta, infatti, di una diagnosi clinica nel senso tradizionale del termine, ma piuttosto di una metafora che descrive una condizione di disconnessione e confusione che può derivare dall'eccesso di informazioni e dall'incertezza nella comunicazione. In un mondo caratterizzato dall'accelerazione dei flussi informativi e dalla complessità delle interazioni sociali, ci troviamo spesso a fronteggiare situazioni in cui le informazioni che riceviamo sono ambigue o contraddittorie. Questa condizione genera difficoltà nella presa di decisione e consente di vedere il mondo attraverso molteplici lenti, ognuna con la sua prospettiva e interpretazione. La "schizofrenia" di cui parla von Foerster

diventa quindi un fenomeno comunicativo: una frattura tra ciò che percepiamo e ciò che comprendiamo. La nostra incapacità di integrare le informazioni in modo coerente può portare a un disorientamento simile a quello di una persona affetta da un disturbo mentale, sebbene l'analisi di von Foerster si concentri sulla dimensione sociale e interattiva piuttosto che sull'individuo in isolamento. La metafora della schizofrenia comunicativa sottolinea soprattutto la fragilità del nostro processo decisionale e la difficoltà di costruire un significato condiviso. Quando siamo esposti a troppi gradi di incertezza, le nostre capacità di comprensione e ascolto possono essere compromesse. Ciò può portare a incomprensioni che non riguardano solo le parole, ma anche i sentimenti e le intenzioni, rendendo le interazioni umane meno efficaci e più conflittuali. Pertanto, l'approccio di von Foerster suggerisce che una maggiore chiarezza e semplicità nella comunicazione possano fungere da antidoto a questa forma di disconnessione.

Navigare l'incertezza

L'incertezza rappresenta un aspetto centrale e multifacetico nel contesto della psicoterapia, dove si staglia come una sfida ma anche come una preziosa opportunità di crescita personale. Affrontare l'incertezza non equivale a cedere al caos, al contrario, implica l'abbraccio dell'imperfezione e l'apertura a cambiamenti autentici. Questo scenario trasforma la psicoterapia in un vero e proprio viaggio, in cui l'incertezza non è solo tollerata ma riconosciuta come una componente essenziale del processo di sviluppo individuale. Antifragile è un concetto sviluppato da Nassim Nicholas Taleb nel suo libro "Antifragile: Things That Gain from Disorder", pubblicato nel 2012. L'idea di antifragilità si riferisce a sistemi, organismi o entità che non solo sopportano l'incertezza e il caos, ma ne traggono vantaggio e si rafforzano grazie ad essi. Questo è in contrasto con il fragile, che è un sistema che si rompe sotto stress, e il robusto, che resiste ma non cresce in presenza di

turbolenza. Taleb ci invita a ripensare il nostro approccio all'incertezza, ad esempio, comportandoci in modo tale da trarre vantaggio dalla pratica di utilizzare domande nel dialogo terapeutico, piuttosto che affermazioni, non solo dimostra una forma di ascolto attivo, ma diventa anche un potente strumento per creare un clima di fiducia e apertura. Quando il terapeuta si avvicina al paziente con domande, invita quest'ultimo a prendere parte attivamente alla propria narrazione e alla costruzione del significato della sua esperienza. Questo metodo non solo consente al paziente di esplorare profondamente i propri pensieri e sentimenti, ma promuove anche una maggiore autoconsapevolezza attraverso l'esplorazione nell'incertezza. Le domande aperte, in particolare, incoraggiano il paziente a riflettere e a esprimere emozioni che potrebbero rimanere inesplorate se il terapeuta si limitasse a fornire affermazioni o interpretazioni. In questo contesto, l'incertezza non viene vista come un ostacolo, ma come uno spazio fertile in cui possono emergere nuove intuizioni. Questo approccio aiuta a normalizzare la complessità dell'esperienza umana, riconoscendo che spesso non ci sono risposte definitive o soluzioni semplici. Inoltre, grazie a questo scambio dialogico, il terapeuta può meglio comprendere il mondo soggettivo del paziente, quali sono le sue preoccupazioni e desideri più profondi, promuovendo così un intervento terapeutico più personalizzato e mirato. Allo stesso modo, il paziente trova un feedback attivo sulla propria narrazione, il che può portare a una maggiore chiarificazione dei propri obiettivi e delle sue esperienze. Durante i colloqui terapeutici, è fondamentale evitare di intervenire immediatamente con affermazioni o giudizi, poiché questo potrebbe interrompere il flusso narrativo del paziente. In questo contesto, l'utilizzo delle domande diventa uno strumento prezioso: piuttosto che dare restituzioni, che rischiano di saturare la narrazione e di proiettare le nostre interpretazioni su di loro, le domande favoriscono l'esplorazione e la riflessione.

Quando il terapeuta si concentra sull'arte di porre domande, crea uno spazio sicuro in cui il paziente può sentirsi libero di esprimere le proprie emozioni e pensieri senza giudizio. Le domande, quindi, consentono di mantenere viva l'incertezza e di non forzare il paziente a trovare risposte immediate. In questo modo, si evita il rischio di "appiccicare" al paziente una narrazione che proviene dall'interpretazione del terapeuta, permettendo invece alla persona di arricchire la propria storia. Quindi il valore della domanda in psicoterapia risiede nella sua capacità di esplorare l'incertezza attraverso spazi di riflessione e stimoli che spingono il paziente a esplorare più a fondo le proprie esperienze e emozioni. Si tratta di un approccio che promuove la curiosità e l'auto-scoperta, elementi essenziali per un lavoro terapeutico profondo. Pertanto, mantenere l'incertezza e utilizzare domande mirate consente al terapeuta di essere un facilitatore del cambiamento, piuttosto che un impostore di risposte. L'apertura all'incertezza attraverso domande consente ai pazienti di confrontarsi con parti di sé che potrebbero risultare dolorose o confuse. Infine, il valore della domanda come strumento di apertura all'incertezza si riflette anche nell'arte della narrazione terapeutica stessa. La narrazione non è mai un processo lineare ma, è intrinsecamente complicata e ricca di sfumature. Quando le domande vengono usate in modo sapiente, possono dare vita a nuove trame e connessioni, aiutando il paziente a vedere la propria vita da prospettive diverse. Questo tipo di narrazione non saturata permette di esplorare le complessità dell'esperienza umana, promuovendo così una maggiore comprensione di sé e una spinta verso la crescita personale. Un altro elemento significativo da considerare è l'impatto dell'incertezza sulle relazioni interpersonali, soprattutto quando il lavoro terapeutico coinvolge famiglie o coppie. In tali contesti, l'incertezza può generare conflitti e incomprensioni, poiché ogni membro del sistema porta le proprie esperienze e percezioni. I terapeuti, quindi, devono

possedere la capacità di navigare attraverso questa incertezza, facilitando la comunicazione e incoraggiando la comprensione reciproca. In questo modo, l'incertezza diventa una risorsa potenzialmente trasformativa, promuovendo l'ascolto attivo e la negoziazione tra i partecipanti, e dando origine a relazioni ristrutturata e più sane. Inoltre, in un contesto sistemico dove ogni elemento è connesso all'altro, l'incertezza può rivelarsi incredibilmente fertile. Essa stimola i membri del sistema a esplorare nuove possibilità e a mettere in discussione norme e ruoli precedentemente accettati. Questo approccio genera un'apertura verso soluzioni non convenzionali che, in ultima analisi, favoriscono un processo creativo e trasformativo. In terapia, le persone possono sviluppare la competenza di tollerare l'incertezza, considerando questa condizione non come un nemico da sconfiggere, ma come un elemento della loro realtà da comprendere e integrare. Il lavoro sistemico offre gli strumenti per sviluppare una visione più fluida e dinamica delle complessità, promuovendo una maggiore consapevolezza e autonomia. Spesso ci troviamo di fronte a dilemmi etici e morali che possono apparire come una contrapposizione tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Tuttavia, l'incertezza può anche essere vista come una forma di libertà, una possibilità di espandere la nostra comprensione e abbracciare una realtà complessa e sfumata. In primo luogo, l'incertezza invita alla riflessione critica. Quando ci confrontiamo con situazioni ambigue, siamo costretti a esaminare le nostre convinzioni e a mettere in discussione le norme sociali. Questo processo può liberare la mente da dogmatismi e stereotipi, consentendoci di considerare prospettive diverse e alternative. Di conseguenza, l'incertezza ci spinge a sviluppare una sorta di apertura mentale, fondamentale in un mondo in continua evoluzione. In secondo luogo, l'incertezza mette in discussione la rigidità delle categorie di giusto e sbagliato. La moralità, spesso percepita come un sistema binario, è in realtà influenzata da contesti culturali, sociali ed

economici. Ciò che potrebbe essere considerato giusto in una certa situazione potrebbe non esserlo in un'altra. L'incertezza permette quindi di navigare in queste sfide morali senza cadere nel giudizio affrettato. È qui che l'incertezza diventa un catalizzatore di libertà, poiché ci invita a esplorare le sfumature della condizione umana e a considerare le conseguenze delle nostre scelte. Essa ci invita a riflettere, a esplorare le sfumature delle nostre scelte e a costruire un'etica più flessibile e inclusiva. In un mondo in cui il giusto e lo sbagliato si presentano come forme nette e definite, l'incertezza ci offre il potere di navigare queste acque torbide con creatività, responsabilità e un rinnovato spirito di avventura. Impariamo a fidarci di noi stessi e della nostra capacità di adattarci ai cambiamenti, scoprendo che la stabilità è spesso una costruzione illusoria. La capacità negativa, un concetto coniato dal poeta inglese John Keats, si riferisce alla capacità di tollerare l'incertezza e il dubbio, e di rimanere in uno stato di enigmatica ambiguità senza cercare necessariamente rassicurazioni o risposte definitive. In un contesto psicologico, la capacità negativa implica una forma di maturità emotiva. Le persone che possiedono questa qualità sono in grado di affrontare situazioni incerte senza sentirsi sopraffatte. Invece di cercare di eliminare l'incertezza, queste persone sono disposte a restare in uno stato di "non sapere", esplorando diversi punti di vista e accettando che certe domande possano rimanere senza risposta. Questa attitudine può portare a una maggiore creatività e innovazione, poiché la pressione di trovare soluzioni immediate viene sostituita dall'esplorazione di possibilità multiple. In effetti, può capitare di sentirsi "lontani" dalla Terra anche quando ci troviamo fisicamente presenti in un luogo. Questa sensazione di distanza emotiva può sorgere a causa di ansie, paure o esperienze di vita che ci fanno percepire una disconnessione con l'ambiente circostante. La condizione di abitare l'incertezza ci invita a riflettere su queste emozioni, stimolandoci a ricostruire una

connessione autentica con ciò che ci circonda. In questo senso, la distanza dalla Terra si configura come una metafora della nostra incessante ricerca di connessione e significato in un mondo che spesso appare instabile. Abitare l'incertezza non implica rassegnazione, ma piuttosto un invito ad accogliere l'ignoto come parte fondamentale della nostra esistenza. Ogni incontro che viviamo, sia esso casuale o programmato, racchiude la potenzialità di offrirci nuove prospettive, esperienze e modi di pensare che, altrimenti, ci sarebbero sfuggiti. Questi scambi, infatti, non solo arricchiscono il nostro patrimonio culturale, ma ci forniscono anche l'opportunità di riflettere sulla nostra identità e sulle convinzioni che ci guidano. In questo modo, l'esplorazione dell'incertezza si trasforma in un terreno fertile per la nostra crescita personale e professionale. Qui, abbiamo l'opportunità di affinare le nostre capacità di comprensione e conoscenza dell'Altro, scoprendo così il valore delle diversità umane che, in ultima analisi, ci permette di arricchire la nostra vita e le nostre relazioni. L'approccio di Von Foerster e dei sistemi che osservano è un'importante cornice teorica per comprendere come l'incertezza si manifesta in contesti complessi, come la psicoterapia. La sua teoria della osservazione pone enfasi sul fatto che il processo di osservazione non è mai neutro o obiettivo; piuttosto, è influenzato dalla percezione, dall'esperienza e dai pregiudizi dell'osservatore. Questo ha ripercussioni significative nel campo della psicoterapia, poiché terapeuta e paziente interagiscono in un contesto in cui entrambe le parti portano le proprie narrazioni e significati. In un sistema osservante, l'incertezza emerge inevitabilmente. Gli esseri umani non sono perfetti e le loro intuizioni, emozioni e comprensioni possono variare enormemente. Ciò implica che non vi sia mai una "verità" unica o definitiva rispetto a un problema presentato in terapia. Ogni sessione di terapia è, quindi, un atto di co-costruzione di significato, dove entrambi gli attori (terapeuta e paziente)

interpretano e reinterpretano le esperienze e le emozioni in un dialogo che è intrinsecamente incerto. Il terapeuta può trovarsi di fronte a una serie di risposte emotive e comportamenti del paziente che non sempre seguono un copione prevedibile. Questo è dove l'incertezza diventa una realtà quotidiana: la lettura di un comportamento non è mai assoluta, ma influenzata dalla storia del paziente, dalle sue emozioni attuali e, non meno importante, dall'interpretazione che il terapeuta fornisce nel contesto della loro relazione. In questo modo, si stabilisce un circolo virtuoso o vizioso: le reazioni del paziente alimentano le risposte del terapeuta, creando un sistema complesso di feedback. Un altro punto cruciale riguarda l'idea che le terapie non sono semplicemente processi meccanici, ma sono caratterizzati da una variabile di soggettività. Ogni intervento terapeutico porta con sé un certo grado di rischio di fraintendimento e di errore.

Proposte per direzioni future

L'incertezza è un elemento intrinseco della nostra esistenza, in particolare in un contesto di cambiamento continuo come quello della medicina moderna, dove nuove scoperte scientifiche, variabili approcci terapeutici e l'unicità di ogni paziente creano un panorama complesso e dinamico. In primo luogo, le scoperte scientifiche sono in costante evoluzione. Mentre nel passato la medicina si basava su conoscenze relativamente stabili, oggi siamo testimoni di un progresso vertiginoso. Novità come la terapia genica, l'immunoterapia e le tecnologie di editing genetico ci pongono di fronte a porte di opportunità, ma anche a dilemmi etici e pratici. Ogni nuova scoperta porta con sé una serie di domande e incognite: quali saranno i reali effetti a lungo termine di un nuovo trattamento? Qual è il confine fra innovazione e sicurezza? La ricerca di risposte si scontra spesso con l'imprevisto, e la gestione di questa incertezza diventa parte integrante del lavoro clinico. In secondo luogo, la varietà di approcci terapeutici riflette

l'evoluzione della medicina verso una maggiore personalizzazione. L'emergere di trattamenti diversificati per patologie simili pone sfide uniche: come scegliere il percorso terapeutico più adeguato in un contesto di opzioni multiple? I protocolli terapeutici non possono più essere "tagliati e incollati", ma richiedono un attento approfondimento delle specifiche caratteristiche cliniche di ciascun paziente. Questo porta a una nuova dimensione di incertezza, in cui psicoterapeuti e pazienti devono collaborare per esplorare le migliori strategie. In questo scenario, il dialogo e la comunicazione diventano fondamentali per affrontare le preoccupazioni e le aspettative che ogni paziente porta con sé. Considerando l'unicità di ogni paziente, è evidente come l'approccio "one size fits all" sia ormai superato. Ogni individuo porta con sé un insieme unico di esperienze, genetica e contesto sociale che influenzano la risposta alle terapie. Il professionista della salute mentale, quindi, deve sviluppare una tolleranza all'incertezza, che implica la capacità di navigare in acque sconosciute, senza avere risposte chiare o definiti percorsi da seguire. Stare nell'incertezza crea uno spazio di rispetto e ascolto autentico, dove il paziente può sentirsi visto e compreso, senza il timore di giudizi o aspettative definite. I programmi di formazione potrebbero integrare pratiche di mindfulness e tecniche di regolazione emotiva, aiutando i futuri terapeuti a rimanere centrati e presenti anche in contesti di ambiguità. Inoltre, la supervisione clinica potrebbe rappresentare un'altra direzione di crescita. La supervisione non solo supporta il professionista, ma favorisce anche una cultura di apprendimento continuo e fatta di esperienze condivise. Sempre per quanto riguarda le future direzioni di ricerca, ci sarebbe molto da guadagnare dall'esplorazione delle implicazioni psicologiche del "stare nell'incertezza". Studi longitudinali potrebbero investigare come la capacità di tollerare l'incertezza influisca non solo sul benessere del terapeuta, ma anche sull'efficacia del trattamento e sui risultati a lungo termine per i pazienti. Inoltre,

la ricerca potrebbe concentrarsi sulla relazione tra stili di attaccamento, tolleranza all'incertezza e le risposte alla psicoterapia, fornendo così informazioni preziose che potrebbero guidare le pratiche cliniche.

