

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Narrazioni incarnate
e psicoterapia**

1 VOLUME 2016

Issn: 2279-6991



CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

Narrazioni incarnate e psicoterapia

1° volume 2016

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Alberto Cortesi, Daniela Ferrari, Eleonora De Ranieri, Giada Ghiretti

Redazione

Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Paolo Persia, Stefania Pellegrini, Daniela Ferrari, Eleonora De Ranieri, Giada Ghiretti.

Comitato Scientifico

Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Gwyn Daniel (Londra)

Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. **05** | **Editoriale**
Mirco Moroni, Antonio Restori
- pag. **06** | **Post modernismo nell'epoca della complessità:
la rêverie nella poetica della narrazione**
Antonio Restori
- pag. **12** | **Trasformazioni del concetto di supervisione:
il contributo del modello sistemico integrato**
Gabriele Moi
- pag. **20** | **Mediazione familiare ad approccio sistemico e psicoterapia
sistemica integrata**
Giada Ghiretti
- pag. **30** | **La figura dello psicologo nel servizio sociale del comune**
Facchini Francesca
- pag. **39** | **Il counseling insegnanti: l'esperienza al Centro per le Famiglie**
Eleonora De Ranieri
- pag. **50** | **Sportello pluralista. L'intervento nella scuola del consulente sistemico
integrato attraverso l'adozione del modello pluralista**
Cerchiari Giulia
- pag. **60** | **Cambiare in contesti non terapeutici. "Dalla visione terapeutocentrica
al lavoro di rete"**
Zanichelli Alessandra
- pag. **70** | **Il corpo in psicoterapia: quando il corpo diventa l'attore principale
della relazione terapeutica**
Michelle Visconti

- pag. **80** | **Costruirsi terapeuta consapevole: riflessioni su linguaggio e emozioni**
Cabini Alice
- pag. **88** | **Cambiamenti in psicoterapia: una riflessione sistemica integrata dal "now moment" al follow up**
Catelli Giulia
- pag. **98** | **"Elogio alla bellezza" la psicoterapia come esperienza estetica**
Silvia Vescovi
- pag. **110** | **Quando gli attaccamenti si incontrano: coppia caregiving e psicoterapia. Un caso clinico di organizzazione depressiva**
Veronica Gardoni
- pag. **122** | **Vedere con la Mente: La leggenda del Drago Bianco Occhi Blu**
Davide Caravaggi
- pag. **132** | **Seduti fra due sedie**
Scuntaro Francesca
- pag. **142** | **La punta dell'iceberg: l'approccio sistemico in un caso di codipendenza affettiva**
Ceroni Romina
- pag. **152** | **La vita attraverso le sue lenti: La storia di Marco**
Lato Federica

a cura di *Mirco Moroni* e *Antonio Restori*

Lo sviluppo delle applicazioni del modello sistemico integrato si estende creativamente oltre l'agire clinico nei contesti psicoterapeutici classici.

Le testimonianze dei didatti, degli allievi ed ex allievi dell'Istituto Idipsi sono un'evidenza ormai consolidata nei contesti dove operano. I due volumi che abbiamo deciso di pubblicare parlano dello sforzo creativo e generativo che nel percorso formativo prende forma di anno in anno.

Il primo volume è dedicato alle nuove contaminazioni cliniche ed epistemologiche che lo staff didattico ha deciso di affrontare. Dalle riletture junghiane, all'approccio sistemico pluralista e gestaltico; paradigmi epistemologici che trovano terreno fertile in un rinnovato modello sistemico capace di dialogare con le proprie premesse fondative e riconoscersi interconnesso con territori affini per sensibilità estetica e agire clinico. Attraverso esperienze di clinica applicata si riscontra un naturale interesse alla sperimentazione di specifici movimenti emergenti dalla relazione terapeutica che obbligano ad un costante rinnovamento del paradigma sistemico e quindi ad una riformulazione delle premesse teoriche che lo caratterizzano.

Il secondo volume è un saggio di estetica del cambiamento, per usare le parole di Keeney; racconta l'esperienza di un gruppo di coraggiosi naviganti nei mari più agitati della salute mentale (SPDC), e del modo in cui, con i loro strumenti, le loro tecniche, teorie e mappe, hanno saputo creare nuove manovre di navigazione mai sperimentate prima di allora, in una danza terapeutica coinvolgente.

Buone letture.

Post-modernismo nell'epoca della Complessità: la rêverie nella poetica della narrazione

Antonio Restori¹

Sommario

Si approfondisce il tema della narrazione in terapia, non solo attraverso i più noti riferimenti della letteratura post-moderna, ma ripartendo dal pensiero junghiano, e dai contributi di autori classici sia dell'antichità classica che del secolo scorso.

Parole chiave

narrazione, poetica, rêverie, mente, sistema

Summary

The topic is the narration in therapy, not only through the well-known references of postmodern literature, but from the Jung thought, and from the contributions of classical authors of classical antiquity and of the last century.

Key words

Narrative, poetic, reverie, mind, system.

¹Antonio Restori, Direttore Didattico IDIPSI – Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata – direzione@idipsi.it



*"L'intera attività terapeutica è in fondo
questa sorta di esercizio immaginativo
che recupera la tradizione orale del narrare storie:
la terapia ridà storia alla vita"
J.Hillmann (1983)*

Le immagini dell'anima

Quando Ulisse alla corte del re dei Feaci siede in incognito e sente l'aedo cieco che canta e racconta "Gesta di eroi, una storia la cui fama giungeva allora al cielo infinito", egli per la prima volta sente cantare della Guerra di Troia, di se stesso e delle sue imprese e piange, nascondendo il volto nel mantello purpureo (Odissea, VIII, vv. 72-74). Hannah Arendt (1987) così commenta: "non aveva mai pianto prima, e di certo non aveva mai pianto quando i fatti che ora sente narrare erano realmente accaduti. Solo quindi ascoltando il racconto Ulisse acquista piena nozione delle tragedie umane vissute". L'aedo, nell'antica Grecia, era il cantore professionista. L'etimo della parola viene dal greco antico "ᾄδός", aedo, che a sua volta deriva da "ᾄδειν" cioè "cantare". Egli era una figura sacra, era considerato un profeta, tradizionalmente ritratto come cieco in quanto, essendo tale non veniva distratto da niente e da nessuno e affinando le capacità sensibili poteva entrare in contatto direttamente con la divinità (attraverso gli occhi dell'anima) che lo ispirava, sviluppava quindi una capacità metasensibile (oltre i sensi). La sapienza che possedeva rendeva la capacità di vedere superflua, era un "invasato", aveva il dio dentro, le Muse parlavano attraverso di lui. Credo che se provassimo a pensare al ruolo dello psicoterapeuta, potremmo trovare molte similitudini con l'aedo; una tra tutte, il cantore professionista, che deve essere in

grado di muoversi in dimensioni relazionali sensibili al contesto e meta sensibili al corpo-mente in cui è immerso. L'aedo non disponeva di un testo scritto, dunque diveniva a sua volta compositore, mosso dal suo sentire, dalle sensazioni. Gli aedi erano soliti narrare i poemi non per intero, per ovvie ragioni di tempo, ma a pezzi; dovevano in ogni modo possedere una buona memoria ma soprattutto una grande immaginazione; dal momento poi chi spesso era cieco, non poteva che immaginare ciò che aveva potuto udire. Nell'incontro tra due o più persone i corpi mettono in scena il dialogo che emerge dalla relazione, con i suoi contenuti, contesti, biografie, copioni, episodi che hanno segnato una vita (traumi, lutti, nascite..). Che altro accade nell'incontro tra Ulisse e l'aedo? Perché Ulisse scoppia a piangere? Da cosa viene turbato? Dal portare alla coscienza immagini di distruzione che aveva rimosso, come afferma la Arendt? Forse c'è dell'altro in gioco.

Certamente quando narriamo stiamo attingendo al più grande cloud per immagini mai esistito al mondo, di cui però non possiamo intravedere i confini. C'è solo l'imbarazzo della scelta, solo che la scelta, appunto, chi la compie? L'io? La coscienza? L'inconscio?, L'anima? Dio?.

J.Bruner (2002) afferma che "raccontare storie è il nostro strumento privilegiato per venire a patti con le sorprese e le stranezze della condizione umana, come pure con la

nostra imperfetta comprensione di questa condizione”; ma raccontare è solo un esercizio di accomodamento concettuale di tipo cognitivo?

Una delle più belle opere autobiografiche di Gabriel Garcia Márquez (2002) s'intitola proprio *Vivere per raccontarla*. L'epigrafe iniziale recita: "La vita non è quella che si è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla"... o per narrarla, aggiungo io.

Già perché *raccontare* e *narrare*, sebbene spesso utilizzati come sinonimi, non sono la stessa cosa. Raymond Queneau (2001) ha scritto, in proposito, un buon libro di esempi: "Esercizi di stile", un esperimento giocoso sulle possibilità del linguaggio, dove un fatterello è descritto in termini piani ed espliciti (al modo del '*sermo manifestus*' latino, sottolinea Umberto Eco nell'introduzione), cioè senza fronzoli ed ornamenti, una pura e semplice elencazione di fatti. Poi, lo stesso aneddoto è 'narrato' in 99 modi diversi. E' il *come* si ricorda per raccontarla, che una storia, un'esperienza, assume un significato unico nel contesto e nel tempo in cui viene narrata.

In questo senso mi viene da parafrasare l'opera di Gaston Bachelard (1972) "La poetica della rêverie", in *rêverie nella poetica della narrazione* (poetica, dal greco *poiesis*, fabbricare), azzardando un salto di paradigma più filosofico che linguistico di cui mi assumo da subito ogni genere di anatema dovessi ricevere da psicoanalisti, filosofi o linguisti. Intendo dire, e cercherò di spiegarlo in questo scritto, che l'atto di narrare, non credo sia solo un esercizio di organizzazione cognitiva delle esperienze vissute, ma in questo atto, entrano in gioco, *tempo, contesto, persone*, che insieme formano una delle tante storie possibili

costruite a partire da immagini, sogni ad occhi aperti, che hanno a che fare solo in parte con la memoria storica, ma generate nella mente nel tempo presente; un atto di creazione che coinvolge una mente estesa, inter-sistemica, diacronica, archetipica.

Narrazione e Mito

Abbiamo un bisogno vitale delle *costruzioni narrative* che connotano e costellano l'esistenza e rendono l'inaspettato meno sorprendente e meno arcano. Quelle già scritte nei testi epici o nei libri delle grandi religioni: metafore, simboli o archetipi; storie mitologiche, storie bibliche, racconti, romanzi o novelle, che altri autori hanno pensato, scritto o narrato per soddisfare questo bisogno di narrazioni che da sempre è stato in noi connaturato e ci caratterizza come specie umana. Un uomo è sempre un narratore di storie; vive circondato dalle sue storie e dalle storie altrui, tutto quello che gli capita lo vede attraverso di esse, e cerca di vivere la sua vita come se la raccontasse.

Nella raccolta araba *Le mille e una notte*, Sharazad narra e usa il racconto come mezzo potente (forse esorcistico), per scongiurare la morte.

Lo psichiatra ed epistemologo milanese D. De Maio, nel suo bel libro *La malattia mentale nel medioevo islamico* (1993) afferma che ciò che fa Sharazad "è pura attività terapeutica"; egli vede infatti *Le mille e una notte* come "una lunga terapia durata tre anni"; Sharazad cura il re Shahriyar con le parole, con i racconti che "si dipanavano l'uno dopo l'altro finché non le riuscì di far rinsavire il sultano". L'autore sottolinea come tradizionalmente la medicina araba abbia accolto, molto prima di quella occidentale, l'invito platonico ad evitare "il grande errore del nostro tempo nella terapia degli esseri

umani", riassumibile con "il separare il trattamento dell'anima dal trattamento del corpo"; egli ci presenta come dato indiscutibile il fatto che il manicomio islamico funzionava come modello anti-psichiatrico per eccellenza, e di come gli arabi avessero "pensato" ed usato anche terapie integrative, tra cui la balneoterapia e la musicoterapia.

Abbiamo tutti bisogno di ascoltare, vivere, creare o raccontare *storie*.

Ma abbiamo soprattutto bisogno che le costruzioni narrative di cui è costellata la nostra esistenza si inscrivano entro un orizzonte di senso inequivocabilmente riconoscibile come *nostro*, dove in mezzo ad esse e per mezzo di esse possiamo soppesare o ripensare azioni o avvenimenti passati, anticipare risultati di altre possibili, collocandoci nel punto di intersezione di vicende non ancora completate, in una costante dialettica tra il "già noto" e "il possibile".

"La comprensione che ognuno ha di se stesso è narrativa: non posso cogliere me stesso al di fuori del tempo e dunque al di fuori del racconto", ha detto il filosofo Paul Ricoeur (1988).

Ciononostante, le storie, i linguaggi e le parole di cui sono costituiti non bastano da sole a rendere conto di tutte le dimensioni della nostra esistenza o del nostro vissuto: ad esse sono estranee le sensazioni corporee, i desideri, i conflitti e persino i tabù inaccettabili.

Per Jorge Luis Borges "le parole sono simboli che postulano un ricordo condiviso"(1977).

Ed una forma popolare di narrazione che racchiude al suo interno ricordi condivisi modificati lungo il corso del tempo è certamente la *fiaba*. La struttura della forma narrativa della fiaba non si esaurisce nella sola

sintassi, ma soddisfa il recondito e comune desiderio degli uomini di fronteggiare le cose spiacevoli ed inaspettate della vita, così come gli antichi greci avevano fatto con il *mythos*.

Sistemi di credenze e modelli terapeutici

Gli stessi sistemi di credenze, che impariamo con la cultura di cui facciamo parte, non vengono più intesi semplicemente come sistemi di eventi reali, ma sono considerati piuttosto come *storie* che gli esseri umani si narrano per organizzare e interpretare la loro esperienza. Vista in quest'ottica, anche la "patologia" possiamo considerarla come una particolare struttura narrativa, e la terapia un intervento su di essa (U.Telfener, 1992). Anche le diverse proposte metodologiche ed epistemologiche presenti in ogni particolare scuola terapeutica possono essere definite come storie o narrazioni diverse; e così, accanto ad una "storia" sistemico-relazionale abbiamo anche una storia freudiana, adleriana, junghiana, una gestaltica, eccetera: narrazioni diverse, costruite con lenti e paradigmi differenti.

Poesia, fiaba, racconto, biografia, sono tutte opere poietiche, atti creativi, generativi di nuove immagini della mente, nuova rêverie. Attraverso l'attività del narrare operiamo quanto G. Bateson (1976) aveva definito un *apprendimento di secondo tipo*, apprendiamo ad apprendere, perché quanto era stato inizialmente contestualizzato viene ridistribuito e rivisto in contesti diversi.

E sempre narrando o narrando-ci costruiamo noi stessi ed il nostro sé in un continuo processo dialettico che è anche un atto di balance tra un'idea di autonomia ("io sono me stesso") ed una di appartenenza a connessioni diverse ("io sono parte di questa classe, gruppo, famiglia, cultura").

Senza la capacità di raccontare storie su noi stessi, sarebbe infatti difficile definire qualcosa come un'identità.

Così come per il *costruzionismo sociale* "ciascuno di noi è un filo del lavoro a maglia formato dalle costruzioni di altri che sono a loro volta fili del nostro lavoro a maglia. Come questa delicata interdipendenza di *narrazioni* suggerisce, l'aspetto fondamentale della vita sociale è costituito dalla rete di identità che si sostengono reciprocamente" (Gergen 1994). L'identità personale è quindi meno stabile nel tempo e nelle diverse situazioni; al contrario, essa diventa una vera e propria narrazione che la persona produce con la collaborazione di quanti sono presenti nel suo contesto relazionale.

James Hillman, con *Le storie che curano* (1984), collocandosi "nello spazio intermedio tra psicoterapia e letteratura, tra l'arte di curare e l'arte di narrare", è stato uno dei primi autori che ha esplicitamente considerato la psicoterapia come un processo estetico ed artistico. Il libro ha come tema di base la natura poetica, o meglio *poietica*, della mente, che egli vede "nella sua stessa attività narrativa, nel suo fare fantasia: questo 'fare' è *poiesis*". Naturalmente, se si attribuisce al termine poetico, poesia, poeta il significato proposto da Hillman, che si identifica col "fare parole dell'immaginazione", non è difficile definire in questo modo qualsiasi attività creativa. "Conoscere la profondità della mente significa conoscere le sue immagini, leggere le immagini, ascoltare le storie con un'attenzione poetica, che colga in un singolo atto intuitivo le due nature degli eventi psichici, quella terapeutica e quella estetica".

Un'applicazione clinica a quanto sottolineato

da Hillman è la proposta di E. Polster, terapeuta della Gestalt, di considerare la vita di ciascuno un romanzo (1988) ed il terapeuta alla stregua di uno scrittore, ma anche di un cercatore o scopritore di storie che aiuta il cliente a riscrivere o a mettere in risalto la trama della propria biografia. Un lavoro, questo, fatto nell' *hic et nunc*, nel *qui ed ora*, ma con l'occhio attento al *là* e all'*allora*, in modo tale che la trama tracciata possa indicare come esista anche un futuro al quale *si può guardare*. Per Polster sperimentare l'*esperienza della fascinazione* per la propria vita è riscoprire il proprio essere interessante e interessato; è non solo ammettere che ogni vita merita un romanzo, ma soprattutto che in ogni vita vi sono cose da vedere, da scoprire e da raccontare. "Succede spesso che l'individuo sia l'ultimo a rendersi conto del dramma della propria esistenza. Si meraviglia di fronte alle avventure altrui, ma non guarda dentro e non si avvede che anche la sua esistenza gli offre altrettante possibilità". In questa accezione l'atto narrativo, il raccontare di sé, realizza uno dei "temi ricorrenti e più affascinanti dell'esistenza che è la trasformazione dell'ordinario nel notevole. Lo straordinario è proprio lì, tra le quinte dell'ordinario, in attesa di una forza ispiratrice che riesca a liberarlo".

Se infine, come dice M.White(1993), *la terapia è narrazione*, perché tutto, compresi i sistemi di credenze, vengono intesi come *storie* che gli esseri umani si raccontano per organizzare ed interpretare la loro esperienza, allora penso che lo sforzo più coraggioso del terapeuta debba essere proprio questo esercizio di fascinazione di cui parla Polster. Se qualunque idea, concezione, pensiero ha una sua particolare struttura narrativa, a maggior ragione la malattia o il disagio

psichico possiedono una struttura narrativa ancora più peculiare; compito del terapeuta è sviluppare una narrativa esteticamente interessante, creativa, sensibile alla rêverie incorporata nelle immagini di una mente estesa quale è la relazione terapeutica.

Bibliografia

- Andolfi, M., Angelo, C., D'Atena, P., (2001). *La terapia narrata dalle famiglie*, Milano: R.Cortina
- Arendt, H., (1987). *La vita della mente*, Bologna: Il Mulino, p. 221
- Bachelard, G., (1972). *La poetica della rêverie*, ed. Dedalo
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Borges, J.L., (1977). *Il libro di sabbia*, Milano: Rizzoli, p.53
- Bruner, J., (2002). *La fabbrica delle storie. Diritto, letteratura, vita*, Bari: Laterza, p.102
- De Maio, D., (1993). *La malattia mentale nel Medioevo islamico*, Milano: Edizioni del Corriere Medico, p.179
- Gergen, K., (1994). *Realities and relationships- Soundings in social construction*, Cambridge: MA, Harvard University Press.
- Hillman, J., (1983). *Le storie che curano. Freud, Jung, Adler*, Milano: R.Cortina, p.1
- Marquez, G.G., (2002). *Vivere per raccontarla*, Milano: Mondadori
- Odissea, VIII, vv. 72-74 (trad. di M. G. Ciani, Venezia, Marsilio, 1994)
- Poster, E., (1988). *Ogni vita merita un romanzo*, Roma: Astrolabio
- Queneau, R., (2001). *Esercizi di stile*. Einaudi – traduzione e introduzione di Umberto Eco
- Ricoeur, P., (1988). *La componente narrativa della psicanalisi*, trad. it. in "Metaxù", n.5, p.8
- Telfener, U., "La terapia come narrazione, un'introduzione" in M.White, *La terapia come narrazione*, Roma: Astrolabio, 1992
- White, M., (1992). *La terapia come narrazione*, Roma: Astrolabio.

Trasformazioni del concetto di supervisione: il contributo del modello sistemico integrato

Gabriele Moi²

Sommario

L'articolo cerca di attuare un confronto ed una riflessione, all'interno di vari approcci, sistemici e non sistemici, alla supervisione. In particolare si cerca di evidenziare il progressivo spostamento del focus da una supervisione "sul caso", centrata sulla tecnica e sulla strategia ad una supervisione "sulla relazione", con uno sguardo sempre più attento ai cambiamenti della società.

Parole chiave:

supervisione, etica, formazione, consapevolezza, gruppo, clinica.

Summary

The article seeks to implement a comparison and reflection, within various approaches, systemic and non-systemic, supervision. In particular, it seeks to highlight the progressive shift of focus from oversight "on the case", centered on technique and strategy to a supervision "on the relationship" with an ever closer look at the changes in society.

Key words: supervision, ethics, education, awareness, group, clinic.

²Moi Gabriele, Didatta IDIPSI – Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata – gabriele.moi@email.it

Introduzione

Ripercorrendo alcuni significati assunti dal concetto di supervisione all'interno di diversi approcci teorici è utile confrontarsi con il concetto di “*analisi di controllo*” di derivazione lacaniana (diventato poi nell'uso semplicemente “controllo”), che ha suscitato, di fatto, non poche polemiche e fraintendimenti in ambito accademico.

Grinberg (1989), cercando di fare chiarezza in questa diatriba, scrive: “*si parla di supervisione e di controllo. Il termine supervisione suggerisce qualcosa che viene dall'alto, che tende prevalentemente a mostrare l'aspetto educativo; il termine controllo, invece, suggerisce l'idea di qualcosa più connesso con il controtransfert del terapeuta. Controllo è un termine derivante dal tedesco Kontrolle, che significa ispezione o supervisione (...) Il termine “supervisione” sembra eliminare la sfumatura superegoica e persecutoria che era stata attribuita al termine controllo*”. In psicoanalisi, si va in supervisione dopo aver finito l'analisi didattica e quindi si comincia a fare l'analista.

Grinberg (1989) segnala inoltre che la supervisione comprende tre figure che agiscono nel processo: il terapeuta, il supervisore, il paziente.

Nel caso dell'analisi didattica, il futuro analista si identifica con l'atto analitico, venendosi a sviluppare il desiderio dell'analista. Sergio Contardi (2002) scrive: “[...] *l'analista in formazione chiede che l'Altro si faccia garante del suo atto. Il suo transfert consiste nel supporre nell'Altro un sapere che lo legittimi nel suo dire analitico [...]*”. La fine dell'analisi consiste inoltre nella destituzione del “soggetto supposto sapere”, che per il paziente è l'analista, ma per noi è il supervisore.

Da una *prospettiva cognitivista*, Nicola Butera e Roberta Zaratti (2002), scrivono che: “ [...] *la relazione di supervisione è un processo interattivo ricco di tonalità emotive le cui componenti sono: il terapeuta, il supervisore, la relazione: si assiste, in modo cooperativo, alla costruzione di un contesto di reciprocità all'interno del quale narra del paziente, della terapia e dei problemi che incontra; spiega, addestra all'autosservazione, favorisce la comprensione delle regole di funzionamento del terapeuta; autosserva se stesso nello svolgimento del proprio lavoro; il terapeuta può trovare ri-trovare il percorso per comprendere le regole che guidano la coerenza e la costruzione dei significati che ha dato e dà alla sua narrazione e, quindi, come costruisce la terapia; il supervisore può trovare ri-trovare il percorso per comprendere le regole che guidano la coerenza e la costruzione dei significati che dà alla narrazione del terapeuta e, quindi, come costruisce la supervisione*”. Gli stessi autori aggiungono che: “[...] *attraverso la costruzione ri-costruzione dell'esperienza e del suo significato, ovvero: a) ricostruire la conoscenza che il terapeuta ha della terapia, del paziente e del proprio modo di essere all'interno della relazione terapeutica; b) riorganizzare, ricostruire la conoscenza che il supervisore ha della terapia, del terapeuta e del proprio modo di essere all'interno della relazione di supervisione; si raggiunge maggiore conoscenza e ri-conoscenza delle proprie competenze; innovazione, creatività, cambiamento emotivo, cognitivo e, di conseguenza, del modo di agire del terapeuta e del supervisore; migliore conoscenza di sé*”.

H.A. Liddle, D.C. Breunlin e R.C. Schwartz (1988) individuano sei fasi nel lavoro di supervisione:

1. *valutazione generale della competenza del soggetto*: specificazione ed identificazione della gamma di capacità relazionali e di emozioni, di risorse e di flessività del terapeuta;

2. *considerazioni della pre-seduta*: spazio in cui tracciare gli obiettivi specifici per la famiglia e gli obiettivi specifici per il terapeuta considerazioni durante

3. *la seduta*: riguarda il momento degli interventi da parte del terapeuta indicazioni per gli interventi di supervisione;

4. *supervisione*: dopo aver osservato la seduta, il supervisore interviene in tre modi, attraverso il citofono; per mezzo della consultazione (discussione tra supervisore e terapeuta), con un'entrata (il supervisore entra nella seduta in corso e prende la direzione della terapia);

5. *decisione relativa all'intervento*: il supervisore può valutare l'impatto sul sistema terapeutico;

6. *considerazioni post-seduta*: vengono esaminati i diversi interventi e l'andamento della seduta considerati in rapporto agli obiettivi prefissati.

Cancrini (1984) in riferimento all'intervento di terapia e/o supervisione constata che la novità con cui ci si confronta è quella di un individuo o di un gruppo di individui che organizza la sua esperienza (e interpreta la realtà) in un modo diverso: gli stessi dati dell'esperienza vengono utilizzati diversamente se particolari che prima erano irrilevanti, divengono decisivi, se frasi, gesti, fatti, evocano nuovi pensieri e ipotesi. Ma questo cambiamento non si limita al contenuto. Infatti, il soggetto vive la nuova e straordinaria esperienza di muoversi da una convinzione all'altra; egli diviene consapevole della relatività dei vari punti di vista, dell'impossibilità di aderire una

volta per tutte ad un'unica interpretazione della realtà. Questo tipo di esperienza può essere ripetuto più di una volta nei termini di contenuto e di tipo di apprendimento; ciò che non può essere ripetuto è la sua parte più significativa: la scoperta della relatività di una propria prospettiva.

Umberta Telfener (2011), nel suo libro *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*, scrive: " [...] *La supervisione è un modo non lineare di fare formazione [...] diventa il contesto entro il quale far evolvere la riflessività rispetto alle idee, alle azioni, ai significati e anche alle relazioni. Un contesto dove confrontare la progettualità [...]. Si tratta di una conversazione, un dominio consensuale che permette di accendere una riflessione comune. Non la ricerca del consenso ad ogni costo, quanto la costruzione di uno spazio sospeso in cui sia possibile generare idee, senza l'obbligo di arrivare a un'idea condivisa e unica, la migliore rispetto a tutte le altre*". Ancora Telfener elabora una definizione di supervisione: "è stata chiamata supervisione la relazione tra una persona più esperta e un individuo in training. Si tratta di quella situazione in cui l'esperto costruisce con lo studente una serie di contesti educativi per connettere insieme gli aspetti comportamentali (il fare), quelli teorici (il saper fare), quelli emotivi (il saper essere), condividendo una cornice che contenga questi diversi livelli (la condivisione di una visione del mondo e di obiettivi condivisi). In un'ottica costruttiva la supervisione è considerata una coordinazione di pensieri e azioni all'interno di un contesto e di una definizione (di scopi e obiettivi) ugualmente condivisa".

In continuità e a corollario con quanto affermato dalla Telfener è fondamentale ricordare quanto la relazione tra allievo-

terapeuta e paziente si iscriva all'interno della relazione tra allievo-terapeuta e didatta supervisore e, più in generale, all'interno di un sistema relazionale più ampio costituito da allievo-terapeuta, didatta supervisore, gruppo di training di cui l'allievo fa parte (Romanello, 2012).

Burnham e Harris (2002) affermano che in supervisione si discute insieme di tre livelli: il *livello della produzione*, il *livello delle spiegazioni* ed il *livello estetico* e la relazione tra questi tre livelli permette di amplificare la competenza professionale.

Burnham (2002), in particolare, propone di chiamare la supervisione *parivisione*. L'autore è contrario alla presenza di una persona che occupa una posizione super partes; la *parivisione* è un processo di riflessione paritario. I partecipanti sono coinvolti in un'*azione congiunta* che sfrutta la "consapevolezza dei partecipanti stessi": la supervisione classica si basa sulla preoccupazione, e quindi sull'assunzione di responsabilità, da parte del supervisore della terapia. Sempre di più – sostiene Burnham – si tiene conto di un tipo di supervisione condiviso.

E' ormai assodato nella quasi totalità degli approcci di derivazione e matrice sistemica che, il funzionamento dell'èquipe sistemica si basa non solo su una supervisione tecnica, ossia relativa alle strategie di conduzione, agli spunti da cogliere, da indagare ed esplicitare, ma anche sulla supervisione che fornisce al terapeuta la possibilità di *esplicitare, elaborare, confrontare i suoi vissuti emotivi con quelli dell'èquipe*.

Tipi di supervisione dalla prospettiva sistemica

Tre autori americani, S. Mc Daniel, T. Weber e

I. Mc Keever (1984), differenziano diversi tipi di supervisione:

A) La supervisione strutturale

All'interno dell'approccio sistemico relazionale sviluppato da S. Minuchin (1974), che si prefigge di "insegnare delle tecniche terapeutiche finalizzate al cambiamento strutturale della famiglia ed aiutare il terapeuta a trovare un modo personale di utilizzarle", il supervisore si pone come "guida" ed insegna delle tecniche "dirigendo" il terapeuta che a sua volta dirige i genitori che a loro volta dirigono i figli. Si tratta di una gerarchizzazione dei ruoli, finalizzata a trasferire i problemi transazionale del sottosistema S.V.-T (Supervisione –Terapeuta) poiché la loro risoluzione 'ritornerà alla famiglia'".

B) La supervisione strategica

In questo contesto il supervisore viene chiamato consulente; interviene solo nei momenti in cui stanno emergendo dei problemi, lasciando al terapeuta la conduzione della terapia. Allo stesso modo il terapeuta interviene per bloccare soluzioni inadeguate, delegando alla famiglia le decisioni più importanti.

C) Supervisione basata sul concetto di famiglia di origine

Basata sulla teoria trigerazionale di M. Bowen (1979) che vede nei sintomi il risultato di conflitti irrisolti trasmessi attraverso più generazioni. Il terapeuta e il supervisore vengono visti come allenatori; si utilizza il genogramma come strumento fondamentale per comprendere le tre generazioni analizzate. Anche il terapeuta deve confezionare il proprio genogramma, nella misura che ha compreso la propria famiglia può lavorare con le famiglie in terapia.

D) La supervisione esperienziale

Secondo Andolfi e Menghi (1981) il supervisore ha la funzione del "provocatore",

per “far cambiare una situazione all’interno di quelle regole di relazione che l’hanno mantenuta nel tempo”, l’azione controprovocatoria del terapeuta serve a bloccare la tendenza del sistema famiglia a “risucchiare” il terapeuta nei propri abituali modelli di interazione impedendo, quindi, il cambiamento.

Nella supervisione come nella terapia i processi di adattamento evolvono non solo in base alla specificità autopoietica di ogni sistema che partecipa all’interazione, che non potrà essere istruttiva, ma anche in base all’accoppiamento strutturale fra famiglia, terapeuta e supervisore. Ognuno dei quali co-costruisce la relazione con l’altro in maniera attiva, in base alle proprie qualità e alla peculiarità di questo incontro, sollecitando soluzioni originali in un processo di auto guarigione.

Cambiare le regole del gioco

Uno degli obiettivi principali della terapia familiare è quella di cambiare le regole del gioco di un sistema disfunzionale che ha come conseguenze la sofferenza di uno o più componenti della famiglia. Cambiare le regole del gioco significa toccare i punti sensibili di un potere che circola all’interno della famiglia dalla persona apparentemente più forte a quella che sembra malata e debole. L’obiettivo allora è quello di scardinare un’organizzazione e un potere che provoca sofferenza negli altri. Di solito nelle famiglie disfunzionali nessuno può considerarsi vincitore, si crea comunque una forte resistenza al cambiamento. Una delle tecniche – se la famiglia va in terapia – è quella di neutralizzare l’azione del terapeuta attraverso tecniche di inglobamento, di squalifica, di seduzione e così via.

In questo contesto il ruolo del *supervisore*

dietro lo specchio si definisce come un forte contropotere non avendolo in campo direttamente, la famiglia non è mai in grado di capire la strategia del supervisore, stare dietro lo specchio aumenta notevolmente il potere del supervisore. In questo processo terapeutico il terapeuta sembra funzionare come una specie di alfiere in prima linea; ma non è garantito che il terapeuta sia un convinto sostenitore della strategia del supervisore; se entra a far parte del sistema familiare, può diventare paradossalmente un difensore della famiglia nei confronti di un supervisore che “vuole farle del male”. Da questa riflessione discendono anche altre questioni, connesse al percorso di formazione personale/individuale del futuro terapeuta: alcuni sostengono che il terapeuta in formazione dovrà fare terapia prima di diventare terapeuta a tutti gli effetti, altri ne evidenziano con forza l’irrelevanza.

L’atto della supervisione ha comunque un effetto sulla personalità del terapeuta. Come definiamo questo effetto? Terapeutico oppure pedagogico? I confini fra i due effetti è assai labile e la questione è più che mai aperta.

La supervisione di gruppo

Nel libro “La luna del pozzo” Luigi Cancrini (1999) riporta la sua esperienza di supervisione in una comunità terapeutica per psicotici, la “Rêverie” di Roma. L’autore propone la sua posizione su malattie insidiose come le schizofrenie, che sembrano lasciare poco spazio a interventi psicodinamici. Nei confronti delle psicosi la comunità scientifica chiede all’approccio psicodinamico una maggiore giustificazione a livello di applicazione e di conoscenza; proprio rispondendo a questa esigenza Cancrini ha intrecciato la teoria

psicoanalitica con il modello sistemico-relazionale, mettendo a punto la triade individuo-famiglia-gruppo come i tre sistemi inscindibili per la comprensione, la diagnosi e la cura delle patologie o dei disturbi psicopatologici.

L'impianto metodologico di questa posizione si avvale di autori come Gregory Bateson, Jean Haley, Murray Bowen, Margaret Mahler, Wilbur R. Bion, Harold F. Searles e Otto Kernberg. Di Kernberg, in particolare, Cancrini applica il concetto di fissazione di controtransfert, strumento valido per individuare le aree cieche nell'elaborazione del materiale offerto dal paziente in risonanza con certe aree della struttura psichica del terapeuta. Focalizzare l'attenzione da parte del supervisore sul controtransfert del terapeuta – inteso come le sue reazioni inconsce nei confronti delle proiezioni del paziente e della famiglia – diventa un'azione illuminante sull'atto terapeutico; attraverso il lavoro di supervisione, il terapeuta, il paziente e l'ambito della terapia vengono protetti dalle dinamiche di empatia regressiva propri di contesti ad alto livello di conflittualità.

Cancrini (1999) sostiene che, attraverso la supervisione del team terapeutico realizzata secondo i suoi criteri, si può elaborare e superare la fase di fissazione di controtransfert – cioè la rigidità dei meccanismi di difesa da parte del terapeuta – che nella terapia può creare delle situazioni di arresto e addirittura provocare degli effetti negativi sui tre sistemi in oggetto, individuo-famiglia-comunità.

Il lavoro di supervisione di gruppo che l'autore ha sperimentato coinvolge tutti gli operatori della comunità terapeutica, mettendo in risalto le dinamiche del singolo paziente e della sua famiglia nei confronti del terapeuta e dei gruppi di lavoro, e le

dinamiche che vengono a crearsi all'interno dello stesso gruppo di lavoro.

Verso un possibile ampliamento della cornice di riferimento

Un'interessante evoluzione del modello sistemico, l'approccio sistemico relazionale ad orientamento *etno-sistemico-narrativo*, distingue tra la supervisione metodologica/consulenza di processo e la supervisione clinica. La *supervisione metodologica* o *consulenza di processo* consiste in un processo di riflessione, apprendimento, valutazione e verifica che si sviluppa attraverso la relazione tra più professionisti esperti (antropologi, sociologi, psicoterapeuti, pedagogisti, psichiatri, mediatori culturali) e gli operatori. La relazione non si connota necessariamente e solo come "relazione esperta", bensì come relazione di co-costruzione e di creazione di uno spazio di mediazione per la messa in comune di esperienze, credenze, dubbi, capacità in relazione all'agire professionale e personale.

Nella supervisione metodologica il focus è la valutazione dell'agire professionale in relazione a casi (supervisione indiretta) e in rapporto al proprio posizionamento nei confronti degli utenti/clienti, dei colleghi, dei servizi. La supervisione metodologica permette il rafforzamento dell'identità professionale, offre un supporto al miglioramento del servizio in cui il professionista opera e consente di operare una valutazione degli interventi in ottica transculturale.

La *supervisione clinica* viene offerta sia indirettamente, su casi (esposti oralmente o videoregistrati) portati dai partecipanti o dai didatti, sia direttamente con il paziente/cliente in presenza. Seppur sia

difficile tracciare una distinzione netta tra supervisione metodologica e clinica, oggetto della seconda è la gestione progettuale del proprio ruolo e identità professionale (specie in contesti e reti organizzative in rapida trasformazione e di debole definizione), l'individuazione e gestione trasformativa delle difese individuali e gruppali e il potenziamento di nuove capacità di autosviluppo e di gestione creativa dei conflitti, individuali e gruppali in riferimento alle proprie equipe di lavoro.

La supervisione nel *modello sistemico integrato* cerca di promuovere, tra i suoi domini, un'identità attenta sia all'aspetto metodologico che clinico, nelle accezioni sopra definite, in una cornice gruppale, eticamente responsabile, attraverso una modalità agita, secondo l'accezione dell'*agire comunicativo* definita dal filosofo Jürgen Habermas: l'agire comunicativo (distinto dall'agire drammaturgico, l'agire regolato da norme e l'agire strategico) riguarda le interazioni nelle quali tutti i partecipanti sintonizzano reciprocamente i loro progetti individuali e perseguono i loro fini.

Le capacità che possono svilupparsi negli incontri di supervisione sono: apertura all'ascolto e al dialogo intra ed interculturale; consapevolezza circa il proprio repertorio di emozioni messe in atto in diverse situazioni; decentramento di prospettiva e pensiero riflessivo, trasformazione dei vissuti di disagio in comunicazione efficace e trasformativa, cura di sé e del proprio percorso di auto-sviluppo, valorizzando la relazione con la diversità culturale, con il gruppo e i contesti multiculturali.

L'identificazione della *posizione* del supervisore nel modello sistemico integrato (proiettata necessariamente in una

dimensione *meta-* per poter essere dotata di senso), è sintetizzabile nelle parole di M.Elkaim (2010) che evidenzia, tra i diversi aspetti, le caratteristiche di ineluttabilità, autoreferenzialità e paradossali dell'azione del processo di supervisione e verso le quali è importante affinare consapevolezza e sensibilità in senso estetico: “[...] *il supervisore è preso nel sistema di supervisione, come il terapeuta nel sistema terapeutico. Da questo, si comprende come, la capacità del supervisore di analizzare il suo vissuto rispetto al sistema creato dal terapeuta e dal paziente, diventi determinante – come quella del terapeuta di analizzare il suo rispetto a quello del paziente o della famiglia. Entrambi devono chiedersi se non è emerso un isomorfismo tra questi tre sistemi differenti – familiare, terapeutico e di supervisione – che li mantiene a loro insaputa in una danza ripetitiva condivisa, proteggendo in questo modo le loro comuni costruzioni del mondo*”.

In conclusione il processo di supervisione nell'approccio sistemico integrato cerca di promuovere la costruzione di nuove connessioni, legami, significati; cerca di imbastire un dialogo, uno scambio tra risonanze (che non implicano necessariamente similarità) e dissonanze emergenti nei contesti che impattano con il sistema costituito da terapeuta-paziente-supervisore; sempre nelle parole di Elkaim (2010), *“il supervisore sistemico [e sistemico integrato ndr], come d'altronde il terapeuta, non si sofferma particolarmente nel definire queste similarità o diversità; ciò che gli importa innanzi tutto è la funzione del suo vissuto all'interno del sistema del quale fa parte*”.

Bibliografia

- Andolfi, M., Menghi, P. (1981) La supervisione provocatoria, *Terapia Familiare*, n. 9, pp. 13-22.
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma; Burnham, J., Harris, Q. (2002). Cultural issues in supervision. In: Campbell, D., Mason, B. (a cura di), *Perspectives. Tr.it.in Supervision*. Karnac, London;
- Butera, N., Zaratti, R. (2002). "Un modello di supervisione sistemico-processuale", *Psicobiettivo 3*, Cedis editrice, Roma;
- Cancrini, L. (1999). *La luna nel pozzo*, Raffaello Cortina ed., Milano;
- Cancrini, L. (1984). *Quattro Prove per un Insegnamento della Psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma;
- Contardi, S. (2002). "Divagazioni su una teoria dell'analisi di controllo", *Psicobiettivo 3*, Cedis editrice, Roma;
- Elkaim, M. (2010). *La risonanza nella supervisione e nella formazione*. In: Onnis, L. (2010). *Lo specchio interno. La formazione personale del terapeuta sistemico in una prospettiva europea*, Franco Angeli, Milano;
- Grinberg, L. (1989). *La supervisione psicoanalitica. Teoria e pratica*. Raffaello Cortina ed., Milano;
- Liddle, H.A., Breunlin, D.C., Schwartz, R.C., (1988). *Handbook of Family Therapy Training and Supervision*, The Guilford Press, New York;
- Losi, N., Schellenbaum, P. (2009). *Approccio sistemico relazionale a orientamento "etno-sistemico-narrativo". Contestualizzazione di un indirizzo e dei suoi fondamenti teorici*. Scuola Etno-Sistemico-Narrativa, Roma, documento di indirizzo della Scuola;
- Mc Daniel, S., Weber, T., Mc Keever, I. (1984). *Approcci diversi alla supervisione: un orientamento nella formazione in terapia familiare*. *Terapia familiare*, 15;
- Minuchin, S. (1974). *Famiglia e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma;
- Romanello, A., (2012). *La supervisione diretta in psicoterapia familiare sistemica: intersoggettività, autoriflessione, evoluzione nella terapia e nella formazione*. In: *ecologia della mente*, vol.35, n.1;
- Telfener, U., (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambienti di lavoro*. Cortina ed., Milano.

Mediazione familiare ad approccio sistemico e psicoterapia sistemica integrata

Giada Ghiretti³

Sommario

L'autore, attraverso questo articolo, vuole riflettere circa i punti di contatto e le differenze tra due percorsi che riguardano a livelli differenti il lavoro con le coppie: la mediazione familiare ad approccio sistemico e la psicoterapia sistemica integrata. Nella parte iniziale, l'autore ha definito le origini e le premesse epistemologiche delle due professioni. L'autore ha proseguito la riflessione andando a fare un parallelismo tra mediazione ad approccio sistemico e psicoterapia sistemica integrata, analizzandone le tecniche, il setting, la concezione del tempo, i temi trattati, chi viene coinvolto agli incontri, il lavoro come professionista da solo o in coppia. L'autore con questo lavoro arriva a sostenere l'importanza tra i professionisti di un dialogo costante, che tenga conto che esistono confini chiari, al fine di non addentrarsi in terreni sconosciuti e difficilmente percorribili.

Parole chiave

Mediazione familiare, psicoterapia sistemica integrata, setting, tempo, tecniche, temi.

Abstract

The author, through this article, wants to reflect about the common points and the differences between two paths that concern at a different level the work with couples: the systemic approach for family mediation and the integrated approach for systemic psychotherapy. In the first part, the author has defined the origins and epistemological premises of the two professions. The author has carried on his reflection making a comparison between systemic approach mediation and systemic and integrated approach psychotherapy, analyzing the techniques, the setting, the concept of time, the issues dealt with, people involved in the meetings, the work as a single professional or in the work in pairs.

Key words

Family mediation, integrated systemic psychotherapy, setting, time, techniques, issues.

³Ghiretti Giada, coordinatrice didattica IDIPSI – Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, allieva didatta Idipsi, ghiretti@idipsi.it

Introduzione

Il lavoro nasce con l'intento di riflettere circa alcuni punti di contatto e di differenza che esistono tra mediazione familiare ad approccio sistemico e psicoterapia sistemica integrata, in un'ottica di scambio, comunicazione, interconnessione tra i due percorsi.

Può accadere che dalla mediazione la coppia venga inviata in terapia o viceversa dalla terapia di coppia i coniugi arrivino in mediazione, oppure che si realizzi un lavoro parallelo tra psicoterapeuta e mediatore.

L'invio da un percorso all'altro può avvenire per diversi motivi. Ad esempio qualora il mediatore si accorga che il conflitto derivi da un problema psicologico o da una patologia di uno dei due coniugi può consigliare ad entrambe le parti di rivolgersi ad un terapeuta, considerando il problema in un'ottica relazionale e quindi di coppia o familiare; abitualmente il mediatore non consiglia ad uno dei due una terapia individuale, per evitare che la persona si senta giudicata ed etichettata. In alcuni casi è la coppia stessa, che chiariti i propri bisogni, chiede di orientarsi verso una terapia di coppia, che possa eventualmente aiutarli a recuperare non solo la comunicazione, ma anche la loro relazione. Ancora, in terapia familiare può accadere che i terapeuti decidano di consigliare la mediazione, quando si accorgono che la coppia ha bisogno di essere supportata e accompagnata nella fase di separazione per prendere accordi.

Mediazione familiare

La mediazione familiare nasce nel 1939 a Los Angeles, come primo esperimento per trovare soluzioni; in Europa arriva nel 1978 con Lisa Parkinson che contribuisce alla

nascita del *Bristol Family Mediation Service*, del *European Forum For Family Training and Research* del *World Mediation Forum*.

Nel 1988 a Parigi nasce l'*Association pour la Promotion de la Mediation Familiale* (APMF), che contribuisce alla prima definizione di mediazione familiare, alla stesura del primo codice deontologico ed elabora la Carta Europea sulla Formazione dei Mediatori Familiari (1992).

In Italia la mediazione familiare arriva negli anni '90. Nel 1987, si costituisce a Milano l'Associazione GeA (Genitori Ancora), con lo scopo di divulgare la pratica della mediazione familiare; a seguire, dal 1995 nascono altre associazioni che raggruppano mediatori familiari professionisti: S.I.Me.F. (Società Italiana di Mediazione Familiare); A.I.M.S. (Associazione Italiana Mediatori Sistemici); A.I.Me.F. (Associazione Italiana Mediatori Familiari).

Il 21 gennaio 1997 il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa redige una Raccomandazione rivolta a tutti gli Stati membri, finalizzata alla diffusione della mediazione familiare. Detto documento non impone obblighi giuridici, ma suggerisce agli Stati delle linee guida per promuovere e potenziare la mediazione familiare, al fine di, come afferma l'Avv. Foti (2014):

«migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia, riducendo il conflitto fra le parti in disputa; creare degli accordi amichevoli; assicurare continuità ai contatti personali fra genitori e bambini; abbassare i costi sociali ed economici della separazione e del divorzio per le parti e per gli Stati; ridurre i tempi necessari alla risoluzione del conflitto; adottare o rafforzare le misure considerate necessarie con riguardo all'applicazione dei principi per la promozione e per l'utilizzazione

della mediazione familiare, quale strumento appropriato per la soluzione delle dispute familiari.»

Cosa s'intende per mediazione familiare? «Wikipedia definisce la mediazione come «una modalità di approccio efficace alla gestione positiva dei conflitti»». (Haynes, Buzzi, 2012, p. 49).

In mediazione due o più parti si rivolgono ad un terzo neutrale, il mediatore, per lavorare su uno o più conflitti che li coinvolgono. La mediazione ha come obiettivo di riportare il dialogo tra le parti, al fine di realizzare una riorganizzazione delle relazioni che possa risultare il più soddisfacente possibile per tutti. Quattro risultano essere gli assunti di base per sceglierla. «La mediazione è un confronto amichevole (...) la mediazione avviene in privato (...) la mediazione costa meno (...) la mediazione è più veloce (...)» (Haynes, Buzzi, 2012, p.64-66)

Nel corso delle sedute di mediazione familiare globale vengono affrontati sia i temi legati alla quotidianità, alla gestione dei figli, alle questioni di carattere economico patrimoniale, sia tutto ciò che riguarda la sfera relazionale affettiva, funzionali alla definizione di accordi.

Il compito del mediatore risulta essere quello di accompagnare le parti a nuove definizioni condivise del problema, tralasciando le loro definizioni personali per condurli ad una definizione congiunta che risulti accettabile per entrambi.

Psicoterapia sistemica integrata

Il gruppo sistemico di Milano inizia i primi passi nel 1986, sotto l'influenza dell'esperienza di Palo Alto, orientandosi poi in una direzione diversa. Inizialmente il gruppo era costituito da Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Mara Selvini Palazzoli e Giuliana Prata.

Con l'articolo "Ipotizzazione, circolarità, neutralità. Tre direttive per la conduzione della seduta" (Selvini Palazzoli, Boscolo e altri, 1980), vengono introdotti tre concetti terapeutici fondamentali, tesi a trasferire nel lavoro con pazienti e famiglie le implicazioni dell'idea di circolarità cibernetica di Bateson: l'ipotizzazione, la circolarità e la neutralità. Nell'articolo "Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità." (Gianfranco Cecchin, 1987), Cecchin propone una rivisitazione del termine neutralità, suggerendo di descriverla come una posizione di *curiosità* che il terapeuta dovrebbe assumere. La curiosità stimola l'invenzione di punti di vista e mosse alternativi. La circolarità aiuta a sviluppare ipotesi e a mantenere un atteggiamento neutrale, aiuta a sviluppare, rifinire e abbandonare le ipotesi sulla famiglia.

Dal modello sistemico di Milano, deriva la psicoterapia sistemica integrata secondo il modello parmense, che nasce nel 2006 da un gruppo di psicologi del territorio, guidati dal Dott. Mirco Moroni e dal Dott. Antonio Restori. Il gruppo è accumulato da anni di esperienza clinica nei servizi e dalla costante ricerca di modelli di cura credibili, efficaci, trasmissibili e praticabili in contesti differenti. Le basi del modello sistemico integrato risiedono nella teoria dei sistemi, nel concetto di *Mente batesoniana*; nell'Etica proposta da Varela; nella curiosità estetica proposta da Cecchin; nei concetti di presenza mentale, rapporto, corpo ed emozioni.

«L'approccio sistemico integrato orienta alla conoscenza noumenica attraverso il pensiero ipotetico, includendo ed escludendo informazioni acquisite per differenza, in modo consapevole, cioè presenziando alla selezione, sapendo di

sapere o di non sapere.» (Moroni, Restori, Sbattella, 2012, p. 10). Integrare in questo approccio non significa unire o omologare o giustapporre, bensì completare, ricercando complementarità e completamenti.

«La ricerca di elementi integrativi comporta la consapevolezza della propria, infinita incompletezza e nello stesso tempo l'assimilazione di ogni realtà incontrata in un'ottica di completamento del proprio progetto, identità, equilibrio. Per antitesi, le strategie integrative possono essere contrapposte a quelle che, nell'incontro della differenza, propongono equilibri adattivi basati su compromessi, "inciuci", CON-fusioni. Il rispetto delle differenze è punto di partenza dell'approccio sistemico integrato.» (Moroni, Restori, Sbattella, 2012, p. 12).

Nel corso degli anni, il modello sistemico integrato parmense ha ricevuto contaminazioni da altri orientamenti teorici, integrando l'epistemologia sistemica di base con altri contributi: si è via via posta attenzione all'utilizzo del corpo in terapia, recuperando i lavori di Virginia Satir (utilizzo della scultura) e della psicologia della Gestalt, le costellazioni familiari di Bert Hellinger, l'ipnosi naturalistica di Milton Erickson, la mindfulness, il teatro di improvvisazione; si è iniziato a riflettere intorno al tema delle emozioni del paziente e del terapeuta in un'ottica di seconda cibernetica, partendo dalle considerazioni di Paolo Bertrando; si sono aperti confronti con interventi terapeutici di altri Stati, iniziando un dialogo con il Tavistock Clinic di Londra intorno ai temi degli esiti dei trattamenti terapeutici e dell'interculturalità, con l'Ackerman Institute di New York intorno ai temi del trauma e della violenza familiare in ambito clinico, con il Dr. Jakko Seikkula, psicoterapeuta

familiare finlandese, conoscendo il modello dell'Open Dialogue per il trattamento degli esordi psicotici.

Professioni a confronto: quali punti di contatto?

In questo capitolo si cercherà di confrontare la mediazione familiare ad approccio sistemico e la psicoterapia sistemica integrata, mettendo in evidenza alcuni punti di contatto e punti di divergenza tra le due professioni.

Le tecniche utilizzate

Il professionista che si occupa di mediazione familiare o di psicoterapia sistemica integrata ha a disposizione alcune tecniche simili, come il genogramma e il reframing.

Il genogramma nel *Manuale di Terapia della famiglia* viene definito come un «Diagramma delle relazioni familiari che comprende almeno tre generazioni, con i gradi di parentela e gli eventi critici come nascite, morti, matrimoni e divorzi, oltre a eventuali problemi di pertinenza terapeutica emersi nel corso delle generazioni» (Gurman, Kniskern, 1995, p.794). Il lavoro con il genogramma nella pratica clinica può permettere di ottenere una fotografia condivisa di ciò che è accaduto e accade nella storia familiare di ognuno: consente di ripercorrere con le persone la propria storia, le relazioni che esistono tra i membri di quel nucleo, i momenti significativi di quella famiglia. L'utilizzo del genogramma non porta solo ad una ricostruzione della storia familiare del singolo, della coppia o della famiglia che il terapeuta ha di fronte, ma può aprire nuovi spunti di riflessione, nuove strade da percorrere, nuove lenti da indossare nel corso dei colloqui.

In mediazione, il genogramma può permette

di scoprire i dati strutturali del corpo familiare allargato; può aiutare a fare emergere i bisogni degli attori implicati nella vicenda familiare; può consentire di prendere visione di una particolare situazione familiare e di discutere apertamente dei problemi, permettendo anche la definizione dei motivi che sottendono i dissidi; può far sì che le parti entrino in una dimensione intergenerazionale che si trovano a vivere loro stessi come genitori.

Il genogramma in mediazione può essere usato ad esempio in fase di pre-mediazione con l'intento di agevolare l'apertura di un dialogo costruttivo con nuove opzioni; dare un senso ai comportamenti conflittuali degli attori impegnati nel conflitto; rendere più visibile le conseguenze collegate al coinvolgimento dei minori nel conflitto stesso; riconoscere i problemi del presente come risposta ad un passato ancora in atto; identificare tutti gli attori della crisi.

Sia in mediazione che in terapia sembra che l'utilizzo del genogramma possa portare informazioni nuove a tutti gli attori coinvolti, che possano ampliare il contesto e gli scenari di lavoro possibili.

Un'altra tecnica in comune è il reframing, che consiste nella riorganizzazione delle narrazioni portate dalle parti, attraverso il cambiamento di alcune parole o la connessione tra gli eventi.

In terapia questa tecnica può essere utilizzata per snodare le emozioni e liberare attaccamenti e avversioni normali e patologiche. Ad esempio, come sostiene Sbattella (2012), «Fare reframing in terapia significa mutare alcuni elementi dell'immaginario che struttura l'esperienza di sofferenza».

Restori (2014) definisce il reframing «una strategia che mira ad alterare la mappa

interna della famiglia, su cui poggiano le punteggiature familiari (...). Può essere usata direttamente (ripunteggiatura verbale del terapeuta) o indirettamente (uso connotazione positiva, intervento paradossale, prescrizione del sintomo)».

Il mediatore utilizza il reframing non riassumendo tutto quello che le parti esprimono, ma solo quello che ritiene più importante. Il reframing permette di rallentare il ritmo della seduta e di adattarlo al timing del processo di mediazione; di controllare con le parti di aver compreso quanto portato; di far arrivare alle parti di essere state ascoltate e capite; di eliminare le informazioni superflue; di evitare di assumere un ruolo giudicante o terapeutico.

«Il mediatore ha il compito di rendere chiaro ai clienti ciò che è importante, accogliendo la loro emotività senza soffermarsi ad analizzarla e conducendoli verso i loro bisogni personali, contenuti nelle informazioni relative al problema e alle sue soluzioni» (Haynes, Buzzi, 2012, p.91).

Si può rilevare che una tecnica che potrebbe risultare simile, nei due percorsi viene usata con funzioni differenti, per sottolineare aspetti diversi.

Setting

Il setting in mediazione deve essere semplice e gradevole: nella stanza sarebbe meglio se fosse presente un tavolo rotondo (equidistanza), con sedie/poltroncine posizionate in circolo. Al primo colloquio e, se il mediatore lo ritiene necessario, anche a tutti gli altri, parteciperanno solo i coniugi in fase di separazione; in alcune occasioni il mediatore può prevedere di coinvolgere i figli o altri parenti prossimi o altre figure coinvolte nella separazione (come ad es. i legali di parte). I colloqui di mediazione

sono caratterizzati da alcune regole generali, che possono essere stabilite per iscritto nel primo colloquio o comunicate oralmente: rispetto; alle parti verrà dato il tempo sufficiente per portare le proprie posizioni e preoccupazioni; ognuno dovrà essere ascoltato dagli altri attori coinvolti; lo sguardo dovrà essere rivolto al futuro, senza biasimi o recriminazioni; riservatezza.

Il setting classico della terapia sistemica prevede una stanza di terapia con uno specchio unidirezionale, dietro il quale sta l'equipe terapeutica, che fornisce uno sguardo altro ai terapeuti in seduta. Sbattella (2011) afferma «la presenza di più poltrone in cerchio, così come la presenza di almeno due terapeuti, caratterizzano la conversazione terapeutica come una situazione raccolta e rispettosa, ma nello stesso tempo pubblica, in modo ineludibile». Il setting in terapia può, oltre ad essere la stanza deputata ai colloqui del professionista, anche essere una stanza della casa del paziente, negli interventi domiciliari, o una stanza di degenza negli interventi in ospedale o un'aula per gli interventi a scuola o nei contesti di emergenza e questi rappresentano solo alcuni dei contesti dove può essere impiegata la terapia sistemica integrata. Il setting viene a rappresentare, come afferma Telfener (2011, p. 140) «uno spazio mentale di incontro con l'altro, definendo il quando, il come e il perché; dandosi uno scopo e alcune regole condivise, una struttura costante che può naturalmente cambiare, a patto che non avvenga in modo improvvisato e irragionevole, privo di pensiero».

Sbattella (2011) definisce alcuni aspetti comuni che caratterizzano i terapeuti sistemici "senza specchio": lavoro in equipe; selezione di informazioni relazionali

all'interno delle interazioni attuali; proposta di azioni ed interazioni attive, al fine di aprire al cambiamento e garantire i gradi di libertà di ogni persona.

In psicoterapia sistemica integrata il setting risulta più flessibile, rispetto al contesto della mediazione, dove risulta importante darsi delle regole. Il setting definito a priori e identico in tutte le sedute di mediazione diviene parte integrante del percorso, a differenza della terapia sistemica integrata dove il setting può venire costruito con la famiglia, dove sono i corpi presenti a definirlo.

Tempo

Il percorso di mediazione familiare è a breve termine, strutturato in un numero definito di incontri (10-12) ed è centrato sul presente e sul futuro. Si articola attraverso delle fasi tipiche: pre-mediazione (da 1 a 3 incontri); negoziazione (da 6 a 8 incontri); redazione degli accordi (2 incontri).

«Al mediatore non interessa discutere o valutare i sentimenti e i fatti avvenuti in passato, il suo compito è invece di riportare i litiganti a parlare del presente e delle loro aspirazioni future» (Haynes, Buzzi, 2012, p.85). In mediazione le parti vengono portate da una posizione di recriminazione circa i fatti legati al passato ad una in cui fanno emergere le loro aspettative future.

In terapia, i pazienti possono all'arrivo propendere verso una delle tre dimensioni temporali, passato, presente, futuro: tale tensione può essere influenzata da diversi fattori, come età, cultura, status, ...

Come terapeuti sistemici, la famiglia può essere osservata sia secondo l'asse sincronico (come la famiglia è al momento dell'osservazione) sia secondo l'asse diacronico (come espressione della

stabilità del sistema familiare oppure come espressione del cambiamento).

Boscolo e Bertrando (1993, p.111) nel testo *I tempi del Tempo* affermano che «Ogni dialogo ha un suo tempo e un suo ritmo, tempo e ritmo che sono creati dall'interazione fra i tempi individuali degli attori del dialogo». Introducono il termine *timing* per definire quella sensibilità che il terapeuta deve raggiungere per cogliere in determinati momenti e per sottolineare certi temi, sensibilità che può realizzarsi all'interno del clima di fiducia che si viene ad instaurare nella relazione terapeutica.

Nel corso dei colloqui il terapeuta attraversa con i pazienti tutte e tre le dimensioni temporali: si interessa del qui e ora, dei sintomi portati e della rete relazionale che circonda la persona; indaga il passato, analizzando le relazioni, le idee, i significati che si sono sviluppati nel corso del tempo; si dedica al futuro, aprendo a nuove prospettive e possibili soluzioni.

Fondamentale risulta essere questo sguardo al tempo mettendo a confronto i due percorsi: in mediazione è importante non perdersi nei fatti passati, ma portare le parti a stare nel presente e a guardare il futuro; in terapia occorre transitare e pensare in tutte e tre le dimensioni temporali, senza limitarsi.

Quali temi vengono trattati?

In mediazione si lavora con un sistema/coppia che appare disorganizzato, ma è "sano": l'obiettivo primario della mediazione diventa quello di riaprire uno spazio comunicativo permettendo di ridefinire confini e relazioni e di raggiungere accordi. I temi che vengono affrontati durante gli incontri possono riguardare: la decisione di separarsi/divorziare; la responsabilità genitoriale; i progetti e gli accordi genitoriali;

l'alloggio; il contributo al mantenimento dei figli e/o dell'ex-coniuge; la divisione dei beni; i debiti; il coinvolgimento di nuovi partner, nonne, ecc...; il cambiamento di residenza. Il percorso di mediazione viene sempre affrontato attraverso una strutturazione in fasi che si effettua in maniera consecutiva:(...) «1. Ammissione del problema 2. Scelta del campo 3. Selezione del mediatore 4. Raccolta dei dati 5. Definizione congiunta del problema 6. Comprensione profonda dei bisogni delle parti 7. Creazione di opzioni 8. Ridefinizione delle posizioni iniziali 9. Contrattazione 10. Stesura dell'accordo» (Haynes, Buzzi, 2012, p.62). Il mediatore aiuta le parti ad identificare: «che cosa vuole ciascuna parte in lite; che cosa vuole evitare ciascuna parte in lite; che cosa è disposta a concedere ciascuna parte in lite; quale alternativa è disposta a prendere in considerazione ciascuna parte in lite; quanto ciascuno è disposto a rivedere la propria posizione su una determinata questione; la relazione, se esiste, che intercorre fra il problema di cui si discute e altri problemi; la forza delle reciproche posizioni; che cosa ciascuno può realmente fare» (Haynes, Buzzi, 2012, p.426). Una volta raccolte queste informazioni e valutate con le parti i bisogni di ciascuno, il mediatore orienta la coppia a creare una proposta che risponda alle loro necessità.

La terapia sistemica integrata può costituire una ricerca condotta attraverso i membri della famiglia, con la formulazione di ipotesi, l'uso di domande, l'apertura a nuove strade, il cambiamento di punteggiatura, di lenti con cui guardare avvenimenti e situazioni. Secondo Boscolo e Cecchin (1983), una famiglia si rivolge all'esperto quando nel tempo non è riuscita a risolvere i suoi problemi, i comportamenti che ritiene

inaccettabili. Il sintomo diviene il risultato finale dei tentativi non riusciti di risolvere il problema: la famiglia che arriva in terapia porta con sé la storia di costruzione del sintomo. La famiglia di norma accetta la diagnosi: i familiari non sintomatici si muovono cercando di mantenere l'etichetta al paziente designato. Il compito del terapeuta sistemico è quello di cominciare dalla fine, ossia vedere perché una famiglia si è definita sintomatica, il processo terapeutico dovrebbe portare l'individuo, la famiglia a cambiare punteggiatura. Secondo l'approccio sistemico occorre sradicare il sintomo dal corpo e portare a conoscenza il ruolo che assume nella relazione tra persona e contesto. Il sintomo diviene il prodotto di una relazione che ha livelli di disorganizzazione, il sistema evidenzia un errore di organizzazione e comunicazione. Risulta evidente come i due percorsi approfondiscano tematiche differenti, andando ad indagare aspetti diversi, indossando lenti distinte, avendo scopi non sovrapponibili.

Chi partecipa agli incontri?

Dopo il contatto telefonico iniziale, il mediatore familiare invita entrambe le parti a partecipare al primo incontro, che potrà realizzarsi solo alla presenza di tutti e due i membri della coppia. Nei colloqui successivi lo spazio potrà essere ampliato anche ad eventuali figli, se il mediatore è disposto ad incontrarli, al fine di raccogliere il loro punto di vista e una valutazione della consapevolezza del bambino/ragazzo sulla separazione o sul divorzio dei genitori. Perché può essere utile invitare i figli in mediazione? Il mediatore può agire da confidente imparziale del bambino, e questo può essere utile per abbassare il livello di ansia e paura; può

far percepire ai bambini che qualcuno tiene conto dei loro bisogni e questo li porta a deresponsabilizzarsi da aspetti che non li riguardano; può aiutare i genitori a spostare il focus dell'attenzione da sé ai figli, al loro benessere. I figli possono essere invitati nella fase iniziale, per raccogliere le loro posizioni e il loro punto di vista su eventuali accordi presi; ogni volta che si presenta un problema che potrebbe essere chiarito con il loro contributo; gli adolescenti possono partecipare in tutto il processo di mediazione e avere potere decisionale.

In psicoterapia sistemica integrata i colloqui familiari vengono condotti invitando tutti i membri della famiglia alla presenza di due terapeuti: la partecipazione dell'intera famiglia dentro la stanza di terapia rappresenta di per sé un movimento terapeutico potente; tutti i membri sono presenti per riflettere insieme su problemi, aspetti che riguardano il loro sistema. La tecnica delle domande circolari, riflessive, strategiche permette alle persone presenti di iniziare a mettersi nei panni dell'altro, a mettere in circolo la comunicazione, a riflettere sul futuro, su ipotesi. Come afferma Karl Tomm (1988, p.10), «le domande circolari possono avere effetti liberatori per la famiglia (...) E' possibile che diventino consapevoli della circolarità dei loro pattern interattivi. Con questa accresciuta consapevolezza, essi possono essere liberati dalle limitazioni dei loro precedenti punti di vista lineari e riuscire ad affrontare le loro difficoltà da una nuova prospettiva». In terapia sistemica integrata può anche accadere che i colloqui si svolgano alla presenza di un solo membro della famiglia: il terapeuta lavorerà con lui portando dentro la stanza anche gli altri familiari, attraverso ad esempio la tecnica del genogramma o della sedia vuota o

della presentificazione del terzo. Questo al fine di aiutare la persona a maturare consapevolezza sulle sue relazioni familiari, sui miti e sulle regole familiari. Inoltre con l'introduzione della cibernetica di secondo ordine, si è iniziato a pensare l'osservatore parte integrante di ciò che viene osservato: il sistema di premesse del terapeuta entrano così a far parte del processo terapeutico.

Il modello sistemico integrato nel 2016 si è avvicinato al modello innovativo proposto dal Dott. Jakko Seikkula, che introduce una modalità nuova di lavorare nel trattamento psichiatrico, centrato sulla famiglia e sulla rete sociale: il paziente viene aiutato, all'interno e con l'essenziale contributo, dal suo personale sistema sociale di supporto. Gli incontri vengono condotti da due/tre terapeuti, insieme con il paziente, la sua famiglia, la sua rete sociale e gli operatori che seguono il caso (infermieri, medici, altre figure sanitarie, ...). Non vengono svolti incontri di equipe senza tutto il sistema. Questo potrebbe rappresentare uno sviluppo futuro del modello sistemico integrato parmense.

Questo confronto tra mediazione e psicoterapia sistemica integrata mette in evidenza come i temi trattati dai due professionisti influenzino anche la questione del chi invitare e come sia importante rispettare i confini, per il successo dei percorsi.

Conclusioni

Questo lavoro, nato dalla doppia formazione dell'autrice, è stato come un viaggio tra due dimensioni, che in alcuni punti si contaminavano e in altri si allontanavano.

Il fil rouge che sembra connettere questi due percorsi è il prendersi cura delle persone che chiedono aiuto, accompagnarli, attraverso

l'acquisizione di maggiore consapevolezza, a nuove forme di comunicazione, sia nel caso che la coppia coniugale finisca sia nel caso trovi nuove risorse per continuare.

Mediazione e psicoterapia potrebbero essere immaginate come due figure umane, che appaiono apparentemente simili, internamente hanno gli stessi organi, lo stesso numero di cellule, caratteristiche di funzionamento simili, ma che ad un'analisi molto più accurata si può rilevare la loro unicità, le loro peculiarità che sono differenti dall'uno all'altro corpo. Queste due figure si arricchiscono costantemente dal dialogo tra di loro, dall'interazione con altre figure, dalle contaminazioni che possono ricevere dall'ambiente.

La conoscenza, il dialogo, il lavoro di rete può essere veramente un valore aggiunto, che viene messo a disposizione delle persone che a noi si rivolgono; dialogo che deve realizzarsi in un clima di scambio e di arricchimento.

Fondamentale risulta che i professionisti abbiano ben chiari i confini del loro lavoro, al fine di non addentrarsi in terreni sconosciuti e difficilmente percorribili. Sembra fondamentale la conoscenza reciproca delle due modalità lavorative per garantire invii mirati e funzionali per le persone che chiedono aiuto.

Bibliografia

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati Boringhieri
- Boscolo, L., Caillé, P., Cecchin, G., Hoffman, L., Keeney, B., Malagolo Togliatti, M., Selvini Palazzoli, M., Telfener, U. (1983) *La Terapia sistemica* Roma: Casa Editrice Astrolabio
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (2004). *Clinica sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri
- Cecchin, G., (1987). Revisione dei concetti

- di ipotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità. *Ecologia della Mente*, 5/1988, p.29-41
- Cesana, C., Porri, L., (2005). La co-mediazione interdisciplinare: diverse competenze a favore della coppia. In Ardone R., Lucardi M. (a cura di), *La mediazione familiare*. Ed. Kappa, Roma
 - Colombari, B., (2013). I movimenti nella relazione tra i terapeuti: la co-terapia. *Cambia-menti*, 2/2013, p. 61-73
 - Facchini, F., (2012). La pratica del genogramma in un "servizio psichiatrico di diagnosi e cura". Come "gli Argonauti" cercano di dare significato al tempo che si è fermato. *Cambia-menti*, 3/2012, p. 33-47
 - Foti, M., Targher, C. (2014). *Comunicare la separazione ai figli*. S. Lazzaro: Giraldi Editore
 - Ghiretti, G., (2013). Tra Bateson e Perls: sistemi, emozioni e corpo in relazione. *Cambia-menti*, 1/2013, p. 15-25
 - Gurman, A.S., Kniskern, D.P. (1995). *Manuale di terapia della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri
 - Haynes, J. M., Buzzi, I. (2012). *Introduzione alla mediazione familiare*. Milano: Giuffrè Editore
 - Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F., (2012). Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio. *Cambia-menti*, 1/2012, p. 8-16
 - Restori, A., (2011). Attenzione sensibile al contesto. Per una formazione attenta al tema della consapevolezza. *Cambia-menti*, 3/2011, p.6-11
 - Restori, A., (2014). L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato. *Cambia-menti*, 1/2014, p.7-16
 - Satir, V., Gomori, M., Bnmen, J., Gerber, J. S.(1991). *The Satir model: family therapy and beyond*. Palo Alto: Science and Behavior Books
 - Sbattella, F., (2011). Lo psicoterapeuta sistemico senza specchio. *Cambia-menti*, 1/2011, p. 7-15
 - Sbattella, F., (2012). Reframing, metafore e relazioni. *Cambia-menti*, 2/2012, p. 5-14
 - Seikkula, J., Arnkil T.E. (2013). *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Trento:Erickson
 - Seikkula, J., (2016). *Il dialogo aperto*. Roma: Giovanni Fioriti Editore
 - Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality. Three Guidelines for the Conduction of the Session. *FamilyProcess*, vol. 19, p.73-85(trad. it. Ipotizzazione, circolarità, neutralità. Tre direttive per la conduzione della seduta *Terapia Familiare*, vol. 7/1980, p.5-19)
 - Telfener, U., (2011). *Apprendere i contesti*. Milano: Raffaello Cortina Editore
 - Tomm, K. (1988). Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive? *FamilyProcess*, vol. 27, p. 1-14

La figura dello Psicologo nel Servizio Sociale del Comune

Facchini Francesca⁴

Sommario

L'articolo parla dell'esperienza dell'autrice, una psicologa psicoterapeuta di orientamento sistemico, all'interno del Servizio Sociale di un comune della Provincia di Parma. L'autrice descrive il funzionamento del Servizio Sociale, dal punto di vista della "trifocalità", ossia la capacità di lavorare contemporaneamente con tre focus d'azione e con tre mandati, relazionali e strumentali: quello della relazione individuale con gli utenti, quello della relazione con l'organizzazione e con la rete dei servizi territoriali, quello della relazione con le istituzioni. Per ogni focus l'autrice metterà in luce il tipo di sfide che il Servizio Sociale può trovarsi ad affrontare e il ruolo che lo psicologo può svolgere all'interno dell'equipe, in un'ottica sistemica.

Parole chiave

Servizio Sociale, trifocalità, rete, capability approach, politiche sociali, epistemologia sistemica.

Summary

The paper talks about a systemic psychoterapist experience within the Social Service of a municipality in the Province of Parma. The author describes how the Social Service works, form the point of view of "Trifocality", that is the ability to work with three focus and three madates, simultaneously: the individual relationship with users; the relationship with the organization itself and with the network of local services; the relationships with Institutions. For each focus, the author will highlight the challenges that the Social Service can deal with and the role of the psychologist within the team, from a systemic perspective.

Key Words

Welfare, trifocality, network, capability approach, social policies, systemic epistemology.

⁴Francesca Facchini, assistente didatta IDIPSI, E-mail: dr.ssafacchini@gmail.com

“La democrazia non basta a sé stessa”

Ezio Mauro

Questo articolo nasce dall'esperienza che quotidianamente svolgo all'interno del Servizio Sociale del comune di Colorno, un paese di 10.000 abitanti, nella Provincia di Parma. La mia esperienza inizia un anno fa, quando l'assessore alle Politiche Sociali richiede la presenza all'interno del Servizio di uno psicologo. I mezzi economici sono esigui per cui si opta per una presenza di una volta a settimana. La Direttrice del servizio e l'assessore mi chiedono di lavorare insieme alle assistenti sociali, offrendo loro una supervisione sui casi più complessi e agli utenti una parte di sostegno psicologico, affinché possano essere più partecipi nel progetto che il Servizio Sociale costruisce con loro. Poche direttive ma chiare, poche spiegazioni teoriche, mi presentano le assistenti sociali, mi mostrano quale stanza posso usare per i colloqui, due parole rapide sulla parte burocratica/legale/finanziaria e così inizia la mia esperienza. Non mi era molto chiaro il mio mandato, non avevo alle spalle alcuna esperienza con i Servizi Sociali e immaginavo di stare entrando in un contesto di lavoro pregno di contraddizioni, sottorganico, con un linguaggio burocratico e sociale completamente nuovo, in un gruppo di lavoro consolidato, ma affaticato. Nelle tasche avevo le mie premesse personali, la mia valigetta di teorie sulle relazioni d'aiuto, le mie lenti sistemiche e la consapevolezza che dovevo apprendere il più in fretta possibile. Mi sono detta che l'apprendimento si costruisce con l'azione, non con il pensiero (almeno così diceva Piaget), che le cose si imparano

facendo, si costruiscono, si leggono, si cambiano e poi si imparano. Mi sono avvolta nella mia profondissima curiosità e voglia di fare. Mi sono detta che questo servizio probabilmente aveva bisogno di orecchie e occhi nuovi, altrimenti non avrebbero scelto me. Ho deciso che avrei iniziato da ciò che ogni psicologo, degno di ritenersi tale, deve saper fare in modo eccelso: ascoltare. E ho ascoltato, per giorni e giorni. Tuttora penso che ascoltare sia la cosa che principalmente faccio nelle mie giornate in Comune. Ascolto voracemente, osservo, domando e connetto. In questi mesi le domande su quale fosse il mio mandato hanno continuato ad accompagnarmi, ma l'interesse protettivo e autoreferenziale per il mio ruolo si è placato. E' sorto piuttosto un interesse profondo per ciò che mi stava succedendo attorno, per le relazioni, le storie, gli incroci, le prassi che osservano intorno a me. La mia *forma mentis* sistemica mi ha portato a osservare l'organizzazione e la totalità. Nell'ottica sistemica è il più complesso che spiega il più semplice. Di seguito, le mie riflessioni sulla complessità che ho incontrato e in cui mi sono immersa. Mi sono soffermata in particolare sulle sfide, le criticità e su come la presenza di una psicologa possa costituire una risorsa in termini di lavoro "possibile", ma anche di lavoro "pensabile". Prima di addentrarmi nello specifico, vorrei ringraziare chi mi ha scelto, per avermi dato un'occasione di apprendimento assolutamente irripetibile e -non in ultimo-le colleghe assistenti sociali per l'accoglienza, la professionalità e la dedizione che mettono nel loro lavoro.⁵

⁵In questo articolo declinerò la figura dell'assistente sociale sempre al femminile, per un'euristica di pensiero basata sulla mia personale esperienza, dato che nel Servizio Sociale in cui lavoro sono tutte donne.