Conclusioni

In un contesto terapeutico, l'incertezza può manifestarsi in molte forme, nei sentimenti del paziente riguardo ai propri sentimenti, nel percorso terapeutico stesso e nelle dinamiche relazionali tra terapeuta e paziente. Quando parliamo di "abitare" l'incertezza, ci riferiamo a un atteggiamento di apertura e accettazione, piuttosto che a una ricerca di risposte immediate o di certezze. Da un lato, il terapeuta può trovarsi di fronte a domande che non hanno risposte definitive: quali siano le migliori strategie di intervento, quali i passi successivi nel percorso del paziente, oppure come interpretare certe emozioni o comportamenti. Dall'altro lato, il paziente può sentirsi confuso, ansioso o paralizzato di fronte a decisioni esistenziali, relazionali o emotive. Abitare l'incertezza implica una consapevolezza di questo stato di "non sapere", un desiderio di esplorare e dare spazio ai sentimenti e ai pensieri senza forzare la ricerca di risposte conclusive. Questa dinamica può aiutare a promuovere una maggiore connessione tra terapeuta e paziente, creando un ambiente

in cui entrambi si sentono liberi di esplorare la propria vulnerabilità. Frequentemente, affrontare le ambiguità e le sfide che emergono in terapia può portare a una maggiore consapevolezza di sé, all'acquisizione di nuove prospettive e a una capacità di tollerare l'ambivalenza. In definitiva, l'incertezza può diventare un terreno fertile per l'introspezione e il cambiamento, piuttosto che un ostacolo da evitare. Saper convivere con questa incertezza, attraverso il dialogo e l'esplorazione, può rivelarsi fondamentale tanto nel percorso terapeutico quanto nella vita quotidiana. Da un lato, l'incertezza è fonte di ansia e può rappresentare una minaccia per il nostro bisogno innato di controllo e stabilità. In terapia, i pazienti possono trovarsi di fronte a domande difficili, a situazioni incerte o a emozioni inesplorate che generano confusione e disagio. Questa dimensione dell'incertezza può far emergere resistenza e paura, rendendo il percorso terapeutico più impegnativo. I pazienti possono trovarsi a dover affrontare situazioni in cui le loro aspettative sul cambiamento, sulle dinamiche familiari o sulle relazioni sono messe in discussione. I terapeuti sistemici, consapevoli di questo, cercano di creare un ambiente sicuro in cui i pazienti possano esprimere le loro paure e le loro incertezze, senza giudizio. To be continued....

Bibliografia

- Candiani, C. L. (2018). *Il Silenzio è cosa viva, L'arte della meditazione*, Torino, Casa Editrice Einaudi
- Cecchin, A. Apolloni, T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*, Milano, Franco Angeli
- Hillman, J., Ventura, M. (2022). *Cent'anni di psicoanalisi, e il mondo va sempre peggio*, Milano, Mondadori
- Taleb, N. N. (2023). *Il cigno nero. Come l'improbabile governa la nostra vita*, Milano, Il Saggiatore
- Taleb, N. N. (2024). *Antifragile. Prosperare nel disordine*, Milano, Il Saggiatore
- Von Foester, H. (1987). *Sistemi che osservano*, Roma, Astrolabio
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*, Roma, Astrolabio



Il viaggio dell'Eroe: il mio percorso terapeuta

Lucrezia Angioni⁹

Sommario:

L'autrice esplora il proprio percorso formativo come terapeuta attraverso la lente del "Viaggio dell'Eroe" di Joseph Campbell. Utilizzando una narrazione personale e integrando riferimenti teorici, l'articolo descrive le fasi principali dell'evoluzione professionale e umana della terapeuta. Il racconto si snoda attraverso il richiamo all'avventura, le prove e le sfide affrontate nella formazione, l'incontro con guide e maestri, fino alla scoperta dell'autenticità nel ruolo terapeutico e l'integrazione delle esperienze apprese. L'articolo offre una riflessione sul valore trasformativo della relazione terapeutica e sulla crescita personale che accompagna questo viaggio.

Parole chiave:

Viaggio dell'Eroe, formazione terapeutica, crescita personale, relazione terapeutica, esperienza clinica, trasformazione interiore.

Abstract:

The author explores her training path as a therapist through the lens of Joseph Campbell's "Hero's Journey." Using a personal narrative intertwined with theoretical references, the article outlines the main stages of the professional and human evolution of the therapist. The story unfolds through the call to adventure, the trials and challenges faced during training, the encounter with mentors and guides, the discovery of authenticity in the therapeutic role, and the integration of the acquired experiences. This article reflects on the transformative value of the therapeutic relationship and the personal growth that accompanies this journey.

Keywords:

Hero's Journey, therapeutic training, personal growth, therapeutic relationship, clinical experience, inner transformation.

9 - Lucrezia Angioni, allieva III anno IDIPSI, lucrezia.angioni92@gmail.com

Introduzione

«Non saremo solo dei personaggi nelle nostre storie. Né cattivi, né vittime... Neppure eroi. Saremo gli autori delle nostre vite. Noi scriviamo i coraggiosi finali delle nostre vite.» (Brown, 2015)

Questa riflessione di Brené Brown ci invita a considerare la nostra esistenza come una storia di cui siamo autori attivi, piuttosto che semplici attori di un copione imposto. Nel mio percorso di formazione come terapeuta, ho riconosciuto quanto questa prospettiva risuoni con il paradigma del *viaggio dell'eroe*: non solo uno schema narrativo, ma un'autentica avventura interiore. Come l'eroe che lascia il mondo ordinario per affrontare sfide e trasformazioni, anche il terapeuta si trova a compiere scelte cruciali, a confrontarsi con momenti di crisi e a ridefinire la propria identità professionale e personale. Ogni incontro, ogni paziente e ogni esperienza rappresentano tappe di crescita, forgiando non solo le competenze terapeutiche ma anche il mio vero sé. Proprio come l'eroe che ritorna con una nuova saggezza, il terapeuta integra nel proprio cammino una consapevolezza più profonda, frutto delle difficoltà superate e delle rivelazioni interiori. È un percorso di trasformazione continua, in cui la professione e la vita personale si intrecciano, arricchendosi a vicenda.

In questa visione, la dimensione personale diviene parte essenziale del lavoro terapeutico: l'essere terapeuta non si limita all'acquisizione di tecniche, ma implica una reale esplorazione delle proprie risorse e vulnerabilità. Ogni passo, ogni sfida, diventa un invito a "guardare dentro" e a creare uno spazio autentico in cui prendersi cura dell'altro e, al contempo, di sé stessi.

Il richiamo all'avventura: la scelta di diventare terapeuta

Il concetto di "Viaggio dell'Eroe" è stato reso celebre dall'antropologo e studioso di mitologia Joseph Campbell nel suo libro *L'eroe dai mille volti* (2016). Campbell ha identificato un modello narrativo universale che attraversa culture e

tempi diversi, caratterizzato da una sequenza ricorrente di tappe che un individuo affronta lungo un percorso di trasformazione. Questo archetipo, noto anche come "mono-mito", descrive la storia di un eroe che, lasciato il mondo ordinario, intraprende un'avventura in territori sconosciuti, affronta sfide, ottiene nuove conoscenze e infine ritorna al punto di partenza, ma trasformato. Le tappe principali comprendono il richiamo all'avventura (quando l'eroe avverte l'esigenza di cambiare e può inizialmente temere l'ignoto), l'incontro con una guida che lo aiuta a prepararsi alle future prove, il superamento della prima soglia che lo introduce nel "mondo straordinario" e una serie di difficoltà crescenti culminanti in un momento cruciale, il calvario o prova centrale, una sorta di "morte simbolica" che precede la rinascita. Infine, l'eroe si reintegra nel mondo ordinario con una nuova visione di sé, portando con sé un dono o una saggezza da condividere. A livello psicologico, questo viaggio trova profonde radici nel pensiero di Carl Gustav Jung, per il quale l'eroe diventa metafora del confronto con gli archetipi, in particolare con l'archetipo del Sé, la totalità della psiche. Da questa prospettiva, il viaggio dell'eroe rispecchia perfettamente il processo terapeutico: il paziente è l'eroe che affronta ombre e paure, accompagnato dal terapeuta-mentore; e lo stesso terapeuta, nel suo percorso formativo, attraversa tappe analoghe: la chiamata all'avventura è il desiderio di diventare terapeuta, i momenti di crisi e di confronto con il dolore proprio e altrui rappresentano le sfide e il "calvario", mentre la ricompensa è la crescita personale e professionale che dà forma a una consapevolezza più profonda, riportata poi nella pratica clinica. Christopher Vogler (2020) ha riletto questa struttura adattandola ai racconti contemporanei, ma il nucleo centrale rimane invariato e si presta a descrivere il cammino di ognuno di noi. Riflettendo sulla mia scelta di diventare terapeuta, sento che il mio richiamo è nato da una curiosità per le dinamiche familiari che mi circondavano e dal bisogno di trovare un significato profondo alla mia vita. Ricordo

i momenti in cui sentivo una voce interiore che mi sollecitava a esplorare l'animo umano, mentre ogni passo verso gli studi di psicologia si caricava di senso, trascinandomi lontano da casa e portandomi a confrontarmi con la solitudine e la necessità di stringere nuove relazioni. Come l'eroe di Campbell, mi sono trovata di fronte all'incertezza, eppure ho scoperto che, come scrive Alice Miller (2010) spesso si cerca la strada della psicoterapia anche per dar risposta alle proprie ferite profonde: il mio viaggio di studi e di esperienze personali mi ha portata a rendermi conto che diventare terapeuta non significa soltanto acquisire competenze, ma anche imbarcarsi in un'avventura di auto-scoperta. Ho affrontato insicurezze e paure legate alla mia capacità di aiutare gli altri, rendendomi conto che proprio le mie vulnerabilità sarebbero potute diventare risorse preziose per entrare in connessione con chi cerca supporto. Il mio cammino è stato come un fiume che attraversa vari paesaggi, ognuno rappresentando una tappa con sfide e incontri significativi capaci di modificare la percezione che avevo di me e della professione. Dedicarmi all'ascolto e alla cura delle fragilità umane ha richiesto un lungo lavoro di riflessione interiore, poiché, come sottolinea Vogler (2020), il richiamo all'avventura è spesso seguito da crisi e dubbi. Eppure, proprio questi hanno alimentato la mia determinazione a proseguire, facendomi intuire che essere terapeuta comporta la creazione di uno spazio sicuro per l'altro, ma anche per sé stessi, in cui esplorare il proprio essere più autentico. In tal modo, la chiamata non riguarda solo la professione, ma anche la personale necessità di crescere emotivamente. Superate le prime soglie e accettata la sfida di studiare e formarmi, ho vissuto momenti di esitazione, chiedendomi se possedessi la forza di sostenere il carico emotivo altrui. Poco alla volta, però, ho realizzato come le medesime esperienze che mi avevano spinto a intraprendere questa via si rivelassero risorse importanti, aiutandomi a creare con i pazienti legami empatici e autentici.

Ecco allora che, un passo dopo l'altro, mi sono trovata a riconoscere che il viaggio non finisce mai, ma evolve di continuo, proprio come la mia crescita personale e professionale.

Gli incontri e le guide: la formazione del terapeuta

Nel viaggio dell'eroe, maestri e compagni di viaggio rivestono un ruolo decisivo: forniscono strumenti, sostegno e nuove prospettive nei momenti più critici (Campbell, 2016; Vogler, 2020). Allo stesso modo, nel mio percorso di formazione come terapeuta, ho incontrato guide fondamentali: dalla prima psicologa in Sardegna, che mi ha aiutata ad addentrarmi nelle mie dinamiche familiari, alla terapeuta con cui ho proseguito per cinque anni dopo il trasferimento a Parma. Ognuna di queste figure ha rappresentato una "luce" in un momento cruciale, consentendomi di scoprire parti di me che non conoscevo o che avevo messo da parte. Anche l'analisi didattica attuale, come suggerisce Ferrari (2019), è un "dialogo continuo non solo con l'altro, ma anche con sé stessi," e mi permette di approfondire ulteriormente la consapevolezza del mio ruolo professionale. Sulle orme del viaggio eroico, ogni incontro con supervisori, maestri e anche colleghi ha arricchito la mia visione terapeutica: il tirocinio post-laurea, ad esempio, mi ha mostrato cosa non desideravo per il mio futuro professionale, fornendomi indicazioni preziose su quale direzione prendere. Ho scoperto che il coraggio di operare scelte importanti, come sottolinea Vito Mancuso (2020), può derivare anche dall'aver esplorato strade che non ci appartengono fino in fondo. La stessa collaborazione con i colleghi, inoltre, ha svolto la funzione di "risonanza relazionale," favorendo momenti di crescita condivisa, progetti comuni e un confronto costante tra teoria e pratica. Come spiega Andolfi (2021), l'autenticità non si esaurisce nei contenuti tecnici, ma si nutre di verità umana, resa possibile grazie alla relazione con gli altri. Lavorare in team, affrontare diverse prospettive

cliniche e integrarle con la mia esperienza ha consolidato la mia identità professionale, dandomi la sensazione di camminare in gruppo lungo un sentiero dove gli ostacoli vengono superati insieme. Lungo questo percorso, ho incontrato colleghi e didatti che hanno arricchito il mio bagaglio di conoscenze in modo continuo e profondo. Seguendo l'analogia eroica, potremmo dire che ogni alleato incontrato lungo la strada ha aggiunto un tassello al mosaico della mia formazione. In definitiva, l'aspetto più significativo è che il confronto con maestri e colleghi non consiste soltanto in uno scambio di teorie e tecniche, ma in un autentico percorso di crescita umana, attraverso cui ognuno, con il proprio bagaglio, contribuisce a forgiare un terapeuta più consapevole e autentico.