1. Il contesto del Comune come Ente

Il Comune è un luogo della politica in senso stretto e in senso lato. In senso stretto, in quanto ente amministrativo, eletto democraticamente. In senso lato, in quanto è il luogo in cui si rendono visibili e operativi gli aspetti fondanti della città, gli orientamenti di valore verso cui un'amministrazione decide di investire, le scelte politiche rispetto all'allocazione delle risorse, i vincoli e le misure con cui le riforme si applicano. Questo rende il Comune il luogo in cui possono prendere forma e concretizzarsi i diritti sociali, umani e di cittadinanza. Allo stesso tempo i Comuni sono i destinatari impotenti dei tagli del Welfare che negli ultimi anni si sono susseguiti, rappresentando quello che Bauman (2015) definisce "il divorzio tra politica e potere". Traslando ciò che Bauman disse in riferimento alla delicata situazione greca in Europa, possiamo pensare che gli amministratori comunali si trovino schiacciati da una morsa in cui *"da una parte ci sono coloro che li hanno eletti affinché li servissero, dall'altra quelli che li comandano affinché ignorino la volontà degli elettori"*⁶. L'assetto e le normative istituzionali che determinano le responsabilità dei Comuni rispetto l'assistenza sociale è frutto di un processo avviato alla fine degli anni '70 con il d.p.R. n.616/1977 con cui lo Stato trasferiva le attività di beneficenza e assistenza dalla gestione centralizzata dei grandi enti nazionali ai comuni e alle regioni (in quegli stessi anni, con la legge n.833/1978 veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale), passando per la legge n.328 del 2000 (la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi

sociali") e concludendosi con la legge di riforma costituzionale del 2001, detta del "Welfare locale", con cui veniva fortemente ridotto l'impatto della precedente legge. La legge n.328 del 2000 è stata determinante per la nascita e la strutturazione dei Servizi Sociali, così come li conosciamo noi oggi. Il Servizio Sociale professionale e il Segretariato di Servizio Sociale vengono infatti formalmente riconosciuti come "Livelli Essenziali di Assistenza" e vengono definite le tre funzioni principali del Servizio Sociale all'interno del Comune: il segretariato di servizio; il *management* sociale del caso; l'osservazione, programmazione, pianificazione, direzione e coordinamento delle politiche sociali con le aree integrate ⁷.

2. Il Servizio Sociale in Comune

Descrivere il sistema "Servizio Sociale" non è semplice. Ricercando una definizione calzante con la realtà di cui faccio parte, mi sono imbattuta in una pluralità di immagini. Teresa Bertotti (2016) lo descrive come un *"delicato punto di intersezione all'incrocio dei venti"*. Ulrick Beck (2000) lo ha invece definito *"stazione di smistamento dei problemi"*. Zygmunt Bauman (2005) lo descrive come *"uno di quei luoghi che la società vorrebbe deputato a trattare le vite di scarto"*. La definizione che sento più vicina alla mia esperienza appartiene a Teresa Bertotti, che lo definisce un *"osservatorio speciale"*. Il Servizio Sociale comunale è infatti un punto di contatto diretto tra Stato e Popolazione, un luogo in cui si raccolgono storie, si intercettano i bisogni delle persone, si vedono gli effetti dei grandi mutamenti sociali, culturali ed economici, i guasti del

⁶Intervista a Bauman di Giuliano Battiston, per "l'Espresso" del 20 Febbraio 2015

⁷Consiglio Nazionale Ordine assistenti sociali - www.cnoas.it

sistema, ma anche in cui si concretizzano le politiche locali. E' un luogo ad accesso libero, a cui le persone approdano con facilità e per motivi molto diversi tra loro, tutti validi. L'assistente sociale ascolta e accoglie tali domande, ma non solo. Sulle spalle dell'assistente sociale vertono una pluralità di mandati e aspettative. Da un lato i bisogni dei cittadini, delle fasce più deboli e sempre più larghe, dall'altra i mandati istituzionali, modellati sulla base delle profonde metamorfosi del sistema di Welfare. Metamorfosi indotte dall'introduzione dei modelli aziendalisti nella gestione dei servizi, denominati di "New Public Management" che pensano all'operato dell'assistente sociale come a un prodotto da erogare attraverso la mera attivazione di procedure amministrative. Questo non corrisponde a ciò che concretamente gli operatori del Servizio Sociale svolgono, ma costituisce piuttosto una sfida quotidiana ad agire in parte come burocrati, in parte come agenti di cambiamento. Tale pluralità di mandati e la simultanea centratura su più focus (detta "Trifocalità") costituisce una caratteristica fondamentale nell'organizzazione del Servizio Sociale, tanto da essere stata individuata come una delle caratteristiche identitarie del Servizio Sociale italiano, differenziandolo da quello di altri paesi europei (Fargion, 2013; Gui, 2013). Il concetto di "trifocalità" prevede che il Servizio Sociale abbia la capacità di strutturare il proprio lavoro, mantenendo l'attenzione su tre fuochi: gli individui, l'organizzazione e le istituzioni più in generale. Come scrive Dal Pra Ponticelli (2010): *"il lavoro tridimensionale del Servizio Sociale consiste in un continuo rimando da una dimensione all'altra e una continua promozione dei diversi interlocutori [...] Il suo ruolo principale diventa quello di*

porsi come promotore e accompagnatore di processi di cambiamento, sia a livello individuale e familiare, che comunitario e istituzionale".

3. Lavorare con la "trifocalità" del Servizio Sociale

Il concetto di "Trifocalità" descrive la contemporanea attivazione del Servizio Sociale su tre diversi fuochi, che si connettono grazie alla capacità dell'equipe di spostarsi su diversi piani, collaborare, integrare gli interventi e i punti di vista. Prendendo in considerazione il principio sistemico dell'"equifinalità" potremmo dire che l'intervento che l'assistente sociale svolge in favore di una delle tre dimensioni avrà effetto anche sulle altre, ma questo non è sempre vero, o almeno non è sufficiente affinché un intervento sia ecologico, efficace e credibile, data la complessità delle domande e degli interventi stessi. Individuo, organizzazione e società possono essere visti come tre "committenti" del Servizio Sociale, e in quanto tali ognuno di essi si relazionerà col Servizio sulla base di un mandato diverso. Dalla contraddittorietà e incoerenza dei mandati potrebbero sorgere dilemmi etici ed operativi. Chi lavora nei Servizi Sociali, a qualunque livello, deve affrontare e dipanare ogni giorno sfide di questo tipo. Di seguito cercherò di descrivere come si traduce il lavoro del Servizio Sociale in base alle tre dimensioni in questione e come il ruolo dello psicologo possa connettersi e inserirsi nel sistema, in ognuno di questi campi.

3.1 Il focus sugli individui: le "capabilities" dei cittadini

I bisogni di assistenza e le richieste di protezione sociale da parte dei cittadini

sono profondamente cambiate e aumentate nell'ultimo decennio. Secondo il sociologo Bifulco (2015) questi cambiamenti sono connessi a dinamiche socio-demografiche da un lato (allungamento delle prospettive di vita, trasformazione delle famiglie, aumento delle migrazioni) ed economiche dall'altro (crisi economica, diminuzione del lavoro, aumento della precarietà ecc.). Nell'ultimo decennio in definitiva, i cambiamenti sociali su larga scala hanno messo in tensione i sistemi precedenti di welfare locali, basati su tre presupposti cardine: un lavoro sicuro, una famiglia stabile, l'esistenza di confini nazionali (Saraceno, 2013). Queste problematiche si presentano quotidianamente sullo scenario del Servizio Sociale comunale, declinate sotto forma di povertà, difficoltà abitativa, anziani in carico, disabilità, devianza adolescenziale, allontanamento di minori, difficoltà d'integrazione, ricongiungimenti familiari, inclusione sociale, mediazioni familiari e chi più ne ha, più ne metta.

Il Comune in questi casi diventa il luogo in cui –direbbe il sociologo Mills- i “private troubles” diventano “public issues”. Teresa Bertotti (2016) descrive con un'immagine cara a noi psicologi la richiesta di aiuto che arriva al Servizio Sociale: *“di queste problematiche il Servizio Sociale comunale intercetta la punta emergente, che si manifesta con una domanda che è sia puntuale (un contributo economico), sia ampia e indifferenziata, come un iceberg, che va compresa e connessa a ciò che sta sotto”*. Il ruolo dell'assistente sociale, in concertazione con lo psicologo, è proprio questo. Quello di ridefinire la domanda, il problema, le aspettative, le risorse e i vincoli, connettendoli tra loro in una visione più ampia e profonda. In questi mesi il

mio obiettivo è stato quello di affiancare e sostenere quelle situazioni in cui il servizio intravedeva la possibilità che le cosiddette *public issues* tornassero a essere gestite nella sfera privata, grazie all'attiva partecipazione dell'individuo al progetto d'aiuto, che egli stesso contribuiva a co-costruire. L'intervento dello psicologo in questo modo si muove con una “prospettiva promozionale”, con la quale sostenere le persone a ritrovare la propria agency, a investire sulle risorse del sistema, a orientarsi verso il futuro. Parallelamente, l'assistente sociale si occupa della “protezione sociale”, cioè agisce sulla base dei diritti lesi, utilizzando la logica dei diritti, umani e sociali, e del loro ripristino (Dal Pra Ponticelli, 2010). La sinergia tra psicologo e assistente sociale, tra promozione e protezione, si declina in un'ottica di sviluppo delle “capabilities”. La teoria di Amartya Sen (2009) sulle “capabilities” si basa sulla critica all'abitudine di misurare il benessere basandosi sul possesso di beni o risorse. Sen pone piuttosto l'attenzione sull'uso che le persone possono fare delle risorse, in base alle capacità e opportunità che riescono attivare. Da qui (cioè dal mix dei vocaboli “capacità” e “possibilità”) nasce il termine “capability”. Questa chiave di lettura può ispirare profondamente il lavoro del Servizio Sociale, il cui sguardo sarà volto a considerare quanto e in che misura gli interventi progettati favoriscano la capacità di agire dell'individuo, intesa come libertà di scegliere e di indirizzare la propria vita. Centrali sono quindi i concetti di “agency” (l'abilità di agire) e di autodeterminazione, ma anche ciò che l'antropologo indiano Appadurai chiamava “capacità di aspirare”. Secondo Appadurai (2004) la capacità di aspirare è qualcosa di più della speranza

appresa, ha a che fare con la capacità di pensare –e di pensarsi- in modo resiliente. Appadurai, oltre a mostrare come questa capacità costituisca una grande forza di mobilitazione, ha dimostrato come non sia presente allo stesso modo nelle diverse classi sociali: i poveri la possiedono in misura minore rispetto ai ricchi, ovvero hanno meno possibilità di immaginare il futuro. Il Servizio Sociale, oltre a combattere la disuguaglianza in termini di risorse economiche, culturali, fisiche o psichiche, col suo lavoro psicologico di ascolto e di accoglimento, in fondo, in parte, lavora anche per sanare questo tipo di *gap*.

3.2 Il focus sull'organizzazione: la rete dei "burocrati di strada"

Il lavoro dell'assistente sociale comunale è immerso in una fitta rete di relazioni, grazie alle quali si possono realizzare gli interventi professionali. Tali relazioni sono caratterizzate dalla contemporanea presenza di due dimensioni: una "burocratica" che costituisce i vincoli e le possibilità di azioni che *concretamente* l'assistente sociale possiede, l'altra "professionale" che costituisce l'insieme di figure e di servizi che *potenzialmente* intervengono sul problema. La dimensione burocratica è fondamentale nel lavoro del Servizio Sociale, è la mappa con cui ogni attore della pubblica amministrazione è costretto a leggere il territorio in cui si muove. In particolare, l'assistente sociale è chiamato ad offrire un servizio che da un lato risponda alla logica burocratica-amministrativa dell'uniformità, dell'imparzialità e di conformità alla norma, dall'altro, la peculiarità dell'occuparsi di vite umane, richiede una logica di servizio alla persona, con risposte specifiche, cucite su misura, in base alle diverse situazioni.

Calza a pennello la definizione che Michael Lipsky (1980), sociologo americano, associa alle figure professionali che lavorano con tale ambivalenza (poliziotti, medici, giudici e assistenti sociali): gli "street level bureaucrat". Questi "burocratici a livello della strada", per adempiere al mandato istituzionale che verte su di loro, devono utilizzare la propria autonomia decisionale all'interno di uno spazio di discrezionalità ben preciso, compreso tra queste due dimensioni. Il confronto con lo psicologo del servizio serve per articolare tale spazio di discrezionalità nel modo più efficace ed ecologico possibile, nella tutela dell'utente ma anche dell'operatore, il quale deve combattere ogni giorno con la rigidità (e a volte la paradossalità) del sistema. In uno spazio contratto e contorto, diventa ancora più importante la presenza del confronto e della pluralità dei punti di vista, in quanto come scrive Telfener (2011): "*la doppia descrizione costituisce la possibilità di ottenere una maggiore profondità di campo*". La costruzione di un "*pluralismo collaborativo*" (ibidem) è alla base del lavoro del Servizio Sociale, in quanto è ormai una premessa condivisa che per risolvere i problemi di un cittadino non basti un solo servizio (e neanche l'attivazione in parallelo di più servizi), ma sia necessario costruire una rete, che si interconnetta sulla base di obiettivi condivisi. Il ruolo dello psicologo è quello di agevolare la costruzione della rete (in quanto il lavoro di rete tra i servizi non è mai "dato", ma ogni volta va ricontrattato, ridefinito, ricalibrato) e soprattutto costruire delle comunicazioni e delle posizioni autoriflessive rispetto alle idee, alle azioni, alle comunicazioni. Lo psicologo del Servizio Sociale può inoltre osservare e cercare di arginare i pericoli insiti nel lavorare in

rete con altri servizi. Come dice Bauman in “Modernità liquida” (2002) la rete è basata sulla combinazione di due processi: connessione e disconnessione. Sei dentro e fuori contemporaneamente, puoi spostarti, uscire e rientrare in modo fluido. Il rischio del lavoro in rete è quello del disimpegno, della “fuga”. Per arginare tale rischio lo psicologo ha il compito di osservare i movimenti all’interno della rete e mettere se stesso in relazione con tutti, organizzando incontri, equipe interne, supervisioni e occupandosi delle comunicazioni. Un altro rischio, forse ancora più importante, è quello per cui il lavoro e le comunicazioni tra gli operatori superino il lavoro con l’utente. Lo psicologo, nel suo rapporto con l’utente, deve sincerarsi di metterlo sempre al corrente delle azioni che si stanno svolgendo, rendendolo un interlocutore partecipe, consapevole e sostenendolo nelle relazioni coi singoli servizi. Tale compito si realizza *in primis* preoccupandosi della traduzione del linguaggio burocratico, amministrativo, sanitario con un linguaggio comprensibile a tutti. Fornari (1976) forse descriverebbe questa traduzione come un’oscillazione tra il “codice paterno” della burocrazia (basato sull’autorità, sulla normatività, sull’esclusione) e il “codice materno” della relazione d’aiuto (basato sulla comprensione, sul contenimento e sul non giudizio).

4.3 Il focus sul rapporto con le Istituzioni: costruire le politiche sociali

Come accennavo in precedenza, il Servizio Sociale in Comune è un luogo in cui intercettare i bisogni dei cittadini e rendere operative le politiche sociali locali. Nel suo ruolo di osservazione e ascolto, il Servizio Sociale ha inoltre il compito di elaborare

nuove risposte a nuovi problemi e di connettersi con le Istituzioni per renderle operative. Lo psicologo che adotti una visione sistemica può aiutare il servizio ha elaborare tali risposte, affinché gli interventi realizzati non rimangano prettamente assistenzialistici, ma siano promotori di cambiamento del territorio stesso. Questa parte di progettazione si svolge a quattro mani con l’assistente sociale, che ha un contatto più diretto con il territorio e lo conosce in profondità. D’altra parte lo psicologo ha il compito di supervisionare il ruolo delle assistenti sociali, non tanto in termini di controllo, ma piuttosto in termini di cura. Prendersi cura di chi si prende cura delle fasce più deboli della società, ha un valore inestimabile e molto delicato. Il lavoro delle assistenti sociali è esposto a rischi di vario genere, inoltre le logiche burocratiche, di mercato e quelle manageriali tendono a trasformare il loro lavoro in senso sempre più esecutivo, come se fossero “impiegati del welfare”. Offrire supervisione a queste professionisti significa tutelare la loro identità professionale, offrendo sostegno affinché riescano a stare nella complessità, a mediare nella costante tensione delle urgenze, a costruire un’elevata competenza riflessiva, a sviluppare apprendimenti nuovi, in pratica ad essere agenti di cambiamento. Citando Bertotti *“gli assistenti sociali utilizzando le competenze professionali possono sia mettere in atto interventi che contrastino discriminazione e ingiustizie, sia denunciarne l’impatto sociale, facilitando cambiamenti nelle politiche per perseguire gli obiettivi della giustizia sociale e economica”* (p.343).

4. L’approccio sistemico nel Servizio

Sociale

Vorrei spendere alcune parole per riflettere sull'importanza dell'epistemologia con cui gli operatori del Servizio Sociale si apprestano a lavorare, a relazionarsi e a elaborare i piani d'azione.

Col termine "epistemologia" intendo l'insieme delle teorie con cui le persone costruiscono le idee sulla conoscenza e sull'esperienza. Come scrisse Telfener (2011): *"esiste una relazione ricorsiva tra azioni e sistemi di significato: le convinzioni che un individuo ha sul mondo determinano il suo modo di vedere e di reagire e conseguentemente questo determinerà le sue convinzioni sul mondo"*.

Nel descrivere il lavoro del Servizio Sociale e il ruolo dello psicologo mi sono basata sulle teorie sistemiche, in quanto ritengo che l'ottica sistemica possa essere (tra le tante) una buona base epistemologica per leggere i contesti in modo complesso e non superficiale, per non cadere nella trappola delle categorie o dei pregiudizi, per orientarsi al futuro, per costruire relazioni e connessioni, invece che suddividere interventi e dis-integrare la complessità. Lavorare con un'ottica sistemica significa strutturare ogni incontro (che sia tra assistente sociale e utente, tra assistente sociale e psicologo, medico, educatore...) utilizzando ad esempio queste domande: Chi sono io in questo contesto? Come mi definisco? Come nasce l'idea che ho di questa situazione? Cosa mi suscita questa situazione? Che tipo di relazione sto costruendo? Perché? Ma anche, necessariamente, chi è l'altro? Cosa mi chiede? Che idee ha di me e del contesto in cui siamo? Che cosa stiamo costruendo insieme? In che modo le categorie che utilizzo io e quelle con cui si è presentato

l'altro ci aiutano a leggere la situazione? Che prassi deriva dal mettere insieme i nostri pensieri? Ho aperto spazio a possibilità evolutive oppure ho concluso nelle mie definizioni l'ermeneutica del processo? e così via. Queste domande servono per generare riflessività, ma l'attenzione alle premesse con cui si genera ogni incontro, non è l'unico spunto utile per lavorare in modo sistemico. Utilizzare le nozioni che Watzlawick (1967) articola per descrivere le proprietà dei sistemi è fondamentale quando si lavora con le famiglie multiproblematiche o in generale con le difficoltà generate nel tessuto sociale, come quelle che affrontano i Servizi Sociali ogni giorno. Mi riferisco ai concetti di:

- "totalità" ossia l'idea per cui un qualsiasi cambiamento in una parte del sistema provoca un cambiamento nel sistema stesso. E' utile per osservare la dinamicità dei sistemi e i cambiamenti in essere, in modo da non reificare la propria visione all'idea iniziale.
- "Non sommatività" ossia l'idea che un sistema sia più della somma delle sue parti. Incontrare tutti i membri di una famiglia, o tutti gli attori coinvolti nel sistema, non significa trattare l'insieme, possedere la verità.
- "Omeostasi", questo concetto è importantissimo per osservare l'effetto che le nostre comunicazioni (ma anche le azioni) hanno nel sistema, in termini di movimento o di irrigidimento degli equilibri. Considerare centrale la comunicazione è imprescindibile.
- "Equifinalità", ossia l'idea che gli stessi risultati possano avere origini diverse, così come ad origini uguali non corrispondano risultati analoghi. Questo concetto sostiene l'importanza delle piccole cose, delle attenzioni minime e spinge gli operatori a non affrontare mai situazioni diverse, per quanto

simili, allo stesso modo.

Oltre a questi concetti vorrei aggiungere come fondamentale il concetto di circolarità e l'attenzione per il tempo, come variabile umana, soggettiva (e sorprendente). La "circolarità", come possibilità di pensare in termini di processi e relazioni dinamiche (anziché oggetti e contenuti statici) sostiene lo sforzo costante di non cedere alla linearità delle letture, in cui la ricostruzione cumulativa semplifica le descrizioni e costruisce etichette giudicanti. Costruire letture circolari combatte lo stigma, sostiene la sensibilità e apre il sistema al nuovo, quindi al cambiamento. In un contesto in cui si lavora sfidando continuamente la trappola dell'urgenza, guardare al "tempo" in senso non strumentale, ma come variabile portatrice di possibilità, aiuta l'operatore e gestire il proprio senso di impotenza/onnipotenza e lascia spazio alla "Mente del sistema" (Bateson, 1972), che lavora a prescindere dai nostri interventi e porta ogni sistema verso l'autoguarigione, anche se in un modo diverso da quello che noi immaginiamo attraverso la "finalità cosciente".

Lavorare nel Servizio Sociale è indubbiamente una delle sfide più complesse e interessanti che abbia incontrato nella mia esperienza di psicoterapeuta. Utilizzare tali lenti mi ha aiutato a leggere i contesti e a pormi domande sempre nuove. Sulla base della mia personale esperienza, penso che a prescindere dalla formazione, dal ruolo, dalla sensibilità personale, dal grado, le lenti sistemiche possano essere utili strumenti per costruire buone relazioni di aiuto e affrontare le sfide quotidiane con una maggiore lungimiranza.

Bibliografia

- Appadurai, A. (2004). The capacity to Aspire: Culture and the Terms of Recognition, In: *Culture and Public Action*. Vijayendra R. and Walton M. (a cura di) Stanford: Stanford University Press.
- Bateson, G. (1972, Trad.it, 1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Bauman, Z. (2002). *Modernità liquida*. Roma-Bari: Laterza.
- Beck, U. (2000). *La società del rischio*. Roma: Carocci.
- Bertotti, T. (2016). *Il Servizio Sociale in comune*. Sant'Arcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editori.
- Bifulco, L. (2015). *Il Welfare locale. Processi e prospettive*. Roma: Carocci
- Dal Pra Ponticelli, M. (2010). *Nuove prospettive per il Servizio Sociale*. Roma: Carocci.
- Fargion (2013). *Il metodo del Servizio Sociale*. Roma: Carocci.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*. Milano: Feltrinelli.
- Gui, L. (2013). Trifocalità. In: Campanini, A. (a cura di). *Il nuovo dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci.
- Lipsky, M. (2010, 1980). *Street Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Mills, C. Wright (1963, 1967) *Power, Politics and People. The collective essays of C. Wright Mills*. Edited by Irving H. Horowitz. New York: Oxford University Press.
- Saraceno, C. (2013). *Il Welfare*. Bologna: il Mulino.
- Sen, A. (2009. Trad.it. 2010). *L'idea di giustizia*. Milano: Mondadori.
- Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti*. Milano: Raffaello Cortina editore
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D. (1967, trad.it. 1978). *Pragmatica della comunicazione umana*. Milano: Astrolabio.

Il counselling agli insegnanti: l'esperienza al Centro per le Famiglie

Eleonora De Ranieri⁸

Sommario

L'autrice, in veste di consulente del Centro per le Famiglie del Comune di Parma, in particolare di referente della Consulenza agli Insegnanti, riporta la propria esperienza nell'incontro con diversi team insegnanti. Ripensando alle varie situazioni, propone un'analisi dei bisogni, delle necessità, delle aspettative e come tutto questo sia entrato in connessione, portando alla costruzione di interventi differenti, soffermandosi non solo su aspetti positivi, ma anche su quelli meno funzionali, che hanno favorito riflessioni di cambiamento e adattamento alle diverse circostanze.

Parole chiave

consulenza, insegnante, gruppo, disagio, bisogni, competenze

Abstract

The author, as a counselor of the Center for Families of the Municipality of Parma, in particular the reference of the Counseling to Teachers, brings its experience in contact with other teachers team. Thinking back to the various situations, it proposes a needs analysis, of requiring regular, expectations and how all this has been brought into connection, leading to the construction of different interventions, focusing not only on positive aspects, but also on those less functional, which favored reflections of change and adaptation to different circumstances.

Key words

counseling, teacher, team, uneasiness, needs, skills

⁸Eleonora De Ranieri, assistente didatta IDIPSI mail: deranierieleonora@gmail.com

«Più un ambiente è complesso, più spesso la comunicazione fra le sue parti si presenta come una serie di esperienze di interfaccia, cioè di situazioni in cui le stesse cose, gli stessi eventi, hanno significati diversi e incompatibili tra loro. Quindi più un ambiente è complesso e più è necessario che gli attori che ne fanno parte abbiano acquisito il savoir faire della riflessività sistemica, (...) in cui hanno un ruolo centrale i paradossi, la circolarità della comunicazione, la polifonia, la comprensione dialogica l'arte di ascoltare. Flessibilità, umorismo, coinvolgimento e distacco, ascolto attivo (...)» (Sclavi, 2003; p.16)

Come psicologa che incontra il disagio dentro la scuola, la mia esperienza è fatta di narrazioni da parte di insegnanti, di ogni ordine e grado, ricche di racconti dettagliati di episodi e comportamenti, carichi di vissuti e fatiche quotidiani, che spesso portano a situazioni di malessere di non facile gestione. Generalmente si individua il disagio in un bambino o nel gruppo classe oppure nella relazione con le famiglie, accompagnato da sensazioni di impotenza e frustrazione per aver tentato diverse strategie che non sono risultate risolutive. La sensazione è che *«negli ultimi anni si è diffusa la percezione del disagio scolastico come di un male pervasivo e strisciante, che riguarda non più solo i singoli "casi", ma il gruppo nel suo complesso e la sua difficoltà a padroneggiare le informazioni»* (Kanizsa, 2007, p.139). Si parla di disagio scolastico come *«espressione dai contorni confusi»* (p. 140), in quanto risulta difficile sul momento distinguere tra una problematica passeggera o più profonda, attraverso una lettura funzionale dei sintomi manifesti o nascosti, portando a domandarsi se *«è disagio scolastico ogni difficoltà che si manifesta nelle mura della scuola?»* (p.140). Credo che questo descriva in parte il vissuto degli insegnanti di oggi, che si trovano a fronteggiare in prima linea situazioni stressanti, lavorando con ragazzi, famiglie e le loro storie peculiari. Pur occupandosi di didattica, l'insegnante non può prescindere dalla relazione, veicolo

attraverso il quale trasmette il sapere. Ma in questi ultimi anni, i differenti disagi che emergono nei contesti scolastici, portano gli insegnanti a vivere forti momenti di difficoltà, constatando che le tradizionali competenze educative non sono più adatte ai profondi cambiamenti che l'infanzia, preadolescenza e adolescenza stanno vivendo negli ultimi decenni. Il benessere dell'insegnante risulta fondamentale, affinché possa svolgere la propria missione nel modo più efficace possibile per sé e per i suoi alunni. Da qui nasce il bisogno, quindi l'idea, di pensare a uno spazio di confronto e condivisione del vissuto professionale, per individuare le criticità, ma anche le risorse da giocare, favorendo la produzione di nuove strategie d'intervento.

Il counselling insegnanti al Centro per le Famiglie

Il Centro per le Famiglie del Comune di Parma offre, oltre alla consulenza di coppia e genitoriale (D'Elia e Locatelli, 2015), la consulenza ai team insegnanti delle scuole primarie e secondarie di primo grado presenti sul territorio, avente come referente la sottoscritta.

L'idea di pensare uno spazio per gli insegnanti nasce dall'esperienza svolta negli Istituti scolastici di Parma, che ha permesso di cogliere il bisogno, da parte del corpo docente, di essere supportato nelle situazioni di disagio. In particolare, il progetto è figlio di iniziative come "Progetto

Quadrifoglio: dall'individuazione precoce del disagio scolastico alla promozione del benessere scolastico attraverso la rete delle risorse nella comunità: scuola, famiglia, servizi, territorio" (anno scolastico 2011-2012), a sua volta maturato dall'esperienza con la realizzazione del progetto "Prove di volo: individuazione precoce del disagio scolastico nel quadro degli interventi dedicati alla prevenzione del disagio giovanile" (Restori, 2016). Questi progetti si proponevano l'obiettivo di individuare le varie manifestazioni del disagio vissuto nel contesto scolastico a livello individuale (area affettiva, cognitiva, comportamentale), a livello di gruppo (classe e/o docenti), a livello relazionale tra i diversi attori (famiglia, servizi, dirigenza), con lo scopo di favorire le possibili interpretazioni e i possibili percorsi di cambiamento, attraverso un'aumentata capacità di lettura del contesto e delle risorse presenti, connettendo i vari punti di vista (Caltieri, 2012). Prima come tirocinante, successivamente come referente, io stessa ho preso parte alla realizzazione di questi progetti. A settembre 2013, sono entrata a fare parte del gruppo di psicologi e psicoterapeuti dell'Associazione Coinetica, attivi come consulenti al Centro per le Famiglie, portando la mia esperienza maturata nel contesto scolastico, proponendo un progetto ad hoc. L'intento era di continuare ad offrire uno spazio di sostegno agli insegnanti, con raggio d'azione ridimensionato rispetto ai progetti precedenti, ma che comunque potesse supportare le difficoltà quotidiane, attraverso la rilevazione del disagio da essi percepito verso l'obiettivo generale della promozione del benessere all'interno della scuola. L'impianto teorico alla base del progetto fa riferimento al modello sistemico relazionale

integrato, che ha l'intento di fare dialogare le moderne teorie della comunicazione, dell'attaccamento, della pedagogia, della psicologia sociale e del ciclo vitale.

Guidati da queste premesse, si considerano le difficoltà che nascono all'interno di un sistema relazionale, quale il corpo docente, caratterizzato dalle sue risorse, fragilità e limiti, dai quali si possono originare nuove forme relazionali e di funzionamento. L'interesse non è rivolto a definire le cause all'origine di un disagio, ma porre l'attenzione sull'automatismo di certe dinamiche che possono risultare non funzionali per la situazione e sulle potenziali risorse che, nei momenti di difficoltà, possono essere poco visibili e accessibili. Questo tipo di obiettivo viene perseguito attraverso una comunicazione accogliente, non giudicante, caratterizzata dalla curiosità e dal bisogno di comprensione della pluralità di emozioni, di bisogni e di scopi che coesistono nello stesso tempo, data la presenza di persone con tempi evolutivi e personali differenti. L'intento è di fornire ascolto e supporto alle richieste specifiche espresse dal team docente con l'idea di migliorare il benessere nella relazione con il gruppo classe, con le famiglie degli alunni e tra i docenti.

Il confronto con il consulente ha lo scopo di aumentare i gradi di consapevolezza sul caso e di poterlo osservare da altri punti di vista, fornendo strumenti di lettura per cogliere quei bisogni che, spesso, si celano dietro i sintomi del disagio, favorendo l'individuazione di nuove ed efficaci modalità per affrontare la situazione e potenziare le risorse esistenti, sia individuali che gruppali. Lo spazio della consulenza si svolge presso le sedi delle scuole richiedenti: è il consulente che entra nel mondo nella scuola, a seguito di una richiesta arrivata dal team. Si effettua

un primo incontro di analisi della domanda, nel quale vengono concordate le modalità e i tempi degli incontri successivi, che possono variare da situazione a situazione. Oltre ai colloqui, c'è la possibilità di svolgere delle osservazioni in classe, per quelle situazioni in cui il team sente il bisogno di avere uno sguardo altro, che aiuti ad uscire dall'impasse quotidiano, che porta a dubitare delle proprie modalità di gestione e comportamento. Inoltre, si prevede un colloquio finale, nel quale si richiede di compilare un questionario anonimo, con lo scopo di raccogliere impressioni, aspettative, criticità sul percorso effettuato, oltre ad un aggiornamento sulla situazione portata.

Il team insegnante

Il focus dell'intervento è il gruppo che coopera e costruisce strategie di lavoro. La prerogativa di questa proposta consiste nel prendere in considerazione un disagio avvertito dal team, il quale vuole soffermarsi a riflettere su come affrontarlo. La consulenza potrebbe riguardare la relazione con un alunno, con il gruppo classe, con le famiglie, tra gli insegnanti stessi.

Una delle prime difficoltà incontrate, che si è presentata in modo trasversale nelle diverse scuole e in diversi team, è la presenza costante di tutti gli insegnanti ai colloqui. Le motivazioni riportate sono state una fatica a gestire i vari impegni scolastici, rimandando la percezione di vivere lo spazio di consulenza non come sostegno, ma come l'ennesima attività da aggiungere in agenda; oppure affermando di non sentirne il bisogno, dando priorità al vissuto individuale ("Non è un mio problema, ma una difficoltà del collega"). Importante è accogliere la richiesta degli insegnanti presenti, aprendo riflessioni sul

significato delle loro difficoltà, in relazione anche ai colleghi "assenti". Il metodo di intervento si poggia su un'analisi complessa della situazione e delle dinamiche relazionali che in essa si instaurano, riconoscendo e utilizzando il gruppo come risorsa e spazio di apprendimento, grazie alla presenza di diversi punti di vista, con lo scopo di individuare e potenziare le possibilità per affrontare le difficoltà percepite. Come con un team insegnanti di una quarta elementare, messo a dura prova nella gestione quotidiana di un bambino con diagnosi di disturbo della condotta. Fin dal primo colloquio, una delle insegnanti afferma che non presenzierà agli incontri successivi in quanto la "psicologa", come al solito, non darà strumenti ma farà riflettere, creando forte tensioni tra i presenti. Il percorso di consulenza ha permesso a questo team di riflettere sulle loro relazioni interne, sul significato dei loro atteggiamenti, sull'assenza/presenza della collega, sui messaggi non condivisi che arrivavano ai bambini in classe, sul bisogno di fermarsi sul proprio sentire prima di pensare all'agire. Spesso si percepisce la necessità di trovare delle soluzioni "Ci dica cosa possiamo fare!", dimenticando che esiste un insieme di vissuti che lascia il segno sul proprio operato e non solo. Il gruppo può essere una grande risorsa nel non fare sentire di essere soli, portando a grandi occasioni di confronto, interosservazione e favorire il lavoro sui significati (Malagoli Togliatti & Rocchietta Tofani, 1990). Possibilità risultata fondamentale anche con un altro team di professoressa di una scuola media, dove emergevano difficoltà nella gestione di due ragazzi, che manifestavano atteggiamenti di opposizione e sfida alle richieste. Il presupposto alla base dell'intervento è stato aiutare a leggere le reazioni cosiddette

negative e provocatorie come richieste di aiuto derivanti da pensieri di insicurezza e non viverle a livello personale come offese dirette intenzionalmente all'insegnante (McCombs e Pope, 1996). Efficace è stato offrire occasioni di confronto, dove l'insegnante che non sentiva di avere difficoltà, condivideva con il gruppo le strategie, per scoprire che le manifestazioni di sfida c'erano, ma venivano vissute e gestite diversamente, spostando l'attenzione dal fare alla relazione. Togliatti e Tofani (1990) parlano di «*creare un luogo adatto alla ricerca condivisa di significati (...) La risorsa maggiore per raggiungere questo scopo nasce all'interno del rapporto e ove sorgono "difficoltà" e "ostacoli" è solo attraverso la "riflessione" – cioè attraverso la presa in considerazione dei significati possibili di quanto avviene, dal punto di vista emotivo, in questo rapporto – che possono mutare gli aspetti relazionali tra e nelle persone*» (p.37). Rilevante è uscire dall'ottica di giustificazione "fa così perché ...", che può portare alla ricerca di soluzioni esterne, per assumere un atteggiamento più autoriflessivo "faccio così perché sento ... cosa posso fare di diverso". Per favorire questo, con il team in questione si è focalizzata l'attenzione su come il proprio "Ciclo di pensiero" (McCombs e Pope, 1996) sia in relazione agli stati d'animo e alle emozioni, che producono comportamenti, quindi risultati di lettura dell'evento, e come persone differenti, in questo caso l'alunno, possono avere pensieri diversi in una medesima situazione che portano a risultati altri. Questo è un processo non facile, perché significa avere una forte motivazione a mettersi in discussione, senza avere la paura di sentirsi giudicati nel proprio ruolo professionale, ma percepire

l'occasione come opportunità di crescita e miglioramento. Difficoltà manifestata da una maestra di una quarta elementare, facente parte di un team di tre insegnanti. Questa maestra, sentiva molto il giudizio da parte delle colleghe, in particolare della dirigenza, essendo lei a manifestare principalmente fatica nella gestione di un bambino in classe, che non le ha permesso di vedere lo spazio di consulenza come risorsa, ma come ennesima evidenza della propria "non capacità".

La sua aspettativa era di vedere una messa in discussione da parte della famiglia, che non poteva esserci non essendoci i presupposti di una relazione di fiducia tra scuola e famiglia, complicata da una differenza culturale che portava a visioni differenti. Durante il primo incontro di analisi della domanda questa insegnante ha espresso il desiderio di usufruire delle osservazioni in classe, con l'aspettativa che andassero a confermare una problematica del ragazzo, portando la famiglia ad "aprire gli occhi". In quell'occasione è emerso il bisogno di chiarire le finalità offerte tramite le osservazioni, che non potevano comprendere una valutazione ed eventuale "diagnosi" sul ragazzo, aspetto che rientra in un intervento di tipo clinico, non offerto dal servizio. L'insegnante non sentendosi accolta nelle proprie difficoltà e richieste, dopo quel primo incontro ha espresso chiaramente la propria intenzione di non proseguire con il percorso se non vedeva un cambio di atteggiamento nella famiglia. Ricontattate qualche mese dopo, vengo a sapere la decisione da parte della dirigenza di spostare l'insegnante su una classe diversa l'anno successivo. Questa situazione, come altre, mi ha fatto riflettere sull'importanza di favorire competenze relazionali negli

insegnanti per renderli maggiormente consapevoli delle proprie risorse, ma anche dei propri vincoli, come questo possa risultare complesso e, talvolta, non in linea alle esigenze personali e scolastiche (tempi e necessità) su una situazione specifica.

Lo psicologo a scuola: quali aspettative e bisogni?

Attraverso un'analisi dei questionari anonimi compilati dagli insegnanti, possiamo riscontrare delle ridondanze nelle aspettative soddisfatte. Tra le più elencate troviamo il sentirsi accolti e ascoltati, riconoscendoli anche come punti di forza del progetto, che offre spazi di condivisione e confronto, non solo con un "esperto", ma anche tra insegnanti stessi, che hanno permesso il favorire di nuove riflessioni e strategie. La sola possibilità di esporre verbalmente le proprie problematiche, senza avere paura del giudizio, e di "sfogare" tensioni e preoccupazioni, sottolineano l'aspetto liberatorio vissuto da certe insegnanti, quindi il loro bisogno di essere viste e riconosciute nelle difficoltà del loro operare quotidiano. In particolare, è stato significativo per due insegnanti di una quarta elementare, che lavorano insieme da anni, manifestando una forte coesione dal punto di vista lavorativo che è sfociata in una bella amicizia, le quali si sono trovate a gestire un gruppo classe, a loro dire, "diverso" da quelli incontrati precedentemente, con comportamenti di disturbo e poco rispetto delle regole e della figura dell'adulto. Le insegnanti riportavano un vissuto di fatica quotidiana, un non riconoscimento di obiettivi raggiunti, in quanto negli anni hanno visto dei cambiamenti, ma rispetto alla loro esperienza erano minimi, portandole a domandarsi se "sono ancora capaci di fare le insegnanti".

Inoltre, non sentivano un appoggio da parte dei genitori, i quali non potevano rendersi conto di cosa significa, non potendo vivere il gruppo. Fondamentale è accogliere il bisogno di ascolto e riconoscimento del vissuto di frustrazione e, talvolta, di impotenza delle insegnanti, offrendo uno spazio in cui aprirsi e cercare punti di vista e strategie differenti per affrontare la quotidianità. Bisogno riscontrato anche per un altro team, composto da tre insegnanti che collaboravano su due classi differenti. La problematica riportata concerne le relazioni all'interno della classe: le insegnanti evidenziavano un'alta competizione tra gli allievi, che descrivevano non sana, presente prevalentemente durante la restituzione delle verifiche e durante le partite di calcio nella ricreazione. Le insegnanti si mostravano amareggiate e preoccupate, per questo si decide di svolgere alcune ore di osservazioni in classe, per avere una visione differente delle dinamiche. Dalle osservazioni non è emerso niente di preoccupante e diverso da quanto riportato dalle insegnanti stesse, con le quali è stato importante riconoscere il loro bisogno di sentirsi rassicurate e avere conferma di agire in modo adeguato, sottolineando i loro punti di forza di offrire una gestione della classe comune e collaborativa, dove ognuna di loro trovava spazio per le proprie risorse e le proprie insicurezze. Il team si è mostrato sollevato e più sereno e sentendo di muoversi nella direzione giusta, si è aperto a nuove riflessioni su possibili strategie da utilizzare con il gruppo, pensando ad attività da svolgere in classe con l'aiuto del consulente.

Tornando alle aspettative, anche tra quelle disattese si verifica una certa ripetitività da parte di certi insegnanti che riportano la

mancanza di incisività, di aiuti e strumenti concreti, di indicazioni specifiche per affrontare le situazioni problematiche, in particolare in seguito alle osservazioni in classe. La sensazione è che ci sia una forte aspettativa del “potere risolutivo” da parte di un professionista esterno, che arriva e possa dire “cosa bisogna fare”. Questo mi fa riflettere sul forte bisogno di avere strumenti che facciano sentire queste insegnanti capaci di intervenire efficacemente e non sentirsi in balia degli eventi, che può portare alla tendenza di delegare la ricerca di soluzioni all'esterno, con conseguente confusione di ruoli, incomprensioni, delusioni reciproche e spreco di risorse umane e professionali (Kanizsa, 2007). La forte aspettativa ha portato in alcune occasioni alla manifestazione di forte insoddisfazione da parte di alcune insegnanti, in particolare durante il primo anno di attivazione del progetto, il quale si è rivelato fondamentale per capire il raggio d'azione che si poteva offrire, in linea con le finalità del servizio. Non entrando nel merito delle situazioni specifiche, l'intento è di aprire una riflessione sul significato delle osservazioni, che ha portato alcune insegnanti a riconoscere il percorso come inutile, in quanto l'intervento non ha portato ad azioni concrete da parte della psicologa, come valutazioni e diagnosi, obiettivi che non rientrano tra quelli del Centro per le Famiglie. Questo aspetto è riemerso molte volte e in contesti differenti, portandomi negli anni a chiarire fin dalle prime battute le finalità, ma allo stesso tempo riflettere come rispondere al bisogno, cercando una modalità di intervento che integrasse le diverse posizioni e aspettative. Assumere, quindi, il ruolo di mediatore, caratterizzato da neutralità e curiosità, che tenta di favorire modi diversi di immaginare e

leggere le differenti situazioni, considerando punti di vista altri (Kanizsa, 2007). Ad oggi, di fronte alla richiesta di svolgere osservazioni, chiarisco esplicitamente cosa possono e cosa non possono aspettarsi, accettando la proposta, anche se ho la percezione che non ci sia la reale necessità. L'intento è quello di accogliere il bisogno di rassicurazione e, attraverso la restituzione di quanto osservato, far emergere i punti di forza del team e su come le risorse dei singoli possono essere utilizzate per affrontare le criticità, aprendo spazi di riflessione sul proprio sentire e agire, in relazione al sentire e agire dell'altro (collega, alunno o famiglia). Inoltre, per rispondere al bisogno di aspetti concreti e pratici, talvolta, offro alle insegnanti spazi di confronto su attività da svolgere in classe, condividendo gli obiettivi da perseguire, aiutandoli ad avere la percezione di fare, ma allo stesso tempo aiutarli a costruire chiavi di lettura differenti delle situazioni, rientrando più in un'ottica formativa che di puro sostegno psicologico. Nel tempo ho notato che questo favorisce l'opportunità di dedicare spazio non solo all'agire (cosa devo fare) ma anche al sentire (come sto), ospitando maggiormente le proposte di riflettere su di sé, portando, talvolta, a sperimentare un nuovo significato di "ascoltare" se stessi e gli altri. Come è successo con le maestre di una prima elementare, messe a dura prova dalla gestione della classe, nella quale emergevano bisogni e difficoltà differenti, in particolare da parte di due alunni. La sensazione era di non riuscire a gestire le diverse richieste e restare al passo con la didattica, per non sacrificare gli allievi senza problemi. Durante la restituzione delle osservazioni, si è cercato di fare emergere gli aspetti che funzionavano, invitandole a

riflettere come si sono sentite (insicurezze, dubbi, paure) e spostare l'attenzione dai singoli alunni al gruppo classe, nell'ottica di costruzione di relazioni essendo un primo anno. Questo ha permesso di guardare le difficoltà come bisogni legati alla crescita, dove le manifestazioni comportamentali possono essere differenti, più o meno disturbanti, ma che richiedono la stessa attenzione e una flessibilità didattica. Attraverso questo tipo di letture, si è proposto di pensare ad attività e stimoli da proporre in classe, suggerimento accolto che ha portato ad un'attivazione del team in un'ottica di condivisione e confronto (es. pensare a dei rituali/giochi per introdurre la lezione, a momenti o spazi di riflessione tra loro e con la classe).

La relazione scuola-famiglia

Un altro aspetto che emerge dai questionari compilati è un supporto nella relazione con le famiglie. Alla domanda se hanno suggerimenti da fare, diversi insegnanti hanno riportato la possibilità di avere il consulente presente durante i colloqui con i genitori in un'ottica di supporto, oppure, di attivare le consulenze genitoriali all'interno della scuola stessa. Per cercare di rispondere al meglio ai bisogni degli insegnanti e dei genitori, come servizio offriamo la possibilità di attivare consulenze parallele, con momenti di confronto e condivisione, costruendo un intervento integrato. *«Lavorare in equipe ... discutendo e ragionando insieme, diventa un'occasione preziosa per modificare rappresentazioni rigide dei problemi e delle persone coinvolte» (Kanizsa, 2007, p156).* In questi anni è capitato in un paio di occasioni di attivare questo tipo di intervento. Lo scopo è cercare di favorire, insieme al collega che si occupa della consulenza genitoriale, la

costruzione di una relazione di fiducia e rispetto, accogliendo i singoli bisogni per metterli in connessione con quelli dell'altro e come, pur agendo su piani diversi, le loro azioni educative necessitano di integrazione e rinforzo scambievole. Obiettivo di non facile attuazione, in quanto emerge una forte fatica a lasciare le proprie posizioni, portando, talvolta, all'impossibilità di attuare l'intervento, in quanto una delle due parti non ne riconosce il bisogno. Partendo dal presupposto che la collaborazione è fondamentale nella funzione educativa per la crescita e lo sviluppo dei nostri ragazzi: cosa rende difficile questa cooperazione? La relazione scuola e famiglia ha subito grandi trasformazioni negli ultimi quarant'anni, in linea con i cambiamenti a livello sociale che hanno interessato le famiglie e le scuole stesse. Ad oggi, il risultato di questi mutamenti ha portato alla costruzione di rapporti in cui il dialogo tra genitori e insegnanti è spesso faticoso, carico di sofferenze e processi di delega, con la conseguente percezione di essere due agenzie educative separate dove si fatica a fare squadra (Castro, 2017). Nigris (2003) afferma che questa contrapposizione non tiene conto del fatto che l'educazione è un sistema complesso, al cui interno non si possono separare elementi interdipendenti, come l'educazione familiare e quella scolastica. Quindi, presupposti fondamentali per costruire progetti educativi efficaci è rimettere in piedi una relazione di fiducia, che necessita di collaborazione e partecipazione, rispetto e accoglienza delle differenze, e volontà (Castro, 2017).

Nelle narrazioni ascoltate durante le mie consulenze emerge da una parte un corpo docente che descrive un genitore come disinteressato, inadeguato oppure si lamenta per eccessiva intrusione negli

aspetti didattici; dall'altra parte dei genitori che percepiscono l'insegnante come impreparato, demotivato, pronto a giudicare, guidato da pregiudizi. Fondamentale in queste circostanze è accogliere i vissuti che guidano queste narrazioni, e aiutare i singoli a spostare l'attenzione sugli effetti che una relazione più o meno conflittuale può avere sul soggetto interessato, cioè l'allievo/figlio. In particolare, con le insegnanti l'intervento consiste nell'aiutare a riflettere sui loro atteggiamenti nei confronti del genitore che possono essere di colpevolizzazione, considerandolo irresponsabile e inadeguato, soprattutto se il bambino manifesta forte difficoltà, oppure assistenzialistico se si percepisce un genitore bisognoso di aiuto, che può portare a confusione di ruoli e difficoltà a tracciare dei confini. Come con un team di una prima elementare, in forte difficoltà con una mamma di un'allieva con la 104, la quale aveva una disabilità importante. Il primo passo è stato accogliere la preoccupazione dell'insegnante di sostegno e delle colleghe e aiutarle a leggere i movimenti della signora non solo come difficoltà ad accettare i limiti della figlia, permettendosi di intervenire su decisioni didattiche, interferendo anche nella quotidianità della gestione classe. Si è cercato di ipotizzare le cause che portavano questa madre ad avere un atteggiamento altamente difensivo e come le insegnanti potevano accoglierlo e rispondere, non vivendo il comportamento della signora come giudizio, ma una richiesta di aiuto. In particolare, il vissuto di giudizio era presente nell'insegnante di sostegno che si trovava al suo primo incarico e sentiva una forte pressione di fare "le scelte giuste". Legittimare questo vissuto le ha permesso di pensare a dei colloqui periodici in cui riportava alla madre i progressi e gli obiettivi

raggiunti, con lo scopo di rassicurarla e contenere le intrusioni in classe. In questo caso importante è stato identificare come significativo il momento in cui il proprio figlio entra a scuola e come un genitore può caricarlo di attese e aspettative, ma anche di dubbi, paure, perplessità, fantasie, desideri, talvolta caratterizzate da emozioni contrastanti (Kanizsa, 2007). Infatti, per questa madre è emerso un vissuto di forte fragilità derivato dall'esperienza fatta alla materna, dove si è sentita fortemente giudicata e non sostenuta, portandola a credere che tutte le istituzioni scolastiche reagissero allo stesso modo, assumendo un atteggiamento di forte controllo e difesa all'entrata alle elementari. Il sentirsi accolta e non giudicata ha permesso alla signora di aprirsi, tanto che alla fine di un colloquio ha ringraziato l'insegnante abbracciandola. La percezione generale è di forti vissuti di insicurezza e paura del giudizio che accompagnano le due parti, scuola e famiglia, verso una posizione difensiva sostenuta e mascherata da pregiudizi e aspettative costruiti ancora prima di incontrarsi, ma ben presenti nelle dinamiche relazionali, che se non trovano uno spazio di espressione accogliente e consapevole, portano a incomprensioni, tensioni, conflitti e, talvolta, rotture irrecuperabili. Gli insegnanti, quindi, devono diventare esperti, non solo di didattica ma anche di relazioni, ridefinire il proprio ruolo e interrogarsi sulle proprie modalità relazionali e professionali, in un'ottica di intervento finalizzato al benessere.

Conclusioni

Kanizsa (2007) riconosce che le caratteristiche di un "buon maestro" sono legate a molteplici fattori (carattere, capacità relazionali, conoscenze, competenze, tratti di

personalità) tutti ugualmente importanti, ma legato al singolo che rende difficile stilare delle “prescrizioni” adatte per tutti e per ogni contesto. «Un insegnante di successo sarà proprio quello che riuscirà a interpretare in modo personale le proposte generali» (Kanizsa, 2007, p.x). Partendo da questa considerazione e in base all’esperienza maturata negli anni di incontro con vari docenti, che ho cercato di riassumere in queste pagine, risulta palese quanto è fondamentale affiancare il mondo scolastico, in particolare i singoli insegnanti, a cambiare prospettiva sul proprio operato, invitandoli a guardare la relazione docente-allievo non come semplice trasmissione di saperi, come poteva essere concepita una volta. In quella relazione entrano in gioco tanti fattori, su cui l’insegnante deve essere consapevole e per esserlo deve ricevere una formazione efficace, per avere quei strumenti di lettura degli eventi che lo fanno sentire capace e efficiente. Consigliabile è uscire dall’ottica “intervento nell’emergenza”, in cui si chiama il professionista il quale “magicamente” aiuterà a trovare una soluzione, atteggiamento carico di aspettative e vissuti emotivi di grande influenza, per passare a una visione di prevenzione in cui fornire gli strumenti per affrontare il proprio lavoro, così nei momenti di difficoltà si cercherà nella propria valigetta degli attrezzi le modalità che si sente più consone al proprio agire. Passare da una visione di contrasto del disagio a una visione di promozione del benessere, quindi ricerca dell’agio. In accordo con quanto afferma Zazzarini (2017), bisogna offrire l’opportunità di sviluppare e maturare competenze comunicativo - relazionali e metodologico -didattiche, capaci di facilitare la personale ricerca delle soluzioni più idonee ai problemi, attraverso

spazi formativi che sollecitano il confronto, la collaborazione e la condivisione dell’agire educativo e creare le *condizioni utili per rendere la scuola spazio in cui creare luogo al comprendere*. Questo in connessione al concetto di “professionalità relazionale” di Blandino e Granieri (2002), usato per spiegare il processo mentale di gestione delle relazioni nella loro complessità, che permette di integrare bisogni, emozioni, pregiudizi, rappresentazioni, modalità interattive propri e altrui. Favorire questo processo aiuta a leggere le complessità relazionali, non soffermandosi solo sulla superficie di quello che si vede e accade, uscendo dall’atteggiamento di cercare il colpevole, la causa, la normalità, per assumere una posizione educativa in termini di accompagnamento alla crescita, dove il disagio non è un incidente, ma segnale che la realtà non è uniforme, una domanda da ascoltare e interpretare, l’espressione di un bisogno, la ricerca di riconoscimento (Girelli, 2008).

Bibliografia

- Blandino, G. Granieri, B. (2002) *Le risorse emotive nella scuola* Cortina
- Caltieri, S. (2012) La relazione in contesti non clinici: premesse ed emozioni le lavoro a scuola in *Cambiamenti, vol.2 pp.93-105*
- Castro, L. (n.d.) *Scuola e famiglia: Una relazione complessa* trovato il 19 gennaio 2017 su www.vicariatusurbis.org/scuola/didattica/02_Castro.pdf
- D’Elia, F., Locatelli, N. (2015) Quando lo psicoterapeuta indossa la giacca del counselor: identità a confronto al centro per le Famiglie del Comune di Parma, in *Cambiamenti, vol.2015, pp.153-160*
- Girelli, C. (2008) In classe: prevenire e convivere con il disagio promuovendo il benessere. In Triani, P. (a cura di) *Leggere il disagio scolastico Modelli a confronto* (pp. 117-150) Carrocci
- Kanizsa, S. (a cura di) (2007) *Il lavoro educativo L’importanza della relazione nel processo di insegnamento-apprendimento*

Mondadori

- Malagoli Togliatti, M., Rocchietta Tofani, L. (1990) *Il gruppo classe Scuola e teoria sistemico relazionale* La Nuova Italia Scientifica
- McCombs, B.L., Pope, J.E. (1996) *Come motivare gli alunni difficili Strategie cognitive e relazionali* Edizioni Erickson
- Nigris, E. (a cura di) (2003) *Fare scuola per tutti. Esperienze didattiche in contesti multiculturali* Franco Angeli
- Restori, A. (2016). *Prove di volo: Individuazione precoce del disagio scolastico nel quadro degli interventi dedicati alla prevenzione del disagio giovanile*, trovato il 28 dicembre 2016 su <http://provedivolo.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=818>
- Sclavi, M. (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili Come si esce dalle cornici di cui siamo parte* Bruno Mondadori
- Zazzarini, L. (n.d.) *Il cuore oltre l'ostacolo Conoscere e gestire il disagio scolastico* trovato il 19 gennaio 2017 su www.itcdantealighieri.it/home25/phocadownload/Formazioneingresso/2662.pdf

Sportello Pluralista. L'intervento nella scuola del consulente sistemico integrato attraverso l'adozione del modello pluralista.

Giulia Cerchiarì⁹

Sommario

L'autore intende proporre un modello di intervento integrato e una cornice epistemologica sistemico-pluralista di riferimento per lo psicologo che si trova ad operare all'interno della scuola, con particolare riferimento alle situazioni di multiculturalità. Partendo dal modello pluralista proposto da Cecilia Edelstein, l'autore intende inquadrare l'intervento dello psicologo scolastico all'interno di una fase di integrazione tra il migrante e i servizi, in cui l'obiettivo è la costruzione di un know-how degli operatori coinvolti. Verrà preso in esame il caso di E. incontrato durante lo svolgimento dello sportello d'ascolto in una scuola secondaria di primo grado.

Parole chiave

Scuola, multiculturalità, sistemica, integrazione, pluralista.

Abstract

The author proposes an intervention model and a systemic-pluralist epistemological framework of concern for the psychologist working in the school, with particular reference to situations of multiculturalism. Starting from the pluralistic model proposed by Cecilia Edelstein, the author intends to include the psychologists' work within the 'integration phase', where the goal is to build the operators' know-how. It will be discussed the case of E. met in a secondary school.

Keywords

school, multiculturalism, systemic, integration, pluralist.

⁹Giulia Cerchiarì, allieva III anno IDIPSI - giulia.cerchiarì@gmail.com

Introduzione: l'intervento sistemico a scuola nella società complessa

Ciò che la scuola deve fronteggiare è la raccolta della domanda sociale nella misura in cui questa si configura come una nuova elaborazione di modelli di rappresentazione dell'ambiente sociale. Si assiste ad un passaggio da mandato sociale a committenza: se con *mandato sociale* intendiamo la corrispondenza tra un fine socialmente desiderabile e una domanda sociale, esso determina le dimensioni conformistiche dell'intervento psicologico a scuola; la *committenza* invece può essere vista come «espressione del contesto nel qui ed ora, e comporta il consenso tra gli interlocutori per trasformare le finalità in obiettivi e prassi operative, costruite nel contesto e nella relazione con il cliente» (Improta, 2015). Con questo passaggio da mandato sociale a committenza quindi avviene uno spostamento verso una co-creazione di una domanda e di prassi di intervento in cui il "cliente" (che può essere il singolo studente, insegnante o genitore che si rivolge allo sportello, ma anche la scuola stessa intesa come sistema aperto) diventa attore attivo dell'intervento psicologico, con il fine ultimo di creare un know-how che possa entrare a far parte del bagaglio culturale e di competenze di chi vive il contesto. All'interno della cornice scolastica, che ruolo dovrebbe avere il consulente che opera nello spazio d'ascolto? Quale mandato da parte dei diversi committenti? Quale funzione è più utile svolgere alla luce dei propri molteplici mandati? Annamaria Improta (2015) propone una differenza epistemologica e applicativa tra due diverse funzioni che possono essere svolte dal consulente che opera nel contesto scolastico: la prima è una funzione di *assimilazione*, declinata in un approccio

"sostitutivo" del tecnico che lavora *nella* scuola, il cui effetto inconsapevole è il «sostenere l'invarianza dell'organizzazione e della cultura contestuale dominante» (*ibidem*) (per la quale si assiste sempre di più al meccanismo tale per cui il singolo soggetto che si rivolge allo spazio d'ascolto è il portatore di un malessere o di un problema che bisogna risolvere per far sì che la "macchina" scuola possa procedere nel suo "normale" svolgimento); l'altra funzione è quella di *accomodamento*, per la quale l'operatore è appunto un consulente *per* la scuola, che adotta una *posizione integrativa* di fronte alle situazioni in esame e il cui lavoro è basato sulla strutturazione di obiettivi di sviluppo ecologici e sostenibili e che si basano sulla progettualità del cliente. Obiettivo consapevole di questa seconda funzione di accomodamento assunta dal consulente scolastico è quello di "trattare la variabilità ambientale" uscendo dal ruolo di tecnico specializzato nella risoluzione di problemi emergenti e dallo spazio di confinamento e contenimento di soggetti disturbati o disturbanti. Un interessante parallelo di queste due funzioni proviene da Cecilia Edelstein (2006) quando parla dell'incontro tra culture differenti:

«La distinzione fra il processo di integrazione e quello di assimilazione sembrerebbe stia nella possibilità di mantenere contatti con la cultura d'origine e un'identità etnica specifica, diversa da quella dominante. [...] il processo integrativo si innesca quando entrambe le componenti - gruppi minoritari e società d'accoglienza - vivono un cambiamento che crea un intreccio, senza che questo intreccio sia la semplice somma del vecchio e del nuovo, ma qualcosa di diverso che prima non esisteva, salvaguardando le peculiarità dei diversi

gruppi etnici, compreso quello locale».

La funzione del consulente psicologo che si trova ad operare all'interno del contesto scuola quindi dovrebbe essere di tipo esplorativo, richiamando una posizione di curiosità (Cecchin, 1988) rispetto alle situazioni di discontinuità. Per operare con una funzione di accomodamento va sviluppata una posizione "meta" costruita e costruibile attraverso una cornice relazionale e azioni concrete di intervento organizzativo a fronte di eventi critici.

Caso clinico

E. è una ragazza di 14 anni di origini cinesi. Si presenta come una ragazza molto timida e chiusa, timorosa nell'esprimersi e molto rispettosa della figura dell'adulto. Una prima ipotesi condivisa rispetto la sua presenza allo sportello d'ascolto è stata quella dei problemi scolastici che si manifestano in una difficoltà di attenzione e poca motivazione all'impegno scolastico, con relazioni con alcuni professori di difficile gestione. Viene accolta questa domanda e si cerca di capire quali siano i punti di forza e di debolezza rispetto al modo di E. di vivere la scuola e l'impegno scolastico. Non riporta grandi difficoltà nelle specifiche materie di studio, bensì una grande fatica a stare dietro al carico di lavoro (e non solo, diremo poi) che si porta a casa ogni giorno. Il suo zaino sembra molto pesante e carico di paure difficili da verbalizzare, riguardanti sia la scuola sia il suo mondo personale e familiare. E. sente inoltre di non essere compresa né accettata all'interno del suo gruppo classe, vede gli altri compagni come molto lontani da sé e li ritiene non capaci di capire cosa lei possa provare o vivere, sentendosi comunque inferiore e svantaggiata rispetto al presunto benessere

che lei vede nei suoi coetanei. Cercando di esplorare le motivazioni che possono essere alla base di questa sensazione e credenza, viene connotata positivamente la grande forza e coraggio che E. ha saputo avere e che tutt'ora riesce a tirare fuori per affrontare delle situazioni così complesse e cariche emotivamente. Dalla coordinatrice di classe si viene a conoscenza di periodi di assenza abbastanza lunghi di cui i genitori non erano a conoscenza. Al secondo incontro E. sembra ancora incerta sul motivo per cui si trova ad uno sportello d'ascolto, minimizzando molto i problemi che lei dice essere emergenti in questo momento e lasciando trasparire solo una grande paura del giudizio da parte degli adulti, soprattutto da parte degli insegnanti di cui dice di non avere particolare fiducia. Viene accolta la richiesta di riformulazione dell'ipotesi di lavoro e si esplorano altri aspetti della sua storia familiare. E. racconta di essere nata in Italia, a Milano, città dove i suoi genitori si erano trasferiti dalla Cina in cerca di lavoro e dove hanno vissuto per un periodo. Quando E. aveva tre anni è stata letteralmente "spedita" in Cina dai nonni "per farla crescere" fino agli undici anni, decisione presa dai suoi genitori. Durante questi anni di vita in Cina, E. è cresciuta completamente immersa nella cultura e nella lingua cinese, sviluppando una buona relazione con i nonni di cui conserva un bel ricordo carico di affetto. A undici anni viene poi fatta tornare in Italia, a Milano, dove i genitori ancora vivevano e lavoravano. E. è la maggiore di altri tre fratelli, due sorelle rispettivamente di 12 e 10 anni e un fratellino di 5 anni; quest'ultimo attualmente si trova in Cina con i nonni ma, come è stato per E. e per le altre due sorelle, a breve tornerà in Italia.

Di questi spostamenti E. ha ricordi

abbastanza vividi, sembra averli vissuti come uno strappo completo delle proprie radici, riferendosi soprattutto al viaggio dalla Cina in Italia subito all'età di 11 anni. Ha un ottimo ricordo dei nonni, pieno di affetto e calore, di cura e attenzioni. Dice spesso che vorrebbe tornare in Cina perché è lì che si è sentita a casa. Il fatto di aver "subito" un progetto migratorio così importante durante l'infanzia e il non aver potuto avere voce in capitolo rispetto al ritorno in Italia, ha sicuramente lasciato in E. una ferita difficile da elaborare.

Da qualche anno i genitori di E. hanno deciso di lasciare Milano per trasferirsi a Modena, dove adesso gestiscono una sala giochi (così definita da E.) da cui sembrano essere completamente assorbiti. Dei genitori E. non parla moltissimo, quando le viene chiesto dei rapporti tra lei e i suoi genitori, E. assume una posizione ed un tono di chiusura, spavento e blocco. Tra le poche cose che emergono, E. racconta che il padre passa l'intera giornata nella sala giochi, uscendo di casa prima di lei e tornando la sera tardi quando E. è già a dormire. Non sembra esserci affatto alcun tipo di scambio tra lei e suo padre. Della madre invece racconta che va a lavoro solo al pomeriggio ma che di mattina dorme sempre e per molto tempo, quando è sveglia e a casa ha un atteggiamento molto aggressivo verso le figlie (non solo con E. ma essendo la maggiore delle tre, lei si sente la responsabilità di gestire questa ira della madre). A volte, dice E., la madre è aggressiva anche fisicamente nei confronti delle figlie. E. afferma esplicitamente di non sentirsi legittimata a dire ciò che pensa a sua madre, sia per la convinzione di non poter essere compresa o ascoltata sia per la paura di una sua reazione violenta. Viene indagata la presenza di altri parenti con cui potrebbe

avere la possibilità di confidarsi e chiedere aiuto ed E. di parla di una zia materna che sembra essere una preziosa risorsa per lei ma abitando a Milano le comunicazioni e i rapporti sono a volte difficoltosi tra di loro. Ad E. viene dato il compito di scrivere una lettera ipoteticamente indirizzata alla mamma, in cui poterle dire ciò che non si sente in grado di dirle in un confronto diretto. Anche se la richiesta non prevedeva l'effettiva lettura dell'elaborato, E. dice che ha avuto occasione di leggerla alla madre, anche in presenza della zia di Milano, durante il weekend passato ad un ritiro religioso in cui era previsto un momento strutturato di confronto tra i ragazzi partecipanti e le rispettive famiglie. E. dice di aver vissuto quello scambio in maniera positiva, sentendosi capace di reggere il confronto con la madre e protetta dalla presenza di altre persone di fiducia. Per la prima volta E. si apre, la sua postura è diversa, il suo sguardo è meno tempestoso e ciò che circola nella mente terapeutica è un senso di capacità e forza che finalmente anche E. permette di riconoscere a sé stessa. La lettera, al di là del contenuto, può aver mostrato ad E. quanto anche lei sia capace di parlare, di dare voce alle proprie emozioni, di poter essere ascoltata e accolta da parte dell'adulto nei suoi bisogni fino a quel momento messi in secondo piano. Negli ultimi incontri è stato possibile entrare più a fondo nella relazione con lei fino ad arrivare alla condivisione della necessità di trovare altri punti di riferimento adulti, esterni alla famiglia. Fino a quel momento E. aveva sempre avuto il timore di rivelare le violenze fisiche e psicologiche dei genitori ai propri insegnanti, in quanto era convinta che gli insegnanti stessi lo avrebbero poi rivelato ai genitori e questi ultimi si sarebbero vendicati

con ancora più violenza su di lei. Data la situazione, è stato spiegato ad E. che, nonostante il segreto professionale, c'era la necessità di comunicare la situazione agli insegnanti e alla dirigenza scolastica ma che sarebbe stato preferibile farlo insieme a lei, accompagnandola e aiutandola a trovare le parole più difficili da dire. La relazione di fiducia che si era instaurata ha permesso il realizzarsi di questa proposta e per E. è stato possibile affrontare le proprie paure in modo "protetto".

Modello sistemico pluralista

L'approccio pluralista proposto da Cecilia Edelstein (2006) intende avvicinarsi a situazioni di multiculturalità attraverso l'inclusione delle diverse fasi del processo migratorio mettendole in connessione tra loro e permettendone una rielaborazione attraverso l'uso di un approccio narrativo. Il processo migratorio può essere diviso nelle seguenti fasi:

1. *Genesi del processo migratorio*: fa riferimento a una "esperienza lontana" precedente alla migrazione stessa e appartenente alla storia dell'individuo e che rende possibile lo spostamento. Nel caso di E. questa esperienza lontana potrebbe essere l'idea condivisa all'interno della famiglia di origine per cui durante l'infanzia è previsto un periodo di "formazione" rispetto alla propria cultura di appartenenza, il che comporta l'allontanamento dai genitori e il trasferimento in Cina dai nonni. Questa fase comprende alcuni aspetti in linea teorica: un progetto concreto, la decisione di partire, i preparativi e gli addii, la partenza, il viaggio e l'arrivo nel paese di destinazione. Risulta chiaro che per E. non è stato possibile elaborare alcuni di questi aspetti, in quanto la sua migrazione deriva da un'idea o mito

familiare che si è strutturato al di fuori della sua volontà.

2. *Sistemazione*: comprende aspetti pratici di arrivo nel paese di destinazione (ad esempio: insediamento in una casa, inserimento scolastico). In questa fase secondo Edelstein le esperienze passano attraverso i sensi e il corpo. Ci si trova a confronto con nuovi odori, colori, paesaggi, climi, e tutto ciò che va a creare un ecosistema, anche relazionale. La parola usata per descrivere questa fase è "impatto", sottolineando la componente fortemente percettiva dell'esperienza stessa.

3. *Inserimento o adattamento nella società di accoglienza*: in questa fase inizia una ricerca d'identità che possa comprendere il vecchio e il nuovo, accompagnata spesso da sensazioni di vuoto, il sentirsi "stranieri ovunque" e l'intensificazione di riti ed abitudini legate alla cultura di provenienza. Per E. probabilmente questa fase è più incisiva nella seconda migrazione (Cina-Italia), sia per l'età di sviluppo socio-cognitivo, sia per l'inserimento all'interno della cultura italiana vista come "altra" rispetto a quella Cinese che sembra essere considerata la cultura di appartenenza.

4. *Integrazione, la "fase mancante"*: questa fase ha a che fare con la visione del migrante a livello socio-culturale, dimensione che coinvolge l'intero sistema in cui ci s'inserisce. L'integrazione infatti viene vista come un processo interattivo e reciproco, fatto di interazioni tra sistemi di significato portatori di pregiudizi, stereotipi, aspettative e timori. In questa fase si inseriscono tutti gli interventi, necessariamente ecologici e circolari, che possono concretizzarsi in azioni ad un micro e macro livello (tra cui anche la funzione dello psicologo consulente scolastico). Come afferma Edelstein (2000)

«la separazione dal contesto di origine deve quindi trovare un senso nel contesto di arrivo. E viceversa, il contesto di arrivo, quello “nuovo”, deve trovare un senso in quello di origine. Probabilmente è ciò che permette una progettualità, un senso del sé, un futuro tollerabile».

5. *Il ritorno*: è un'idea che crea contenimento e racchiude l'intero ciclo migratorio. Edelstein (2006) rileva come questa sia appunto solo un'idea e non un progetto concreto e ha la funzione di lasciare spazio a desideri e sogni che, in una realtà di mancata integrazione, possono trovare poco spazio di pensiero o realizzazione. L'idea del ritorno E. la verbalizza a gran voce dicendo che la Cina, e in particolare la casa dei nonni (e i nonni stessi), sono il luogo dove lei si è sentita a casa e vorrebbe farvi ritorno prima o poi, senza però avere in mente come e quando. La sua mente è altrove e questo lascia forse poco spazio ad una possibile integrazione nel paese d'arrivo ma anche nel nucleo familiare con i genitori che E. stessa sente lontani e non accoglienti.

Gli interventi di mediazione, consulenza e terapia di tipo pluralista possono rientrare in quella fase del processo migratorio che Edelstein chiama "integrazione o fase mancante". Durante questa fase avviene l'incontro tra il migrante e il nuovo paese di arrivo (spesso nelle vesti istituzionali), quindi tra sistemi socio-culturali differenti sotto molteplici aspetti che però si trovano a dialogare. Il passaggio verso l'integrazione si ha nel momento in cui si abbandona una prospettiva etnocentrica e si entra in un dialogo in continua evoluzione all'interno dell'incontro tra migrante e operatore. Attraverso l'adozione di una *prospettiva pluralista* si assiste al passaggio da una posizione normativa, per la quale esiste

un modello di riferimento di un sistema a funzionamento "normale" che si pone come criterio di differenziazione rispetto al "deviante" o al "patologico", verso un modello in cui la parola chiave diventa "inclusione" e che mira ad analizzare il funzionamento dei sistemi all'interno di una cornice di cultura delle differenze, senza paragonarlo ad un modello di riferimento ideale. La *cultura delle differenze* è da considerarsi non solo in riferimento alle situazioni di multiculturalità che richiamano facilmente un'analisi e un'attenzione più marcata alle diversità, ma più in generale in riferimento a tutte le situazioni in cui più sistemi si trovano a dover dialogare, consentendo di cogliere le tappe di sviluppo e le crisi di transizione che permettono un cambiamento. Se l'obiettivo degli interventi di questa fase di integrazione è l'*inclusione*, è necessario che le differenze vengano viste come risorse e che i confini siano considerati dei ponti tra prospettive differenti. Il consulente in questa fase di intervento opera ad un *meta-livello relazionale*, in cui le varie cornici interpretative possono trovare spazio di integrazione al fine di creare un sistema identitario fluido o "misto". Il concetto di *identità mista* è centrale nell'approccio pluralista in quanto ciò che emerge da un processo migratorio bloccato in una delle sue fasi, è un'identità frammentata e le cui parti risultano inconciliabili tra loro. La metafora è quella dello star seduti su due sedie, senza potersi né accomodare né alzare. L'obiettivo dell'intervento dell'operatore pluralista è quello di consentire una riconciliazione tra le diverse sfaccettature dell'identità per abbandonare i vissuti di inadeguatezza, senza vergogna e vuoti, creando invece una complessità identitaria con la quale poter convivere e in cui poter trovare nuovi

significati. Parlando di *depatologizzazione* è importante sottolineare che questa non deve rimanere implicita ma è compito specifico dell'operatore quello di dichiarare al soggetto che non è malato e che le sue voci interne rappresentano le varie parti di sé, ognuna preziosa e importante per poter costruire il proprio presente e futuro. Entrambi questi concetti (identità mista e depatologizzazione) permettono di uscire da una cornice interpretativa di tipo dualistico (o-o), per entrare nel mondo della complessità (e-e) e nella cultura delle differenze.

La forza e l'innovazione del modello di intervento sistemico pluralista (che a questo punto possiamo chiamare anche "integrato") è la creazione di una équipe *inter-disciplinare*: la presenza di operatori di diversi ambiti di competenza permette la co-creazione di un nuovo sistema di significati e il confronto su questioni etiche. Il focus è quello di una visione qualitativa della situazione di cui ci si occupa, la quale produce collaborazione e arricchimento culturale a carico di tutti gli attori coinvolti. All'interno di questa cornice sistemico-pluralista assume particolare importanza il contesto entro cui ci si trova ad operare. «Il significato etimologico del termine contesto è "tessuto con" e si riferisce a ciò che accompagna, circonda, incornicia, precede, commenta, influenza...» (Bianciardi, 1998). Contesto quindi include molti fattori, tra cui l'ambiente che circonda un organismo, il momento storico presente, la rete di relazioni e narrazioni, la matrice dei significati (Bateson, 1976) in cui si inserisce il proprio agire. Dalla prospettiva socio-costruzionista possiamo prendere in prestito la definizione di contesto quale «processo interattivo di attribuzione di significati costruito dagli

interlocutori nella relazione e in virtù della coordinazione di azioni e significati che ha luogo in tale processo e che riflessivamente diventa la matrice dei significati delle azioni compiute dai soggetti nel corso della loro interazione» (Edelstein, 2007). Questa definizione permette di analizzare il contesto focalizzandosi sul coordinamento delle attribuzioni di significato dei vari soggetti che interagiscono nel fatto. Attraverso una prospettiva costruzionista di analisi contestuale (Fruggeri, 1998), possiamo fare il passaggio dal contesto puro e semplice ad una contestualizzazione dei fatti, per la quale ogni azione ha significato entro le specifiche circostanze che si co-creano all'interno delle interazioni tra gli attori. La contestualizzazione diventa il luogo in cui poter costruire il meta-livello relazionale di cui parla Cecilia Edelstein quando spiega i livelli di analisi del concetto di cultura. In questa meta-cornice è possibile l'analisi dei significati e la creazione di sistemi interculturali specifici, attraverso l'adozione di una funzione di accomodamento dell'operatore. L'intervento infatti dovrebbe basarsi sulle prospettive di sviluppo emergenti in ogni contestualizzazione, chiamando in causa tutti gli attori coinvolti. Nel caso di assenze prolungate da scuola, come è stato per E., infatti l'azione in sé significa ben poco se non contestualizzata all'interno della cornice familiare e del momento evolutivo in cui lei stessa si trovava. Se non si osserva il contesto e non si contestualizza, ogni azione perde di senso.

Conclusioni

«La scuola è un'istituzione tipica all'interno della quale ci sono dei vincoli tali per cui porsi in una posizione di pensiero di

integrazione pluralista comporta delle difficoltà veramente grosse al punto che oggi diventa quasi impossibile introdursi in un'ottica di questo tipo. Non è un giudizio, è una constatazione: è molto difficile avviare processi d'integrazione. [...] Viviamo in un sistema che non ha ancora preso in considerazione che la società è diventata multietnica e multiculturale e che, di conseguenza, ci vuole un cambiamento alle radici» (Edelstein, 2008).

Il caso di E. può essere un buon esempio di come un intervento di tipo sistemico e pluralista possa creare prospettive di sviluppo all'interno di un contesto così complesso come quello scolastico. La contestualizzazione delle difficoltà riportate da E., la ridefinizione in positivo e la riformulazione della domanda, la posizione inclusiva, l'uso delle risorse personali e relazionali presenti all'interno del contesto di vita di E., sono stati passaggi importanti nello svolgersi della consulenza e inclusi all'interno del meta-livello relazionale descritto da Cecilia Edelstein.