Le prove e le sfide: gli incontri con i pazienti

Superare la soglia che separa la teoria dalla pratica clinica è un passaggio fondamentale, paragonabile a ciò che l'eroe di Campbell vive quando lascia la propria "terra ordinaria" per avventurarsi in territori sconosciuti. Ogni paziente, con la sua unicità, ha incarnato un banco di prova capace di far emergere aspetti profondi di me stessa: alcuni mi hanno insegnato la forza della pazienza, altri mi hanno sfidata sul terreno della vulnerabilità, altri ancora mi hanno spinto a confrontarmi con il lutto e il senso della perdita. In queste relazioni, come suggerisce la prospettiva sistemica (Cecchin, Boscolo, Selvini Palazzoli), la co-creazione di significati tra terapeuta e paziente apre spazi di trasformazione reciproca. Ho scoperto così che non basta conoscere le teorie: occorre tollerare l'incertezza, sintonizzarsi sui tempi del paziente e, soprattutto, accettare di essere messa in discussione nelle mie stesse convinzioni. Il lavoro con le coppie mi ha mostrato la complessità dei legami affettivi e la necessità di prendersi cura di sé per poter "stare" nella relazione con l'altro; l'incontro con i pazienti più "controllanti" mi ha fatto toccare con mano la mia stessa tendenza

ad agire in modo razionale per difendermi dall'ansia. Ho fatto tesoro delle supervisioni e dell'analisi personale per integrare questi vissuti, imparando a trasformare le risonanze emotive in strumenti di comprensione empatica. Proprio come l'eroe incontra "alleati" e "antagonisti" che stimolano la sua crescita, ogni paziente mi ha offerto un insegnamento unico: nella "danza" tra le loro narrazioni e le mie risonanze ho imparato che il terapeuta, esattamente come l'eroe, è chiamato a evolvere costantemente, scoprendo, attraverso l'altro, la propria autenticità.

La scoperta del vero sé: l'autenticità nel ruolo di terapeuta

L'autenticità, nel percorso di formazione di un terapeuta, non è una meta statica ma un processo in costante divenire, in cui la costruzione del "Sé terapeutico" si intreccia con la riscoperta delle parti più profonde di sé. Come sottolinea Alice Miller (2010), spesso ciò comporta recuperare fragilità, emozioni e insicurezze che erano state messe da parte per conformarsi a determinate aspettative. In questa direzione, Pema Chödrön (2012), invita a guardare alle proprie vulnerabilità con coraggio, imparando ad accoglierle come parte di un viaggio di profonda accettazione. Ho compreso, infatti, che solo quando accetto le mie parti "imperfette" posso offrire uno spazio realmente sicuro in cui il paziente si senta autorizzato a esplorare i propri vissuti più dolorosi. In tal senso, l'autenticità diventa un dialogo continuo tra ciò che porto dentro e ciò che emerge in seduta: Boscolo e Cecchin (2001) sottolineano l'importanza per il terapeuta di essere una figura "differenziante", attenta alle risonanze interne ma capace di mantenere una sintonizzazione empatica con il paziente. Anche Andolfi (2021) insiste sull'idea che la vera apertura terapeutica passi dalla disponibilità del terapeuta a rivedere le proprie modalità relazionali e a esplorare la propria umanità. Parallelamente, come ci insegna Campbell nel *L'eroe dai mille volti*, la discesa simbolica nelle "profonde caverne interiori" è necessaria per affrontare le sfide del

nostro inconscio e tornare in superficie con una nuova consapevolezza. Nel lavoro con i pazienti, questo si traduce in una capacità di “osservare” le emozioni che si generano nella relazione: restare coerenti con il proprio sentire, ma al contempo rispettare i bisogni dell’altro, significa agire in modo flessibile e non giudicante. Più divento consapevole delle mie risonanze, più riesco a modulare ciò che condivido, comprendendo se e quando può essere utile per la crescita del paziente. In definitiva, accogliere le sfide interiori che affiorano in terapia significa coltivare la presenza consapevole: non un racconto sterile di sé, ma un modo di esserci che valorizza l’autenticità come risorsa fondamentale per un percorso di guarigione condiviso.

La saggezza del ritorno: integrare l’esperienza

Nel viaggio dell’eroe, il “ritorno” non è soltanto un moto fisico verso casa, ma un processo interiore di assimilazione delle esperienze affrontate lungo la strada (Campbell, 2016). Allo stesso modo, per me terapeuta, ogni incontro con i pazienti è un’avventura a sé, che si conclude con un momento di riflessione, quasi come un “ritorno” in cui mi chiedo cosa abbia appreso e in che modo questo possa influenzare la mia crescita personale e professionale. Autori come Alice Miller e Virginia Satir sottolineano l’importanza di riconoscere la propria storia e i propri vissuti per entrare in relazione in modo autentico; così, ogni sessione diventa un’occasione per rielaborare non solo il percorso del paziente, ma anche le mie risonanze e le parti di me che si riattivano. In questo senso, il ritorno è un movimento continuo, non un singolo istante: ritornare alle proprie radici, a ciò che dà significato al cammino compiuto, può consistere nel visitare luoghi dell’infanzia o semplicemente nel prendersi del tempo per un’auto-riflessione profonda Andolfi (2021). Ogni viaggio, ogni esperienza, si intreccia dunque con la mappa interiore che si arricchisce di nuove comprensioni e opportunità di crescita; ed è proprio accogliendo queste intuizioni che

il terapeuta, come l’eroe, si rende disponibile a “nuovi viaggi”. Non esiste un ritorno definitivo: l’essenza di questo movimento è una dinamica in continua evoluzione, un invito a scoprire e riscoprire chi siamo, traendo linfa dalla nostra storia personale e dalle connessioni che instauriamo. Tornare, in ultima analisi, significa rinnovare la consapevolezza di sé e del proprio ruolo, integrando ogni esperienza come un tassello di un puzzle in costante trasformazione.

Conclusioni

Il percorso di un terapeuta è davvero assimilabile a un viaggio epico, uno “*straordinario viaggio dell’eroe*” in cui si affrontano sfide, trasformazioni e continui confronti con la propria interiorità. Non è soltanto una formazione professionale: richiede coraggio, resilienza e un autentico legame con il proprio sé. Ogni incontro con i pazienti diviene un’opportunità reciproca di crescita e apprendimento. Tuttavia, questo cammino può risultare oneroso, soprattutto all’inizio, tra incertezze economiche, investimenti in formazione e necessità di costruire una clientela senza garanzie immediate. Eppure, queste difficoltà forgianno l’identità professionale del terapeuta, spingendolo a riflettere di continuo sulla propria storia e sui propri obiettivi. Come terapeuti, dobbiamo imparare ad abbracciare le nostre vulnerabilità e a confrontarci con l’incertezza, poiché proprio da queste fragilità possono nascere le connessioni più autentiche con i pazienti. Il “ritorno”, in questa prospettiva, non coincide con una fine, ma con un’apertura a futuri viaggi: a ogni passo, scopriamo nuove dimensioni di noi stessi e arricchiamo la nostra visione del mondo. “Il viaggio di mille miglia inizia con un passo” (Lao Tzu, 2011), e ogni passo che compiamo nel lavoro terapeutico, malgrado le difficoltà, ci avvicina a una comprensione più profonda di noi e dell’altro. Che questo viaggio prosegua, dunque, guidandoci e trasformandoci, mentre scriviamo come professionisti e come esseri umani nuove pagine della nostra storia.

Bibliografia

- Andolfi, M. (2021). *Il dono della verità: il percorso interiore del terapeuta*. Raffaello Cortina, Milano
- Boscolo, L., & Checchin, G. (2001). *L'arte della terapia sistemica*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Brown, B. (2015). *Rising Strong*. Spiegel & Grau.
- Campbell, J. (2016). *L'eroe dai mille volti* (F. Piazza, Trad.). Lindau, Torino.
- Chödrön, P. (2012). *Se il mondo ti crolla addosso*. Feltrinelli Editore.
- Civitaresse, G. (2011). *Il terapeuta autentico: Essere e non essere in psicoterapia*. Franco Angeli, Milano.
- D'Ambrosio, A. (2009). *Il linguaggio della terapia: Riflessioni e modelli per la pratica clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ferrari, E. (2019). *Parole che fanno esistere: Storie di psicoterapia e oltre*. Mimesis, Milano
- Gabbard, G. O. (2004). *Psicoterapia e psicoanalisi: I modelli relazionali in psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Giorgi, A. (2009). *Fenomenologia e psicologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Jung, C. G. (1989). *Memories, Dreams, Reflections*. Pantheon Books.
- Kainer, R. G. (2000). *Il crollo del sé e la sua ricostruzione in terapia*. Astrolabio, Roma
- Lingiardi, V., & Pavan, G. (2011). *Psicoterapia e soggettività: Teoria e pratica della relazione terapeutica*. Carocci, Roma.
- Mancuso, V. (2020). *Il coraggio e la paura*. Garzanti, Milano.
- Miller, A. (2010). *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé: riscrittura e continuazione*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Pontalti, F. (2013). *Psicoterapia sistemica: Fondamenti e tecniche*. Franco Angeli, Milano
- Rank, O., & Marchioro, F. (1994). *Il mito della nascita dell'eroe: un'interpretazione psicologica del mito*. SugarCo, Milano.
- Ruiz, F. (2020). *Il Corpo, il Sé, gli Archetipi: Risvegliare l'Eroe con la Psicologia Metasomatica*. Infinito Edizioni.
- Tzu, L. (2011). *Il libro del Tao (Vol. 275)*. Newton Compton Editori, Roma.
- Vogler, C. (2020). *Il viaggio dell'eroe*. Dino Audino, Roma.
- Yalom, I. D. (2015). *Il problema del dolore e la gioia della vita: Psicoterapia esistenziale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Attaccamenti e Libertà di Esistere. Il percorso di una relazione terapeutica tra sofferenza, incrostazioni, confini e nuovi sguardi: una danza tra il trattenere e il lasciar andare.

Giulia Monteleone ¹⁰

Sommario:

Il presente articolo esplora il tema degli attaccamenti in psicoterapia, ponendo particolare attenzione alla loro influenza sulla costruzione dell'identità e alla libertà di esistere. Attraverso un caso clinico, si analizza il percorso terapeutico di una giovane paziente, mettendo in luce il ruolo della sofferenza e delle incrostazioni identitarie nel processo di trasformazione personale. Il lavoro si ispira a prospettive epistemologiche sistemiche e ad alcuni concetti derivanti dalla filosofia buddhista, come la Dukkha (sofferenza), la Samudaya (origine della sofferenza), la Nirodha (cessazione della sofferenza) e la Magga (il sentiero per la cessazione della sofferenza). L'integrazione tra psicoterapia sistemica e concetti filosofici orientali evidenzia come la comprensione e il riconoscimento degli attaccamenti possano favorire un nuovo posizionamento esistenziale, permettendo alla persona di riscrivere la propria narrazione. Il caso clinico proposto offre un'analisi approfondita delle dinamiche relazionali e delle tecniche terapeutiche utilizzate, tra cui il genogramma, il metodo Caviardage e l'uso del linguaggio artistico. Il percorso della paziente e della terapeuta si intreccia in una danza tra il trattenere e il lasciar andare, evidenziando il valore della presenza consapevole e del rispetto terapeutico nella costruzione di un'identità autentica e libera.

Parole chiave:

Sistema terapeutico, Attaccamento, Identità, Pregiudizio, Dharma, Consapevolezza paziente.

Abstract:

This article explores the theme of attachment in psychotherapy, focusing on its influence on identity construction and the freedom to exist. Through a clinical case, the therapeutic journey of a young patient is analyzed, highlighting the role of suffering and identity encrustations in the process of personal transformation. The work draws on systemic epistemological perspectives and certain concepts from Buddhist philosophy, such as Dukkha (suffering), Samudaya (the origin of suffering), Nirodha (the cessation of suffering), and Magga (the path to the cessation of suffering). The integration between systemic psychotherapy and Eastern philosophical concepts demonstrates how understanding and recognizing attachments can facilitate a new existential positioning, allowing individuals to rewrite their own narratives. The proposed clinical case provides an in-depth analysis of relational dynamics and therapeutic techniques used, including the genogram, the Caviardage method, and the use of artistic language. The patient's and therapist's journey intertwines in a dance between holding on and letting go, emphasizing the value of mindful presence and therapeutic respect in building an authentic and free identity.

Keywords:

Therapeutic System, Attachment, Identity, Prejudice, Dharma, Patient awareness.

¹⁰ - Giulia Monteleone, allieva III anno IDIPSI, g.monteleone91@gmail.com

Gli attaccamenti in terapia: un percorso di trasformazione personale e relazionale

Nella “cassetta degli attrezzi” di uno psicologo, il costruito di attaccamento è senza dubbio uno strumento fondamentale. Introdotto per la prima volta da John Bowlby (1969) e approfondito successivamente da Mary Ainsworth (1991), esso chiarisce come il legame affettivo tra un bambino e le sue figure di riferimento sia un bisogno biologico essenziale per la sopravvivenza e lo sviluppo psicologico. Inoltre, i modelli operativi interni (MOI) derivati da tali legami influenzano significativamente le relazioni adulte (Bowlby, 1973; 1980). L’attaccamento fornisce una struttura attraverso cui comprendiamo il mondo e delineiamo il nostro modo di relazionarci con noi stessi e con gli altri. Esso influenza il nostro sentire, la nostra capacità di esplorare e la possibilità di ritrovare, al ritorno, un luogo sicuro, non solo nelle persone che amiamo, ma anche dentro noi stessi. Tuttavia, si può riflettere su come gli attaccamenti, oltre a costituire una base di sicurezza, possano talvolta trasformarsi in ostacoli alla crescita personale. Gli stili di attaccamento influenzano profondamente l’autopercezione, determinando se ci vediamo come degni o meno di amore, capaci o incapaci di autodeterminazione, in grado o meno di costruire relazioni sicure. Ma l’identità è solo ciò che tratteniamo, o è forse anche ciò che scegliamo di lasciar andare? La nostra immagine di noi stessi è ciò che difendiamo con forza fino al punto di non riconoscerci più, o è piuttosto il risultato dell’incontro tra ciò che ereditiamo e ciò che scegliamo di trasformare? La comprensione della vulnerabilità umana e della sofferenza come parte integrante della vita, unita alla consapevolezza di quanto questa sia spesso radicata nei nostri attaccamenti e nei nostri pregiudizi, rappresenta il fondamento del lavoro terapeutico. Guardare con attenzione a sé e all’altro permette non solo di riscrivere la propria storia passata, ma soprattutto di osservare il presente con nuove lenti, modificando così anche il futuro possibile. La pratica clinica dialoga costantemente con la vita del terapeuta in un movimento continuo tra

Sé e Altro, tra il proprio e l’altrui Tempo, in una dinamica di reciproca attenzione e amorevolezza. Tuttavia, questo processo può realizzarsi solo se si è disposti a osservare se stessi e l’altro con pazienza, compassione e accettazione delle proprie zone d’ombra.

La sofferenza e la sua elaborazione nella psicoterapia sistemica: un confronto con la visione buddhista e con i concetti di Dukka, Samudaya, Nirodha e Magga.

Il Buddhismo identifica quattro verità fondamentali: *Dukka*, *Samudaya*, *Nirodha* e *Magga*. Il concetto di *Dukka* fa riferimento alla sofferenza intrinseca della vita: nascita, malattia, morte, angoscia derivante dall’attaccamento e dall’illusione del sé. Sumedho (1999) e Corrado Pensa (2002) sottolineano l’importanza dell’accettazione della sofferenza, piuttosto che del tentativo incessante di respingerla. Tuttavia, ancora prima, è necessario riconoscere l’impossibilità di separarsi completamente dalla sofferenza stessa (Pensa, 2002). Ogni terapeuta si confronta con questa difficoltà: oscillare tra il desiderio di distacco dalla propria sofferenza e il senso di fallimento nel non riuscirci. Secondo Pensa (2002), il dolore – compreso quello derivante dal giudizio su sé stessi – non deve essere eliminato, ma compreso. È fondamentale contemplare la nostra incapacità di accettazione e la sofferenza che essa genera. Riconoscere le proprie zone d’ombra senza giudizio, ma con apertura e accettazione, rappresenta un passaggio essenziale nel percorso di formazione del Sé terapeutico. Nell’epistemologia sistemica, è possibile tracciare un parallelismo tra questi concetti e quelli di idea perfetta e pregiudizio (Cecchin & Apolloni, 2004; Cecchin, Lane & Ray, 1994). Queste strutture mentali possono imprigionare il terapeuta in una visione rigida della realtà. Tuttavia, la libertà dalle “prigioni del Sé” non risiede nella fuga, bensì nella capacità di accogliere e riposizionarsi in modo consapevole, attraverso un’attenzione saggia (Pensa, 2002) e una consapevolezza paziente (Bertagni, n.d.). Nel *Dharma*, l’origine della sofferenza (*Samudaya*)

è identificata nell'attaccamento al desiderio (*tanha*). In terapia, questo si traduce spesso nella spinta a liberarsi da qualcosa: dolore, rabbia, paura, ansia. Il pregiudizio del terapeuta può portarlo a sollecitare il paziente affinché si "liberi" dalle emozioni dolorose, ma questo stesso atteggiamento genera ulteriore sofferenza, poiché nutrito dall'attaccamento al desiderio di non-esistere (*vibhava tanha*) (Anālayo, 2012).

Il concetto di *upādāna* ("attaccamento" o "afferrare") è centrale anche in psicoterapia, dove il radicarsi in schemi mentali ed emotivi rigidi è spesso alla base del disagio. L'attenzione saggia (*yoniso-manasikāra*) (Pensa, 2002) consente di interrompere la reattività automatica, favorendo una consapevolezza non giudicante e trasformativa. Questo richiama la presenza autentica del terapeuta nella relazione con il paziente: solo in questo spazio di incontro è possibile riconoscersi e risuonare all'unisono, come elementi che vibrano alla stessa frequenza (Elkaïm, 1992). *Nirodha*, ovvero la cessazione della sofferenza, corrisponde alla capacità di "lasciar andare". Sumedho (1999) sottolinea come sia necessario portare alla coscienza le emozioni represses prima di poterle trascendere. In terapia, così come nella meditazione, il lavoro di introspezione permette di illuminare le zone oscure della psiche, affrontando il dolore con pazienza e apertura. Il percorso terapeutico non è altro che un progressivo avvicinarsi alla propria vulnerabilità, fino a poterla accogliere senza più temerla. La terapia e il lavoro di introspezione circa i propri nodi di dolore si configura come un processo di progressiva maggiore consapevolezza e fiducia, pilastri della pratica spirituale necessari per affrontare le proprie paure e la dipendenza dalle stesse. Solo quando si è pronti a stare in contatto con la sofferenza senza desiderare di eliminarla o sconfiggerla, solo quando si è disposti a comprendere, ecco che si diviene improvvisamente anche pronti a lasciar andare.

La via per la cessazione della sofferenza (*Magga*) si configura dunque come un sentiero

di autenticità, spesso complesso e articolato. La sofferenza derivante dall'attaccamento a pensieri, identità e stati emotivi non può essere eliminata, ma può essere compresa. In psicoterapia, i pazienti tendono ad aderire rigidamente a narrazioni personali che alimentano il loro malessere. Tuttavia, la pratica della "retta visione" buddhista permette di riconoscere i pensieri come eventi mentali transitori e non verità assolute. In terapia, la sfida non è solo per il paziente, ma anche per il terapeuta. Egli è chiamato non solo a rispondere alle richieste dell'Altro, che cerca la "guarigione", ma a spostare il focus dalla guarigione alla comprensione. Allo stesso tempo, è inevitabilmente sollecitato dalle domande che risuonano dentro di sé nell'incontro con l'Altro. In questo spazio di reciprocità, il percorso terapeutico diventa un viaggio di trasformazione condiviso, in cui entrambi sono chiamati a confrontarsi con i propri attaccamenti e a procedere, passo dopo passo, verso una maggiore libertà interiore.

Sofia e Giulia: storia di una relazione terapeutica

L'inizio del percorso

Sofia, 22 anni, vive con la madre Ornella, il compagno di lei e una cagnolina, Stella. Non ha terminato il liceo, non lavora e coltiva passioni come la musica e la fotografia. Giunge in terapia su richiesta della madre, dopo un lungo percorso tra servizi di salute mentale e psicoterapia privata. Assume farmaci e ha ricevuto varie diagnosi (mutismo elettivo, ansia sociale, depressione), nelle quali si riconosce solo in parte. In terapia indossa sempre una mascherina FFP2 per proteggere la madre immunodepressa. Il suo aspetto e il suo comportamento suggeriscono una fissità adolescenziale. La sua narrazione è segnata dal dolore, ma anche da una dichiarata felicità. Tuttavia, nonostante i suoi racconti di speranza e felicità ritrovata dopo anni di buio inizialmente, non riuscivo a crederle: cercavo segni di un trauma nascosto, un abuso taciuto.

Al tempo stesso, percepivo il bisogno di liberarla da etichette patologizzanti, interrogandomi sul ruolo della terapia nella sua vita.

Sofia non ha relazioni sociali strutturate al di fuori della famiglia. Il suo mondo è chiuso in una routine fissa, dominata dalla paura di sbagliare e di deludere le aspettative materne. Questo la rende poco incline al cambiamento, ma al tempo stesso alimenta il suo desiderio di emancipazione. La terapia diventa così un primo spazio in cui poter esplorare il suo senso di sé, lontano dalle influenze familiari.

Ipotesi e obiettivi di lavoro

Inizialmente, mi sono lasciata coinvolgere dalla dicotomia narrata da Sofia: un padre oscuro e violento, una madre salvifica. Mi sentivo attratta dall'idea di ricostruire un'integrazione tra le parti dissociate della sua storia. Il bisogno di aiutarla a svincolarsi da un materno simbiotico si intrecciava con la mia stessa ricerca di confini tra il dovere della cura e il rispetto dell'autonomia.

Mi interrogavo sul mio ruolo: cosa significa essere la "giusta terapeuta"? Quali responsabilità hanno i terapeuti che l'hanno seguita per 15 anni? La mia stessa storia personale influenzava il mio modo di stare con lei. La terapia diventava un confronto tra il suo bisogno di libertà e il mio bisogno di rispettare i suoi tempi e il suo percorso. Nell'incontro con Sofia, ero sola con le mie numerose ipotesi, convinzioni, rigidità, emozioni e attaccamenti. Tanto volevo salvare Sofia quanto aiutare me a stare in contatto con il suo silenzio e la sua rigidità, che erano anche le mie. Faticavo nell'osservare con *karuṇā*, con compassione forse non tanto Sofia, quanto il mio Sé e il mio Sé terapeutico.

Attraverso il lavoro terapeutico, si è aperto pian piano un processo di decostruzione delle sue convinzioni su sé stessa e sul suo valore personale. Gradualmente, ha iniziato a riconoscere la sua capacità di autodeterminarsi, senza il costante bisogno di validazione materna. Il percorso è stato scandito da momenti di esitazione e regressione, ma anche

da significativi progressi nella gestione della sua autonomia emotiva.

Le tecniche utilizzate

Genogramma

Per esplorare la storia familiare, ho proposto a Sofia il genogramma, che ha rivelato una frattura netta con il ramo paterno. Il rifiuto di approfondire era accompagnato da forti emozioni di rabbia e paura. L'integrazione di una rappresentazione animale per i membri della famiglia ha facilitato l'espressione emotiva. Attraverso il genogramma, è emersa la necessità di esplorare il rapporto con la madre, la sua dipendenza emotiva e il ruolo che rivestiva nel sistema familiare. L'esercizio ha evidenziato il bisogno di Sofia di mantenere saldo il legame con la madre, per paura di perderla o di farle del male. Il genogramma si è trasformato in un potente strumento di consapevolezza, permettendole di osservare con maggiore obiettività le dinamiche relazionali della sua vita. Tuttavia, in quel frangente mi accorsi di faticare ad accogliere la storia di Sofia e la mia, non accoglievo né me né la mia parte giudicante, danzavo freneticamente, confondendo il dovere con la responsabilità, i confini con le frontiere, gli attaccamenti relazionali con quelli riassumibili dal concetto di *upādāna* nel Dharma buddhista (*Anālayo, 2019*). Volevo riportare indietro Sofia, tanto quanto volevo riportare indietro me stessa, alla me bambina che non parlava per timore di essere sleale con uno o l'altro genitore. Volevo riparare ciò che, fondamentalmente, non è cancellabile, ma solo osservabile con amorevolezza nel presente e non modificabile nel passato.

Rivisitazione Metodo Caviardage, scrittura creativa, fotografia e musica

Sofia ha scritto una poesia attraverso il metodo Caviardage (*Festa, 2019*) e condivisi testi di canzoni da lei composte e fotografie da lei scattate. Questo ha permesso di accedere al suo mondo interno senza forzare il racconto diretto.

Il linguaggio artistico ha offerto nuove chiavi di lettura. L'uso della scrittura ha rivelato aspetti di sé che Sofia non riusciva ad esprimere a voce. I testi delle sue canzoni riflettevano sentimenti di solitudine, desiderio di indipendenza e speranza in un cambiamento. Attraverso la musica, Sofia ha trovato una modalità per elaborare il suo vissuto emotivo, favorendo la connessione tra il passato e il presente. Attraverso la fotografia, è stato possibile esplorare le sue competenze e le sue fatiche sul versante emotivo. Le parole dette lasciavano spazio a parole scritte, alla possibilità di trasformarsi in altro, in uno spazio condiviso di significati, uno spazio intermedio in cui quello che Sofia produceva e che rielaboravamo insieme diveniva oggetto fluttuante (Caillé & Rey, 2005). Stavamo insieme, con meno fretta, con più morbidezza.

Il silenzio come strumento terapeutico

Il libro "Il silenzio è cosa viva" di Chandra Candiani (2018) mi ha aiutato a riconsiderare il silenzio non come un vuoto da colmare, ma come un elemento da abitare. Sofia aveva già fatto del silenzio un rifugio, mentre io lo temevo. L'accettazione del silenzio ha permesso un cambiamento nella relazione terapeutica. Compresi profondamente che, se la soluzione al dolore e all'ansia fosse realmente in un altrove, fuori da noi, sarebbe tutto tanto semplice quanto perverso. Inizavo a collegare pensiero e anima, razionale e inconscio, visibile e sacro. Univo quello che avevo capito con il pensiero ma, fino a quel momento, non potevo capire con il sentire: è nel dolore la soluzione del dolore, nell'ansia la soluzione dell'ansia, nel silenzio la soluzione al silenzio. Sentendolo, vivendolo, poteva trasformarsi da estraneo a ospite e da ospite ad una parte di sé. In fondo Sofia già lo sapeva, lo aveva abitato per tanto tempo, io invece lo stavo davvero incontrando solo ora.

Risultati raggiunti e nuove strade da percorrere

Col tempo, Sofia ha iniziato a esprimere il desiderio di maggiore autonomia. Ha partecipato a un saggio di canto, un evento impensabile

all'inizio della terapia. Ha iniziato a verbalizzare il peso delle dinamiche familiari e il desiderio di svincolo, sebbene accompagnato dal senso di colpa. Il suo atteggiamento in terapia è cambiato: ha dimenticato alcuni appuntamenti, segnale di una maggiore flessibilità nel suo rigido controllo di sé. Anche il mio sguardo terapeutico è mutato: meno preda dell'urgenza di "salvare", più aperto alla possibilità di lasciar essere. La terapia ha preso una forma più leggera e creativa, attraverso giochi e linguaggi espressivi. Il rispetto, secondo Cecchin, significa riconoscere e accogliere il paziente per ciò che è, senza sovrapporre i propri pregiudizi (Selvini Palazzoli et al., 1975). Questo ha permesso di trasformare il nostro incontro in un'esplorazione condivisa, con meno bisogno di risposte definitive e più spazio per il divenire.

Sofia ha iniziato a prendersi piccoli spazi di autonomia al di fuori della terapia. Ha ricominciato a frequentare un ambiente sociale, a progettare il proprio futuro con maggiore sicurezza. Il percorso di crescita, ancora in atto, è caratterizzato da una maggiore fiducia nelle proprie capacità e dalla progressiva costruzione di una nuova identità personale.

Conclusioni

Nel percorso terapeutico, ho imparato che la compassione deve rivolgersi prima a sé stessi. Accettare le mie rigidità mi ha permesso di accogliere Sofia senza forzarla in un cambiamento prematuro. Abbiamo entrambe lasciato andare qualcosa: il bisogno di perfezione, il timore di deludere, il controllo sul dolore. La terapia è diventata uno spazio in cui non solo Sofia, ma anche io, abbiamo potuto danzare tra il trattenere e il lasciar andare.

La crescita di Sofia riflette anche la mia crescita come terapeuta. Abbiamo imparato a rispettare il processo, a lasciare spazio all'imprevisto e alla trasformazione. In questo percorso condiviso, ho scoperto che la vera guarigione risiede nella capacità di accogliere sé stessi e l'altro, senza voler necessariamente aggiustare ciò che è già in movimento.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). *An ethological approach to personality development*. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Anālayo, B. (2012). *Dall'attaccamento al vuoto: Escursioni nel pensiero del buddhismo antico*. (Traduzione di L. Baglioni e G. Martini). Lulu Press.
- Bertagni, G.(n.d.). *Attaccamento ed equanimità. Domande e risposte a Corrado Pensa*. Gianfranco Bertagni. <http://www.gianfrancobertagni.it/materiali/meditazione/domandepensa.htm>
- Bertagni, G. (n.d.). *Consapevolezza paziente (Corrado Pensa)*. Gianfranco Bertagni. <http://www.gianfrancobertagni.it/materiali/meditazione/consapevolezzapaziente.htm>
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milano: dalla terapia alla terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, *Basic Books*.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York, *Basic Books*.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York, *Basic Books*.
- Caillé, P., & Rey, Y. (2005). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistematiche*. Armando editore, Roma.
- Candiani, C. (2018). *Il silenzio è cosa viva*. Einaudi,
- Cecchin, G., & Apolloni, T. (2004). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Milano, Franco Angeli Editore, Milano.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1997) *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Elkaïm, M. (1992). *Se mi ami, non amarmi: orientamento sistemico e psicoterapia*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Festa, T. (2019). *Trovare la poesia nascosta: educare alla bellezza con il metodo Caviardage®*. La meridiana, Molfetta (Br).
- Nouwen, H. J. M., McNeill, D. P., & Morrison, D. A. (1983). *Compassion*. New York: Doubleday.
- Pensa, C. (2002). *Attenzione saggia, attenzione non saggia*. Magnanelli Edizioni, Torino.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso: Modelli di terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, M., Cecchin, G., Prata, G. (1980), "Ipotizzazione, circolarità, linearità". *In Terapia Familiare*, 7, pp. 7-19.
- Sumedho, A (1999). *Le Quattro Nobili Verità*. Poggio Nativo, SANTACITTARAMA edizioni

La dualità vita morte nel sistema terapeutico: tre complessità in un sistema intessuto di punti di singolarità.