L'intervento sistemico integrato in una prospettiva pluralista all'interno del sistema scolastico porta con sé alcuni vantaggi. Innanzitutto l'operatore può porsi e inserirsi nel contesto-scuola attraverso una funzione di *accomodamento*, per la quale egli diventa un consulente *per* la scuola, adottando una posizione integrativa e quindi permettendo l'accoglienza delle problematiche emergenti; questa posizione permette inoltre l'interpretazione delle situazioni di difficoltà in ottica sistemica, andando a chiamare in causa tutti gli attori che partecipano alla definizione del problema e, se disponibili, proponendo un intervento in cui tutti sono coinvolti al fine di promuovere un cambiamento generativo

e in linea con le possibilità di sviluppo della situazione. La ridefinizione e co-creazione in chiave sistemica della domanda d'aiuto permette inoltre di uscire gradualmente dai meccanismi della patologizzazione e del "paziente designato" che molto spesso sono presenti nell'immaginario collettivo rispetto a chi si rivolge allo spazio d'ascolto. Come affermano Pakman (1997) e Barbeta, Benni e Naclerio (2003) infatti sempre più frequentemente assistiamo ad un «processo di globalizzazione e omogeneizzazione delle pratiche di cura, favorito da un clima sociale favorevole all'adozione di cause materiali come visibili spiegazioni degli eventi» e una delle conseguenze possibili è quella di contribuire a creare il già citato "paziente designato" che diventa il portatore del problema o il problema stesso, fonte di disagio e disturbo. In classe questo ruolo potrebbe essere assunto dal ragazzino dell'ultimo banco che continuamente disturba la lezione, che ha atteggiamenti provocatori nei confronti degli insegnanti, ma anche da quello che "ha problemi a casa", che "è svogliato" o a cui "non interessa niente" o ancora "che è straniero". Questo tipo di idee riguardo al disagio che i ragazzi portano ogni giorno con sé all'interno della classe, sono un movimento non così raro da parte di insegnanti sovraccarichi di richieste e aspettative (provenienti da genitori, dirigenza, alunni, ministero, colleghi, aspettative di ruolo, ecc...) ma non possono passare inosservate agli occhi e all'intenzionalità del consulente sistemico della scuola. Esse sono infatti delle definizioni lineari che diminuiscono le possibilità d'azione da parte dei ragazzi e che contribuiscono al senso di solitudine e all'isolamento relazionale. Sfidare il concetto di diagnosi anche a scuola è quindi possibile

attraverso la messa in atto di interventi che siano "tentativi decostruttivi per una pratica sociale critica" (Pakman, 1997), in quanto il «pensiero sistemico [pluralista] permette di avere una distanza riflessiva da cui poter valutare criticamente i modi particolari con cui si inquadrano i problemi umani senza essere limitati dai vincoli di ogni singola disciplina» (Barbetta e coll., 2003). Forse i "margini invisibili" di cui parlano Barbetta e collaboratori sono da ricercare all'interno della fase di integrazione o "fase mancante". Mancante perché troppo spesso operatore e utente si trovano a guardare in direzioni opposte, guidati ognuno dalle proprie idee perfette e pregiudizi "culturali" (nel senso più complessificante del termine).

Come afferma la Edelstein, porsi in una posizione di pensiero di integrazione pluralista è molto faticoso e non sempre è possibile nonostante sforzi e tentativi, in quanto a volte manca la cultura della complessità, delle differenze, della multiculturalità. All'interno della scuola vengono spesso proposti progetti molto utili di prevenzione primaria su temi quali bullismo e simili, ma che sembrano partire dal presupposto che siano solo i ragazzi (unici destinatari dei progetti stessi) ad essere attori con un ruolo più o meno attivo rispetto a tali problematiche. Ma cosa ne è di tutti i non-detti che circolano sotterraneamente nella relazione tra insegnanti e studenti, o più in generale tra tutte le persone che vanno a co-creare il sistema-scuola? Se è vero che i processi di integrazione devono partire dal basso per poter attecchire e andare a creare una nuova cultura delle differenze, allora l'intervento dello psicologo sistemico pluralista può rappresentare una buona risorsa in quanto «l'azione di aiuto in ambito interculturale diventa tale quando si

crea un cambiamento non solo nei clienti ma anche negli operatori» (Edelstein, 2007). Il cambiamento che l'operatore si propone di agevolare è trasversale ed ha come obiettivo quello di creare delle competenze e strumenti relazionali che possano rimanere all'interno del contesto scolastico e che possano contribuire a colmare quella fase "mancante" di integrazione. Lo psicologo sistemico integrato pluralista può essere quindi visto come un compagno di ricerca nelle situazioni problematiche, con cui poter frequentare i margini delle proprie convinzioni e con cui co-creare delle nuove narrazioni e ipotesi di convivenza possibili con le difficoltà.

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not knowing approach to therapy, in Mac Namee S., Gergen K., *Therapy as social construction*. Londra: Sage. Traduzione italiana 1998, *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli.
- Barbetta, P., Benini, P., Naclerio, R. (2003). *Diagnosi della diagnosi. Ricerca critico-interpretativa e categorie diagnostiche*. Milano: Guerini e Associati.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Bianciardi, M. (1998). Complessità del concetto di contesto. *Connessioni*, 3.
- Cecchin, G. (1988). Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità. Un invito alla curiosità. *Ecologia della Mente*, 5, 29-41.
- Edelstein, C. (2000). Di Isabel e altri demoni. In: Losi N., *Vite altrove: migrazione e disagio psichico*. Milano: Feltrinelli.
- Edelstein, C. (2006). L'integrazione, un approccio dal basso. *m@gm@ - Rivista elettronica di scienze umane e sociali*, 4.
- Edelstein, C. (2007). *Il counseling sistemico pluralista, dalla teoria alla pratica*. Trento: Erickson.
- Edelstein, C. (2008). L'identità mista di bambini e adolescenti adottati. In: *Progetto editoriale "Quaderni" Provincia di Bologna Servizio politiche sociali e per la salute*.

- Fruggeri, L. (1998). Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di metodo. *Connessioni*, 3, 75-85.
- Improta, A. (2015). *Intervento psicologico per la scuola e metodi narrativi*. Chieti: Psiconline.
- Pakman, M. (1997). Le micropolitiche delle classi sociali nella vita familiare: la consulenza come pratica sociale critica. *Connessioni*, 2, 23-34.

Cambiare in contesti non terapeutici “Dalla visione terapeutocentrica al lavoro di rete”

Alessandra Zanichelli¹⁰

Sommario

Entrare in un contesto e muoversi in maniera corretta è un'operazione clinica tra le più sofisticate e importanti. Gli interventi sono fatti di azioni mirate ad avere un effetto, di movimenti di coordinazione tra persone e idee, di analisi del contesto e dei sottosistemi coinvolti. Ragionare in un'ottica sistemica integrata arricchisce il discorso e permette di adottare più punti di vista contemporaneamente. In queste pagine si è deciso di sviluppare un caso “non clinico” condotto all'interno di un servizio di inserimento lavorativo per disabili e attraverso questo mettere in evidenza come l'avvicinarsi a situazioni di fragilità debba sempre tenere conto della complessità indipendentemente dal contesto in cui ci troviamo. Si è cercato inoltre di sottolineare le difficoltà e i vantaggi di un lavoro di rete dove più figure professionali ruotano attorno alla stessa persona.

Parole Chiave

Contesto, psicoterapia, collocamento mirato, cambiamento, approccio sistemico

Abstract

Join a context and move properly is a clinical operation of the most sophisticated and important. Interventions are made of targeted actions to have an effect, the coordination movement of people and ideas, analysis of the context and the involved subsystems. For this reason to discuss in a systemic integrated perspective, enriches the matter and allows to take more points of view simultaneously. In these pages it was decided to develop a "non-clinical" case conducted as part of a job placement service for disabled people and through this to highlight how the approach to situations of fragility should always keep in mind the complexity regardless of the context in where we are. It has also tried to point out the difficulties and the advantages of networking where more professionals revolve around the same person.

Key words

Context, psychotherapy, disability recruitment targets, change, systemic approach

¹⁰Alessandra Zanichelli - IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata; email: zanichelli.alessandra@gmail.com

Dalla visione “terapeuticocentrica” al contesto

La teorizzazione sistemica ha ormai varcato il confine del tradizionale lavoro psicoanalitico, basato sulla relazione duale per allargare il campo alla molteplicità. Con lo spostamento dello sguardo dall'individuo al sistema famiglia, si è aperta una diversa dimensione del trattamento del disagio umano.

Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin hanno sempre dichiarato di voler insegnare ai propri allievi soprattutto un modo di pensare alternativo alla causalità lineare, e di non volersi limitare a un armamentario di tecniche terapeutiche (Nicolò, 1981).

Possiamo condurre interventi “non clinici” con atteggiamento di insofferenza come se non meritassero il nostro impegno teorico pratico, oppure con una scissione schizofrenica possiamo riservare l’ottica sistemica alle sedute di terapia familiare e gestire queste attività “collaterali”, come se cambiassimo le nostre lenti. Ma se l’ottica sistemica è un modello interpretativo della realtà, una chiave di lettura, una cornice epistemologica deve pur fornire degli strumenti di comprensione e di intervento anche in diversi contesti del nostro lavoro.

Il termine “contesto” deriva da *"contexere"* (tessere, intrecciare) e sta a indicare un insieme di elementi tessuti insieme, connessi. Le definizioni che possiamo rintracciare in diversi ambiti (linguistico, giuridico, biologico, etologico ...) sembrano tutte sottolineare l’insieme, la continuità, la contiguità e la distinzione.

“Un individuo entra in ogni situazione con un insieme prestabilito di principi ordinatori, ma è il contesto a determinare a quali di questi principi verrà fatto ricorso per organizzare l’esperienza. L’esperienza viene organizza-

ta da un particolare principio invariante solo quando c’è una situazione che si presta ad essere organizzata in questo modo” (Stolorow, Atwood, 1995). Considerando adesso l’osservatore potremo dire che il suo contesto teorico di riferimento è ciò che caratterizza il suo modo di connettere fatti e azioni, è ciò che identifica la sua posizione nel campo osservato. Questo significa che ogni interpretazione è sempre collegata alla posizione assunta dall’osservatore, il cui punto di vista coincide con la scelta di un contesto di decodificazione dei possibili significati che una frase, un comportamento e un’azione possono avere (Ruesch, Bateson, 1976). L’osservatore, dunque, crea una cornice di riferimento e costruisce un contesto, che dipenderanno dallo scopo che avrà l’osservatore nel fare queste distinzioni.

Tuttavia il contesto non è solo la cornice teorica che definisce e limita la posizione dell’osservatore, ma è anche l’ambito applicativo che interagendo con la prima la costringe ad un lavoro di revisione. In fondo, anche per il modello psicoanalitico, le svolte teoriche più profonde e più arricchenti sono collegate proprio a nuovi ambiti di applicazione, come l’infanzia, l’adolescenza, i gruppi, la psicosi, la coppia, la famiglia.

In ambito clinico l’allargamento all’analisi del contesto ha portato a interrogarsi sulla scelta del setting o sulla combinazione di setting che meglio possano favorire il cambiamento. La risposta ai problemi che vengono presentati richiede, dunque, l’abbandono di ogni automatismo in base ai modelli, per procedere all’analisi della domanda in quella situazione specifica (Carli, 1995), per valutare se esistono gli elementi contestuali per una relazione di tipo psicoterapeutico e, in caso negativo, per scegliere le strutture spazio-temporali e metodologiche più favo-

revoli al processo di cambiamento.

“È possibile attuare una metodologia autenticamente riflessiva: cambiare il contesto attraverso le azioni. In questo caso il contesto non è una variabile su cui si chiede condivisione, ma è ciò che emerge dalla costruzione, dal coordinamento di azioni e significati nella specificità delle relazioni che si realizzano tra operatori e utenti ... Il significato dell'intervento non è ricercato nel contesto predefinito, ma nel gioco di co-costruzione del contesto interpersonale e sociale” (Fruggeri, 1991). In quest'ottica, in cui il rapporto tra modalità di intervento e contesto è di tipo reciproco e circolare, vengono valorizzate le risorse della situazione specifica, tra le quali la possibilità di individuare “luoghi di intervento” anche al di fuori dell'ambulatorio, come contesti e strumenti clinici che, visti in una processualità, possono favorire l'apertura di canali di comunicazione e lo sviluppo di una relazione benefica per l'utente (Montinari, Pede, 1992; Piperno, 1982).

Il terapeuta può fare una scelta univoca e seguire una sola direzione, proponendola al paziente, oppure coinvolgere il paziente stesso nella ricerca e nella scelta, facendogli una comunicazione solo parzialmente codificata che prospetti strade ancora aperte (Ferro, 1992, 1994). In quest'ottica il contributo del paziente risulta indispensabile alla costruzione del senso, così come la partecipazione consapevole dello psicoterapeuta alla co-determinazione della qualità della relazione e dei significati possibili.

L'analisi del contesto non permette, dunque, solo di fare la differenza tra comportamenti pertinenti e non pertinenti, tra risposte congrue e incongrue, ma anche di scegliere il setting utile e praticabile in quella situazione specifica e di procedere alla significazione e risignificazione dell'esperienza attraverso

l'individuazione e l'articolazione, di volta in volta, di quella molteplicità di contesti da cui dipende la possibilità di continuare ad apprendere su di sé, sull'altro e sulla relazione. È in questo nuovo contesto intersoggettivo, che possono porsi le premesse di una trasformazione e di un deuterio apprendimento della capacità di regolare affetti, motivazioni e bisogni in un incontro di “soggettività interagenti”. In questo modo viene coerentemente riproposto il nesso tra qualità del contesto relazionale e possibilità di continuare ad evolvere.

Possiamo quindi dire che il termine “contesto” è un termine necessario per una conoscenza che si definisca nel gioco continuo di rimandi e di costruzioni di punti di vista e di universi di discorso, secondo un principio di complementarità e non di esclusione (Cecchetti, 1986).

Relazioni e reti

Ciò che caratterizza il modello sistemico, come dice Telfener (2011), è la centralità della comunicazione, l'utilizzo della relazione come modalità per arrivare alla conoscenza, il contesto in cui sono inserite le situazioni che danno significato agli eventi stessi, oltre che la “polifonia” intesa come ascolto/presenza di più voci, più posizioni. Proprio riflettendo sul concetto di polifonia di voci e, aggiungerei, di professionalità, per ciò che riguarda lo sviluppo e l'evoluzione dell'approccio biopsicosociale, si è assistito sicuramente ad un ampliamento del campo di osservazione e di intervento, tale per cui si renderebbe auspicabile e necessaria la condivisione e la collaborazione tra le diverse competenze.

“Non siamo soli quando interveniamo, siamo connessi ad altri all'interno di un sistema con le sue regole. Ciascuna persona

ha delle aspettative, delle convinzioni, delle esperienze e idee tacite ed esplicite con le quali si presenta alla relazione e partecipa a un contesto semantico condiviso” (Telfener, 2011). Emerge quindi la priorità di costruire una rete di cura intesa come gruppo di lavoro che comprende tutte le persone chiave che ruotano e intervengono sul sistema: il paziente designato, i familiari, i contesti di vita e i professionisti come il medico di base, lo psichiatra, lo psicoterapeuta, l'internista, etc... Come dice Saba (2005): “la cura si affida alla interazione umana per poter essere efficace. Gli operatori e le famiglie devono sviluppare delle regole di comunicazione, stabilire un programma condiviso di cura, stabilire delle priorità nelle problematiche sanitarie, decidere come dare voce alle loro opinioni e come gestire il disaccordo ed infine chiarire cosa ci si aspetta gli uni dagli altri per quanto riguarda i ruoli e responsabilità nel processo di cura”. In questa ottica si crea l'opportunità non solo di creare un'équipe di lavoro tra professionisti, ma anche di coinvolgere paziente e familiari nella co-costruzione del processo di cura, in modo attivo. Gli operatori e il “sistema malato” si relazionano in continuazione e attraverso i propri pregiudizi, motivazioni e aspettative modificando la relazione; gli operatori-osservatori non osservano distaccati il sistema inducendone dei cambiamenti in modo “istruttivo” dal di fuori, ma sono partecipi e costruttori della realtà vissuta, così come il paziente e la famiglia. Tale collaborazione comporta una flessibilità e un'apertura mentale, soprattutto da parte degli operatori che devono mettersi in continua discussione e intervenire con l'idea di base che il proprio intervento può essere utile solo in un contesto di condivisione; ciò significa che, pur rimanendo ognuno coerente al proprio ruolo

e alla propria professionalità, lo psicologo debba conoscere gli aspetti biologici delle malattie, il medico debba comprendere l'importanza del sistema famiglia e delle componenti relazionali che ne influenzano gli sviluppi positivi e negativi.

All'interno di un sistema organizzativo complesso ci sono differenze, e siccome come diceva Bateson (1977) dalle differenze nascono la conoscenza e l'apprendimento: è utile a livello pratico, sul campo, poter sfruttare queste differenti voci e professionalità per ottenere una complessità e una lettura che mette insieme più punteggiature degli eventi che ne rispettino la natura complessa. Telfener (2011) sottolinea l'importanza di realizzare un “cervello cibernetico” che consiste nella possibilità di unire più teste e più posizioni discutendo in maniera dialettica sul problema, sfruttando ed evidenziando le differenze tra i componenti e costruendo una visione più complessa, variegata, interconnessa e profonda. Si tratta della costituzione di una mente collettiva “che diventa il contesto e il testimone per la crescita di ciascun membro, nel dominio di spiegazioni multiple”. All'interno della mente collettiva rientrano gli utenti, i committenti, gli operatori e le credenze, le premesse, i valori, le definizioni che ogni attore si porta dietro. Un rapporto faticoso tra due Servizi che lavorano sullo stesso caso può ripercuotersi sulla difficoltà nel rapporto tra gli operatori dei Servizi stessi e gli utenti, i quali possono vedere ripetute le modalità di relazione disfunzionale che vivono all'interno del sistema familiare e che quindi si perpetuano senza creare un movimento evolutivo, ma favorendo la cronicità.

Il servizio pubblico rappresenta in tal senso uno dei contesti che maggiormente deve osservare ciò che accade oltre i propri confi-

ni, ossia dovrebbe porre lo sguardo verso la realtà esterna circostante, per ri-organizzarsi nelle proprie offerte e nella rilettura delle domande di aiuto, in tal senso si può affermare che esso svolga l'importante ruolo di "produttore di cultura" (Fruggeri, 1991).

Gli operatori dei servizi sono spesso chiamati ad operare in ambiti molteplici e questo richiede spesso flessibilità e capacità di ripensarsi nella propria funzione e nel proprio agire.

Cosa significa questo? La complementarità dei punti di vista, il tentativo di non operare sintesi ma accettare anche la confusione data da molteplici voci, il lavorare col disordine anziché pretendere spiegazioni chiare e organizzazioni razionalmente definite, considerare versioni multiple per ottenere punti di vista non definitivi.

Nel lavoro di rete, l'atteggiamento primario che l'operatore deve assumere è quello di considerare come nodo centrale dell'intervento, non tanto il sapere professionale specifico, quanto le tecniche, le risorse e soprattutto i servizi.

In quest'ottica l'agire non può che essere connesso all'agire dell'altro, o degli altri, e ciò che crea differenza è rappresentato da quello che si viene a sviluppare all'interno della relazione stessa. La conoscenza ecologica del contesto diviene pertanto un utile elemento di natura relazionale, che ci consente di osservare come all'interno dei Servizi sia possibile attivare un processo di contaminazione dei saperi, siano essi saperi medici, infermieristici, psicologici, sociali o educativi. Tutte queste conoscenze, quando connesse tra loro, possono generare nuove risposte e nuove narrazioni, piuttosto che produrre il rischio di colludere con il mantenimento di condizioni psicopatologiche (Nucera, 2012).

Mettersi in relazione implica necessariamente l'invasione dello spazio altrui, pertanto costruttivo diviene l'adottare un atteggiamento caratterizzato da curiosità e interesse verso le risorse, piuttosto che un comportamento teso ad osservare ciò che "non funziona", che "manca".

Si tratta di quello che Telfener (2011) definisce come "pluralismo collaborativo"; l'autrice infatti sottolinea la produttività del lavoro in équipe, evidenziando quanto tutte quelle caratteristiche personali e professionali degli operatori possono permettere un passaggio da ipotesi lineari a "una descrizione che contenga i diversi punti di vista, una posizione embricata, variegata, interconnessa". Il contesto risulta quindi a questo punto della nostra riflessione una categoria della mente, che si origina e prende forma nella relazione, che in modo ricorsivo ridetermina i significati e nuove cornici attraverso cui si ridefinisce il senso del contesto stesso: un movimento ricorsivo e di tipo riflessivo tra individuo e ambiente, dove è possibile transitare in consapevolezza oppure non in presenza mentale. Se osserviamo il contesto come uno spazio che emerge dalla relazione, lo collochiamo gerarchicamente connesso ad essa, ma non co-determinato con essa.

Quando Bateson parla del sistema "individuo-nel-suo-ambiente", si riferisce ad un contesto, dove individuo e ambiente sono il contesto e allo stesso tempo la relazione tra organismi in costante posizione riflessiva. Essere sensibili a questa relazione significa comprendere il contesto in cui si è inseriti (Restori, 2011).

Prestiamo quindi attenzione alle relazioni: il nostro focus è centrato sul "ciò che connette" il sistema consulente al sistema committente, attraverso un processo che mette in atto sia spinte verso la stabilità che ver-

so l'evoluzione. Relazionalità si esprime in ogni direzione, nel fatto che l'individuo non è mai considerato in solitudine ma parte integrante di una rete di individui, in famiglia, nel resto della sua vita, nelle relazioni del qui e ora.

Anna: in che contesto siamo?

Il seguente caso si è sviluppato all'interno del SILD (Servizio Inserimento Lavorativo Disabili), servizio della Provincia di Parma che si occupa e promuove l'inserimento lavorativo per disabili.

Il lavoro, inteso non semplicemente come applicazione di una tecnica appresa, costituisce un'attività complessa che coinvolge la persona, le sue relazioni familiari, il gruppo sociale in cui l'attività è svolta e la società nel suo complesso.

Anna viene inserita tramite il SILD in un'azienda che si occupa della vendita di sanitari a Parma come addetta al centralino con un contratto part-time; undici anni fa viene trasformata a tempo indeterminato. Tre anni fa l'azienda contatta il SILD per esprimere delle lamentele rispetto ai comportamenti di Anna: si addormenta sul posto di lavoro, si mette a studiare durante il lavoro, fa diverse malattie. L'azienda per tali comportamenti non ha mai fatto alcun richiamo disciplinare; chiede a noi di intervenire. Anna lavora solo nella fascia pomeridiana; l'azienda non ha molto lavoro per cui alcuni giorni al mese è a casa per contratto di solidarietà; in più Anna utilizza i permessi L.104.

Da quel momento la incontriamo al SILD spiegando che abbiamo avuto delle segnalazioni dall'azienda; dal momento del colloquio inizio un percorso di tutoraggio nel quale ci accordiamo di sentirci telefonicamente e di incontrarci periodicamente. E'seguita da un neurologo privato a Cremona di

cui si fida molto e che le prescrive una terapia farmacologica. Per molto tempo cerco di farla riflettere sul bisogno di avere anche qui a Parma un riferimento di cura soprattutto in relazione ai suoi momenti di sconforto e difficoltà (in alcuni periodi Anna mi dice di sentire di nuovo le voci).

A questo punto segue l'iter per la presa in carico da parte di uno psichiatra di un servizio territoriale il quale dopo la visita le dice di stare in malattia per tre settimane perché ha bisogno di riposo e di chiamarlo quando ne ha bisogno. Anna chiede più volte appuntamento con lui nel tempo, ma ogni volta lui la sente telefonicamente, le dà dei suggerimenti ma non la incontra.

“Se lo psichiatra non vuole incontrarmi, allora non ne ho bisogno!” pensa e dice Anna più volte.

Anna vive con il padre ultraottantenne invalido e con due badanti che la aiutano nella gestione della casa e nella cura del padre; inoltre la accompagnano a lavoro perché Anna non ha la patente. La madre di Anna è venuta a mancare cinque anni fa.

Si notano già dai primi colloqui tratti relazionali contraddittori, coesistono in Anna una forte componente schizoide e ossessiva ma anche importanti tratti di dipendenza (incapacità di sostenere un conflitto, gravi ansie di separazione, accettazione di serie umiliazioni pur di non perdere un rapporto ecc.).

Dai primi colloqui emerge che Anna è stata del tutto isolata per l'intera adolescenza; dal punto di vista diagnostico si presenta il classico dubbio tra un suo essere "evitante" (il terrore del giudizio altrui) e "schizoide" (paura e disprezzo verso il mondo). Complessivamente pare però essere sempre stata abbastanza autosufficiente, studia con ossessività ed efficienza, già molto giovane si prende cura dei genitori. Questa sua

autosufficienza negli studi, economica e di gestione del tempo ha fatto sì che i servizi che le hanno gravitato attorno non abbiano mai realmente preso in carico la situazione: la componente relazionale infatti viene spesso vista come la “meno importante” perché meno riscontrabile a una valutazione preliminare.

L'aspetto relazione è molto problematico in Anna: reagisce alle invalidazioni attraverso l'ostilità, una strategia che rimanda a una costruzione della realtà che si è dimostrata fallimentare, ma che viene tenacemente reiterata. Di fronte alla constatazione di un suo errore alza la voce più forte, e ribadisce con fermezza crescente la sua prospettiva. Tenta di imporre con la forza la sua spiegazione delle cose. L'altro, in questo caso io quando provo a farla tornare alla realtà, assume il ruolo di sorgente di falsificazione (Kelly, 1955), perde ogni potere invalidante perché passa dal ruolo di interlocutore a quello di nemico. Per poter riproporre con la forza la propria posizione, nel meccanismo cognitivo della ostilità è necessario screditare l'altro (“voi non fate nulla per me, mi lasciate sola”) e forzarlo a confermarla.

Lei non soffre il dolore, semplicemente perché lo teme, è mossa da esso. Non lo elabora, ma lo agisce attraverso l'ostilità e le scenate che mette in atto in vari contesti. Non riesce a pensare e a stare nel dolore. Non riesce a vedere l'invalidazione e il temporaneo insuccesso come occasioni di cambiamento perché le provocano dolore. Nella sua visione l'insuccesso nasce dalla sua incapacità, dalla sua “patologia”, per questo motivo nel momento in cui lo psichiatra non ha trovato il tempo di incontrarla Anna ha subito rifiutato di proseguire nell'aggancio al servizio. La paura di non essere accettata e di essere “patologizzata”

è sempre molto forte, per questo mette in atto meccanismi che le fanno eludere il dolore, ma come dice Bion (1962) questi meccanismi fanno aumentare la sua sofferenza perché insieme all'elusione del dolore compromettono la competenza a “pensare”. Il meccanismo di difesa prevalente di Anna è la scissione: affronta i conflitti emotivi considerando sé stessa e gli altri, in uno schema tutto-nulla, completamente “buoni” (i suoi “amici” e familiari) o completamente cattivi (l'amministratore di sostegno, il servizio sociale ecc.), non riuscendo a integrare nel suo mondo interno le caratteristiche positive o negative di sé e degli altri.

Mi sono anche chiesta spesso: quale cambiamento mi aspetto da Anna?

Nella letteratura sulla psicoterapia, “cambiamento” è probabilmente la parola più citata. Eppure non c'è neppure un'idea vagamente comune su che cosa sia in effetti il cambiamento terapeutico (Bertrando e Toffanetti, 2000). Se proviamo a indagare, scopriamo invece tutta una serie di versioni diverse del cambiamento. Possiamo, per esempio, distinguere tipi diversi di cambiamento: possiamo pensare, banalmente, alla scomparsa di un sintomo, o alla soluzione di problemi presentati dai pazienti, ma possiamo anche pensare al cambiamento di una struttura profonda della personalità, a un cambiamento del modo di stare con gli altri (atteggiamento relazionale), oppure a un cambiamento delle premesse implicite (secondo un'idea cara a Bateson, 1972), all'emergere di nuove narrazioni (White, 1992), a un cambiamento di linguaggio (dis-soluzione di problemi, secondo Anderson e Goolishian, 1992), o, infine, a un cambiamento dello stato emotivo.

Citando Bertrando (2005) “le persone attraverso la relazione e l'attività terapeutica deuteramente apprendono un nuovo modo di es-

sere e pensare costruendo così nel tempo se stessi”.

Spesso mi chiedo se sia giusto quello che faccio e se sia giusto insistere sulla dimensione lavorativa quando la persona non ha proprio in mente questa dimensione. Sento telefonicamente Anna una o più volte a settimana e periodicamente la incontro. Nelle nostre telefonate Anna non menziona mai il lavoro se non sono io a chiederle qualcosa; i temi centrali sono il padre (che ora è stato trasferito in una casa di cura a causa delle condizioni di salute sempre più precarie), la scuola, la situazione con i badanti a casa, le idee sui progetti di vita, la voglia di un compagno e la dimensione di maternità.

L'obiettivo in questo percorso per me sarebbe quello di costruire una rete per lavorare insieme nel cercare di scoprire i punti di forza e le risorse che possano permettere al paziente di ricostruire un senso di potere, controllo e competenza sul disturbo. Se nell' equipaggio di una barca ogni membro facesse il proprio lavoro senza considerare gli altri, la navigazione non avverrebbe, probabilmente si rimarrebbe in una situazione di stallo, fermi in mezzo al mare, incapaci di cogliere le opportunità e di utilizzare le varie risorse disponibili (come il vento, le correnti, le vele più adatte...) per procedere in maniera fluida. Allo stesso modo se ogni operatore che lavora sul caso non comunicasse, non condividesse e non si integrasse con gli altri, il lavoro di quegli stessi operatori risulterebbe inutile, in quanto non considererebbe la complessità delle situazioni e la conseguente circolarità, ma sarebbe soltanto riduttivo e lineare. Siccome nell'ottica sistemica, è il più complesso che spiega il più semplice, è giusto gestire la complessità mantenendola a un buon livello.

In un'ottica costruzionista alcuni autori han-

no sottolineato come proprio le categorie diagnostiche, il linguaggio e i principi euristici utilizzati dai “professionisti della salute” possono essere alla base dei processi di costruzione sociale della psicopatologia (Rosenhan, 1973; Watzlawick, 1984; Dell, 1980; Anderson et al., 1986; Boscolo e Cecchin, 1983).

A partire da qui, si incomincia a discutere della diagnosi, e della funzione oggettivante che una etichetta diagnostica può esercitare; gli stessi termini "terapia" e "cura", a forte valore semantico strumentale, vengono preferibilmente sostituiti con "conversazione" e "narrazione", evocatori di relazioni e processi.

Soprattutto si ragiona sul fatto che alcuni concetti, appartenendo ad una epistemologia oggettivante, costituiscono una "cattiva epistemologia", un'epistemologia cioè che lo porta a ricostruire quelle stesse situazioni problematiche che si propone di superare. Nelle teorizzazioni di Lynn Hoffman, di Harold Goolishian e Harlene Anderson e di Tom Andersen, per citare i più rappresentativi, troviamo un esempio di impostazione terapeutica che ha come principale riferimento il livello della co-costruzione. Partendo dal presupposto che tutto è generato nel linguaggio, questi autori individuano nell'hic et nunc della conversazione il momento centrale del fare terapia. La terapia è concepita come il contesto comunicativo entro cui è possibile costruire un dominio linguistico o discorsivo diverso da quello in cui i problemi del paziente si sono originati e dal quale invece si generino nuovi modi di descriversi e quindi anche di essere. Compito fondamentale del terapeuta diventa allora quello di tenere "aperta la conversazione". Per fare questo egli deve assumere una posizione di "non conoscenza", dal momento che te-

orie e tecniche terapeutiche, classificando e incasellando il paziente in categorie pre-determinate, non permettono alla novità di emergere. ".

Quello che ho cercato di fare con Anna nei vari incontri è proprio questo, quello che dovrebbe essere in quest'ottica il compito del terapeuta e della rete, e cioè la creazione illimitata di nuovo senso (di nuove storie) tenendo aperta una conversazione (Anderson e Goolishian, 1992).

Facendo questo ho cercato di prendere spunto dall'Open Dialogue di Seikkula dove l'obiettivo dei professionisti durante gli incontri con pazienti psicotici è quello di far emergere, nello spazio di dialogo tra i partecipanti, una nuova rappresentazione della situazione problematica e un linguaggio co-costruito e condiviso per esprimerla. L'intenzione non è quella di trovare vincitori o soluzioni ai problemi, ma quello di aprire nuove prospettive (Seikkula, 2014), creandole nel dialogo. Quello di cui avverto la mancanza nel caso di Anna è una rete in grado di ascoltare, rispondere ai bisogni, permettere a ciascun membro del sistema di esprimere la propria voce, la propria opinione promuovendo in ognuno la sensazione di essere co-autore del percorso di cura.

Più volte in questo caso ho cercato di far capire alla rete dei servizi che il tema del lavoro non bastava a rispondere alle esigenze di Anna: il fatto che avesse un impiego e una retribuzione fissa non era sufficiente per rispondere ai bisogni e alle richieste non esplicite di Anna. Quello a cui auspico è una rete di supporto e un sistema nel quale le decisioni inerenti il trattamento vengano prese dal paziente e da tutti gli operatori di discipline diverse impegnati nel processo di cura di Anna. In questi tipi di trattamenti quello che accade, a livello relazionale, è molto più

di una autorizzazione all'espressione, è una vera e propria legittimazione e responsabilizzazione: il paziente e le persone a lui vicine hanno il diritto di costruire il proprio percorso di cura e sono le persone che, più di tutte, possiedono le conoscenze e le risorse per affrontare le proprie difficoltà.

Per far questo è stato fondamentale non considerare la psicosi di Anna in termini strettamente biologici ma "... considerare la psicosi come qualcosa che esiste nella zona di confine tra i membri di una famiglia o tra i membri di un piccolo gruppo. E'qualcosa che esiste all'interno di queste relazioni: la persona che diventa psicotica rende percepibili tutti questi aspetti negativi. E'come se indossasse l'abito sintomatologico e prendesse su di sé gli oneri che ciò comporta" (Whitaker, 2013).

Conclusioni

Attraverso questo elaborato ho cercato di sottolineare le difficoltà e i vantaggi di un lavoro di rete, in quanto attorno alla stessa persona e malattia ruotano più figure professionali: psichiatra o neuropsichiatra, psicologi, terapeuta familiare, specialisti di medicina interna, psicologi post-lauream, psicologi specializzandi, e, nel caso di ricoveri, infermieri ed educatori. Questa è la "Mente Sistemica". Questi strumenti "sistemici" hanno permesso alle persone di poter narrare e ri-narrare la propria storia insieme ai terapeuti, in un contesto conversazionale di co-costruzione. Come afferma Sluzki (1992), ogni storia che ci viene raccontata è una storia che merita la nostra attenzione e la nostra curiosità, cercando di ri-narrare una "storia meglio formata" per la persona, attraverso maggiori connessioni, prospettive di miglioramento e un punto di vista alternativo non patologizzante. Per riuscire in

questo intento è necessario che l'operatore, ma anche il terapeuta, adotti un approccio di "non esperto" (Anderson, Goolishian, 1998) che permetta di costruire una conversazione in cui tutti i partecipanti partecipano alla co-costruzione di nuovi significati. Questa posizione richiede un atteggiamento di grande curiosità da parte del terapeuta che lo ponga sempre in una posizione di ascolto attivo e quindi sempre in attesa di "essere informato" dal paziente. Proprio come diceva Cecchin (1997), la curiosità permette di fare ipotesi generando la ricorsività e non la linearità. "...la sofferenza che conduce le persone a cercare una terapia può essere letta come espressione di un'inadeguatezza tra le storie che le persone raccontano di se stesse e la propria attuale esperienza, oppure della discrepanza tra la loro esperienza e le storie che gli altri raccontano di loro.

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H. *Il cliente è l'esperto: il non-sapere come approccio terapeutico*. In Anderson, H., Goolishian, H. *The client is the expert: a not knowing approach to therapy*. In S. McNamee, K. Gergen (eds) *Therapy as social construction*. London, Sage, pp. 25-39, 1992 (Trad. it. *La terapia come costruzione sociale*. Milano, Angeli, 1998).
- Anderson, H., Goolishian, H., Winderman, L. *Problem determined systems: Toward a transformation in family therapy*. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5, pp. 14-19, 1986.
- Bateson, G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.
- Bateson, G., *Mente e natura*, Adelphi, Milano, 1979.
- Bertrando, P., Toffanetti, D., *Storia della terapia familiare*. Raffaello Cortina, 2000.
- Bion, W.R., *Una teoria del pensiero*, 1962, in *Analisi degli schizofrenici e metodo Psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970.
- Boscolo, L., Bertrando, P. *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Carli, R., *Il rapporto individuo-contesto*, Psicologia Clinica, 2, 1995.
- Ceruti, M., *Il vincolo e la possibilità*, Feltrinelli, Milano, 1986.
- Dell, P. *Researching the family theories of schizofrenia: An exercise in epistemological confusion*. *Family Process*, 19, pp. 321-335, 1980.
- Kelly, G.A., *La teoria dei costrutti personali*, Northon, New York, 1955.
- Ferro, A., *Due autori in cerca di personaggi: la Relazione, il Campo, la Storia*, *Rivista di Psicoanalisi*, 38, 1, 1992.
- Ferro, A., *Il dialogo: costituzione e trasformazione di mondi possibili*, *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 1994.
- Fruggeri, L., *I contesti della psicoterapia: pubblico e privato*, in Malagoli Togliatti, M., Telfener, U. (a cura di), *Dall'individuo al sistema*, Boringhieri, Torino, 1991.
- Montinari, G., Pedè, P., *Psicoterapia familiare analitica e istituzioni*, *Interazioni*, 0, 1992.
- Nucera, V., *Contesti di cura e cura dei contesti*. Vol.4, 2012.
- Restori, A., *Attenzione sensibile al contesto*. Cambiamenti, Vol. 3, 2011.
- Rosenhan, D. *On being sane in insane places*. *Science*, 179, pp. 250- 258, 1973.
- Saba, G.W. *Psichoterapy and health: key competencies for working in a medical setting*. Atti Convegno Cesena, 2005.
- Seikkula, J., *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovanni Fioriti Editore, 2014.
- Sluzki, C. *Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy*. *Family process*, 1992.
- Stolorow, R.D., Atwood, G.E., *I contesti dell'essere*, Boringhieri, Torino, 1995.
- Telfener, U., *Costruttivismo e psicoterapia*, Introduzione a Heinz von Foerster, I sistemi che osservano, Astrolabio, Roma, 1987.
- Telfener, U. *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Watzlawick, P. *The invented reality*. New York, Norton, 1984. (Trad. it. *La realtà inventata*. Milano, Feltrinelli, 1988).
- Whitaker, R., *Indagine su un'epidemia*. Giovanni Fioriti Editore, 2013.

Il corpo in psicoterapia: quando il corpo diventa l'attore principale della relazione terapeutica

Michelle Visconti¹¹

Sommario

L'autrice sottolinea come i recenti importanti sviluppi delle neuroscienze permettano, oggi, una piena reintegrazione della unità mente-corpo, proponendo di superare il dualismo cartesiano. Approfondisce la relazione tra psiche e soma attraverso le lenti della psicoterapia sistemica e della psicoterapia senso-motoria, proponendo come strumento di consapevolezza corporea il teatro d'improvvisazione. Attraverso la storia di Elisa l'autrice racconta di un corpo "osservato" e di un corpo "in relazione", dove «il corpo in relazione è l'unità di apprendimento precursore di ogni atto epistemico, è la sacra unità intesa da Bateson come individuo-nel-suo-ambiente» (Restori, 2013).