Alessia Ferrari ¹¹

Sommario:

A partire dall'ipotesi che siamo esseri imperfetti in un sistema indeterministico fatto solo di punti di singolarità, l'autrice esplora come questi momenti critici plasmino la nostra esistenza e, al tempo stesso, sfuggano a una comprensione lineare. In questa prospettiva, il sistema terapeutico si configura come un microcosmo in continua trasformazione, in cui ogni interazione genera risonanze e cambiamenti reciproci. Per comprendere meglio le dinamiche che possono intrappolare l'individuo in schemi autodistruttivi, l'autrice intreccia le teorie di Freud e Bateson, mettendo in luce il ruolo delle rigidità sistemiche e della coazione a ripetere. L'istinto di morte, in questo contesto, non è solo una spinta verso la fine, ma anche un meccanismo di rottura che introduce entropia nei sistemi chiusi, aprendo nuove possibilità di trasformazione. Questa lettura trova riscontro nell'analisi di due casi clinici, in cui emerge come la terapia possa diventare uno spazio in cui tali pulsioni vengono riconosciute e rielaborate. Il legame tra terapeuta e paziente si configura così come una mente condivisa, un campo in cui le esperienze risuonano, si modificano e aprono nuovi orizzonti di senso. Uno spazio indeterministico all'interno del quale poter riconoscere la sofferenza, anziché negarla, dove è possibile trasformare anche la distruzione in un'opportunità di rinascita, dando forma a una nuova narrazione di sé.

Parole chiave:

Punti di Singolarità, Indeterminismo, Mente condivisa, Istinto di morte, Rigidità sistemica, Narrazione di sé.

Abstract:

Starting from the hypothesis that we are imperfect beings in an indeterministic system composed solely of singularity points, the author explores how these critical moments shape our existence while simultaneously eluding linear understanding. From this perspective, the therapeutic system takes shape as a continuously evolving microcosm, where every interaction generates resonance and mutual change. To better understand the dynamics that can trap individuals in self-destructive patterns, the author weaves together the theories of Freud and Bateson, highlighting the role of systemic rigidity and the compulsion to repeat. In this context, the death instinct is not merely a drive toward an end but also a disruptive mechanism that introduces entropy into closed systems, opening up new possibilities for transformation. This interpretation is supported by the analysis of two clinical cases, which reveal how therapy can become a space where such impulses are recognized and reworked. The bond between therapist and patient thus takes the form of a shared mind, a field in which experiences resonate, transform, and open new horizons of meaning. An indeterministic space in which suffering can be acknowledged rather than denied, where even destruction can be transformed into an opportunity for rebirth, shaping a new narrative of the self.

Keywords:

Points of Singularity, Indeterminism, Shared Mind, Death Drive, Systemic Rigidity, Self-Narration

11 - Alessia Ferrari - Allieva III anno IDIPSI- ferrari.alessia46@gmail.com

Introduzione

Durante quest'ultimo anno ho affrontato dei casi che mi hanno spinto a guardare dentro me stessa e ad interrogarmi costantemente su quale impatto avesse su di me quello che i miei pazienti mi portavano. Quello a cui ho assistito è stata una danza di coscienze dove ciò che ho scoperto mi sia dato di cogliere sono solo piccoli e specifici elementi, ovvero solo dei punti di singolarità. In chiave matematica un punto di singolarità è un punto in cui una funzione o un sistema si comporta in modo strano e imprevedibile. È come un punto critico dove le normali regole non funzionano più e la funzione può diventare infinita, indefinita oppure cambiare drasticamente. Se questo concetto viene applicato a un sistema complesso questi punti sono i momenti chiave in cui accadono dei cambiamenti significativi.

Se applichiamo questo concetto all'essere umano ciò che possiamo vedere è che la nostra intera esistenza si articola, si organizza e si sviluppa su punti di singolarità che vanno a definire il nostro animo in un continuum di presente, passato e futuro. Ma la nostra complessità non ci permette di vedere tutti questi punti. Ciò che però avviene quando si entra in un sistema terapeutico è che alcuni di questi punti di singolarità risuonano in noi, e risuonando in noi creano un nuovo mutamento. Con questa idea in testa ho deciso di provare ad avventurarmi in un viaggio in un sistema composto da tre complessità, ovvero dalle storie di due miei pazienti e da me. E quello che ho iniziato a percepire dentro di me è che, come per loro, anche dentro di me il mio istinto di vita mi stava chiedendo di assecondare il mio istinto di morte.

Istinto di morte e istinto di vita. Trasmissione sistemica e individualità:

Freud nel 1920 pubblicò "Al di là del principio di piacere", all'interno del quale per la prima volta comparve la "pulsione di morte" detta "thanatos". Freud parlando del principio di piacere sottolineò che, se esso avesse dominato «la totalità della nostra vita» allora «tutti i processi psichici»

avrebbero dovuto «essere direttamente accompagnati da sensazione di piacere oppure» avrebbero dovuto «condurre quasi meccanicamente al piacere» [Freud, (1995). Al di là del principio di piacere, (Civita, a cura di). P.26]. Ma in realtà, non solo realizzò che ciò non avveniva, ma osservò anche che nell'individuo esisteva una qualche forza che lo portava alla "coazione a ripetere"; ovvero che lo spingeva a rimettere in atto vissuti particolarmente dolorosi, e che non poteva essere spiegato nemmeno con il "principio di realtà". Questa svolta accadde poiché, a seguito della Prima Guerra mondiale, Freud ebbe modo di entrare in contatto con quelli che lui definiva pazienti affetti "da nevrosi da trauma". Ovvero da pazienti che avevano sviluppato delle forme di nevrosi non legate a patologie o traumi organici.

Analizzando i sogni di questi soggetti si rese conto che, a differenza di quanto avveniva per gli altri tipi di nevrosi, i loro sogni non potevano essere ricondotti in alcun modo al principio di piacere. Queste persone, infatti, si ritrovavano nei sogni a rivivere i momenti traumatici, e quindi a rivivere i loro momenti di sofferenza più profonda, attivando quindi delle forze negative quali ad esempio il senso di colpa. Queste osservazioni spinsero Freud ad interrogarsi sul ruolo delle pulsioni. Se fino a quel momento, infatti, si era parlato di pulsioni sessuali, riconoscendo in esse una spinta allo sviluppo legate al principio di piacere e alla vita. Per la prima volta ora Freud ammette l'esistenza di pulsioni differenti che introduce come "pulsioni dell'io" e che sono invece degli elementi che definisce "conservatori", e che tendono a voler tornare ad uno stato antecedente ovvero alla morte. Egli, infatti, sostiene che «se noi accettiamo come verità, non passibile d'eccezione, che ogni cosa che vive muore per cause interne -tornando allo stato inorganico - allora dovremmo anche dire che la meta di ogni vita è la morte» [Freud, (1995). Al di là del principio di piacere. (A. Civita, a cura di). P. 93]. Legando questo aspetto alla vita sessuale dell'individuo Freud riscontra che non

solo vi è un collegamento tra la pulsione di morte e quell'atteggiamento aggressivo-distruttivo che si riscontra sia nel sadismo che nel masochismo; ma anche in tutta quella serie di atteggiamenti violenti che trovano ragione nella realizzazione dell'unione sessuale. Sebbene Freud non andrà mai a dare una definizione chiara dell'istinto di morte inserì tale concetto dualistico all'interno di tutte le sue opere successive quale ad esempio il "Problema economico del masochismo" del 1924 e "Il disagio della civiltà" del 1929. Dalla contestualizzazione dell'istinto di morte nelle sue opere potremo quindi dire che l'istinto di morte è un istinto che spinge verso la distruzione dell'altro quanto di se stessi, e che si manifesta attraverso comportamenti aggressivi.

Comportamenti aggressivi che, se rivolti verso se stessi possono portare l'individuo verso la stagnazione e la rinuncia; se rivolti verso un oggetto esterno spingono verso la violenza, la prevaricazione, il conflitto e la guerra. Sebbene le concettualizzazioni di Freud ponessero maggiormente l'attenzione sul mondo interiore dell'individuo, cercando di dare spiegazioni alle azioni e ai pensieri delle persone sulla base di ristrutturazioni interne, le sue idee possono essere viste come sistemiche dal momento che l'individuo stesso fungeva da sistema. Come sostenuto anche da Bateson, Freud infatti aveva allargato il concetto di mente, o più precisamente, di mente interna, includendo in questa tutti gli stimoli dell'organismo, ma anche parti che non potevano essere direttamente esperite quali l'inconscio. Questo processo di allargamento della mente, seppure in verso contrario, e quindi verso l'esterno, è anche quello che ha fatto Bateson. Tra i due autori esistono delle differenze sostanziali date proprio dalle loro ipotesi di base e che risultano essere abbastanza evidenti anche solo da un punto di vista lessicale. Se infatti facciamo anche solo un'analisi superficiale degli scritti di Freud e di Bateson, potremmo dire che le teorie di Freud puntano sul principio dell'economia, mentre quelle di Bateson sono dominate dal principio

dell'ecologia. Ma nonostante questo i loro pensieri sembrerebbero avere dei punti in comune.

Bateson nei suoi scritti parla di ecologia della mente. Questo concetto si riferisce all'idea che la mente e i processi mentali non possano essere compresi isolatamente, ma solo come parte di un sistema complesso di interazioni tra individui, società e ambiente. Bateson, infatti, si interroga su come pensieri, emozioni, percezioni e comportamenti umani siano influenzati dalle relazioni e dai contesti in cui si verificano; andando a sottolineare come i processi mentali e le dinamiche sociali non siano entità separate, ma interconnesse e co-dipendenti, in un flusso continuo di comunicazione, apprendimento e adattamento influenzate dal contesto. A partire dall'analisi della schismogenesi egli, infatti, iniziò a considerare come il contesto avesse un ruolo centrale. Dopo aver avuto modo di comprendere che il termine "ammirazione" in Inghilterra e in America assumeva due connotazioni antitetiche (dipendenza-autorità) iniziò a porre l'attenzione al ruolo qualitativo del contesto considerando che esso stesso potesse essere un messaggio (ipotesi degli estremi legati). A partire da questo inquadramento teorico andremo a cogliere dal lavoro di Bateson quegli elementi che sembrano essere in risonanza con il concetto di istinto di morte e coazione a ripetere. Bateson sostiene che i sistemi tendono all'omeostasi e che ogni loro parte è collegata alle altre tramite un ciclo continuo di feedback.

Questi feedback, se bilanciati, permettono al sistema di mantenere una certa stabilità. In questa ottica ricoprono un ruolo particolarmente importante i feedback negativi, ovvero quei feedback che hanno un ruolo regolatore e conservatore e che permettono di correggere una deviazione del sistema dal percorso desiderato, portando così a un equilibrio dinamico. I sistemi però possono andare incontro a due tipi di "mismatch" o incongruenze, che per semplicità, potremo definire su base sistemica e su base comunicativa. Se infatti all'interno di un sistema i feedback negativi non

sono sufficienti per correggere efficacemente le perturbazioni, siano esse esterne o interne, si genera al suo interno una situazione di instabilità che riflette una dissonanza tra le varie parti. Quando questo si verifica ovviamente la ciclicità si interrompe ponendo il sistema di fronte alla necessità di modificarsi per potersi adattare alle nuove condizioni che si sono venute a verificare. All'interno però di sistemi rigidi la ciclicità e la stabilità del sistema possono diventare una caratteristica fondamentale. Quando ciò si verifica il sistema diventa incapace di apprendere e adattarsi ai nuovi modelli emergenti, rimanendo legato a mappe non più adeguate e generando dinamiche che danneggiano il sistema stesso e/o gli elementi interni al sistema. Da un punto di vista comunicativo invece una condizione di incongruenza comunicativa si può riscontrare nella teoria del doppio legame. Bateson prendendo in esame la schizofrenia aveva infatti ipotizzato che i soggetti affetti da schizofrenia non solo non fossero in grado di discriminare fra tipi logici, ma che inoltre il loro stile comunicativo non convenzionale si dovesse essere in qualche modo sviluppato all'interno del proprio contesto, dove questo doveva risultare appropriato. Nella teoria del doppio legame Bateson ha infatti evidenziato che una persona nel momento in cui riceve due messaggi incompatibili, in cui uno nega la possibilità di rispondere in modo coerente all'altro, si ritrova in una condizione per cui nessuna risposta risulterà efficace. Il doppio legame intrappola infatti l'individuo in una condizione di profonda incongruenza da un punto di vista comunicativo.

Se riportiamo quindi, il "mismatch" comunicativo a livello del suo contesto, e quindi a livello sistemico, vedremo che anche in questo caso ci troveremo in un sistema relazionale ciclico che non è in grado di autoregolarsi efficacemente.

Anche in questi casi, infatti, sembrerebbe che i feedback che dovrebbero correggere il sistema siano resi inefficaci dalla contraddizione intrinseca dei messaggi, portando quindi a reazioni problematiche e creando un circolo

vizioso che impedisce qualsiasi tipo di risoluzione o adattamento. Nella prospettiva di Bateson inoltre la mente, come abbiamo già detto, non è un'entità isolata o statica, ma è parte di un sistema ecologico complesso che include ambiente, cultura e altre menti. In questa concezione ecologica della mente la distribuzione delle informazioni non è uniforme, ma dipende da una moltitudine di fattori come le percezioni individuali, le interazioni sociali e la struttura stessa del sistema. Bateson sostiene infatti che ogni sistema è una rete di flussi informativi che non sono distribuiti in modo uguale tra tutti gli elementi coinvolti. Questa distribuzione non omogenea, che crea un disequilibrio tra i vari elementi del sistema, viene visto come un fattore intrinseco dell'unità e della flessibilità dei sistemi (criterio della segretezza). Potremmo infatti dire che la distribuzione non omogenea delle informazioni crea un certo livello di incertezza, di entropia e quindi di potenziale cambiamento ed evoluzione; e questo è il potere del gruppo. Volendo ora fare un passo successivo, e quindi unire l'istinto di morte e la coazione ripetere, con i concetti di doppio legame, ciclicità e distribuzione non uniforme delle informazioni potremmo dire che, entrambi gli autori, pongono l'attenzione sulla difficoltà di poter rompere dei cicli che diventano distruttivi. Come abbiamo detto infatti un individuo all'interno del suo sistema relazionale può trovarsi, per schemi interni o per modalità comunicative, in sistemi rigidi, che lo mettono di fronte a una dualità mortifera poiché si ritroverà in una situazione nella quale non può rimanere, ma non può nemmeno uscire.

Quando questo si verifica l'individuo può mettere in atto, anche a livello inconscio, comportamenti che spingono verso la distruzione dell'altro o di se stesso. In quest'ottica quindi l'istinto di morte può essere visto come un modo per introdurre in un sistema rigido, che poggia sulla ciclicità, un qualche livello di entropia per provare a rimettere in moto il meccanismo inceppato del funzionamento attraverso i feedback.