Parole chiave

Unità Mente-Corpo, Psicoterapia Sistemica, Neuroscienze, Psicoterapia Senso-Motoria, Teatro d'Improvvisazione, Consapevolezza Corporea.

Summary

The author underline show the recent important developments of neurosciences, today allow a full re-integration of the mind-body unity, proposing to go beyond Cartesian dualism. The author examines the relationship between Psyche and Soma using the glasses of Systemic Psychotherapy and Sensory motor Psychotherapy, proposing as body-awareness's tool the improvisational theater. With Elisa's history the author narrates about an "observed" body and about a "body in relationship", where «the body in relationship is the unity of learning ability ground-breaking of every epistemic act, is the holy unity that means for Bateson as organism in its habitat» (Restori, 2013)

Keywords

Mind-Body Unity, Systemic Psychotherapy, Neurosciences, Sensory motor Psychotherapy, Improvisational Theater, Body Awareness.

¹¹Visconti Michelle, Allieva 4° anno Idipsi, E-mail: visconti.michelle@gmail.com

Il corpo e la mente: superare il dualismo cartesiano

«C'è più ragione nel tuo corpo che nella tua migliore sapienza»

F.Nietzsche (Così parlò Zarathustra)

Il discorso sulla relazione mente e corpo e sulle implicazioni che ne derivano per la psicoterapia diventa oggi ricco di connotazioni particolari perché, grazie anche allo sviluppo delle neuroscienze, è tornata prepotentemente l'esigenza di una concezione unitaria dell'individuo umano. In realtà tutta la cultura occidentale, da Platone a Cartesio, fino alla scienza moderna, si è costruita su frammentazioni e dicotomie, a cominciare da quella fondamentale tra anima e corpo. Questo è stato possibile perché, dalla filosofia greca in poi, la "psiche" ha rappresentato il luogo del riconoscimento della "identità" del soggetto, mentre il corpo è stato ridotto a puro "oggetto", a puro aggregato di organi. E' con questo sguardo "oggettivante" che la scienza medica ha abitualmente affrontato il corpo e le sue manifestazioni (Onnis, 1985). Ma negli ultimi quindici anni si è assistito ad una vera e propria rivoluzione scientifica. Infatti, grazie soprattutto a ricerche compiute nel campo delle neuroscienze sulla base di documentate evidenze scientifiche, è stata riproposta la necessità del superamento della dicotomia tra psiche e soma. Scrive Damasio a riguardo:

«Quando si parla di cervello e di mente non è consuetudine fare riferimento agli organismi. Di fronte all'evidenza che la mente scaturisce dall'attività dei neuroni, si discute solo di questi, come se il loro funzionamento potesse essere indipendente da quello del

resto del corpo. Ma via via che studiavo i disturbi della memoria, del linguaggio e della ragione, presenti in numerosi esseri umani colpiti da lesioni al cervello, sempre più mi si imponeva l'idea che l'attività mentale, nei suoi aspetti più semplici come in quelli più alti, richiede sia il cervello sia il resto del corpo. Quest'ultimo, a mio avviso fornisce al primo molto più che un puro sostegno e una modulazione: esso fornisce la materia di base per le rappresentazioni cerebrali. L'anima respira attraverso il corpo e la sofferenza, che si muova dalla pelle o da un'immagine mentale, avviene nella carne» (Damasio, 1995, p.25).

Si può notare quanto questa concezione scientificamente fondata si avvicini alla visione anticipatrice del concetto di "Mente" di Bateson, considerandolo come il risultato di un "continuum circolare soma-psiche-ambiente" (Bateson, 1984). La concezione della Mente proposta da Bateson non solo la radica nel corpo come principio organizzatore di tutte le funzioni del sistema-organismo, ma la connette, attraverso reti relazionali complesse, all'ambiente, con il quale i nessi circolari sono così imprescindibili che per Bateson l'unità di sopravvivenza non è l'organismo, ma l'organismo nel suo ambiente (Bateson, 1976). L'unità di analisi di base, dunque diventa l'uomo-inserito-in-un-contesto; nulla di più distante dalla concezione dualistica e riduzionista di stampo Cartesiano. È esemplificativa la metafora del cieco che conosce il mondo con il suo bastone, che Bateson (1976) propone rispetto alla possibilità di individuare confini certi attorno al concetto di corpo. Dove finisce il corpo del cieco? Nel momento in cui il cieco, grazie al bastone, "sente", questo strumento è di

fatto diventato un prolungamento del suo corpo ed il bastone diviene il suo strumento di tatto e di conoscenza (Bateson, 1976).

Mente e corpo nell'approccio sistemico

Nonostante l'intuito di Bateson, nella storia della terapia sistemica il corpo non ha svolto, diversamente da altri approcci, un ruolo da protagonista. Fino alla fine degli anni '80 infatti, «si è sostato soprattutto sulle relazioni e sulla cibernetica che governa l'organizzazione dei sistemi umani» (Restori, 2013). I primi lavori che pongono attenzione al corpo all'interno della clinica sistemica, sono quelli di Watzlawick et al. a Palo Alto nel 1967. Gli autori sostengono che un ruolo importante nella comunicazione non lo rivesta solo il messaggio verbale, ma anche i moduli comportamentali che con esso si manifestano (verbali, timbrici, posturali e contestuali) (Watzlawick et al, 1967).

In Italia si ritrova un primo interesse verso la dimensione corporea in terapia nel testo "Anoressia Mentale" di M.S. Palazzoli (1981), dove l'autrice inizia ad interrogarsi sul rapporto dell'anoressica con il proprio corpo, «il corpo come capro espiatorio»; «il vivere il proprio corpo come il nemico minacciante, che non deve essere distrutto brutalmente, ma tenuto in rispetto». Ed inizia ad ipotizzare una strutturazione della coscienza corporea facente parte del processo di apprendimento che inizia nell'infanzia, citando autori come Bruch, Spitz ed Hebb, avvicinandosi quindi anche a studi delle neuroscienze. Il maggiore contributo alla psicosomatica da parte delle teorie sistemiche, però, è stato ritenuto quello di Minuchin, le cui osservazioni hanno portato a rivedere criticamente la concezione causale di tipo lineare su cui fino a quel momento si era basata questa

disciplina (Trombini, 1990).

Ma è con la "scultura familiare" che gli autori sistemici iniziano a mettere il corpo al centro della terapia. Il termine "Family Sculpting" fu introdotto da David Kantor negli Stati Uniti nel 1965. La scultura nel corso degli anni seguenti conobbe un importante sviluppo in America, in particolare presso l'Istituto della Famiglia di Boston in cui lavorava David Kantor, Fred e Bunny Duhl, come anche all'Ackermann Institute di New York grazie al ricco apporto di Peggy Papp. Nel contesto americano dell'epoca bisogna anche tenere conto dell'apporto di Virginia Satir, riconosciuta come la prima clinica ad avere proposto il metodo. In Europa la tecnica della scultura familiare viene approfondita da due autori in particolare, Philippe Caillé negli anni '80 e Luigi Onnis negli anni '90 (Bogliolo, Capona, Genovesi & Puleggio, 2012).

È però con la seconda cibernetica che si chiude il cerchio e si ritorna alla grande intuizione di Bateson. Nel senso che se la cibernetica di primo ordine è la cibernetica dei "sistemi osservati", la cibernetica di secondo ordine è la cibernetica dei "sistemi osservanti", che problematizza l'osservatore al pari dell'oggetto della sua osservazione (Maturana, Varela, 1985). Quindi sempre riferendoci a Maturana e Varela, il terapeuta ed il paziente possono essere considerati parti del medesimo sistema e quindi, qualunque cosa avvenga nell'uno non può non riverberarsi sull'altro (Restori, 2013). Ecco che, come dice Restori, (2013) «il corpo in relazione è l'unità di apprendimento precursore di ogni atto epistemico, è la sacra unità intesa da Bateson come individuo-nel-suo-ambiente» (Restori, 2013).

Il teatro d'improvvisazione come strumento

“Teatro significa vivere sul serio quello che gli altri nella vita recitano male” (De Filippo)

All'interno del percorso didattico della scuola di psicoterapia è stato introdotto un innovativo strumento per il terapeuta: il teatro di improvvisazione. Il percorso è stato pensato all'interno della formazione al fine di sviluppare nuovi livelli di consapevolezza e capacità di “sostare” nelle situazioni di incertezza emozionale, attraverso un ascolto profondo delle sensazioni e percezioni corporee. Perché proprio il teatro di improvvisazione? Perché nel teatro di improvvisazione l'attore è contemporaneamente autore e regista di se-stesso. «Una nuova tipologia di attore, che non ama rifugiarsi in schemi collaudati e nelle esperienze gratificanti del passato. Un attore che non ha paura del vuoto che ha davanti, anzi lo considera la condizione fondamentale della sua creatività» (Burrioni, 2007). Ma l'improvvisazione non si improvvisa. L'attore di improvvisazione nel suo percorso formativo impara a riconoscere le proprie emozioni, entrando in contatto con la propria parte emotiva, creativa e di immaginazione. E solo così riesce a rappresentare le emozioni per quelle che sono.

Quali i contatti con la psicoterapia? La formazione dell'attore sulla consapevolezza corporea, sulle proprie emozioni e sul proprio agire può risultare utile anche nella formazione del terapeuta, per un terapeuta consapevole e a contatto con le proprie emozioni. In più anche nel teatro di improvvisazione ci si confronta con un'altra persona senza sapere in realtà quello che farà, ma bisogna essere in grado di reagire all'azione dell'altro. Quindi diventa

importante la capacità di ascolto dell'altro. Un ascolto che non è solo uditivo, ma è un ascolto che può avvenire solo se l'attore è nella rappresentazione con la testa e con il corpo. È quindi un ascolto verso l'altro, ma anche verso se-stesso, è un mettersi a fuoco, avere una presenza mentale nel qui e ora che rende l'attore padrone delle proprie emozioni, delle proprie sensazioni e del proprio corpo in quel preciso momento (Ghiretti, Luvì, Pellegrì, Premoli, 2014).

Osservare il corpo

Il non verbale di Watzlawick:

Se in passato, durante l'interazione terapeutica, l'attenzione del clinico era soprattutto catturata da ciò che il paziente esprimeva a livello verbale, da qualche tempo la narrazione che il cliente porta in terapia viene considerata attraverso un'ottica più complessa. Tutto ciò che riguarda l'aspetto del non verbale inizia ad essere visto come carico di significato ed utile alla relazione terapeutica. Nel testo “La pragmatica della comunicazione umana” gli autori parlano di due modi di comunicare: uno attraverso un'immagine esplicitiva (linguaggio analogico) e uno mediante la parola (linguaggio digitale). La comunicazione analogica è ogni comunicazione non verbale, che include «non solo i movimenti del corpo, al comportamento noto come cinesica... deve includere le posizioni del corpo, i gesti, l'espressione del viso, le inflessioni della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle stesse parole.» (Watzlawick et al, 1967). Le modalità di comunicare in modo digitale ed analogico si fondono e si completano a vicenda, rendendo la comunicazione uno scambio complesso e stratificato a più livelli. E ricordando il secondo assioma della comunicazione: «Ogni comunicazione

ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione.» (Watzlawick et al., 1967) se, come gli autori sostengono, l'aspetto di contenuto ha più probabilità di essere trasmesso con un modulo numerico, l'aspetto di relazione sarà trasmesso attraverso il modulo analogico.

I pattern di attaccamento ed il corpo:

Porges (2004, 2005) sostiene che tutti gli esseri umani, dall'infanzia all'età adulta, hanno bisogno di un efficace sistema di impegno sociale per poter costruire relazioni di attaccamento e di affiliazione. A loro volta, le esperienze precoci di attaccamento sembrano influenzare lo sviluppo del sistema di impegno sociale e ci insegnano come regolare gli stimoli interni ed esterni. (Beebe&Lachmann, 1994; Bowlby, 1973, 1980; Fonagy, Gergely, Jurist& Target, 2002; Hofer, 1984; Schore, 1994; Siegel, 2001). Secondo gli studi di Schore (1994) il sistema di impegno sociale si sviluppa inizialmente sulla base di una serie di interazioni faccia a faccia, corpo a corpo, con una figura di attaccamento che regola l'arousal autonomico ed emotivo del bambino. Esso si sviluppa inoltre attraverso interazioni armoniche con un care-giver primario che risponde con un contatto motorio e sensoriale ai segnali del bambino molto prima che sia possibile la comunicazione verbale. Questa regolazione interattiva e diadica promuove lo sviluppo di quella parte del cervello che è deputata all'auto-regolazione dell'arousal: la corteccia prefrontale orbitale (Schore, 1994). La capacità di autoregolazione è la base su cui si sviluppa un senso di sé funzionale (Beebe&Lachmann, 1994; Schore, 1994; Stern, 1985). Il senso di sé è anzitutto un senso corporeo, di cui si ha esperienza

non attraverso il linguaggio, ma attraverso le sensazioni ed i movimenti del corpo (Damasio 1995; Janet, 1929; Krueger, 2002; Laplanche&Pontalis, 1998; Mahler &Furer, 1968; Stern, 1985). Secondo questi autori diventa quindi importante comprendere come le capacità auto-regolative del paziente si sviluppano attraverso le precoci relazioni di attaccamento, in quanto anch'essi forniscono un contesto relazionale simile, in cui i pazienti disregolati possono sviluppare capacità adattive di regolazione (Beebe&Lachman, 1994; Schore, 1994). I segnali non verbali diventano quindi i primi indicatori dell'esperienza del paziente di sicurezza o pericolo nel rispondere alla relazione terapeutica, all'ambiente e ai segnali interni (Lanyado, 2001).

Esercizio teatrale, il mimo a coppie:

L'esercizio viene svolto a coppie, uno deve mimare un movimento, non finalizzato, che non abbia un senso preciso (per es. non "ciao" con la mano o cornetta del telefono con la mano) e non pensato. Questo esegue il movimento ripetutamente nello stesso modo fino a che il compagno non interagisce con lui. Il collega, osservando solo il movimento, libero da schemi mentali prestabiliti, deve cercare una possibile interpretazione del gesto e interloquire con il mimo. Da qui inizia uno scambio interattivo di due o tre battute. Lo scopo dell'esercizio è molteplice: imparare ad osservare il movimento del corpo, partendo dallo sguardo e non dalla mente; interpretare il gesto in maniera creativa, abbandonando gli stereotipi mentali, ma utilizzando la creatività. Questo possiamo vederlo anche in terapia, abbandonare i propri stereotipi mentali, osservare i movimenti del paziente per quelli che sono e provare a darne più

interpretazioni, in un lavoro individuale o d'equipe, per permettere al paziente nuove narrazioni e nuovi sguardi su un unico gesto.

La storia di Elisa

Elisa mi viene inviata dal medico curante per una dermatite grave agli avambracci superiori comparsa nell'ultimo anno ed aggravatasi nell'estate. L'inviante, escluse motivazioni organiche, sospetta che la dermatite possa essere una manifestazione cutanea del forte stress al quale la paziente è stata recentemente sottoposta. Elisa, infatti, nel mese di settembre si è recata spesso dal medico per chiedere dei certificati di malattia per poter stare a casa dal lavoro, inizialmente con la motivazione della dermatite e secondariamente sono emersi problemi di mobbing nell'ambiente lavorativo. Elisa piange molto e riferisce al medico di base di avere spesso momenti di profonda tristezza, associati a forti momenti d'ansia. Insieme al medico curante inizia una terapia farmacologica anti-depressiva, con scarsi benefici. È a questo punto che il medico le consiglia di iniziare un percorso psicoterapeutico.

Incontro Elisa per la prima volta a fine settembre. E ciò che mi ha colpito nel nostro primissimo incontro è stato l'atteggiamento e i movimenti corporei di Elisa: sguardo schivo, braccia incrociate, indietreggiava con due-tre passetti mentre l'accoglievo nello studio sorridendole. Elisa non ha risposto al sorriso e si è seduta sull'ultima sedia della sala d'attesa, davanti alla porta d'uscita.

Elisa ha 29 anni e lavora come infermiera presso una struttura residenziale per anziani. Nel raccontare la sua situazione lavorativa alterna una voce da adulta ad una con tonalità da bambina. Quando mi

racconta dei "suoi vecchietti" usa la tonalità da bambina. È una tonalità molto dolce, che contrasta con quella che usa quando mi parla del datore di lavoro. In particolare, quando riporta i problemi sul lavoro e gli scontri con i responsabili ad Elisa parte un tic all'occhio destro, che si calma da solo dopo qualche secondo. Il corpo è immobile abbandonato sulla sedia, con le spalle reclinate, e l'unico movimento è rappresentato dalle mani che si grattano le braccia.

Elisa: "perché è così importante per me il lavoro? Perché ci sto così male? Dovrei fregarmene. Invece sto malissimo."

Terapeuta: "qual è l'ipotesi che ti sei fatta a riguardo?"

Elisa: "per me il lavoro era come una seconda famiglia. Le mie colleghe sono delle amiche e i pazienti sono dei vecchietti ai quali sono molto legata. Sto perdendo un'altra volta la mia famiglia. Qualche anno fa i miei genitori si sono separati violentemente, e secondo me, io non l'ho ancora superata."

Elisa piange, il corpo abbandonato sulla sedia e piange.

La famiglia di Elisa:

Elisa: "Sono figlia di ragazza madre. Cioè, non nel senso che non ho un papà, perché ce l'ho, ma che mia mamma mi ha avuto quando aveva 20 anni."

Elisa è figlia di Luisa, 47 anni, e Carlo, 50 anni. Mi racconta che i suoi genitori si sono sposati qualche mese prima della sua nascita e che lei non è stata una figlia cercata, ma che è stata una gravidanza inaspettata e non desiderata. Elisa parla di una mamma che l'ha fatta sentire spesso in colpa: per la sua nascita, per averla obbligata ad uscire di casa presto, per averla "costretta" a stare con Carlo, in una vita che non era quella che lei aveva desiderato.

Elisa: “mi diceva: “tu non dovevi nascere!!” Ma si può dire una cosa del genere ad una figlia?”; “mi diceva che era tutta colpa mia, se lei era dovuta rimanere col papà, che lei non lo voleva, e litigavano sempre, tantissimo, mi ricordo le urla e mia mamma che invece di proteggermi e lasciarmi andare in camera mia, mi diceva “stai qui...così vedi in che situazione mi hai incastrato!!”.”

Mentre mi racconta Elisa piange. Serra la mandibola e si stringe con le braccia in un abbraccio. Spesso ha il tic all’occhio.

I racconti sul papà emergono poi negli incontri successivi, nei quali Elisa mi racconta di un papà “bambinone, che non è in grado di badare a se-stesso”, “spende tutti i suoi soldi, è sempre indebitato, a volte ho dovuto aiutarlo io in alcuni conti da aggiustare...”, “l’ho visto prima di venire qui, aveva gli occhi rossi, come se avesse pianto prima. Ultimamente piange molto, ma non so perché.”, “non si cura, ha avuto dei problemi di salute recentemente, ma non si cura...ora gli ho prenotato io una visita e ce lo porto di forza!”. “ho sempre avuto il dubbio che mio papà abusasse di cocaina, ma non so come verificarlo.”

Il corpo della terapeuta:

Alla fine dei primi due incontri con Elisa la mia sensazione era di stanchezza, di spossamento e spesso si accompagnava una forte emicrania. Quando, alla fine del secondo colloquio, ho iniziato ad introdurre alla paziente un progetto terapeutico, con l’intenzione di valutare insieme tempi e modalità degli incontri, Elisa mi ha detto che non era sicura di voler continuare, rimandando la decisione all’incontro successivo. A questo punto mi sono chiesta che cosa non avesse funzionato e ho deciso di portare il caso in supervisione.

Il corpo in relazione

L’elastico – esercizio teatrale sulla relazione:

Nell’esercizio dell’elastico c’è una persona seduta su una sedia e un’altra che deve impedirgli di alzarsi e di andarsene. Nell’esercizio non si può parlare, non si può bloccare fisicamente l’altro, ma si deve instaurare una relazione con chi è seduto sulla sedia. Una relazione che è permessa solo dalla comunicazione non verbale tra i due personaggi. Sguardi, movimenti, avvicinamenti, allontanamenti, tutto deve essere naturale, autentico, ogni movimento non deve essere stereotipato, ma consapevole, basato sull’ascolto di sé e dell’altro. Si deve instaurare una relazione tra i due personaggi e ciò che conta è l’onestà. La difficoltà maggiore è entrare nell’esercizio, abbandonare gli stereotipi e mettersi in ascolto, di sé, del proprio corpo, delle proprie emozioni e dell’altro, del suo corpo e delle sue emozioni. Alla fine dell’esercizio, se la sintonizzazione tra i due personaggi è avvenuta, quando il docente dà l’ordine di parlare, il discorso tra i due è fluido, l’argomento è lo stesso, e il verbale conferma solo il non verbale.

Il trattamento senso-motorio – lavoro sulla relazione terapeutica:

Ne il libro “Il trauma ed il corpo” di Ogden, Pain e Minton (2012) gli autori sostengono che, per aiutare il paziente, l’elaborazione degli eventi traumatici non possa essere solo verbale, perché questo rischierebbe di accelerare le “memorie somatiche”, peggiorando i sintomi somatici, e queste intense reazioni corporee potrebbero a loro volta alimentare le emozioni legate al trauma, con il rischio di riportare il passato nel presente e di riattivare nel

paziente le reazioni di difesa (attacco, fuga e congelamento). Il lavoro del terapeuta diventa quindi quello di cercare di integrare i tre livelli di elaborazione dell'informazione del paziente: elaborazione cognitiva, emotiva e corporea. La relazione terapeutica diventa quindi il luogo elettivo dove si può sviluppare la capacità di auto-regolazione del paziente. Il terapeuta risponde in maniera sintonizzata alle manifestazioni non verbali del paziente, ad es: «se il volto di un paziente esprime paura e il suo corpo si irrigidisce e si allontana, allora il terapeuta sintonizzato potrebbe informarsi con delicatezza in merito a questi segnali non verbali e fare in modo di ristabilire sicurezza.» (Ogden et al., 2012).

Il caso di Elisa – continuazione – osservare la relazione terapeutica:

La supervisione diventa un'occasione per riflettere sulla mia posizione in terapia.

Supervisore: "Dove ti posizioneresti tu nella relazione con Elisa?"

Terapeuta: "Esterna, fuori, come se stessi osservando Elisa che racconta la sua storia ad una sedia vuota...provo antipatia per Elisa, dovuta essenzialmente ad una sensazione di resistenza e mancanza di fiducia di Elisa in me, confermata dal desiderio di Elisa di non proseguire la terapia."

Attraverso la supervisione ho potuto vedere quali erano le risonanze della storia di Elisa con la mia storia personale. Mi sono accorta quindi di essere stata una terapeuta "frigorifero", di non essermi messa in ascolto delle mie emozioni e delle mie sensazioni corporee e, quindi, di rimando di non essere stata in ascolto delle emozioni della paziente.

La ginnastica della sintonizzazione

Esercizio svolto a coppie. Inizia un solo attore, al quale è stata data la consegna "stai aspettando una persona e l'attesa suscita un'emozione." L'emozione la sceglie il formatore. È sempre lui a guidarci nell'osservarci nell'emozione, per poterla rappresentare nella maniera più onesta e autentica possibile. I consigli sono: non procurare a tutti i costi l'emozione, non avere fretta, ma di partire dal corpo, di sentirla in modo graduale e di lasciarsi governare dall'emozione. Ad un certo punto dell'esercizio si aggiunge una persona, la quale ha la consegna di entrare e farsi guidare dall'altro: inizialmente non possono parlare, successivamente si aggiunge la possibilità di farlo. Questo esercizio rispecchia diversi aspetti della relazione terapeutica: siamo consapevoli di come accogliamo l'altro? Di come lo aspettiamo? E questo come entra nella relazione terapeutica? Questo esercizio inoltre permette di entrare nella prossemica dell'altro, di sintonizzarsi con l'altro, nel momento in cui ci si incontra.

Il caso di Elisa – conclusioni

Ciò che è emerso durante la supervisione mi ha permesso di formulare una serie di ipotesi e di riflessioni sul caso di Elisa: da una parte si potrebbe ipotizzare che Elisa abbia avuto un attaccamento di tipo disorganizzato/disorientato, e questo emerge dai suoi racconti sull'infanzia, sul rapporto turbolento con la mamma, l'assenza del papà ed emerge anche nelle relazioni affettive che Elisa ha intrecciato con i coetanei ("ho sempre avuto dei ragazzi che mi trattavano male, che mi hanno fatto soffrire molto."; "erano ragazzi che conducevano vite al limite della legalità, facevano uso di droghe e più volte mi hanno offerto cocaina, ma io non ne ho mai fatto uso."). Ipotesi che può

essere confermata anche dal linguaggio non verbale di Elisa: movimenti contraddittori di avvicinamento ed evitamento, movimenti senza uno scopo e movimenti asimmetrici (come il tic all'occhio).

Anche se in realtà trovo difficile poter incasellare la storia di Elisa in uno stile di attaccamento. Ecco perché le ipotesi non possono fermarsi qua, ma diventano molteplici, per avere una visione più complessa della storia di Elisa. C'è la tematica dell'abbandono, del rifiuto e della negligenza da parte delle figure genitoriali, che si vanno a sommare ad una sensazione di tradimento e sensi di colpa di Elisa. Come si esprime la sofferenza di Elisa? Attraverso un sintomo somatico, una dermatite alle braccia. Ma la pelle rappresenta il confine tra il mondo interno ed esterno, è una barriera protettiva: Elisa per proteggersi ha "dovuto" farsi crescere 3 cm di pelle morta, nera, infetta, come ad aumentare la barriera, una barriera ripugnante, che tiene lontani gli altri. Ed ecco che il duplice comportamento dell'attaccamento disorganizzato/disorientato lo rivedo nelle braccia di Elisa. Perché le braccia sono anche le braccia di una mamma che abbraccia e che stringe il proprio figlio "le braccia di una mamma sono fatte di tenerezza, i bambini vi dormono profondamente" (Victor Hugo) e ad Elisa probabilmente è mancato questo abbraccio materno, perché era una figlia non voluta e rifiutata dalla sua stessa madre. Se si pensa allora alla relazione terapeutica emerge che nei due incontri con Elisa ci sono stati questi due messaggi impliciti: avvicinamento: ha chiesto aiuto, arrivava sempre in anticipo e l'incontro durava più di un'ora, si è aperta molto, raccontando molto di sé e emozionandosi liberamente più volte davanti a me; evitamento: qualche passo indietro mentre parlavo, difficilmente soste-

neva il mio sguardo e non era così sicura di voler continuare il percorso.

Pensando ad Elisa e ai nostri incontri mi vengono in mente due immagini:

una è l'immagine del riccio, due ricci che si abbracciano, ma che abbracciandosi si pungono, per cui devono trovare la giusta distanza per poter ricevere calore, ma allo stesso tempo non ferirsi a vicenda (le ferite delle braccia di Elisa viste allora come stigmati, segni di una vicinanza che ferisce); e l'altra è un'immagine tratta dal Piccolo Principe di Antoine de Saint-Exupéry, quando il piccolo principe incontra la volpe e la volpe gli spiega come avvicinarsi a lei e come addomesticarla.

"La volpe: < In principio tu ti siederai un po' lontano da me, così, nell'erba. Io ti guarderò con la coda dell'occhio e tu non dirai nulla. Le parole sono una fonte di malintesi. Ma ogni giorno tu potrai sederti un po' più vicino...>" (De Saint-Exupéry, A., 1946).

Bibliografia

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi Edizioni, Milano.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Adelphi Edizioni, Milano.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representations and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 165.
- Bogliolo, C., Capona, D., Genovesi, I. & Puleggio, A. (2012). *Dalla scultura alla rappresentazione spaziale della famiglia, Trasmissione trans-generazionale, emozioni nella formazione e in psicoterapia*. Armando editore,
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: vol 2. Separation: anxiety and anger*. Middlesex, UK: Penguin.
- Bowlby, J. (1980). *Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Burrioni, F. (2007). *Match di improvvisazione teatrale*. Dino Audino Editore, Roma.
- Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio: emozione, ragione e cervello umano*.

- Adelphi Edizioni, Milano.
- De Saint-Exupéry, A. (1946). *Il piccolo principe*. Bompiani editore, Milano.
 - Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. New York: Other Press.
 - Ghiretti, G., Luvìè, M., Pellegrì, S., Premoli, M. (2014). *Incontro tra teatro di improvvisazione e psicoterapia*. *Cambia-menti*, 2/2014, 5-13.
 - Hofer, M.A. (1984). Relationships as regulators: a psychobiologic perspectives on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197.
 - Janet, P. (1929). *L'évolution de la personnalité*. Paris: Chahine.
 - Krueger, D. (2002). Integrating body self and psychological self: Creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy. New York: Brunner-Routledge.
 - Lanyado, M. (2001). The symbolism of the story of Lot and his wife: The function of the "present relationship" and the non-interpretative aspects of the therapeutic relationship facilitating change. *Journal of Child Psychotherapy*, 27, 19-33.
 - Laplanche, J. & Pontalis, J. (1998). *The language of psychoanalysis*. London: Karnak Books.
 - Mahler, M.S. & Furer, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individualization*. New York: International Universities Press.
 - Maturana, H.R., Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Marsilio, Venezia.
 - Ogden, P., Minton, K. & Pain C. (2006). *Trauma and the Body; A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Trad. It: (2012). Carmelita, A. (a cura di) *Il trauma e il corpo, manuale di psicoterapia sensomotoria*. Istituto di Scienze Cognitive Editore, Sassari.
 - Onnis, L. (1985) *Corpo e contesto*, NIS, Roma.
 - Porges, S.W. (2004). Neuroception: a subconscious system for detecting threats and safety. Zero to three. Retrieved August 8, 2005, from bbc.psych.uic.edu/pdf/neuroception.pdf.
 - Porges, S.W. (2005). The role of social engagement in attachment and bonding: a phylogenetic perspective. In C.S. Carter, L. Ahnert, K.E. Grossmann, S.B. Hardy, M.E. Lamb, S.W. Porges & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: a new synthesis* (pp. 33-54). Cambridge, MA: The MIT Press
 - Restori, A. (2013). *Embodiments, il corpo in relazione*. *Cambia-menti*, 1/2013, 7-13.
 - Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale: Erlbaum.
 - Selvini Palazzoli, M. (1981). *L'anorexia mentale, Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Feltrinelli, Milano.
 - Siegel, D. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Cortina Raffaello, Milano.
 - Spitz, R. (1965). *Il primo anno di vita del bambino*. Tr.it. Armando, Roma 1976
 - Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
 - Trombini, G., Baldoni, F. (1999). *Psicosomatica, l'equilibrio tra mente e corpo*. Il Mulino, Bologna.
 - Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.

Costruirsi terapeuta consapevole: riflessioni sul linguaggio e le emozioni

Alice Cabini¹²

Sommario

Con il presente lavoro, l'autrice intende affrontare alcuni aspetti relativi alla figura del terapeuta e il suo mondo interno, aprire un dialogo con le proprie premesse ed emozioni, scegliendo di assumere una posizione di auto-osservazione. Ripercorre alcuni momenti e vissuti della propria esperienza di vita e professionale, proponendo una narrazione caratterizzata da uno sguardo maggiormente consapevole, all'interno della cornice epistemologica sistemica, che nel passaggio alla cibernetica di secondo ordine, attribuisce al sistema osservante nella relazione terapeutica pari importanza del sistema osservato. Come in un collage di riflessioni ed esperienze raccolte da contesti diversi, vengono presi in esame gli aspetti verbali e la parola nella conversazione terapeutica, quelli non verbali e le emozioni del terapeuta.

Parole chiave

Auto-osservazione, consapevolezza, seconda cibernetica, parola, non verbale, emozioni.

Abstract

In this work, the author aims to deal with some aspects relating to the role and the inner world of the therapist, in order to open a dialogue with her premises and emotions, choosing to adopt an approach of self-observation. Recalls some events and circumstances of her life and work experience, suggesting a narration characterized by a more aware look, in the framework of systemic epistemology which, in the transition to second-order cybernetic, assigns the same importance to the observing system in the therapeutic relationship as well as the system that is being observed.

The language and the verbal aspects of the therapeutic communication, as well as the non verbal aspects and the emotions of the therapist, will be analyzed like a collage of reflections and experiences collected from different contexts.

Key words

Self-observation, awareness, second-order cybernetic, word, non verbal, emotions

¹²Alice Cabini, allieva 2° anno Idipsi, E-mail: alice.cabini@gmail.com

Premessa

Essere terapeuta significa lavorare nella relazione, sulla relazione, con le parole, il corpo e le emozioni. Di parole ed emozioni intendo raccontare lasciandomi guidare da una posizione di auto osservazione, che consente di aprire un dialogo con il proprio mondo interno, per stare con consapevolezza nella relazione terapeutica (Fruggeri, 1992). Affronto questo lavoro con l'intento di narrare e prendere coscienza di alcune esperienze che mi stanno aiutando nel processo di sviluppo della mia identità terapeutica.

I riferimenti teorici sono la seconda cibernetica, che vede il terapeuta connesso al sistema osservato (Boscolo e Bertrando, 1993), il costruzionismo, che introduce la dimensione sociale della realtà quale risultato dell'interazione fra individui (Hoffman, 1998) e l'approccio narrativo, che delinea la funzione generativa del linguaggio (Anderson e Goolishian, 1998; Epston, White e Murray, 1998). Tale cornice epistemologica considera il terapeuta presente e partecipe attraverso le proprie mappe, sistemi di credenze e di significato nel processo di costruzione della realtà terapeutica.

Linguaggio e terapia

Come delincono Watzlawick, Beavin e Jackson nella *Pragmatica della Comunicazione Umana* (1967), ogni comunicazione è definita da un aspetto di notizia, ovvero trasmette informazione e da un aspetto di comando, ossia implica una relazione fra gli individui coinvolti. La relazione assume un valore fondamentale perché qualifica e attribuisce significato al contenuto. L'informazione è trasmessa attraverso il linguaggio verbale, mentre l'aspetto di relazione della comunicazione

si esprime prevalentemente attraverso la gestualità, la postura e il movimento, la posizione nello spazio, il ritmo e l'intonazione della voce, lo sguardo e l'espressione facciale, ossia attraverso un codice più immediato e legato alle manifestazioni del corpo.

Con l'avvento della seconda cibernetica, oltre all'aspetto pragmatico, hanno acquisito interesse l'aspetto sintattico e semantico del linguaggio. Il costruttivismo e il costruzionismo hanno evidenziato l'importanza del linguaggio nel dialogo clinico che, oltre ad essere considerato veicolo di comunicazione, è capace di sviluppare nuovi significati e realtà. Il linguaggio, quindi, non è unicamente il mezzo della terapia, ma è esso stesso il fine in quanto dalle parole e dalle modalità di comunicarle è possibile capire come gli individui costruiscono la realtà e sempre attraverso di esse è possibile ridefinire nuove visioni di sé, delle proprie relazioni e del proprio modo di vedere la realtà (Boscolo e Bertrando, 1997).

La parola

Il Cerchio della fiducia è un metodo utile per favorire all'interno di un gruppo o di una famiglia il senso di comunità e la comunicazione.

È un'attività molto coinvolgente dal punto di vista emotivo, che ho conosciuto con il mio gruppo di formazione e che ha generato in noi senso di appartenenza e desiderio di condivisione profonda. Attraverso questa esperienza abbiamo sperimentato il potere della parola. Essa nasconde storie, identità, significati, evoca emozioni e permette di costruire nuove narrazioni.

Il Cerchio della fiducia prevede che tutti i partecipanti si dispongano in cerchio e

seguano delle intenzioni: parlare in prima persona partendo dalla propria esperienza; ascoltare devotamente la persona che parla; intervenire quando il corpo manda segnali di movimento lasciandosi portare da quello che si sente nel momento in cui si prende la parola; essere coincisi ed essenziali in modo da comunicare quello che sentiamo fin tanto che “siamo mossi”; dare voce al disagio che si può percepire.

Il nostro cerchio è cominciato con lo stimolo del nome: dire il proprio nome e quello che viene in mente associato ad esso. È iniziato un giro molto sentito. Dal nome di ognuno di noi si sono aperte moltissime riflessioni. Qualcuno ha raccontato della casualità con cui gli è stato dato il nome dovuto al fatto che i genitori aspettavano un maschietto invece di una femminuccia; altri hanno raccontato di nomi legati a figure famigliari e quindi dei mandati che essi portano con sé; chi ha associato degli aggettivi al nome delineando alcuni tratti della sua personalità; chi ha raccontato di nomi biblici; chi ha raccontato di nomignoli fastidiosi e ha usato la creatività per darsi un nuovo nome e così via. Il dialogo è continuato per alcune ore. La consueta pausa è stata percepita da tutti come una brusca interruzione. Avremmo voluto continuare a raccontare su quelle piccole parole. Ho utilizzato il termine raccontare non a caso proprio perché da ogni parola si sono aperte tante narrazioni, abbiamo conosciuto tante storie e abbiamo vissuto emozioni autentiche. In alcuni momenti, anche il silenzio e la commozione hanno parlato e sono stati attimi di grande intensità.

Nelle storie dei nomi degli altri abbiamo potuto riconoscere somiglianze e differenze con la nostra storia, riflettere su di essa e rileggerla da un altro punto di vista.

Boscolo e Bertrando (1991) evidenziano un parallelismo fra l'attività terapeutica e la retorica considerata dagli antichi greci l'arte di persuadere, intendendo la persuasione come la capacità di agire attraverso le parole. È la disciplina che per la prima volta ha messo in connessione il pensiero e l'azione e ha attribuito alla parola la capacità di evocare emozioni e nuovi significati.

Come il retore, il terapeuta utilizza le parole e le emozioni che esse veicolano per cambiare le premesse dell'interlocutore. Se il retore ha, però, una tesi da sostenere e portare avanti, il terapeuta deve essere libero da posizioni rigide e mettere continuamente in discussione le proprie ipotesi sulla base dei feedback di ritorno dall'interlocutore, con l'obiettivo di far emergere nuove emozioni che possano portare cambiamenti nel modo di agire e poi di pensare.

Gli autori suggeriscono l'uso di alcune parole definite “chiave” nel lessico terapeutico con potenzialità di sbloccare e portare un cambiamento nelle storie dei pazienti. Alcune di esse - sciopero, innamoramento, schiavitù - possono essere utilizzate in diversi contesti e con interlocutori differenti in quanto rimandano a tematiche di relazione di forte impatto emotivo come nascita e morte o malattia e sanità. Altre sono legate ad un determinato contesto e pregnanti per l'individuo in un momento specifico. In ogni caso, possono essere utilizzate quando fra terapeuta e interlocutore si è instaurato un clima empatico e di fiducia; sono, infatti, parole che possono creare ambiguità e per la loro natura polisemica aprono a molti significati differenti in grado di provocare effetti positivi, ma anche negativi o addirittura distruttivi. Tuttavia, spetta all'interlocutore scegliere il significato da attribuire alla parola chiave sulla base dell'impatto emotivo che

gli provoca, con ricadute a livello cognitivo e comportamentale in un processo a spirale che si alimenta e può contribuire a creare nuove premesse.