Inoltre, potremmo anche dire che in qualche modo quei sistemi che mancano di differenziazione delle informazioni, e che quindi tendono alla staticità e all'impossibilità di evolvere, potrebbero essere visti come veri e propri sistemi psichici formati da una mente collettiva. In quest'ottica quindi l'istinto di morte del singolo o del sistema potrebbe essere anche visto come il riflesso di un sistema psichico che, incapace di integrare variazioni, tende alla distruzione come via finale. Sulla base di questo potremmo inoltre dire che anche la coazione a ripetere potrebbe essere un riflesso di un sistema psichico. Se infatti pensiamo a tutti quei sistemi che, per motivazione più o meno chiare, perdono la loro natura ecologica abbracciando staticità e ciclicità irreversibile, potremmo ipotizzare che il trovarci consciamente o inconsciamente a rivivere episodi dolorosi non sia altro che il riflesso del sistema stesso che non permette nessun altro movimento. Ma la coazione a ripetere può anche essere vista come una strutturazione individuale di una comunicazione sistemica disfunzionale. Quando un individuo si trova all'interno di un doppio legame possiamo ipotizzare che si ritroverà a provare alti livelli di ansia, confusione e dolore, che con il passare del tempo risulteranno essere il normale funzionamento dell'individuo. E se è vero, come dice Bateson, che un soggetto che vive in una condizione di doppio legame potrà diventare uno schizofrenico oppure un comico, potremmo ipotizzare che anche nel momento in cui riuscisse ad uscire da quella relazione di doppio legame, il doppio legame sarà diventata una parte interna di se stesso talmente saliente da portare quell'individuo a ricercare, consciamente o inconsciamente, tali sensazioni di normalità. Considerato questo, credo che un ulteriore passaggio andrebbe fatto su quello che è l'aspetto innato dell'aggressività dell'istinto di morte. Nella prospettiva di Freud, infatti, egli ipotizza che l'istinto di morte sia intrinsecamente aggressivo e che, se viene rivolto verso l'esterno possa

spingere verso la violenza, la prevaricazione e la guerra. Bateson invece fa risalire anche il concetto di aggressività ad un aspetto più ecologico, sostenendo che ogni aspetto caratteriologico di un individuo è determinato dalle sue interazioni e relazioni. Aggiungeremo che numerosi altri autori, quali ad esempio Hèritier e Fromm, si sono interrogati sulla violenza e sull'aggressività all'interno dei contesti umani. Tra questi probabilmente proprio Fromm riesce a dare una visione che integra innato e culturale. Egli si è infatti interrogato a lungo sulla natura dell'aggressività andando a individuare due tipi di aggressività che definisce come aggressività benigna e aggressività maligna. Nella concettualizzazione di Fromm l'aggressività benigna corrisponde all'aggressività istintuale, messa in atto da un qualsiasi essere vivente per la sopravvivenza. Mentre l'aggressività maligna viene fatta coincidere con sadismo e necrofilia, quindi con una tendenza alla violenza gratuita e spesso perversa che rappresenta una manifestazione profondamente umana. Nella distinzione di Fromm le due forme di aggressività hanno origine diversa. Egli, infatti, sostiene che l'aggressività benigna è innata, mentre quella maligna nasce dal contesto. Volendo un po' unire quindi tutti questi aspetti potremmo dire che, se è vero che l'aggressività ha una manifestazione di origine sistemico, è altrettanto vero che essa ha una base innata. Perché essa sia prodotta ed esperita è infatti necessario che sussista una relazione; ed inoltre è possibile anche sostenere che sia fortemente influenzata dal contesto sia esso familiare, relazionale o sociale. Ma va anche ricordato che una componente aggressiva di fondo è insita biologicamente in ogni animale, e quindi anche nell'uomo. Quindi forse anche in questo caso il pensiero di Freud e di Bateson non sono poi antitetici. Il contesto, le relazioni, il sistema infatti trasmettono all'individuo messaggi che vengono interiorizzati e che hanno una profonda influenza sulla formazione dell'individuo e del suo carattere, portando anche al deutero-apprendimento, ovvero

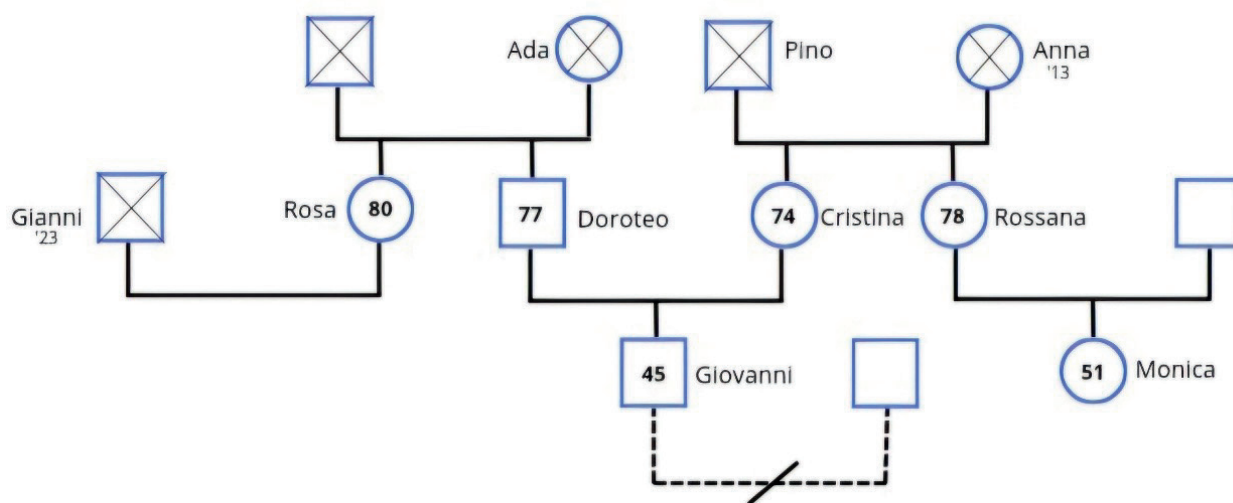
al processo attraverso cui un individuo apprende come imparare, modificando i propri schemi di apprendimento sulla base delle esperienze e delle interazioni con l'ambiente che lo circonda.

Inoltre, è anche vero che attraverso il contesto tale componente prende un nome, una forma e un'accettabilità. Ma possiamo anche supporre, a livello contrario, che, se l'aggressività non avesse avuto un impianto su cui attecchire non avrebbe avuto modo di manifestarsi all'interno di nessun sistema.

Morire per vivere

Giovanni è un paziente che seguo da gennaio 2024 con cadenza settimanale. Ha alle spalle una lunga storia di sofferenza psicologica, caratterizzata da disturbi alimentari, bullismo e difficoltà nell'accettazione del proprio corpo. Il punto di svolta più drammatico della sua vita è rappresentato dal tentato suicidio avvenuto in seguito a una grave anoressia, che lo aveva portato a un ricovero ospedaliero in condizioni estremamente critiche. Il momento in cui si è specchiato e ha visto le sue condizioni fisiche ha segnato la decisione di togliersi la vita, gettandosi dalla finestra. Sebbene il gesto non abbia avuto l'esito letale, la caduta ha provocato fratture gravi agli arti e alla colonna vertebrale, compromettendo in modo permanente la sua capacità di provare piacere sessuale. Questo

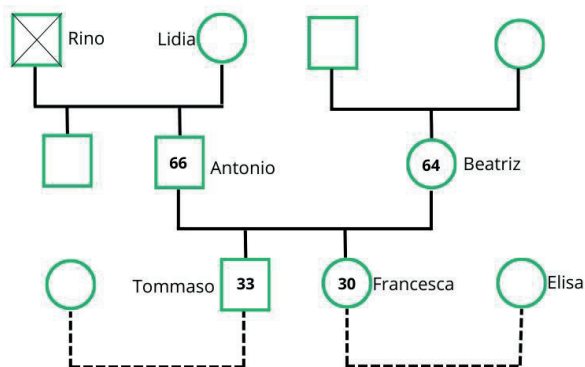
evento ha lasciato in lui un profondo senso di colpa, sia nei confronti di se stesso che della sua famiglia, rafforzato dalla lettura successiva di testi che proponevano alternative per affrontare il dolore. Tuttavia, il tentativo di suicidio ha rappresentato anche un paradossale momento di rinascita: qualcosa in lui è morto, ma qualcos'altro è nato. Questo aspetto ambivalente è diventato un tema centrale nel percorso terapeutico, in cui Giovanni cerca di rinarrare quell'atto di morte come un'opportunità di vita. La sua sofferenza è legata anche a un'infanzia segnata da una madre giudicante e un padre distante, che hanno alimentato in lui un profondo senso di inadeguatezza. Anche le sue relazioni sentimentali sono state complesse, come quella con Filippo, un uomo che inizialmente sembrava offrirgli accoglienza ma che si è rivelato manipolatorio e abusante. Giovanni ha vissuto numerosi episodi di discriminazione e violenza, tra cui un tentato stupro che ha subito mentre tornava a casa. Il mancato supporto da parte delle autorità e del personale ospedaliero ha rafforzato in lui la sensazione di non essere accolto dalla società. Il suo percorso terapeutico è quindi incentrato sulla rielaborazione del tentato suicidio, del senso di colpa e del bisogno di accettazione, con l'obiettivo di ricostruire una narrazione che gli permetta di riconoscere il proprio valore e di darsi la possibilità di vivere.



Frammenti di morte

Francesca arriva in terapia a marzo 2024 descrivendo un senso di vuoto e mancanza di motivazione, nonostante sia molto produttiva sul lavoro. Questo stato di affaticamento si manifesta con momenti di crisi in cui si chiude in bagno a piangere, senza riuscire a comprendere il senso delle proprie azioni. Il lavoro, trasmessole come valore centrale dal padre, è diventato per lei un dovere ingombrante che la porta a reprimere le emozioni, soprattutto la rabbia, che gestisce in modo disfunzionale: o la trattiene, seguendo la regola familiare del “non ci si deve lamentare”, o la sfoga con esplosioni verbali, soprattutto verso la fidanzata, generando in lei un forte senso di colpa.

Nel corso delle sedute emerge un tema ancora più profondo: Francesca riferisce di avere pensieri autolesivi ricorrenti, che ha sempre considerato normali fino a quando la fidanzata non le ha fatto



notare il contrario. Questi pensieri si manifestano in modo improvviso e dettagliato: immagina di pugnalarsi al petto mentre cucina o di schiantarsi contro un albero mentre guida, visualizzando con estrema precisione le ferite, gli organi coinvolti e i tempi necessari alla morte. Sebbene affermi di non volersi fare del male e di riuscire a controllare questi impulsi, il fatto di aver scoperto che non siano “normali” la spaventa profondamente, facendola sentire diversa e sbagliata.

Esplorando il significato di queste immagini, emerge una costante: in ogni scenario il primo organo a essere colpito è sempre il cuore. Questo dato apre alla possibilità che il suo dolore

emotivo e la repressione delle emozioni possano trovare in questi pensieri una forma simbolica di espressione. Il percorso terapeutico si concentra quindi sulla comprensione del legame tra il suo vissuto familiare, il senso di inadeguatezza emotiva e questi impulsi autolesivi, con l’obiettivo di aiutarla a trovare modalità più sane per accogliere e gestire il proprio mondo interiore.

Il rimbombo del terapeuta: tra catene ed ali

Alla fine dello scorso anno, durante una lezione, ho scritto una frase. Tale frase ha in qualche modo assunto dentro di me la valenza di un’ipotesi che mi ha guidato finora, sia per quanto riguarda il mio percorso individuale, sia, ovviamente, per quanto riguarda il mio percorso professionale:

“Siamo esseri imperfetti, in un sistema indeterministico fatto solo di punti di singolarità.”

Tale assunto è alla base di questa mia tesi. I punti di singolarità, che potremmo anche definire come punti di irregolarità, di cambiamento, sono gli unici aspetti visibili di quello che in questa tesi abbiamo definito mente. Ma noi siamo in grado di vederli tutti? Oppure possiamo coglierne solo un numero limitato? Il mio interrogativo nasceva dal desiderio di comprendere cosa io e i miei pazienti sentissimo di dover distruggere, di dover lasciar morire, e quanto questo fosse legato alla nostra storia familiare. Avevo chiara la sensazione che, per adattarci al nostro contesto, avessimo sacrificato la nostra parte emotiva sull’altare dell’iper-razionalizzazione, considerandola inadeguata e non necessaria. Ma quel desiderio di annullamento apparteneva davvero a noi o ci era stato trasmesso dal nostro sistema di origine? Questa riflessione si intensificava mentre osservavo nei miei pazienti il peso di una sofferenza non solo inespresa, ma nemmeno legittimata. E risuonava in me. Mi interrogavo su come mai, proprio in quel momento, quella sofferenza apparisse così evidente ai miei occhi. La risposta che trovavo era legata alla mia appartenenza al sistema familiare e all’antagonismo intrinseco tra prestazionalità ed emotività. Tutto questo mi abitava mentre,

nel mio lavoro, ho subito un'aggressione da parte di un ragazzo autistico che seguivo da anni. L'episodio ha innescato dentro di me un senso di fragilità profonda, portandomi a cercare rifugio nella mia abituale difesa: l'iper-razionalizzazione. Ho cercato nei dati una conferma che potesse normalizzare il mio vissuto, ma per la prima volta il mio meccanismo di difesa ha fallito, lasciandomi in balia delle mie emozioni.

In quel momento, mi sono ritrovata a muovermi in una mente condivisa in cui violenza, pensieri di morte e sofferenza si intersecavano.

Ma in quel caos, il crollo delle mie difese ha dato vita a una nuova narrativa. Ho iniziato a vedere con chiarezza quanta violenza avevo inflitto a me stessa reprimendo la mia emotività. Riconoscere quelle catene mi ha permesso, finalmente, di legittimare la sofferenza mia e dei miei pazienti, comprendendo come nel nostro sistema familiare l'emotività non fosse solo squalificata, ma addirittura resa pericolosa. E così, in quella nuova prospettiva, la distruzione e la morte che sentivo intorno e dentro di me si rivelavano come parte del processo di trasformazione. Per poter accogliere qualcosa di nuovo, dovevo lasciar morire il vecchio. E in ogni frammento di morte iniziavo a scorgere la possibilità della vita.

Conclusioni

Le conclusioni di questo lavoro rappresentano la sintesi di un percorso di riflessione che intreccia concetti psicoanalitici e sistemici con l'esperienza clinica e personale, ponendo al centro l'indeterminismo umano.

L'incontro terapeutico è stato esplorato come uno spazio di risonanza emotiva, dove le esperienze soggettive si intrecciano, permettendo la trasformazione di pulsioni profonde. Ogni paziente, con le sue contraddizioni e speranze, ha risuonato nel mio vissuto, mostrando come la rigidità dei sistemi e la coazione a ripetere possano intrappolare l'individuo in cicli di sofferenza e autodistruzione.

Il doppio legame emerge come chiave per comprendere come il contesto familiare possa

impedire vie di fuga, alimentando la distruttività come estrema forma di liberazione. La pulsione di morte, spesso vista come una forza negativa, si è rivelata anche un motore di rinascita, permettendo di dare legittimità al dolore e trasformarlo in un'opportunità di crescita.

A livello personale, il crollo delle difese iper-razionali mi ha condotta a riconsiderare la mia storia, riconoscendo come la razionalità eccessiva potesse soffocare la mia autenticità. Questo percorso mi ha permesso di vedere l'aggressività come una forza vitale e di accogliere la sofferenza non come una catena, ma come uno spazio di trasformazione.

La consapevolezza delle mie catene mi ha infatti aperto la strada per legittimare finalmente quella sofferenza che mi risuonava dai racconti dei miei pazienti, in un percorso che si è rivelato come una continua danza tra catene e ali, tra vincoli e libertà, in cui ogni punto di singolarità ha aperto ed apre all'opportunità di ridefinire le proprie narrazioni.

I punti di singolarità, in questa mia narrazione, portano infatti al loro interno dei momenti di crisi, in cui emergono potenti forze interne ambivalenti di vita e morte.

Potremmo quindi dire che la mente condivisa, che si forma all'interno di quel microsistema indeterministico rappresentato dalla stanza di terapia, apre a dinamiche complesse. Dinamiche che trascendono il linguaggio, creando uno spazio di comunicazione profonda e spesso non verbale, in un sistema di rispecchiamenti e rimandi reciproci, in cui le risonanze interne diventano parte integrante della mente condivisa. Tali risonanze, infatti, non sono semplici reazioni emotive, ma informazioni vive e mutevoli che, sebbene inizialmente entrino come meta-comunicazione, possono essere svelate e portare, a tempo debito, a nuovi punti di singolarità.