Il non verbale

Dacirca due anni mezzolavoro giornalmente a contatto con ragazzi in età evolutiva con disturbi del comportamento, elevata disregolazione emotiva, disagio affettivo e di relazione cresciuti in ambienti familiari fortemente compromessi e inadeguati a fornire modelli identificativi di riferimento. Sono ragazzi incapaci di esprimere i bisogni e la sofferenza emotiva che comunicano prevalentemente con l'agito. Proprio per questo motivo guadagnare una relazione con loro non è per niente semplice: è un lavoro di grande pazienza e resistenza. Per mesi, ogni giorno è stato come se fosse sempre il primo. La paura a fidarsi in una relazione, conseguenza delle esperienze di grave trascuratezza affettiva, associata al rifiuto per le figure adulte, tipico della fase adolescenziale, porta i ragazzi ad avere atteggiamenti di sfida, di violazione delle regole e delle indicazioni suggerite fino a sfociare in reazioni di aggressività verbale e fisica dirompenti. Resistere a questo comportamento richiede energia e forza d'animo. Soprattutto i primi momenti l'istinto mi diceva di mollare. Chi me lo faceva fare di impegnare così tante energie fisiche e mentali per avere in cambio solo insulti, minacce e frustrazione? Dentro di me saliva un senso di impotenza e si abbassava notevolmente la mia autostima. Giorno dopo giorno assistevo al fallimento dei tentativi messi in atto per entrare, anche solo un briciolo, dentro di loro. Mi illudevo con un sorriso o una piccola risposta di aver trovato un aggancio, invece quegli apparenti

comportamenti di avvicinamento, rientravano nelle grandi capacità manipolative di questi ragazzi. Più io mi proponevo cercando di fare discorsi sul loro atteggiamento, più loro affinavano la capacità di prendermi in giro e di "farmela sotto il naso". Più utilizzavo parole, più venivano percepite come delle prediche e delle regole da trasgredire. A mia volta rispondevo con ulteriori parole e si innescava un circuito senza fine.

La difficoltà che provavo era molto forte. Solo con il senno di poi ho capito che probabilmente altrettanta difficoltà era provata da Giulia, Emanuela, Matteo e Claudia. Loro non avevano bisogno di capire, avevano bisogno di sentire. Sentire di avere vicino una persona forte che fosse in grado di contenere i loro agiti, una persona decisa che fosse ferma nel dare quelle regole che tanto rifiutavano, ma di cui sentivano il bisogno (per avere dei riferimenti), una persona che di fronte alle loro aggressioni e agli insulti fosse sempre comunque con loro.

Le soddisfazioni sono arrivate quando ho cominciato ad utilizzare il corpo. Comunicare con lo sguardo, con un gesto, con un abbraccio o semplicemente condividere in silenzio un momento è stato terapeutico per entrambi. Io ho sentito di essere finalmente un punto di riferimento affettivo e i ragazzi sicuri della mia presenza sono riusciti a darmi fiducia. Da lì anche le parole hanno trovato il loro spazio e i discorsi non sono venuti a mancare. Credo che gli atteggiamenti di sfida siano serviti per verificare fino a che punto potessi resistere e se valesse la pena fidarsi. Con gli adolescenti è così: prima ti devono mettere alla prova. Quelle grida e aggressioni non erano altro che la richiesta di un abbraccio. Quando sono riuscita a leggere questo messaggio qualcosa si

è sbloccato. Cambiando punto di vista ho riconosciuto la fragilità e la sofferenza espressa attraverso il canale comunicativo da loro maggiormente conosciuto. Quando ho preso consapevolezza che ero lì per loro e non per rispondere al bisogno di sentirmi adeguata e sentire confermato il mio modo di fare dai colleghi la situazione si è ribaltata. Oggi, nonostante le difficoltà siano comunque sempre molte, affronto con maggior sicurezza questo lavoro privilegiando con i ragazzi un modo di comunicare che passa attraverso il non verbale e l'essere con loro con autenticità. D'altra parte sono stati loro ad indicarmi in maniera esplicita e senza filtri come fare.

Riflettendo, penso che la mia più grande difficoltà sia stata inizialmente stabilire chi essere con loro. Sono l'adulto che rimprovera e condanna, che deve mantenere le distanze guadagnando il rifiuto e la negazione della relazione o sono la giovane educatrice che gioca e scherza ponendomi al loro livello con il risultato di non essere ascoltata e presa sul serio? Quale relazione privilegiare? In quale relazione leggere i contenuti?

Entrambe non funzionavano. Entrambe hanno iniziato a funzionare quando la relazione non era determinata da un ruolo da ricoprire, ma dall'essere me stessa, autentica. Solo così credo di essere entrata davvero un po' dentro ai ragazzi. Potevo permettermi di giocare e fare l'adolescente e tornare subito dopo a fare l'adulto a seconda di quanto richiesto dalla situazione con rispetto da parte loro. Una volta chiaro per me il livello di relazione anche loro si sono fidati e i contenuti si sono potuti liberare. La confusione a livello di relazione portava fra noi inevitabilmente ad un'incomprensione dei contenuti trasmessi.

Emozioni e terapia

All'interno del paradigma teorico della seconda cibernetica, le emozioni assumono il ruolo di indicatori della relazione. In questa direzione, tutte le emozioni positive e negative non sono considerate utili o ostacolanti la terapia; sono piuttosto segnali per il terapeuta da cogliere e utilizzare come indicatori per sintonizzarsi meglio con la famiglia (Fruggeri, 1992). Le emozioni, quindi, da oggetto di osservazione diventano strumento per monitorare l'andamento del processo terapeutico.

Inoltre, come sottolinea Onnis (1996) le emozioni – conoscenza, come vengono da lui chiamate, possono diventare una risorsa trasformativa nella relazione. Il terapeuta con i suoi vissuti entrando in risonanza con le storie di vita delle famiglie e con le emozioni ad esse connesse crea ponti comunicativi che sono in grado di apportare differenze. Le emozioni permettono di creare nuove conoscenze che a loro volta producono nuove emozioni e possibili cambiamenti.

In linea con questo pensiero, Bertrando nell'articolo "*I processi di cambiamento in terapia sistemica*" (2012) parte dalla premessa che le emozioni siano processi interpersonali, quindi, non considerabili come oggetti che occupano uno spazio nelle relazioni, ma piuttosto come modi di stare in esse. Ritiene che possano essere lette come scambi emotivi all'interno del sistema terapeutico influenzate (e a loro volta influenti) in modo determinante dal contesto e dal sistema in cui si trovano. In questa direzione, il cambiamento terapeutico si verificherebbe con il cambiamento del tono emotivo, ossia del vissuto relazionale frutto del processo fra terapeuta e interlocutore.

Il terapeuta e le sue emozioni

Stare in ascolto di sé e delle proprie emozioni nella relazione con il mare e la montagna: questo è l'intento con cui ho affrontato le esperienze di residenziale della nostra scuola ed è l'insegnamento più significativo che da esse ho tratto per vivere il contesto terapeutico e la vita di tutti i giorni.

Abbigliamento comodo, scarponi da trekking, occhiali da sole, borraccia... e si parte.

Nell'animo tanta serenità, entusiasmo, energia e nello stesso tempo titubanza, incertezza e paura di non essere abbastanza pronta per un'esperienza poco conosciuta. Avrò tutta l'attrezzatura che mi serve? Avrò gli strumenti per affrontare un imprevisto? E se pioverà? E se mi verranno le vesciche ai piedi? E se mi sono vestita troppo pesante? Se invece tirerà vento?

In una nuova avventura l'incognita c'è sempre per cui non resta altro che andare tenendo presente l'obiettivo e i segnali che la montagna invia lasciandosi guidare dalla pancia e dal nostro sentire.

I primi passi sono felici, siamo tutti felici. Chiacchieriamo tra noi, scherziamo, ci facciamo delle battute sull'abbigliamento un po' buffo con il quale non siamo abituati a vederci.

Attorno a noi il paesaggio è dolce, ancora verde, le mucche pascolano e la temperatura è tiepida.

Poco dopo la salita comincia ad essere più ripida. Concentriamo lo sguardo sui piedi. Guardiamo il percorso da seguire. La fatica inizia a farsi sentire. L'affanno impedisce di parlare come stavamo facendo fin ora. Le emozioni in noi cambiano: sono più negative. Provo qualcosa vicino allo sconforto.

Continuo e ogni tanto mi fermo per condividere con qualche compagno le

sensazioni di ciò che stiamo vivendo. In questo modo la salita pesa meno e una parola diversa può essere d'aiuto per andare avanti.

Queste sensazioni servono per modificare il modo di procedere. Posso prendermi il tempo di cui ho bisogno e seguire il mio ritmo. Fermarmi e guardarmi attorno per appagare lo sguardo e capire se la direzione è quella giusta. In questo modo lo stato d'animo si rasserena. La montagna ci aiuta e ci propone lo spettacolo delle marmotte che corrono da una tana all'altra, gli stambecchi che si mimetizzano con la terra stando immobili e al primo nostro movimento iniziano una corsa veloce.

Il paesaggio è cambiato. È molto roccioso, sempre più impervio. Ci sono ancora dei punti in cui la neve ghiacciata non riesce a ricevere il sole e a sciogliersi. C'è vento. Le punte delle montagne sono imponenti, forti. In confronto mi sento piccola piccola e incapace di superarle.

Continuiamo la nostra salita. Il gruppo piano subisce dei cambiamenti di forma. C'è chi procede imperterrito senza sosta, chi si ferma e osserva attorno, chi rimane indietro concentrato sulle proprie paure e fatica ad affrontarle. Ognuno ha i suoi tempi. Ascolto il respiro. Esso ci dà il tempo da seguire nella nostra camminata e la concentrazione giusta per perseguire il nostro obiettivo.

Osservando bene quelle montagne, noto delle zone frastagliate che creano delle piccole insenature. Forse anche la montagna ha delle sensazioni verso quegli esploratori che si avvicinano a lei. Apre delle possibilità, dei varchi e si fida dell'esploratore che con rispetto e senza snaturare la sua identità con il suo passaggio consapevole o meno creerà dei movimenti, farà scivolare un sasso, pesterà un fiore.

La sensazione di vedere oltre quelle montagne ripaga della fatica fatta fin lì. Ora è come se si fosse creato un legame forte, viscerale, di profondo rispetto. Con la montagna la conoscenza deve avvenire con prudenza e facendo dei piccoli passi sempre sicuri. Il rischio molto elevato è, infatti, quello di fare una scivolata, di cadere o prendere una storta spostando un piede con poca cautela e rendere così complicato continuare il percorso.

Una volta oltrepassate le vette ho sentito di essere entrata in confidenza con le montagne e ho sentito di potermi permettere passi più distesi e veloci, in discesa. Nell'animo la sensazione di libertà, di stare bene. Non ho dimenticato però di stare attenta ai segnali che la montagna invia. In un attimo un temporale, subito dopo il sole. Questi messaggi di ritorno ci servono per rimetterci in relazione con essa.

Condivido con Bianciardi (2008) il concetto di "sentire" emotivo. Le singole emozioni possono essere indicative, ma è ancora più importante nella relazione con l'altro interrogarsi sulle emozioni processuali nel loro evolversi in continuità con l'evolvere della terapia. Il terapeuta ha il compito di ascoltare se emotivamente le cose si muovono o meno e ha la responsabilità di esplicitare ciò che sente. Le emozioni, come abbiamo già più volte detto, infatti, vivono nella relazione, si sentono oltre la parola e i loro effetti sono percepiti dagli interlocutori. Il terapeuta prima ancora di chiedere dell'altro e delle sue emozioni deve chiedersi di sé e di quelle emozioni che prova nel processo terapeutico.

Scrive Bianciardi:

«come posso vedere altri aspetti della relazione, assumere un altro punto di

vista, allargare il campo di osservazione, vedere queste persone come figli sofferenti invece che come genitori dannosi, leggere la faccenda in modo differente, irriverente, inatteso e poter così veder potenzialità e risorse?

Se riconosco che questo marito violento mi fa arrabbiare, forse potrò poi provare a vederlo come un fragile innamorato che ha paura di perdere la sua amata, ma sa solo reagire in modo violento, oppure come un bambino impaurito che è cresciuto nel terrore di suo padre.

E se ritrovo in me la paura di essere impotente di fronte a un sintomo anoressico cronico, non potrei forse iniziare a vedere la simpatica golosona che si nasconde dietro quel viso scheletrico?

O, ancora, quando ho paura della follia, non posso riconoscerlo umilmente e provare a divertirmi delirando un po' anche io?

Perché se l'altra faccia della medaglia non la vedo io, se le potenzialità e le risorse non le immaginiamo noi, se un'altra storia non iniziamo noi a proporla e inventarla, come possiamo aspettarci che lo facciano gli altri?» (2008, p. 8).

Conclusioni

Mi piace concludere ripercorrendo con un esercizio meditativo, come spesso siamo soliti fare nel nostro gruppo di formazione, immagini, sensazioni e pensieri che hanno accompagnato i momenti di vita che ho narrato.

Assumo una posizione comoda. Prendo consapevolezza di come sto seduta. Chiudo gli occhi. Mi concentro unicamente sul respiro. Visualizzo l'aria che entra, riempie i polmoni ed esce. Sto attenta ai movimenti addominali. Sento la pancia che si alza e si abbassa. Anche il petto si alza

quando inspiro e si abbassa quando espiro. Lascio scivolare via i pensieri e le tensioni accumulate.

Quando sono pronta e rilassata faccio un viaggio nel passato aiutandomi con le immagini come fossero fotografie.

Sto raccontando la storia legata al mio nome. Nella mia mente si susseguono tanti colori, profumi, rumori legati alla mia infanzia e all'adolescenza. Rivivo le sensazioni legate a quei momenti. Ascolto in che parte del corpo le sento localizzate. Immagino i miei genitori intenti nella scelta del nome da darmi. Percepisco dolcezza. Vedo i compagni di classe attribuirmi fastidiosi nomignoli e deridermi con soprannomi buffi. Sento il nodo alla gola e una stretta allo stomaco.

Abbandono quella fotografia e avanzo nel tempo.

Eccomi al lavoro impegnata in scontri e incontri con i miei ragazzi. Rivivo la rabbia, la frustrazione ma anche la soddisfazione e la felicità ricompensa di costante sforzo. Il mio corpo si rilassa: le spalle poggiano morbide sulle mie braccia. Sento i piedi a contatto con il suolo. Avverto sollievo nel cuore.

La montagna di fronte a me. Vedo le vette elevate, ripide, massicce ergersi in cielo. Sono imponenti ma belle. Sento inquietudine ed incertezza ma anche curiosità e meraviglia. Nel mio stomaco l'ansia lascia il posto all'entusiasmo e all'energia.

In alcune circostanze queste sensazioni mi generano commozione.

Lascio sedimentare queste immagini e tante altre e le emozioni ad esse legate. Le porto con me tutte: quelle più belle e serene così come quelle più faticose, certa che entrambe serviranno nel percorso di crescita che sto affrontando.

Piano piano dal corpo l'attenzione ritorna

alla realtà e quando sono pronta riapro gli occhi...

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H. (1998). Il cliente è l'esperto: il "non sapere" come approccio terapeutico, in McNamee, S., Kenneth, G. *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli
- Bertrando, P. (2012). I processi di cambiamento in terapia sistemica. *Riflessioni sistemiche*, 6, 154-165.
- Bianciardi, M. (2008). Le emozioni del terapeuta, Relazione tenuta al convegno internazionale "Emozioni e sistemi. Terapia sistemica, relazioni emotive". 10/11 ottobre. Torino.
- Boscolo, L., Bertrando, P., Fiocco, P.M., Palvarini, R.M., Pereira, J. (1991). Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia. *Terapia Familiare*, 37, 41-53.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1997). Terapia Sistemica e Linguaggio. Dall'interesse per l'organizzazione del sistema alla centralità del linguaggio. *Connessioni*, 1, 13-25.
- Epston, D., White, M., Murray, K. (1998). La terapia come ri-scrittura della propria storia, in McNamee, S., Kenneth, G. *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli
- Fruggeri, L. (1992). Le emozioni del terapeuta. *Psicobiettivo*, 3, pag. 23-34.
- Hoffman, L. (1998). Un'ottica riflessiva per la terapia familiare, in McNamee, S., Kenneth, G. *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli
- Onnis, L. (1996). Emozioni e relazione terapeutica. Una prospettiva di complessità. In Andolfi, M.A., De Nichelo, M. (a cura di). *Sentimenti e sistemi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

Cambiamenti in psicoterapia: una riflessione sistemica integrata dal “now moment” al follow up

Giulia Catelli¹³

Sommario

L'autrice presenta un'esperienza di follow up su una psicoterapia sistemica individuale realizzata tramite la compilazione di un'intervista da parte della paziente e della terapeuta, separatamente, a distanza di sei mesi dall'interruzione del percorso. Coinvolgere sia paziente che terapeuta nell'intervista, in accordo con una prospettiva di cibernetica di secondo ordine (Maturana e Varela, 1980) che vede entrambi parte del sistema terapeutico e considera il cambiamento co-costruito, consente di rilevare la complessità di punti di vista rispetto al processo terapeutico e ai cambiamenti percepiti. Le diverse narrazioni sono confrontate e rilette alla luce di riflessioni sistemiche integrate sul cambiamento terapeutico. Il lavoro riflette sul follow up e sull'utilizzo di questo strumento secondo l'epistemologia sistemica: in un'ottica di seconda cibernetica non è un momento di valutazione della terapia conclusa, ma un'opportunità per paziente e terapeuta di distanziamento e riflessività rispetto al processo terapeutico, per ricavare nuovi significati.

Parole Chiave

Cambiamento; now moment; valutazione; follow up; seconda cibernetica

Abstract

The author presents a follow up project on an individual systemic psychotherapy realized by using an interview compiled separately by the patient and the therapist six months after the end of the therapy. The involvement of both patient and therapist in the interview, according with a second order cybernetics perspective (Maturana e Varela, 1980) that considers them part of the same therapeutic system and change as co-built, allows us to observe the complexity of points of view about the therapeutic process and perceived change.

Different narrations are compared and reinterpreted in the light of systemic integrated reflections on the therapeutic change.

The work reflects about follow up and its use based on the systemic epistemology: following second order cybernetics it's not an evaluation process about the ended therapy but an opportunity for both, patient and therapist, of distance and reflexivity about the therapeutic process to achieve new significations.

Key Words

Change; now moment; assessment; follow up; second order cybernetics

¹³Giulia Catelli, allieva 4° anno Idipsi, E-mail: giulia.catelli@gmail.it

1 Cambiamenti in psicoterapia

Cambiamento è una delle parole più citate nella letteratura internazionale sulla psicoterapia. Nonostante questo, non è possibile individuare un pensiero comune su che cosa sia effettivamente il cambiamento terapeutico. Indagando scopriamo, piuttosto, una molteplicità di teorie del cambiamento (Bertrando, 2012; Bertrando e Toffanetti, 2000). Partendo da questa premessa, il presente lavoro riflette sui cambiamenti terapeutici attraverso una pluralità di punti di vista, presenti in letteratura e nella stanza di terapia, secondo una chiave di lettura sistemica integrata.

Una domanda che, generalizzando, sembra accomunare i diversi approcci psicoterapeutici, compreso quello sistemico, è la seguente: per considerare una terapia riuscita dobbiamo utilizzare come parametro la scomparsa del sintomo? Nonostante il modello sistemico adotti un approccio deopatologizzante, cercando da sempre di affrancarsi dalla visione per la quale il problema è il sintomo, per il paziente la presenza del sintomo è spesso pervasiva o addirittura invalidante, tanto da richiedere in primis la sua eliminazione. Dal punto di vista del paziente, quindi, la remissione del sintomo è un importante parametro di valutazione del proprio percorso. Ma la valutazione, allora, è del terapeuta o del paziente? O ancora: a chi serve? In un'ottica di cibernetica di secondo ordine la risposta a queste domande risulta irrilevante, essendo la premessa sottesa a tali interrogativi riferibile alla cibernetica di primo ordine. Von Foester (1987), infatti, introducendo il ruolo dell'osservatore come parte del sistema terapeutico e descrivendo come ogni narrazione racchiuda colui che la descrive, ha introdotto riflessioni sull'osservazione

e sui sistemi che stanno in osservazione. Ferrari, Ferrari e Riccò (2012) dicono che l'efficacia di un percorso psicoterapeutico dipenda dalle premesse del terapeuta. In terapia significa un'apertura alla riflessione sulle premesse, sul processo, sulla relazione in ottica dialogica.

In particolare, dice Johnson (1995), *riflessività* è l'abilità umana di pensarsi e riferirsi a noi stessi come se fossimo qualcun altro. Esistono, secondo Daniel (2012) quattro livelli di riflessività. L'*autoriflessività* è la riflessione del terapeuta sulla seduta, sul paziente e sulle emozioni, costruendo associazioni tra la vita del paziente e la propria esperienza, per interrogarsi sul proprio atteggiamento. La *riflessività relazionale* riguarda i processi attraverso i quali terapeuta e paziente coordinano in modo esplicito il loro modo di relazionarsi, per creare un potenziale terapeutico: importante è la possibilità fornita dal terapeuta al paziente di riflettere sull'atteggiamento del terapeuta stesso, per riadattare e rimodulare in modo creativo la terapia. La *riflessività culturale* è l'osservazione della propria cultura di appartenenza attraverso gli occhi degli altri, ammettendo la possibilità di pregiudizi. Infine, la *riflessività contestuale* è il riconoscimento degli effetti sul paziente dei contesti istituzionali in cui si opera. Essendo il sistema osservante l'oggetto di riflessione, la valutazione diventa una valutazione di processo, quindi stabilire a chi giovi è un falso problema: la valutazione diventa parte integrante del processo terapeutico.

Il processo terapeutico si punteggia arbitrariamente come il tempo intercorso tra la prima e l'ultima seduta, ma nell'ottica Batesoniana (1972) di *Mente la mente* individuale è immanente, non solo nel corpo ma anche in canali e messaggi esterni al

corpo, e vi è una più vasta Mente di cui la mente individuale è solo un sottosistema, ancora immanente nel sistema sociale totale interconnesso e nell'economia planetaria. Si tratta, pertanto, di un processo di cui non è possibile stabilire l'inizio né la fine, perché si realizza nel tempo dell'individuo, del paziente e del terapeuta, nelle relazioni passate e future. In questo modo, il processo terapeutico diventa un focus sul presente di una relazione costruita dai partecipanti, portatore del vissuto relazionale di ognuno e, in potenza, delle relazioni future. Una nuova visione della variabile temporale, dice Telfener (1987), è possibile grazie alle riflessioni di seconda cibernetica, dove viene meno la sequenzialità causale lineare tra passato, presente e futuro: in tal modo diventa possibile nel presente un nuovo passato che apra a futuri possibili. In quest'ottica, la valutazione non si configura come un momento finito nel tempo e nello spazio ma è in costante costruzione e co-evoluzione all'interno dell'intero processo terapeutico, si può anche punteggiare con il tempo e con lo spazio avendo la consapevolezza che è "la mappa e non il territorio" (Korzybski cit. in Bateson, 1976, p.489). Soprattutto, la valutazione non è qualcosa di oggettivo, dal momento che chi valuta partecipa alla costruzione del processo (Ferrari et al., 2012). Maturana e Varela (1980), dice Telfener (1987), affermavano che tutto ciò che è detto è detto da un osservatore, che nel suo discorso parla ad un altro osservatore, che potrebbe essere lui stesso. Anche nel caso di una rigorosa valutazione dal punto di vista scientifico, effettuata da una terza persona, con il metodo del doppio cieco, quindi, l'osservatore è comunque guidato dalle sue premesse nella somministrazione e lettura

dei dati.

Nella pratica clinica la valutazione dell'efficacia del processo terapeutico viene effettuata nella maggioranza dei casi, trasversalmente rispetto ai diversi approcci, attraverso lo strumento del follow up: una serie di azioni di controllo sugli esiti di un intervento svolte in seguito ad esso. Diversamente, secondo l'epistemologia presentata, consideriamo la valutazione del processo non come momento conclusivo della terapia bensì come riflessione continua sulla relazione terapeutica in corso, in quanto essa stessa processo, o metaprocesso. Il follow up, in questa prospettiva, può rappresentare il momento eletto per l'osservazione, da parte di tutti i partecipanti alla terapia, della riflessività e di come si è declinata nel corso del processo terapeutico. Se, infatti, un certo grado di riflessività è sempre presente nel contesto terapeutico, non sempre il terapeuta ne è consapevole, ed un aumento della consapevolezza favorisce un incremento della riflessività con il paziente, tale da creare un contesto di co-costruzione, dove la conoscenza nasce dalla relazione (Ferrari et al., 2012).

Colangelo (2013) in un'ottica costruzionista definisce il follow up un vero e proprio intervento. Un'opportunità unica per acquisire una visione globale ed inedita dell'intero processo terapeutico, per il paziente, tanto immerso nella sua esperienza da non percepirla più nella sua specificità e per il terapeuta, in quanto parte del sistema terapeutico co-costruito. Premettendo che lo psicoterapeuta consapevole della propria posizione attinge occasioni di distanziamento e riflessività dalle specificità del setting sistemico, come lo specchio unidirezionale e la coterapia, e

dalle supervisioni, il follow up è qui proposto come occasione di spiccare un salto, che grazie all'assenza e alla distanza permetta di apprezzare le caratteristiche delle esperienze vissute.

2 Rilevare i cambiamenti: un'intervista di follow up

All'interno della cornice epistemologica e metodologica introdotta, viene presentata un'esperienza di follow up su una psicoterapia sistemica individuale, condotta intervistando terapeuta e paziente separatamente a distanza di circa sei mesi dall'interruzione del percorso. Il follow up non è proposto come momento di valutazione della terapia conclusa ma come un'opportunità di distanziamento e riflessività per paziente e terapeuta rispetto al processo terapeutico, posizione dalla quale ricavare nuovi significati (Daniel, 2012; Colangelo, 2013). La scelta della compilazione dell'intervista da parte della paziente e della terapeuta è coerente con l'idea sistemico-costruzionista di cambiamento come processo di co-costruzione partecipato da entrambe, per questo motivo si è deciso di dar voce alla rappresentazione di ambedue le protagoniste. Dal momento che la finalità della terapia è un cambiamento al di fuori del sistema terapeutico, la compilazione dell'intervista da parte di terapeuta e paziente separatamente salvaguarda la possibilità di rilevare come, una volta conclusa, viene rielaborata e ricostruita e quali esiti le attribuiscono le protagoniste indipendentemente l'una dall'altra (Colangelo, 2013). Obiettivo del contributo è di confrontare le narrazioni di paziente e terapeuta rispetto ai cambiamenti terapeutici percepiti, alla luce delle riflessioni sistemiche integrate presentate nella prima parte del lavoro, per valutare gli esiti dal

punto di vista dei protagonisti, e rispetto al vissuto del processo terapeutico, perché anche il terapeuta possa vedersi in azione attraverso lo sguardo della paziente.

La procedura prescelta, come anticipato, è stata la somministrazione di un'intervista sia alla paziente che alla terapeuta, separatamente. Le aree esplorate sono cinque: aspettative, cambiamento, relazione terapeutica, conclusione, follow up; le domande sono aperte e poco specifiche, per favorire l'emersione di una risposta spontanea.

La paziente è stata contattata telefonicamente dalla terapeuta, che ha spiegato gli obiettivi del follow up e ha chiesto la disponibilità a parteciparvi. Durante la telefonata è stato evidenziato il ribaltamento di *positioning* rispetto alla psicoterapia, dalla ricerca di aiuto da parte del paziente alla sua offerta di un prezioso contributo conoscitivo, da esperta, per il miglioramento delle metodologie terapeutiche (Colangelo, 2013). Per limitare al minimo la possibilità di influenzare la narrazione della paziente si è scelto di proporle l'intervista e la sua compilazione in forma scritta, sulla base dell'inclinazione spontanea a produrre e condividere contributi scritti con la terapeuta, inviata contestualmente alla telefonata tramite e-mail. Questa scelta evidenzia, inoltre, la discontinuità dal contesto terapeutico ed enfatizza il ruolo attivo ed esclusivo dell'ex paziente come autrice della sua storia, chiamata a risignificarla autonomamente; in questo modo, l'esperienza terapeutica è incorniciata come passata ed è sottolineata la competenza autobiografica della paziente, osservatrice della sua stessa storia (Colangelo, 2013).

2.1 Il caso di Carla

Incontro per la prima volta Carla, classe 1978, nell'aprile 2015. Il contesto è un poliambulatorio privato in provincia di Parma, dove la paziente richiede un appuntamento con la psicologa. L'evento scatenante la richiesta sono recenti attacchi di panico di forte entità, di fronte ai quali il medico curante ha risposto prescrivendo uno psicofarmaco, accompagnato dalla frase: "In famiglia non puoi crollare proprio tu". Carla non ha mai preso il farmaco, decidendo in quell'occasione di intraprendere un percorso psicoterapeutico. La paziente si presenta descrivendo un recente esordio di attacchi di panico, paralizzanti, con frequenza settimanale, accompagnati da una forte paura di morte e ritiro sociale. Non si riconosce più, vorrebbe ritornare ad essere la persona solare che è sempre stata.

Il percorso si svolge attraverso colloqui individuali, prima settimanali poi bisettimanali, dall'aprile 2015 fino ad un'interruzione di percorso, non concordata, a fine aprile 2016.

Ho incontrato casualmente Carla ad agosto dello stesso anno, mi ha detto che, a fronte di un periodo di apparente miglioramento di salute del padre malato, quest'ultimo si era aggravato ed era stato dichiarato terminale. Ha pianto e ci siamo abbracciate. Il 25 agosto mi ha comunicato con un sms la morte del padre Luciano, il punto di partenza della *nostra* riflessione sui cambiamenti in psicoterapia. L'intervista è stata compilata a novembre 2016.

2.1.2 L'intervista: punti di vista a confronto ASPETTATIVE

I. All'inizio del percorso quali aspettative aveva rispetto al percorso di terapia?

Carla: Superare gli attacchi di panico, invalidanti.

Terapeuta: Instaurare una relazione terapeutica significativa, contenitore per rileggere insieme la storia di Carla in una prospettiva sistemica e raggiungere uno stato di maggior benessere psico-fisico.

II. Queste aspettative si sono modificate durante il percorso?

Carla: Si sono modificate. Ho capito che gli attacchi di panico erano la conseguenza di altri problemi.

Terapeuta: Non si sono modificate ma confermate e rafforzate.

III. Le aspettative sono state soddisfatte?

Carla: Sono state soddisfatte. Durante il percorso gli attacchi di panico andavano scemando.

Terapeuta: Posso dire soddisfatte le mie aspettative.

CAMBIAMENTO

I. Se immagina l'inizio e la fine del percorso percepisce un cambiamento?

Carla: Ho notato un cambiamento notevole. Sono tornata ad essere "quella di sempre".

Terapeuta: Ho percepito un cambiamento in Carla e nel mio modo di stare in terapia.

II. Che cosa pensa sia cambiato?

Carla: Penso che sia cambiato il mio modo di vedere le cose.

Terapeuta: Penso che Carla abbia trovato nuovi significati da attribuire alla sua storia e agli eventi critici, e non solo. Una rilettura sistemica le ha permesso maggiore libertà di pensiero e l'azione, il senso di responsabilità e i sensi di colpa hanno smesso di immobilizzarla.

III. Descriverebbe il cambiamento come graduale oppure improvviso?

Carla: Il cambiamento è stato graduale.

Terapeuta: Descriverei un cambiamento

graduale e momenti di svolta improvvisa.

IV. Potrebbe individuare uno o più momenti di svolta rispetto al cambiamento?

Carla: Individuo un momento di svolta dopo la frase magica della terapeuta: "Non puoi avere tutto sotto controllo".

Terapeuta: Individuerei più di un momento di svolta, il primo quando, approfondendo il tema del controllo, Carla si è dimostrata molto colpita dalle considerazioni sul non avere tutto sotto controllo nonostante i dispendiosi sforzi.

V. Il cambiamento si è mantenuto e sente che le è stato utile anche dopo la conclusione del percorso?

Carla: Il cambiamento si è mantenuto anche dopo l'interruzione del percorso.

Terapeuta: Penso che il cambiamento si sia mantenuto anche dopo l'interruzione del percorso.

RELAZIONE TERAPEUTICA

I. Quali sono state le emozioni all'inizio del percorso? Queste emozioni sono state dal suo punto di vista capite e accolte dalla terapeuta?

Carla: Le mie emozioni erano tutte negative: sofferenza, paura, rassegnazione. La mia terapeuta le ha capite e accolte tutte. Addirittura credo ne abbia percepite altre che io non sapevo o non dicevo.

Terapeuta: Le emozioni che ho colto nell'incontro con Carla sono state la paura e l'angoscia di morte, che ho condiviso come punto di partenza del nostro lavoro.

II. La relazione con la terapeuta si è modificata durante il percorso?

Carla: La relazione con la terapeuta si è modificata in positivo: più la vedevo più mi affezionavo a lei. Alla fine la considero terapeuta/amica.

Terapeuta: La relazione si è consolidata

ed è diventata emotivamente più calda e coinvolgente. Si è creato un legame che simbolicamente dura oltre la fine del percorso.

III. Potrebbe descrivere attraverso 3 parole la sua relazione con la terapeuta?

Carla: Sincerità, fiducia, comprensione.

Terapeuta: Fiducia, sicurezza, accoglienza.

CONCLUSIONE

I. Ha riscontrato delle criticità nel percorso effettuato?

Carla: Ho trovato difficoltà nel dover metabolizzare quanto dicevo e quanto mi veniva detto rispetto a certi temi toccati.

Terapeuta: Una difficoltà riscontrata è stata quella da parte della paziente, in alcune fasi del percorso, di rispettare la cadenza concordata delle sedute.

II. La conclusione del percorso è stata condivisa? C'era ancora qualcosa che avrebbe voluto affrontare?

Carla: Non reputo concluso il percorso. È fermo con le quattro frecce solo per una questione economica, di questo momento. Fino ad ora è stato condiviso molto. C'è ancora tanto che affronterò.

Terapeuta: Non avendo condiviso una chiusura mi è difficile definire il percorso concluso. La sensazione è che la relazione terapeutica tenga vivo un percorso, creando un senso di continuità tra l'interruzione ed oggi.

III. Come ha vissuto il momento della conclusione?

Carla: La mia interruzione non l'ho vissuta male perché in vari modi sono ancora in contatto con la mia terapeuta.

Terapeuta: Interrompere senza una condivisione vera e propria, anche se con il preavviso da parte di Carla che per un po' si sarebbe assentata per seguire le cure del

padre in un'altra città, mi ha lasciata con un po' di preoccupazione su come "se la sarebbe potuta cavare".

Dopo la terapia cosa è successo? Ha sentito la necessità di intraprendere altri percorsi?

Carla: Dopo l'interruzione è successo di tutto e di più. Ma non ho sentito la necessità di intraprendere altri percorsi. Devo finire quello che ho in sospeso.

Terapeuta: Dopo la terapia Carla attraverso i suoi sms mi ha rimandato indizi di significativi cambiamenti e la sua capacità di farcela con le proprie forze. Mi ha anche restituito un grande senso di valore attribuito alla nostra relazione, che ho sentito di condividere.

FOLLOW UP

I. Come si è sentita nel compilare questa intervista?

Carla: Avrei voluto scrivere un papiro, visto che esternavo emozioni e ricordi. Ma sapendo che il mio percorso un giorno si aprirà di nuovo sono rilassata a pensare al mio futuro.

Terapeuta: Ho percepito l'intervista come uno spazio di riflessione esclusivo, generativo di nuovi spunti sul percorso con Carla e sulla mia posizione terapeutica. L'aver condiviso l'esperienza mi ha fatto percepire questo spazio funzionale a rinsaldare l'alleanza terapeutica.

Rispetto all'area delle *aspettative* terapeuta e paziente partono da premesse diverse: per la paziente il cambiamento da ottenere è relativo alla scomparsa del sintomo, mentre per la terapeuta un cambiamento di premesse epistemologiche e di sistemi di significato, coerentemente con il pensiero di Bateson (1972). Per la terapeuta la terapia è un contesto di deuterio apprendimento, occasione di modifica della visione del

mondo e della storia in cui si è immersi, in direzione sistemica. Il pregiudizio sistemico rilevabile è che sentire una maggiore appartenenza a sistemi complessi e interpersonali, aumentare la consapevolezza della propria natura sistemica, provochi un aumento di benessere. La terapeuta, inoltre, evidenzia da subito l'importanza della relazione terapeutica, contesto del processo di deuterio apprendimento, dove protagonisti della terapia sono entrambi, paziente e terapeuta in accordo con una prospettiva di cibernetica di secondo ordine (Maturana e Varela, 1980). La paziente, diversamente, pone la propria attenzione al sintomo e quindi a se stessa. È interessante rilevare il cambiamento di aspettative riferito dalla paziente nel procedere della terapia, che sposta in secondo piano il sintomo riportando una modifica delle proprie premesse iniziali, coerentemente con le attese della terapeuta. Significativo sembra anche registrare che, nonostante ciò, la paziente dica soddisfatte le sue aspettative riferendosi nuovamente alla remissione del sintomo. Benché il modello sistemico adottato un approccio deopatologizzante, cercando di affrancarsi dalla visione per la quale il problema è il sintomo, la risposta della paziente sembra riconfermare che la remissione del sintomo, soprattutto quando pervasiva o invalidante, come descritto da Carla, permanga un importante parametro di valutazione del percorso terapeutico.

Analizzando l'area del *cambiamento*, terapeuta e paziente concordano nel percepire un cambiamento durante il percorso, perdurato anche successivamente all'interruzione. Per la terapeuta il cambiamento riguarda anche se stessa, in accordo con una visione di seconda cibernetica (Maturana e Varela,

1980). Entrambe rilevano un cambiamento nel “modo di vedere le cose” da parte di Carla, un cambiamento di premesse epistemologiche secondo la terapeuta, un deuterio apprendimento, utilizzando la definizione di Bateson (1972). La terapeuta, in aggiunta, sottolinea il cambiamento in direzione di un’ aumentata consapevolezza sistemica da parte della paziente. Terapeuta e paziente concordano anche nel riconoscere, accanto ad un cambiamento graduale, dei momenti di svolta improvvisa, emergenti in entrambe le descrizioni dalla relazione e caratterizzati da un’ elevata carica emotiva, sentita, partecipata ed espressa da entrambe le protagoniste: spesso in questi istanti la paziente ha pianto o si è arrabbiata, la terapeuta si è commossa. Una tale visione di cambiamento, che accade nell’ interazione terapeuta-paziente, è coerente con l’ idea sistemico-costruzionista di cambiamento come processo di co-costruzione; richiama, inoltre, la definizione di *now moment* di Stern (1998), che afferma sia che momenti di potenziale cambiamento si configurino come proprietà emergenti di un sistema dinamico complesso sia che emergano durante una seduta di terapia in maniera imprevedibile, in accordo con la rilevazione di momenti di svolta improvvisa da parte di terapeuta e paziente. Stern continua descrivendo questi momenti, quando colti sia dal paziente sia dal terapeuta, come momenti specifici di incontro, dai quali la conoscenza implicita di ciascun partner risulterebbe modificata, creando un nuovo contesto intersoggettivo, e la relazione cambiata. La gravidanza emotiva dei momenti di svolta rilevata dalla terapeuta concorda inoltre con l’ importanza attribuita al tono emotivo della relazione terapeutica dallo stesso Stern ma anche da Bertrando (2012), il primo parlando di

cambiamento della “conoscenza relazionale implicita” del paziente, il secondo di cambiamento come raggiungimento di una diversa comprensione emotiva della propria posizione nel sistema. Per entrambi gli autori non una “cognitivizzazione” delle emozioni, ma una diretta sperimentazione, da parte di terapeuta e paziente, in accordo con l’ idea di cambiamento su base esperienziale di Bateson (1972). In quest’ ottica, abbiamo visto che il *now moment* potrebbe essere letto come un momento di deuterio apprendimento attraverso la relazione terapeutica.