Bibliografia

- Bateson, G. (1993). *Mente e natura: un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G., & Longo, G. (2000). *Verso un'ecologia della mente* (Vol. 17). Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (2016). *Verso un'ecologia della mente*. Edizione speciale corriere della sera. Milano: Corriere della sera.
- Fromm, E. (1975). *Anatomia della distruttività umana* (A. Montanari, Trad.). Milano: Mondadori. (Opera originale pubblicata nel 1973)
- Freud, S. (1995). *Al di là del principio di piacere* (A. Civita, a cura di). Milano: Bruno Mondadori.
- Freud, S. (2016). *Introduzione alla psicanalisi*. Edizione speciale corriere della sera. Milano: Corriere della sera.
- Héritier, F. (2002). *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza* (C. Bongiovanni, Trad.). Torino: Einaudi. (Opera originale pubblicata nel 1996)



Alla scoperta del mio sé terapeutico: a bordo con Silvia, i miei pazienti e... Nietzsche!

Arianna Broglia ¹²

Sommario:

In questo elaborato l'autrice analizzando il libro "Le lacrime di Nietzsche" (Yalom, 1992) arriva a riflettere sul proprio sé terapeutico, sulla relazione terapeuta-paziente e sull'importanza dell'analisi didattica, la terapia che l'allievo psicoterapeuta fa su di sé con la guida di un terapeuta esperto. Nell'elaborato l'autrice esamina l'evolversi della relazione tra il medico dr. Brower e il suo paziente, il filosofo Nietzsche. Si tratta di un paziente particolare, perché all'inizio della storia il medico viene sollecitato a contattare il filosofo per convincerlo a farsi prendere in cura, da una terza persona amica intima di Nietzsche, che si era resa conto del suo profondo malessere. La relazione terapeutica tra i due si evolverà tanto che permetterà al medico di elaborare e superare un tormento che lo aveva perseguitato da anni. In questo modo entrambi arriveranno ad una importante risoluzione emotiva. L'autrice pone l'attenzione sull'aspetto della relazione "a specchio" che può nascere durante una terapia, fornisce esempi colti dalla propria esperienza professionale e riflette su come a volte la terapia possa portare anche il terapeuta stesso a scoprire e conoscere nuovi aspetti di sé proprio grazie ad un paziente, così come avviene nel libro attenzionato dall'autrice. Secondo l'autrice anche per questo lo spazio dedicato all'analisi didattica è essenziale per lavorare sulle parti di sé.

Parole chiave:

Analisi didattica, relazione terapeutica, esserci, autenticità, sé terapeutico, relazione "a specchio".

Abstract:

In this writing the author analyzes the book "Le lacrime di Nietzsche" (Yalom, 1992) and reflects on her therapeutic self, the therapist-patient relationship and the importance of didactic analysis, which is the therapy that the trainee psychotherapist does with the guidance of an experienced therapist. In the essay the author examines the evolution of the relationships between the doctor Dr. Brower and his patient, the philosopher Nietzsche. This one is a particular patient because at the beginning of the story, the doctor is urged to contact the philosopher to convince him to be treated by a third person who is a close friend of Nietzsche who had become aware of his profound internal malaise. The therapeutic relationship will evolve so much that it will allow the doctor to process and overcome a torment that had persecuted him for years. In this way both of them will arrive at an important emotional resolution. The author focuses on the "mirror" relationship that can born during a therapy, providing examples drawn from her professional experience. She reflects on how therapy can sometimes lead the therapist themselves to discover and understand new aspects of themselves, thanks to a patient, just as happens in the book highlighted by the author. According to her, this is also why the space dedicated to didactic analysis is essential for working on different parts of oneself.

Keywords:

Didactic analysis, therapeutic relationship, be present, authenticity, therapeutic self, "mirror" relationship.

12 - Arianna Broglia, psicologa psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicoterapia Sistemica Integrata, E-mail: arianna.broglia@virgilio.it

“Le lacrime di Nietzsche” di Yalom (1992) racconta che il filosofo arriva al consulto del dottor Breuer in seguito all’interessamento della giovane Lou Salomé. Quest’ultima infatti, carissima amica intima di Nietzsche, venuta a conoscenza dei sintomi invalidanti come forti emicranie, insonnia, nausea, febbre e parziale cecità che hanno portato Nietzsche a tentare più volte il suicidio, si reca dal dottor Breuer implorandolo di aiutare il filosofo.

Già al primo incontro con il filosofo, Breuer percepisce il suo paziente avvolto da una disperazione estrema ed è convinto che per far sì che possa stare meglio occorra una guarigione dell’anima, psichica. Breuer ritiene di trovarsi in una situazione simile a quella che può provare Nietzsche, si sente infatti attratto da una donna su cui ha sperimentato un trattamento, Berta (che nel libro nomina “Anna O.”), e questo sentimento è causa di contrasti all’interno della vita matrimoniale con la moglie Matilde, gli provoca ansia e insonnia e per questo si sente disperato perché non trova una via d’uscita che non sia la distruzione della vita rispettabile che si è costruito. Nietzsche inizialmente è scettico all’idea di farsi curare, convinto com’è che nessun dottore possa essergli d’aiuto. Tuttavia in seguito a una notte di tormenti insopportabili, Breuer, chiamato dal gestore della locanda in cui Nietzsche alloggia, salva la vita al filosofo e riesce a convincerlo a farsi ricoverare in una clinica. I due stipulano un contratto particolare: Breuer sarà il medico personale di Nietzsche e lo visiterà ogni giorno, in cambio Nietzsche dovrà offrire a Breuer consulenze filosofiche per aiutarlo a guarire dalla sua disperazione profonda, dovuta secondo lui dall’attrazione ossessiva per Berta, dal senso di colpa che ne consegue e dal senso di progionia dato dal matrimonio con Matilde.

Breuer propone questo scambio con la convinzione che parlando lui stesso della propria disperazione, anche Nietzsche si sentirà poi portato a parlare della propria, arrivando così a nominare l’origine dei sintomi, ovvero secondo

lui la relazione tormentata con Lou Salomé e il senso di solitudine che ne deriva.

Succede dunque che a un certo punto il dottor Breuer sceglie di vestire i panni di “paziente”, aprendosi e rivelando alcune sue parti sofferenti per agevolare Nietzsche a vedere le proprie.

Grazie a questa apertura, dopo numerose sedute durante le quali la relazione tra i due protagonisti si evolve, entrambi arriveranno ad una importante e liberatoria risoluzione emotiva.

Il libro narra di un medico, il dottor Breuer, e di un paziente, Nietzsche; un medico che intende curare un paziente, ma ben presto nella storia questi ruoli diventano quasi interscambiabili, ciò mi ha richiamata al mio essere “paziente” in analisi didattica e terapeuta nel mio studio, ma anche ad essere in qualche modo “paziente” dei miei stessi pazienti tutte le volte che sono proprio loro a insegnarmi delle cose o anche a farmi vedere meglio alcune parti di me, che poi ho cura di portare e analizzare nella mia analisi didattica. In “Le lacrime di Nietzsche” (1992), il dottor Breuer è consapevole di sperimentare una nuova tecnica o metodologia di approccio per la cura della depressione e di altri disturbi legati alla psiche, si trova a riflettere infatti su che cosa potrà significare un giorno essere medici “dell’Angst”, ovvero psicoterapeuti specializzati nella relazione, medici che utilizzano una terapia o cura basata sul parlare. Il dottor Breuer pronuncia proprio queste parole: «Cosa conterrà il curriculum di studi di questo futuro “medico dell’Angst”? Al momento posso essere certo soltanto di un corso essenziale: “relazione”! Ed ecco che sorgono le complicazioni. Come i chirurghi devono imparare anzitutto l’anatomia, così il futuro “medico dell’Angst” dovrà prima capire il rapporto esistente tra chi consiglia e chi è consigliato» (pp. 336-337). Un esempio che trovo emblematico per quanto riguarda la riflessione sulla relazione terapeuta-paziente è quanto è successo durante una seduta con Riccardo. Riccardo mi aveva appena narrato l’ultimo giorno passato con il padre prima che morisse improvvisamente e mostrato una foto,

quando si è messo a piangere; in quel momento ho sentito una forte connessione, mi sono venuti i brividi e mi sono commossa anch'io, perché quel racconto mi aveva fatto tornare alla mente l'ultimo giorno trascorso con mio nonno, proprio il giorno prima che mancasse, anche lui improvvisamente, anche lui, come il padre del mio paziente, due anni prima. Ho percepito subito che, nel vedermi commossa, la persona davanti a me si sia sentita in qualche modo sollevata. Si è trattato infatti di una condivisione importante, quella della commozione.

Quel momento è stato molto importante per la relazione terapeutica, l'ha rafforzata. Non c'è stato bisogno di dire niente, siamo stati a contatto con un'emozione molto forte, nel vedermi commossa il mio paziente si è sentito sollevato e, finalmente, si è concesso di abbandonarsi più facilmente al pianto. Esempi concreti di questo tipo che accadono nelle mie terapie mi hanno fatta realizzare l'importanza di un incontro reale e profondo con l'altro, che appunto a volte può anche significare donare un "pezzo di sé". Se i miei pazienti mi vedono innanzitutto come persona, mi sentono realmente interessata e vicina a loro, sono più fiduciosi e si sentono più sicuri nel rivelare le parti di sé più dolorose o che ritengono più imbarazzanti, succede quello che succede tra Breuer e Nietzsche, che comincia ad aprirsi solo dopo che anche il dottore si è aperto. Sto riflettendo tanto in analisi didattica su quello che è il mio sé terapeutico, sono piuttosto sicura che uno degli aspetti su cui cerco di porre maggiore attenzione in ciascuna seduta sia proprio quello umano. Alla fine di ogni seduta mi scopro serena se durante l'ora di terapia trascorsa percepisco che il mio paziente si è sentito prima di tutto come una persona, accolta da un'altra persona, perché so bene che sì, anche se quello tra terapeuta e paziente è un rapporto professionalmente asimmetrico, desidero non essere vista come persona "risolta" che, dall'alto si sente in grado di indicare cosa sia "giusto" o "sano" e cosa no. Siamo in quella stanza per viaggiare e fare scoperte insieme, io con le mappe

e gli strumenti che ci possono guidare, mentre il paziente è il massimo esperto del territorio su cui stiamo navigando.

A questo proposito, nell'ultimo periodo è successo che abbia proposto un esercizio a una ragazza, Carlotta, e che lei, dopo avere iniziato, mi abbia chiesto di fermarmi perché sentiva che in quel momento non era ciò di cui aveva bisogno, ma intendeva in realtà impiegare il tempo a nostra disposizione parlandomi, senza ricorrere a esercizi di alcun tipo. Sono stata molto soddisfatta di Carlotta ma anche di me, perché ero felice di quello che era appena successo; la relazione con Carlotta è viva e solida, perché la ragazza si sente legittimata a "prendere il timone", può dirmi di "no". In quel caso credo che il "no" di Carlotta sia stato più terapeutico rispetto all'esercizio in cui l'avrei condotta, Carlotta infatti è una ragazza molto giovane che difficilmente prende l'iniziativa nel suo quotidiano; con me quel giorno si è permessa di essere creativa e di ascoltarsi e questo le ha permesso di alimentare la sua parte di autostima che ad oggi ha ancora bisogno di essere sviluppata.

Stare in relazione con Silvia, la mia terapeuta dell'analisi didattica, è bello, vedo lei e la sua stanza come un luogo sicuro, dove poter portare ed esplorare tutte le mie parti perché so che verranno accolte con rispetto e cura. È una sensazione, la mia, che desidero e mi auguro possano sperimentare anche tutti i miei pazienti. Silvia è molto attenta alla relazione, in questo primo anno di lavoro insieme mi sono sempre sentita una persona valida, interessante da ascoltare nonostante le giornate o i pensieri più difficili, "alla pari" non solo nei momenti dedicati alle mie supervisioni dove in qualche modo sono anch'io nel ruolo di terapeuta, ma anche durante le ore che destino a parlare delle mie parti private. Vivere degli incontri piacevoli e costruttivi, tuttavia, non è sempre facile, anzi alcune volte è molto complesso. Succede a volte che possa sentirmi distante dal paziente, magari anche solo per qualche istante; so che questo può accadere per diversi motivi: eccessiva stanchezza, calo di

attenzione, i miei momenti “no”, noia. La fatica più grande per me è quando provo delle sensazioni spiacevoli nei confronti del paziente che mi sta narrando una storia.

Con una paziente in particolare tendo a fare più fatica in assoluto per questo motivo. Si tratta di Alessia, una giovane donna che seguo da un paio d’anni, è stata una delle mie prime pazienti.

Alessia è stata adottata all’età di quattro anni, è figlia unica e prova dei sentimenti contrastanti per i genitori. Si definisce “grata” per il gesto dell’adozione che le ha permesso una vita in un paese avanzato, ma allo stesso tempo sento che è estremamente severa e polemica verso i genitori. Abbiamo accolto, guardato e analizzato le sue emozioni nei loro confronti, il motivo che l’aveva portata da me, infatti, è proprio legato al rapporto che ha con la madre. La loro è una relazione molto tormentata, peggiorata in seguito alla morte del padre. Verso Alessia provo dei sentimenti altalenanti, mi sento solidale con lei per tutte le difficoltà che ha vissuto da bambina nel paese d’origine e sicuramente anche per altre situazioni difficili che è stata chiamata ad affrontare successivamente, tra cui l’improvvisa morte del padre. Tuttavia, sono anche consapevole del mio fastidio nei suoi confronti tutte le volte che, appunto, la sento tanto polemica verso la madre. Cerco di stare attenta a questa emozione, di vederla sempre e poi portarla in analisi didattica per comprenderla e utilizzarla al meglio.

Un giorno è successo che Alessia sia arrivata in studio molto arrabbiata perché una serie di amiche le avevano detto all’ultimo momento che non ci sarebbero state per una cena a cui Alessia interessava molto partecipare e non era poi riuscita a organizzarsi in modo diverso.

Avevo riconosciuto il mio fastidio fin dal primo momento, perché Alessia aveva iniziato a portarmi una serie di lamentele per alcune presunte mancanze di alcune sue amiche.

Avevo cercato di entrare in contatto con la sua emozione, anche facendo ricorso alle mie memorie emotive (Stanislavskij, 1938), ovvero richiamando alla mente come mi sento io quando

capita che per vari motivi non riesco a fare le uscite che desidero con le persone che desidero perché queste ultime non possono. Nonostante questo, continuava ad arrivarmi che a lei in qualche modo è sempre tutto dovuto, visto che ha sofferto tanto in passato. È certo una sensazione forte e centrale per il suo percorso; tuttavia, quel giorno la percepivo arrogante e insopportabile!

In un momento di massima tensione ho ripreso le ultime parole di Alessia, riguardo un messaggio che aveva scritto a una delle ragazze, come incipit per porle una domanda. Non c’è stato il tempo di finire la frase che Alessia si è mostrata stizzita, dicendomi: “Certo che ho scritto quel messaggio, puoi non credermi ma non ti ho detto una bugia!”. Ho avuto qualche istante di smarrimento, mi sono sentita in estrema difficoltà e in imbarazzo, oltre che molto dispiaciuta per averla in qualche modo fatta sentire non creduta.

Mi è venuto in mente immediatamente “Il dono della terapia” (Yalom, 2002), il precetto 28 (pp.96-98) fa proprio riferimento al controllo della relazione terapeuta-paziente nel qui ed ora. Ero molto spaventata ma ho scelto di prendere coraggio, rimanere con quelle emozioni per analizzare che cosa stava succedendo in quel momento nella mia stanza di terapia. Ho dunque chiesto ad Alessia di fermarci un attimo per capire cosa stesse succedendo tra noi, le ho chiesto che cosa, di quello che aveva visto o sentito da me, l’aveva portata a pensare che non le stessi credendo. Mi ha risposto che in realtà non lo sapeva bene, ma che aveva solo avuto questa sensazione dopo che io avevo ripreso le sue ultime parole. Da parte mia le ho detto che ho ripreso le sue parole non per metterle in dubbio, ma per continuare da lì ponendole una domanda. Mi sono poi domandata se anche con le relazioni amicali abbia questo atteggiamento e se il mio fastidio sia anche quello che possono provare le sue amiche che poi tendono a non chiamarla nelle loro uscite. Le ho rimandato che stavamo andando bene, le ho rivelato che io in effetti mi sentivo distante da lei, mi sono complimentata per essere riuscita a rompere la tensione tra noi

e le ho suggerito che parlare con lealtà come avevamo appena fatto noi in seduta potrebbe esserle utile anche al di fuori della stanza di terapia.

Alessia si è mostrata sollevata, ha affermato che è stato importante chiarirsi ma che è una manovra che non sa se riuscirà a fare con le amiche, perché ritiene si possa fare solo tra persone “mature” e “intelligenti”; mi ha comunque assicurato che tenterà. È stato un brutto momento, quello in cui Alessia mi si è mostrata arrabbiata, ma nonostante la difficoltà le sono grata perché è stato un momento di insegnamento per me e per il mio sé terapeutico.

L'episodio con Alessia è un ottimo esempio del fatto che a volte i miei pazienti mi riservano degli insegnamenti importanti, sia per la mia vita come terapeuta che come persona in generale.

In questo caso Alessia mi ha insegnato a stare nella scomodità, dapprima mettendomi a contatto con delle sensazioni faticose nei suoi confronti e in un secondo momento mi ha “costretta” a fare una cosa che non avevo mai fatto, ovvero analizzare insieme a lei quello che stava succedendo alla nostra interazione. Questa mossa, sono sicura, ci ha permesso di salvare la nostra relazione terapeutica e per questo motivo lo ritengo un momento in cui Alessia mi ha fatto da maestra. Sono grata a questa seduta perché ho imparato che posso stare anche in quel tipo di scomodità, quando mi capiterà di percepire tensione o distanza tra me e l'altra persona, farò attenzione a non fare finta di niente ma a valutare insieme al paziente che cosa sta succedendo tra noi. Per arrivare a fare questo penso non potessi avere una migliore maestra che la mia paziente Alessia, che si è presa il rischio di fermarsi per analizzare il disagio che stava provando durante la seduta, disagio che diversamente avrei molto probabilmente ignorato o sottovalutato.

Ci sono volte dove quello che narrano le persone in studio risuona con questioni mie. Anche in questi casi i pazienti mi insegnano qualcosa perché è qui che mi rendo conto di vedere meglio alcune parti di me, proprio grazie anche alle

parole che loro scelgono per descrivere emozioni e sensazioni che posso provare o avere provato anch'io. Portare nell'analisi personale ciò che sento grazie ai pazienti è importante sia per me che per i pazienti stessi; mi permette infatti di prendermi cura di quello che emerge dalle sedute di terapia dove sono io la terapeuta e questo è importante per il paziente, perché in questo modo avrò consapevolezza dei miei pezzi e dei temi più attivi per me in un dato periodo, diminuendo il rischio che possa proiettare sull'altro emozioni solo mie, che urlano a me, appunto, di essere viste e riconosciute.

In questi momenti molto delicati posso scegliere se esplicitare con le parole come mi sento, concedendomi una *self-disclosure*, sapendo che così facendo posso facilitare l'altro a vedere meglio qualcosa di sé. Come sostengono Bozzetto e Mosconi (2023), infatti, considerando anche il mio sentire come fonte di nuove possibili informazioni, posso rivelare dei vissuti miei, ovvero utilizzare la *self disclosure* in modo terapeutico. Ci sono momenti in cui è proprio il paziente stesso a farmi vedere meglio qualcosa di me. Questo avviene tutte le volte che, come scrive Yalom (2002, p.113): «...il paziente ha portato il perfetto balsamo per la ferita del terapeuta» riflettendo sulle tantissime volte in cui egli ha iniziato un'ora di terapia in uno stato di inquietudine e averla poi terminata sentendosi molto meglio. Secondo Yalom l'aiuto avviene grazie alla relazione intima che si sperimenta nella stanza di terapia. Queste riflessioni le ho trovate evidenti in “Le lacrime di Nietzsche”, specialmente quando i due protagonisti prendono consapevolezza delle storie simili e dei vissuti analoghi che stanno sperimentando nelle loro vite.

Breuer, in una delle sue riflessioni sull'andamento dell'esperimento messo in atto con Nietzsche dove il medico veste i panni di paziente, scrive: «Continuare a ingannarmi da solo non ha più senso. Nelle nostre sedute i pazienti sono due, ma il caso più urgente sono io. Strano, più mi rendo conto della cosa, più cordialmente Nietzsche e io sembriamo lavorare insieme» (p. 315).

È forte quello che arriva a dire Breuer in questo passo, che mi ha portata alla riflessione che in momenti così delicati dove si toccano corde comuni tra paziente e terapeuta, la terapia non sia solo per il paziente ma anche per il terapeuta stesso. Mi accorgo che a volte la metafora usata da Yalom, “il paziente come balsamo per il terapeuta” sia calzante per quello che sento avvenire tra me e i miei pazienti; a volte in effetti, in seguito a una seduta che ha toccato anche “pezzi” miei, mi sento meglio o comunque sento che si sono messe in moto nuove riflessioni da sviscerare, anche all’interno dell’analisi didattica. Nietzsche, che scrive le sue riflessioni su quello che crede essere il suo paziente, il dottor Breuer, in questo caso scrive:

«Gli ho dato la mia parola che cercherò di guarirlo. Ma il medico, come il saggio, deve prima di tutto guarire sé stesso. Soltanto allora il suo paziente potrà vedere con i propri occhi un uomo che guarisce sé stesso. Ma io non sono ancora guarito. Peggio: soffro proprio delle stesse pene da cui è afflitto Josef. Che io, con il mio silenzio, stia dunque facendo ciò che ho giurato di non fare mai: tradire un amico? Devo parlargli della mia afflizione? Perderà la fiducia che ha in me. Non gli farà male? Non dirà che, se non ho guarito me stesso, non posso guarire nemmeno lui? Oppure si preoccuperà talmente per la mia afflizione da abbandonare l’impresa di lottare contro la propria? Può darsi che io possa servirlo meglio con il silenzio. O invece, con la presa di coscienza che soffriamo entrambi di un’afflizione simile, e che quindi è opportuno che uniamo le forze al fine di trovare una soluzione?» (pp. 317-318).

Questo è un momento centrale del libro perché si sta realizzando quello che era l’obiettivo originario di Breuer, ovvero, grazie alla narrazione della propria storia e dei propri vissuti emotivi, portare il filosofo a entrare in contatto con le proprie affezioni e poterne parlare.

Ho trovato le parole di Nietzsche e le domande che si pone molto importanti per noi terapeuti, egli mette in luce, infatti, l’importanza del dottore di essere a conoscenza delle proprie difficoltà e di

essersene preso cura avendoci lavorato su, a mio avviso, insieme ad un altro terapeuta.

In questo senso per me è molto importante e significativo fare analisi didattica. L’analisi didattica è imprescindibile perché mi permette di “vedere e capire meglio” quello che succede nelle terapie con i miei pazienti.

Quando escono temi caldi anche per me, mi accorgo che le domande che faccio ai miei pazienti, per esplorare al meglio il loro vissuto, sono le stesse domande che a seduta terminata tendo a fare anche a me stessa e che spesso scelgo di portare in analisi didattica per esplorare più in profondità quello che ho sentito emergere grazie alle mie terapie.

A questo proposito mi ha colpita tanto un passo che considero struggente, in “Le lacrime di Nietzsche”; si trova nella parte finale del libro, quando il filosofo arriva finalmente a liberarsi e aprirsi con Breuer riguardo le proprie affezioni, seguendo proprio l’esempio del dottore che per primo si era svelato narrando le proprie sofferenze e afferma che il lavoro svolto dal dottore gli è stato d’aiuto perché gli ha permesso di vedere meglio sé stesso.

In un dialogo con Breuer Nietzsche dice infatti: «...Ascolta la mia confessione, amico mio. (...) Questa donna, questa Lou Salomè, mi ha pervaso l’anima e ci si è stabilita. Non riesco a farla sloggiare. Non passa giorno, a volte nemmeno un’ora, senza che io pensi a lei. Perlopiù la odio. Penso di batterla, di umiliarla pubblicamente. Vorrei vederla strisciare, implorarmi di riprenderla con me! A volte mi capita invece il contrario, ho una grande nostalgia di lei, penso di prenderla per mano, a quando siamo usciti in barca a vela sul lago di Orta, di salutare insieme un’alba sull’Adriatico...» «E’ la tua Bertha» «Sì, è la mia Bertha! Ogni volta che mi parlavi della tua ossessione, ogni volta che cercavi di estirparla dalla mente, ogni volta che cercavi di capirne il significato, parlavi anche per me! Facevi una doppia fatica, la mia e la tua! Io mi nascondevo - come una donna - per tornare a strisciare fuori dopo che te n’eri andato, posando i piedi sulle tue orme e tentando di seguire il tuo percorso.

Codardo, mi accucciavo dietro di te, lasciando che tu fossi da solo ad affrontare i pericoli e le umiliazioni della pista che stavi seguendo». Sulle guance di Nietzsche scorrevano le lacrime, che lui si asciugò con un fazzoletto. «Ecco la mia confessione e la mia vergogna. Ora capisci i motivi del mio vivo interesse per la tua liberazione. Potrebbe essere la mia» (pp.416-417).

Mi piace l'insegnamento di Yalom riguardo al fatto che può capitare che siano proprio i pazienti a portare qualche giovamento al terapeuta stesso, questa consapevolezza mi permette di lavorare con una mente sempre aperta e pronta ad accogliere tutto ciò che posso imparare appunto grazie ai miei pazienti. Ho sviluppato questo approccio al lavoro grazie a una riflessione che mi ha portato Nicola, un ragazzo mio coetaneo che ha deciso di intraprendere un percorso terapeutico da me principalmente per stare sul tema della scelta del lavoro e sui propri obiettivi di vita futuri.

Al nostro terzo incontro, Nicola aveva aperto la seduta riflettendo sul fatto che parlare delle proprie affezioni sapendo e sentendo che io sono lì che lo ascolto e lo accolgo lo fa stare meglio, allo stesso tempo sente una leggera tristezza nel momento in cui riflette che questo è il mio lavoro e che probabilmente il mio nei suoi confronti non è un interesse autentico ma una mera questione commerciale, nel senso, precisa, che io vengo pagata per ascoltare ed eventualmente proporre qualche esercizio o attività per esplorare meglio i vari temi.

Questo pensiero mi ha toccata molto e mi ha permesso di rivedere la risposta che ho sempre dato alla domanda "Perché hai scelto questo lavoro?". Ho ringraziato Nicola esplicitando questa mia riflessione e mi sono presa qualche secondo per pensare a una risposta, perché volevo essere sicura che gli arrivasse qualcosa di autentico, e nello stesso tempo volevo permettermi di dare una risposta nuova anche a me. Mi sono sempre detta che ho scelto di fare la psicologa perché io da adolescente ho avuto bisogno di uno psicologo per affrontare un periodo complesso e, una volta superato, volevo portare quello che

avevo visto funzionare su di me anche ad altri.

Grazie alla riflessione di Nicola ho capito che la mia risposta oggi è cambiata, si è ampliata; mi sono tornate alla mente alcune parole di Yalom (2015), scritte in "Creature di un giorno", nel racconto "Tre piante", dove lo psichiatra rifugge appunto l'idea che la relazione con la paziente Helena possa "non essere altro che" una transazione commerciale. Egli, infatti, scrive: «Sento che io e lei ci siamo incontrati, che qualcosa di reale sta accadendo tra noi, che lei sta condividendo molto di sé con me e che io sono commosso e avvinto dalle sue parole. Non voglio che noi due veniamo sminuiti» (p. 180).

Nel rispondere a Nicola ho fatto tesoro di questa lettura e ho cercato di rimandare lo stesso concetto, non credo che "non siamo altro che" paziente e terapeuta, ma prima ancora siamo due persone in un rapporto intimo, mi interessa davvero la vita dei miei pazienti, non mi va di ridurre il mio lavoro ad una semplice transazione commerciale.

Ho scelto questo lavoro perché desidero offrire uno spazio in cui la persona possa sentirsi accolta, all'interno di una relazione risanatrice e autentica. Ho scoperto che mi piacerebbe essere ricordata dai miei ex pazienti come una persona che ha portato qualche esperienza positiva all'interno delle loro vite, convinta che quello che dopo tanto tempo si ricorderanno di me non sarà soltanto una specifica attività fatta in studio o qualche altra cosa tecnica, ma la sensazione della mia presenza e del mio interesse autentico nei loro confronti.

Mi piace costruire delle relazioni vere, basate sulla fiducia e sulla lealtà reciproca; nei miei contesti personali propongo questo e ho bisogno di questo, fatto che probabilmente si riflette anche sul mio sé terapeutico. Nicola mi ha assicurato di aver compreso la mia risposta e averne sentito l'autenticità e per questo mi ha detto di essere molto felice.

Ho avuto ovviamente cura di riferire a Silvia tutto questo, per confrontarmi sul modo in cui vivo il mio lavoro, e lei mi ha confermato e rafforzato la naturalezza di vedere il lavoro in questo modo,

sottolineando il privilegio che abbiamo noi terapeuti nello stare vicini ad altre persone anche nei loro momenti più complessi e più intrisi di sofferenza. La mia tutor mi ha anche sottolineato la bellezza e l'importanza per i pazienti di poter avere loro accanto dei terapeuti realmente interessati alle loro vite, tanti altri terapeuti potrebbero avere tutta un'altra visione riguardo al proprio lavoro, magari arrivando a fare percepire ai pazienti di essere in una relazione meno autentica; è bello e naturale sentire di volere bene ai nostri pazienti.

Oltre che con le parole, Silvia mi sta dimostrando, e quindi posso dire anche "insegnando", questo concetto con i fatti. È successo infatti che abbia passato delle giornate molto impegnative, in pensiero per la salute della mia amata gattina Cindy; sono stati momenti brutti, ma è stato bellissimo percepire la vicinanza e l'interesse autentico da parte di Silvia, che ha rappresentato un sostegno importante per vivere meglio quelle giornate e un'ulteriore conferma del fatto che mi voglia bene, per questo le sono ancora più grata.

Bibliografia

- Bozzetto, I., Mosconi, A., (Giugno 2023). *Le emozioni in terapia*. Disponibile in <http://connessioni.cmtf.it/le-emozioni-in-terapia/> Consultato il 14 settembre 2023.
- Yalom, I., (2002). *Il dono della terapia*. Vicenza: Neri Pozza Editori, 2014.
- Yalom, I., (1992). *Le lacrime di Nietzsche*. Vicenza: Neri Pozza Editori, 2010.
- Yalom, I., (2015). *Creature di un giorno e altre storie di psicoanalisi*. Vicenza: Neri Pozza Editori.
- Stanislavskij, K., S., (1938). *Il lavoro dell'attore su sé stesso*. Bari-Roma: Laterza, 2008.