Nell’ area delle *emozioni* Carla e la terapeuta risultano sin da subito sintonizzate nel riconoscimento dell’ emozione iniziale della paura, concordando sulla comprensione e sull’ accoglimento da parte della terapeuta. Nel vissuto di entrambe la relazione terapeutica è diventata maggiormente significativa con il passare del tempo ed è descritta utilizzando termini che rimandano ad un contesto positivo, condividendo l’ idea di “fiducia”.

Rispetto all’ area della *conclusione* terapeuta e paziente concordano nel non definire il percorso propriamente concluso, piuttosto interrotto. Da una parte perché una conclusione non è stata concordata, dall’ altra perché entrambe percepiscono una connessione emotiva proseguire e mantenersi anche successivamente all’ ultima seduta. Per la paziente la “certezza” di riprendere il percorso garantisce un senso di sicurezza rispetto allo stato di benessere attuale, per la terapeuta forse quest’ idea basta a se stessa. La relazione sembra costituire per Carla una base sicura (Bowlby, 1969), nella quale trovare accudimento e fiducia, sentendosi libera di allontanarsi per sperimentare i nuovi apprendimenti

(Bateson, 1972) e farvi ritorno al bisogno. Rispetto all'area del *follow up* terapeuta e paziente ritengono utile un'occasione di riflessione sul processo terapeutico, in continuità con la terapia; entrambe, inoltre, evidenziano nelle loro risposte l'introduzione di nuovi spunti: la terapeuta parla di nuove ipotesi sul percorso e sulla propria posizione terapeutica, Carla rimanda ad una riapertura del percorso. D'altra parte, già Colangelo (2013) sottolineava che il *follow up* costituisce una situazione cui i pazienti danno significato anche in relazione ai vissuti caratterizzanti la conclusione della psicoterapia su cui si riflette, nel nostro caso definita da Carla un'"interruzione".

3. Conclusioni

L'esperienza di *follow up* condotta ha stimolato riflessioni sul processo terapeutico preso in esame da parte della terapeuta e della paziente generando, inoltre, nuovi significati utili alla terapia. Le narrazioni dei protagonisti ed il confronto hanno permesso alla terapeuta di osservarsi, mettendo in luce le proprie teorie di riferimento, premesse e pregiudizi. Il confronto ha permesso anche una rilettura dei cambiamenti percepiti secondo la prospettiva sistemica, in particolare nell'ottica della teoria dell'apprendimento di Bateson (1972) e della seconda cibernetica (Maturana e Varela, 1980).

Riguardo alla metodologia utilizzata, l'intervista scritta proposta separatamente a terapeuta e paziente, se da un lato ha promosso una narrazione più indipendente e libera, dall'altro ha limitato la possibilità di attingere al repertorio di immagini condivise, *reframing* metafore co-costruite che hanno caratterizzato il percorso. Alla luce di questa considerazione, potrebbe essere

interessante programmare un incontro di restituzione successivo alla compilazione dell'intervista, che possa configurarsi come un momento di ri-scrittura condivisa di una storia che, in modo maggiormente chiaro e incisivo, possa entrare a far parte della memoria autobiografica dei partecipanti e aumentarne la consapevolezza.

Il lavoro presentato ha stimolato anche ulteriori riflessioni che, in una visione più ampia, riguardano il *follow up* e l'utilizzo nel contesto clinico, alla luce dell'epistemologia sistemica.

In una prospettiva di seconda cibernetica (Maturana e Varela, 1980), dove per il terapeuta non è più sufficiente interrogarsi sulla validità o meno delle sue teorie e sulla efficacia o meno dei suoi strumenti, perché validità ed efficacia non trovano più riscontri esterni alla co-costruzione della relazione tra terapeuta e paziente, ed il fulcro dell'interesse è proprio l'osservatore stesso con i suoi pregiudizi, teorie e sensibilità, è importante per lo psicoterapeuta disporre di occasioni e strumenti di distanziamento e riflessività. Per questo motivo, il *follow up* è qui proposto non come strumento di valutazione della terapia conclusa, bensì come momento di distanziamento e riflessività rispetto al processo terapeutico per ricavare nuovi significati, accanto agli strumenti specifici del setting sistemico, lo specchio unidirezionale, la coterapia, le supervisioni. Un'occasione per una visione a distanza, d'insieme ed inedita, del processo terapeutico nella sua interezza, utile al paziente, immerso nella sua esperienza al punto da non percepirla più in quanto tale e al terapeuta, parte del sistema terapeutico co-costruito per osservarsi.

In quest'ottica, il *follow up* si configura come un intervento particolarmente utile all'interno

del processo terapeutico, in continuità con la terapia ma allo stesso tempo capace di introdurre significati nuovi, in grado prima di tutto stimolare una riflessione nel conduttore rispetto alle sue mappe-guida. Proprio per questa utilità “interna” alla stanza di terapia, si potrebbero ipotizzare momenti eletti di distanziamento e riflessività in itinere, nel corso dello svolgimento del processo terapeutico, attraverso l'utilizzo di una griglia analoga a quella proposta per il follow up, in questo caso con la funzione di monitoraggio. I nuovi significati emersi potrebbero, in questo caso, essere immediatamente fruiti nel proseguire della terapia.

Il follow up, inoltre, si rivela utile anche al di fuori della stanza di terapia, per dimostrare l'efficacia di un percorso ad un interlocutore “esterno”, quando richiesto in specifici contesti d'intervento.

Bibliografia

- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. San Francisco: Chandler Publishing Company. (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976).
- Bertrando, P. (2012). I processi di cambiamento in terapia sistemica. *Riflessioni Sistemiche*, 6, 154-165.
- Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2000). *Storia della Terapia Familiare. Le Persone, le Idee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. I. Attachment*. London: Hogarth Press. (tr. it. *Attaccamento e perdita. I. L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino, 1972).
- Colangelo, L. (2013). I pesci e la loro acqua: come pazienti e terapeuta sperimentano il cambiamento attraverso un'esperienza di follow up. *Terapia Familiare*, 103, 9-31.
- Daniel, G. (2012). Riflessività e diversità culturale. Power Point presentato all'interno del ciclo di conferenze “Comunicazione e famiglia in ambito clinico”, Parma.
- Ferrari, D., Ferrari, R., & Riccò, M. A. (2012). Osservare i processi della terapia familiare: un'esperienza di follow up, *Cambiamenti*. 3,

89-103.

Johnson, A.G. (1995). *The Blackwell Dictionary of Sociology: A User's Guide to Sociological Language*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.

Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. Boston: D. Reidel Publishing. (tr. it. *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio Editori, Venezia, 1985).

Stern, D., & Boston Change Process Study Group (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300-308.

Telfener, U. (1987). “Heinz Von Foester. Costruttivismo e psicoterapia”. In: H. Von Foester, *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.

Von Foester, H. (1987). *Sistemi che Osservano*. Roma: Astrolabio.

“Elogio alla bellezza” La psicoterapia come esperienza estetica

Silvia Vescovi¹⁴

*“La maggior parte di noi ha perso quel senso di unità della biosfera
e dell’umanità che ci legherebbe e ci rassicurerebbe tutti
con una sensazione di bellezza.*

*Noi in genere non pensiamo che, qualunque siano gli alti e i bassi
all’interno della nostra esperienza limitata, l’insieme è fondamentalmente bello”
G. Bateson (1984, p. 33)*

Sommario

Analizzando la polisemia e versatilità della parola “estetica”, partendo dall’arte e dalla filosofia greca e medievale, passando per Kant fino ad arrivare a Bateson e infine al significato che tale termine assume nel linguaggio comune, notiamo la relativa facilità e naturalezza con cui potremmo trasferirla alla psicoterapia. Essa infatti può essere vista come una vera e propria esperienza estetica, non solo per il paziente ma anche per il terapeuta. Ed ecco che si può parlare di “relazione estetica” tra terapeuta e paziente ma anche di “recupero della bellezza” da parte di chi soffre e inizia a sentire un cambiamento; e quest’ultimo concetto esprime sia una nuova sensibilità alla connessione tra le cose, gli eventi di passato e futuro, le relazioni da parte del paziente, sia un’esperienza di “elementi belli”, quali sono le metafore in senso lato che questi può incontrare o co-costruire con il terapeuta nella stanza di terapia (storie, poesie, fiabe, immagini). A ben vedere, lo stesso percorso di formazione che porta a diventare psicoterapeuti è esso stesso un’esperienza estetica, perché conduce ad incarnare l’etica nel proprio agire, ad essere di necessità sensibili alla bellezza intesa in senso lato. Concludendo con la narrazione sintetica di alcuni esempi tratti da casi clinici, l’autrice ha tentato di approcciare alla psicoterapia con questo sguardo, sottolineandone appunto la “bellezza”.

Parole Chiave

Bellezza, estetica, etica, integrazione, connessioni, metafora

Abstract

If we analyse the polysemy and versatility of the word "aesthetic", moving from the Greek and medieval art and philosophy, through Kant and Bateson and finally to the meaning that this term has in the common language, we note the relative ease and naturalness with which we could transfer it to psychotherapy. Indeed, the word "aesthetic" can serve as a real aesthetic experience that could be perceived not only by the patient but also by the therapist. The first part of this paper deals with the

¹⁴Dott.ssa Silvia Vescovi, allieva 4° anno, e-mail: vescovi.silvia@libero.it

(re)presentation of the "aesthetic relation" between the therapist and his/her patient. The second part describes the "recovery of beauty" that the suffering patient begins to perceive when s/he is feeling a change. The third part offers the opportunity to represent the "recovery of beauty" as a new sensitivity that the patient experiences when connecting past and future events together with his/her relationships or when observing "beautiful elements" such as the metaphors (stories, poems, tales or images) that s/he creates or co-builds with his/her therapist during the therapy session. The training program to become a psychotherapist is itself an aesthetic experience that revolves on a conduct based on ethics and on a sensitivity towards beauty in the broadest sense. Some clinical cases will be presented and looked at from the perspective of the author who believes in the "beauty" of psychotherapy.

Key Words

Beauty, aesthetics, ethics, integration, connections, metaphor



1. Bellezza ed estetica

«Com'è possibile che la bellezza, che ha svolto un ruolo così centrale e così evidente nella storia dell'anima e del suo pensiero, sia assente dalla psicologia moderna? Pensate: ottant'anni di psicologia del profondo senza un pensiero dedicato alla bellezza! Ancor oggi la psicologia tende a disconoscere il primato dell'estetico, riducendolo ad attributo diagnostico: estetismo». (Hillman, 2002, p. 79)

La bellezza non è mai stata qualcosa di assoluto e di oggettivo, ma ciò che è ritenuto bello è sempre stato legato al periodo socio-culturale e al momento storico di riferimento. L'età di Pericle e dell'ascesa di Atene ad esempio ha visto una progressione sempre più definita del bello, dal punto di vista della scultura e della pittura, nonché dal punto di vista architettonico, filosofico e poetico. Si introduce l'idea della "bellezza ideale", come armonia di anima e corpo, bontà e bellezza fisica (l'ideale della *Kalokagathia*), come si può notare nelle poesie di Saffo e nelle sculture di Prassitele (Eco, 2004). Socrate distingue la bellezza ideale, spirituale, atta ad esprimere l'anima, com'è quella espressa dalla scultura, dalla bellezza "utile", che appartiene ad esempio agli oggetti che hanno una funzionalità. Da Platone invece deriverà la distinzione, ripresa da tutto il pensiero neoplatonico, tra bellezza come armonia e proporzione delle parti e bellezza come splendore e in tal senso essa è dotata di statuto autonomo e non è legata ad un oggetto sensibile che possa esprimerla. Grazie alla lezione aristotelica, nel Medioevo la bellezza è armonia, ovvero una concordanza di parti discordanti tra loro che si uniscono, si integrano e vanno a costituire un'unità organica. La musica

polifonica, gli elementi architettonici, pittorici e qualsiasi espressione dell'arte, assumono la loro bellezza dall'armonica concordanza di parti discordanti. Nel XIII secolo Tommaso D'Aquino, memore dell'eredità greca, afferma che perché ci sia bellezza occorre la giusta proporzione e consonanza delle parti, ma anche integrità e splendore, nel senso che l'oggetto bello deve trasmettere una sensazione di chiarezza e vividezza. La proporzione ha inoltre un valore etico, ovvero «l'azione virtuosa attua una giusta proporzione di parole e atti secondo una legge razionale, e perciò si deve parlare anche di Bellezza (o di turpitudine) morale» (Eco, 2004, p. 88).

Dal punto di vista etimologico il termine "estetica" (dal greco "aestesis") non ha a che fare con la bellezza ma con la sensibilità e la percezione. Con il tempo e le trasformazioni operate dal linguaggio comune, la parola ha poi assunto significati differenti.

Per la prima volta il termine compare nel 1735 nelle "Meditazioni filosofiche su alcuni aspetti della poesia" del filosofo tedesco Baumgarten, autore anche nel 1750 dell'opera dal titolo "Estetica" che compie una definizione di estetica come "sorella minore" della logica. L'estetica si occupa sia della "conoscenza sensibile" che della "teoria del bello e delle arti liberali" contrapposta alla logica, il cui oggetto di studio è rappresentato dalla "conoscenza intellettuale" (Giovone, 2008; Franzini e Mazzocut, 2006).

Anche Kant nella sua "Critica della Ragion Pura" illustra bene il senso della conoscenza estetica: una forma di conoscenza che non si basa sulla scienza ma su una sensazione di coerenza e di armonia. E da ciò deriva una sorta di "compiacimento" e di "consapevolezza", anziché di "piacere".

Questa polisemia che nel corso del tempo il termine “estetica” ha assunto nelle discipline filosofiche ed artistiche ben si coniuga con quello che può assumere in psicoterapia.

Per Gregory Bateson l'estetica è la sensibilità alle relazioni, la premessa della nostra possibilità di comprendere il mondo attorno a noi nei suoi cambiamenti e nelle sue persistenze, di poter apprendere le singole analogie, differenze, la totalità e l'insieme degli elementi singoli in quanto sistema in modo razionale, cognitivo ed emotivo. “La bellezza del bosco è il prendere atto sia dei singoli alberi che dell'ecologia totale del bosco in quanto sistema” (Bateson, 1972). «Un simile riconoscimento estetico è ancor più evidente quando parlo con un'altra persona» (ibidem, p. 382). Esiste quindi un'unica struttura, un sistema di relazioni e interdipendenze che accomuna le dinamiche di crescita ed apprendimento e che fa riferimento ad una “unità mentale”, ovvero quel processo interattivo in cui il sistema evolutivo non è più l'organismo in senso stretto ma l'organismo all'interno del suo ambiente. A suo avviso il comprendere passa attraverso un'educazione alla “sensibilità estetica” verso questa unità mentale e al riconoscere la “struttura che connette” gli esseri umani a tutti gli altri esseri viventi. L'“ecologia della mente” diventa così per Bateson un sapere in grado di cogliere tale natura sistemica e di individuare in ogni organismo vivente ciò che mette in relazione tra loro le singole parti di quell'organismo e la struttura che lo connette con gli altri esseri viventi.

“L'abilità che, sulla base dei processi mentali nei quali si fa ricorso all'ecologia delle idee interna come modello analogico, consente di agire senza fare ricorso all'analisi dell'interazione fra tutte le variabili rilevanti in

una certa situazione, può essere considerata un'abilità di tipo artistico” (Madonna, 2002). «Ma se quest'abilità è (...) davvero un'arte, allora è possibile che l'ecologia delle idee interna sia uno stretto sinonimo di quella che potrebbe essere chiamata anche *sensibilità estetica*» (Bateson, 1991, p.390).

2. Estetica e psicoterapia: una bella danza

«La lunga storia della filosofia cristianizzata ha separato l'etica dall'estetica, la giustizia dalla bellezza, così che generalmente non crediamo che si possa essere insieme buoni e belli, morali e attraenti; né che i piaceri dei sensi possano essere una via verso la verità» (Hillman, 2007, p.27).

Molto è stato scritto e scoperto relativamente al rapporto tra psiche e bellezza. Pensiamo alle ricerche sulle persone con tratti somatici gradevoli e caratteristiche “attraenti”, a cui vengono attribuiti quei tratti di personalità considerati socialmente desiderabili e che, in virtù di essi, hanno maggior probabilità di avere successo nella vita e di realizzarsi (Costa e Corazza, 2006).

Secondo la scrittrice e designer giapponese Emiko Katò (2015), per raggiungere l'eleganza dell'anima, tra le regole di base per l'armonia interiore ed esteriore vi è il “guardare le cose belle”.

Dal monaco benedettino Anselm Grun, sappiamo che Dostoevskij si recava almeno una volta all'anno in Italia per vedere la Madonna Sistina di Raffaello, rimanendovi a lungo in contemplazione. La ricerca della bellezza era un suo profondo bisogno, forse la sua terapia personale. Magherini (2010) osserva che per il fruitore della bellezza si possono avere due vie: una “riorganizzazione dell'esperienza in simboli e

rappresentazioni” e questa «capacità di dare forma alla percezione del caos conferisce notevole piacere estetico; oppure, rimanere nel guado della sofferenza e manifestare disturbi come si è potuto constatare in certe forma di risposte estetiche estreme, incisive, esagerate» (ibidem, p. 9-10). È quest’ultimo il caso della cosiddetta “sindrome di Stendhal”. Ma quale può essere il rapporto tra la bellezza e psicoterapia? Chi soffre e sta percorrendo un periodo difficile dell’esistenza, solitamente dimentica la bellezza, trovandosi a condurre la vita come se questa non ne facesse parte. Possiamo qui intendere la bellezza sia come la gioia, il piacere, il benessere, la gratificazione che proviene dal fare, vedere, ammirare, qualcosa che piace, che amiamo o che ci realizza, eco all’origine sanscrita della parola “Bel-El-Za” (“il luogo dove Dio brilla”); ma altresì come sinonimo di “estetica” in senso filosofico e batesoniano ovvero la sensibilità alla connessione tra le cose, alla “struttura che connette”, all’armonia, alla coerenza, assai affine all’originario termine greco *aisthetikos*, “che concerne la sensazione”. Spesso infatti le parole dei pazienti durante le prime interazioni con il terapeuta appartengono ad aree semantiche che rimandano alla confusione, al disordine, alla disarmonia, allo sfacelo (“la mia vita è rovinata”, “sono devastato”, “le mie relazioni sono un disastro”), ma anche alla predominanza di colori scuri (“vedo tutto nero”, “la mia vita è grigia”, “non c’è chiarezza”).

La psicoterapia può essere allora vista come una strada verso il recupero della bellezza perduta, della nuova consapevolezza di chi ritrova dentro di sé il desiderio, il piacere di fare ciò che prima amava (dal godersi *l’hic et nunc*, la compagnia di persone care,

prendersi cura del proprio aspetto e della propria salute, ammirare un’opera d’arte, immergersi nella natura) o semplicemente di ricordare che esiste qualcosa che ama. Non è un caso che per il terapeuta talvolta un indicatore utile per la comprensione dei progressi della terapia, sia l’aumento della cura di sé e delle relazioni con gli altri da parte del paziente, oltre che la ripresa di attività prima trascurate o abbandonate, che gli consentono di sentirsi appagato, sereno, leggero. In armonia con questo aspetto, è naturale che anche il lessico e il linguaggio metaforico del paziente potrà andare a modificarsi.

Pensiamo alla storia denominata “Carla V.: la femminilità ritrovata” raccontata da Boscolo e Bertrando (1996), nella quale la paziente, riuscita a liberarsi dall’angoscia profonda e dai sensi di colpa, oltre che dai sintomi di una patologia psico-somatica, «incominciò a lasciarsi crescere i capelli, ad adottare vestiti molto femminili. Fu straordinario il cambiamento dell’espressione del volto, che divenne più dolce e rilassato. Si liberarono anche calde emozioni materne» (ibidem, p. 213). Allo stesso tempo, la psicoterapia può essere a mio avviso intesa come un’esperienza di bellezza anche in un altro significato: la terapia spesso chiama in causa e permette di esperire elementi “belli”. Tali sono le metafore, le immagini, le esperienze immaginative, le visualizzazioni, le fiabe, i racconti, le poesie che si possono utilizzare in un percorso di psicoterapia, in cui coloro che ci chiedono aiuto possono intravedere senso, coscienza del proprio malessere e ascoltare i propri disagi connotati positivamente o secondo più punti di vista e ad apprendere ad abbandonare schemi interpretativi rigidi e assoluti della realtà.

Ed ecco allora che la terapia può essere un'esperienza "estetica" in quanto la persona che soffre arriva a sentire che il proprio presente è connesso con il proprio passato, che il proprio disagio ha una storia e un senso dentro al proprio sistema, a recuperare la sensibilità alla connessione tra cose, persone e relazioni, a sviluppare consapevolezza e ad essere più presente alle proprie emozioni apprendendo l'ascolto di esse. La sofferenza mentale porta spesso a non percepire il senso, il significato del proprio malessere, a non trovare le intime relazioni tra gli elementi della vita, a percepire confusione, mancanza di senso, incertezza, scissione, separazione, a connotare come "brutta" la propria esistenza. Nelle relazioni le persone in sofferenza percepiscono quella mancanza di armonia, di coerenza, di equilibrio, di connessione, di chiarezza che i classici hanno annoverato tra gli elementi fondanti della "bruttezza". Hillman (2002) concorda con Plotino quando osserva che si incappa nella bruttezza quando "si trapassa in un'altra natura", "quando ci sentiamo contratti, non in armonia e siamo caduti lontano dall'anima". Non a caso «la malattia lascia il segno più forte, proprio perché ci risulta totalmente estranea, il risultato di una *aisthesis* incongrua». (ibidem p. 98-99). È importante altresì sottolineare che molti autori di scuola sistemica hanno messo in luce che la stessa relazione che si instaura tra il terapeuta e il paziente può definirsi "estetica" poiché in essa si sperimenta la sacralità di ciò che è relazione e di ciò che rappresenta la relazione in un qui e ora storico, legato cioè a ciò che si è stati e ciò che in potenza si è (Boscolo e Bertrando, 1993), «condiviso e liberamente esperito» (Ferrari, 2013, p.29). In tale ottica l'essere psicoterapeuti consente di per

sé di assumere oltre che una posizione intrinsecamente etica (Bianciardi e Sanchez, 2012; Telfener, 2012), anche una «posizione estetica che vede nell'incontro con l'altro l'espressione sacra di ogni relazione» (Ferrari, 2013, ibidem). Cecchin (1987) sottolinea sempre l'importanza della "cornice estetica" alla terapia, che consente di mantenere elevato il livello di curiosità, perdendo interesse a trovare le descrizioni più giuste e le spiegazioni migliori dei problemi dei pazienti. «Noi non cerchiamo la descrizione migliore: cerchiamo piuttosto un *pattern* che giustifichi la coesistenza delle descrizioni. E più curiosi siamo circa la possibilità di creare infiniti *patterns*, più piacevolmente estetica diventa la nostra analisi» (ibidem, p. 33). E ancora, sottolinea Cecchin, si può notare che «la curiosità e l'interesse estetico per i *patterns* producono rispetto, proprio come il rispetto genera un senso di curiosità e di piacere estetico» (ibidem). E il rispetto che nasce dall'incontro in terapia definisce a sua volta un legame con l'etica intrinseca all'agire del terapeuta. Madonna (2002), studioso di Bateson, definisce la conoscenza estetica "metaforica" in quanto fondata sulla somiglianza; per Bateson infatti, la metafora comprende tutti i processi di conoscenza che dipendono da asserzioni o ingiunzioni di somiglianza, come l'*omologia*, l'*empatia* e l'*abduzione*; «pertanto tutti i processi "metaforici" relativi alla mente individuale sono fondati sull'uso dell'ecologia delle idee interna come modello analogico, cioè sulla sensibilità estetica» (ibidem, p. 3). Detto ciò, Madonna aggiunge alla conoscenza estetica un'altra riflessione connessa al tempo sostenendo che essa «*si realizza in una dimensione temporale che è data dall'incrocio fra tempo sincronico e tempo diacronico e che di essi rappresenta*

la combinazione» (ibidem, p. 1). Prendiamo l'isomorfismo colto ad esempio nel corso di una seduta riguardo a due aspetti simili nella storia coniugale di un paziente e quella dei rispettivi genitori, appresa in momenti precedenti; esso, colto perché suscitava nel terapeuta sensazioni simili, pur inserito nel presente si fonda anche su ricordi di vicende passate assumendo una prospettiva temporale più ampia, diacronica appunto, che include anche il passato e che si fonda sul confronto fra passato e presente. «Quando si realizza uno dei fenomeni che rientrano nella conoscenza estetica in quanto fondati sull'uso della propria ecologia delle idee interna, siamo in presenza di una sorta di cortocircuito temporale simile a quello che si realizza nel fenomeno del *déjà vu*» (ibidem, p. 5). In quest'ultimo sembra di vedere *nuovamente* nel senso di "ancora una volta"; è il passato che irrompe nel presente. Mentre nel caso della conoscenza estetica si ha la sensazione di vedere *nuovamente* in un senso doppio e complesso: nel senso di conoscere "di nuovo", cioè "ancora una volta" come nel *déjà vu* e nel senso di conoscere "in maniera nuova", cioè "per la prima volta", attraverso sensi fusi insieme, o meglio *combinati*. Essa «rappresenta la combinazione del conoscere qualcosa di nuovo, che si incontra 'per la prima volta' in chiave diacronica, e del riconoscere quel che già era noto, che si incontra 'ancora una volta', in chiave sincronica» (ibidem, p. 5); in altri termini, è la combinazione del conoscere l'altro e del conoscere il sé espressa dal fatto che, nel momento della conoscenza estetica, la propria ecologia delle idee interna diventa luogo di conoscenza dell'altro.

3. Metafore per una psicoterapia

«Lavorare sulle immagini e sull'immaginario diventa sostanzialmente indispensabile in psicoterapia» (Sbattella, 2012, p. 10). Qual è l'immaginario che popola la mente del paziente? Quali film, romanzi, narrazioni, personaggi, metafore di riferimento abitano il suo mondo intimo e guidano le sue relazioni con gli altri? Rispondere a questa domanda è un punto sostanziale della conoscenza di chi viene a chiederci aiuto. Del resto l'immaginazione ha in comune con la percezione della realtà la rappresentazione mentale e il fatto che utilizzino le stesse strutture anatomiche cerebrali. «Se da un lato la realtà è la verifica di una rappresentazione che ha sede nei processi immaginativi della mente, anche la stessa immaginazione ha una sua concretezza corporea e fisiologica» (Ruggieri, 2006). Ho potuto inoltre maturare l'idea che un aspetto fondamentale da sondare nei nostri pazienti durante i primi colloqui sia che cosa amano fare, quali sono le loro passioni, i loro interessi, le loro attitudini, il loro modo per svagarsi oltre al lavoro o allo studio, quello che li fa sentire bene al di là dei doveri e degli obblighi sociali, famigliari, professionali o culturalmente imposti. Le risposte sono utili non solo per capire il livello di socializzazione, le abilità relazionali e i vari sistemi e contesti in cui è inserita la persona, ma soprattutto perché possono divenire utili spunti per costruire immagini, racconti e metafore appropriate e dotate di senso per la persona.

Nel narrare il proprio disagio il paziente utilizza spesso espressioni metaforiche, che sono come una finestra che ci apre sul suo mondo. Per questo il terapeuta deve diventare abbastanza attento e sensibile da vedere le personali metafore del paziente da questo punto di vista.

«Prendiamo per esempio la metafora dell'orchestra: un gruppo di strumenti differenziati, in azione, capaci di generare complesse armonie dialogando anche attraverso imitazioni, riprese, soliloqui, contrasti e contrappunti. L'integrazione dei suoni genera armonie, melodie che hanno a che vedere con risonanze estetiche non riconducibili ad una logica lineare, ma rispondente ad una tessitura complessa di differenze che si rincorrono a partire dai dati sensibili del mondo della natura. Questo è il campo della conoscenza estetica "metaforica" nel senso attribuito a questo termine da Gregory Bateson» (Moroni, Restori, Sbattella, 2012, p. 15).

David Gordon, autore di "Metafore terapeutiche" (1992), esamina la costruzione della metafora come modalità per comunicare e generare cambiamenti. Chi ascolta la metafora cerca di dare un senso e di legare naturalmente la propria condizione a quella presentata e nel cercare di trovare un senso mette in atto una "ricerca transderivazionale", ovvero ripercorre il proprio modello personale del mondo, lo mette in relazione a ciò che sta ascoltando e in questo modo acquisisce «le risorse personali e necessarie per accrescere il modello del mondo di cui ha bisogno per affrontare il problema con il quale è alle prese» (Gordon, 1992, p. 14). Tenendo conto del sistema rappresentazionale del paziente, ovvero dei principali canali per l'elaborazione delle informazioni, e verbalizzandolo nei racconti, il terapeuta può rendere le metafore ancora più pregnanti e più efficaci, perché "isomorfe" (ibidem). Una volta effettuata una valutazione della famiglia, della coppia o della persona, ovvero una volta costruite ipotesi,

la fase successiva consiste nel costruire e inventare personaggi che siano equivalenti, che abbiano caratteristiche affini. Il concetto di isomorfismo, tratto essenziale di qualsiasi metafora efficace, implica che i personaggi e gli eventi più significativi, nonché le relazioni tra essi, siano analoghi, simili a quelli del caso (Casula, 2002).

Successivamente gli eventi significativi del caso devono essere rappresentati da eventi o episodi simili nel racconto e infine occorre impiegare quella che Gordon chiama "strategia di collegamento", ovvero programmare come impiegare la nostra metafora per aiutare la famiglia o l'individuo a raggiungere gli obiettivi prefissati. Ma non si può presentare semplicemente una soluzione preconfezionata. La metafora deve mostrare *come* i personaggi del racconto che rappresentano i soggetti della vita reale hanno compiuto i cambiamenti che hanno permesso loro di superare gli ostacoli (Barker, 2000).

Ampliando la metafora nel senso più ampio, come fanno gli autori sopra citati, per includervi fiabe, aneddoti, immagini, racconti brevi e lunghi, oggetti metaforici, che facilmente potranno essere "belli" da più punti di vista oltre che fondati su di una base estetica in senso lato, essa diviene un potente mezzo di comunicazione anche in psicoterapia, in grado di favorire un cambiamento. Talvolta si potrebbe utilizzare la metafora in terapia come nella poesia, ovvero con lo scopo di trasmettere emozioni o di aiutare la persona a vederle rispecchiate. Nondimeno sono importanti le considerazioni di carattere neurologico, come sapeva bene Milton Erickson. «Quei metodi di terapia che si indirizzano direttamente all'emisfero destro – quali l'impiego di racconti, di altre forme di metafora, di affermazioni inserite

nel contesto e molte tecniche di ipnoterapia – sembrano produrre risultati in modo molto più rapido» (Barker, 2000, p. 27) (cfr. Rosen, 1983). Lo stesso Bateson (1972), d'altra parte afferma che «la pura razionalità finalizzata, senza l'aiuto di fenomeni come l'arte, la religione, il sogno e simili, è di necessità patogena e distruttrice di vita» (ibidem, p. 18). Keeney (1985, p. 202) sottolinea che «questa visione suggerisce la possibilità che la patologia venga perpetuata da terapeuti che operano senza un orientamento estetico. Il terapeuta che si veda come intermediario di potere, o manipolatore unilaterale, lavora con archi parziali di sistemi cibernetici». Da ciò deriverebbe che «la patologia insorge quando i livelli mentali consci e inconsci non sono collegati ricorsivamente come parti di una retroazione correttiva (...). La base estetica per la terapia nasce insomma quando i livelli mentali consci e inconsci forniscono la retroazione autocorrettiva» (ibidem, p. 203-204). Ecco perché conviene «portare l'arte» in senso lato nella stanza di terapia, ammesso che anche la psicoterapia stessa non possa essere definita un'arte se condotta su una base estetica (Cecchin, Barbetta, Toffanetti, 2006), poiché essa si occupa del rapporto ricorsivo tra i livelli consci e inconsci del processo mentale. L'arte è la maniera attraverso cui l'uomo tenta di raggiungere uno stato di grazia e ci avvicinerrebbe ad una dimensione animale perché ha a che vedere con processi privi di finalità che invece caratterizzano la coscienza, la nostra parte raziocinante e calcolante, in altre parole il nostro emisfero sinistro. Per giungere alla bellezza e alla grazia dovremmo infatti, secondo Bateson, fare nostro il concetto di «integrazione» e ciò che deve essere integrato sono le diverse parti della mente, quei molteplici livelli di

cui un estremo è detto «coscienza» e l'altro «inconscio» o processo primario. Il danno è la separazione, la sacralità è l'unione; il sacro è la connessione e in un certo senso potremmo dire che per Bateson sacro e bello coincidono. Gary Snyder, che definisce il poeta «taumaturgo» e «manipolatore di miti», osserva che la poesia può essere «uno strumento, una rete per prendere in trappola, per afferrare e offrire; un taglio affilato; una medicina o il piccolo punteruolo che scioglie i nodi» (Keeney, 1985, p. 211). E questa è una bella metafora anche della psicoterapia «dove i nodi del processo mentale sono incorporati nelle storie che clienti e terapeuti costruiscono. Come la poesia, anche la terapia cerca di scioglierli» (ibidem). Come affermano Epton, White e Murray (1998) «il modo in cui il paziente 'legge' la sua vita, o sotto la guida della sua storia 'dominante' o invece nella chiave della storia 'alternativa' terapeuticamente co-costruita, si potrà rivelare essenziale per farle decidere in che modo vivere la vita che sceglie di vivere» (p. 124). Pertanto, anche la rinarrazione da parte del terapeuta della storia di vita del paziente, «non al posto suo ma per lui» (Cavarero, 1997), può rappresentare per il paziente una via verso la bellezza: sentendosi narrare, da un punto di vista differente da quello che sino ad allora era abituato a fare, può sentire la sua sofferenza come dotata di senso e di significato all'interno del proprio sistema, delle proprie storie famigliari, delle proprie relazioni. E può intravedere attraverso punti di vista e parole nuove un'armonia ritrovata, un senso di unità ed integrazione, una forma complessa e tangibile per le proprie confuse narrazioni.

4. Quale bellezza?

Sara, 37 anni, si è rivolta a me per *“problemi di carattere, nello specifico ansia e rabbia costanti”*; stava vivendo un periodo di elevata conflittualità, d’incertezza e di disorientamento, soprattutto all’interno della propria famiglia d’origine e della coppia coniugale. Durante un percorso di terapia durato circa 9 mesi, la paziente ha appreso a includere anche i punti di sofferenza dei propri genitori e del proprio marito, a considerarne la storia, le esperienze di vita, i vissuti, integrando il passato con il presente. A circa a metà del nostro cammino insieme le ho scritto una fiaba che ho intitolato *“La principessa e il fantasma”* e che non ha la pretesa di seguire la struttura e le funzioni indicate dalla morfologia di Propp (1966), ma quello di restituire alla paziente quello che io sentivo rispetto al suo *“fantasma”* della rabbia e dell’ansia; di mostrarle un possibile agito nei confronti di questo fantasma che lei temeva e che stava causando danni alle cose per lei più preziose della vita (la relazione con la figlia e il marito); e tale agito era ciò che in realtà avevamo iniziato a costruire durante la terapia, ovvero quello di guardare le sue emozioni e ascoltarle. L’obiettivo terapeutico non è mai stato lo spegnere il rumore delle emozioni negative di Sara ma di aiutarla a stare in ascolto, a stare sulle sensazioni e ad attivare in lei livelli sempre maggiori di consapevolezza. Durante l’ultimo colloquio, Sara mi ha confermato che la fiaba è stata per lei uno snodo fondamentale della terapia; quando le ho chiesto una parola chiave per descrivere il percorso fatto insieme, mi ha lasciato questa parola: *“bellezza”*. Con Irene, 30 anni, ucraina e arrivata in Italia dodici anni fa, ho sentito che la poesia poteva essere un utile strumento per

muovere le emozioni, per aiutarla a vedere in essa rispecchiati i propri disagi, all’interno di un luogo *“sacro”* quale diviene spesso la stanza di terapia, oltre che essere un veicolo di bellezza in risonanza con le corde di entrambe. Ho trovato alcune opere di poeti suoi connazionali in lingua originale, che rispecchiavano in buona parte la storia di Irene, fatta di traumi, violenze, alcool per dimenticare e grandi speranze. In prossimità del termine del percorso di sostegno psicologico, ho sentito l’esigenza di rinarrare per lei la sua storia, così complessa e a tratti drammatica, di provare a riscriverla sotto forma di lettera con le sue parole, per mettere insieme tutti gli eventi più significativi che nel corso di un anno e mezzo e più di terapia erano faticosamente emersi ed altrettanto faticosamente rielaborati, di dare loro un senso.

Dopo aver viaggiato 6 mesi insieme, ho chiesto a Lucia, 29 anni, se poteva regalarmi una metafora del percorso fatto insieme e lei risponde con un’immagine che mi stupisce: un quadro di Caravaggio. I chiaroscuri sono dove meno ti aspetti e la luce illumina movimenti, figure, sguardi che ti sorprendono; la realtà non assume tratti ideali, mitici e mitizzati ma suscita stupore per l’inatteso e al tempo stesso perché aderente al vero, alla percezione delle cose così come le guardi e riesce a raffigurare tutte le sfumature delle emozioni umane, positive e negative. E il risultato dell’insieme non può che essere definito incredibilmente *“bello”*.

Roberta, 42 anni, mi svela invece che la terapia per lei è stata come il Kintsugi, ovvero l’arte giapponese di riparare oggetti in ceramica rotti non con colla trasparente, come faremmo noi occidentali, ma con polvere d’oro in modo che le crepe siano ben

visibili e diventino preziose. Esso ci dimostra che dalla lenta riparazione conseguente ad una rottura, può rinascere una forma di bellezza e di perfezione superiore, oltre che dirci qualcosa in più della storia dell'oggetto. Allo stesso modo, la terapia aiuta il processo di rimarginazione di ferite e rotture, valorizza la storia della persona, permette di ricostruire i pezzi, mettere insieme le parti, ricreando un nuovo ordine e armonia e dando vita ad un qualcosa di diverso da prima, senza mutarne la funzione o la struttura.

Pensando ai pazienti che ho incontrato durante il mio tirocinio di specializzazione e nell'attività privata, mi sovviene il monito di Herrigel nel suo classico libro "Lo Zen e il tiro con l'arco" (1948), che potrebbe essere applicato anche all'incontro con la psicoterapia da parte del terapeuta in formazione: «vedrete molte cose diversamente e misurerete con altro metro. Anche a me è avvenuto lo stesso e questo attende tutti coloro che sono stati toccati dallo spirito di quest'arte» (p. 86). Ritengo che, dal punto di vista del terapeuta in formazione, anche lo stesso viaggio rappresentato dalla scuola di specializzazione e dall'analisi didattica, sia in fondo un'esperienza estetica; allo stesso modo del paziente, anche il terapeuta fa esperienze che lo conducono ad una consapevolezza diversa, nell'istante in cui inizia a comprendere che l'apprendimento più grande a cui anelare è quello di saper discernere e costruire strutture che connettono (Keeney, 1985).

Bibliografia

- Barker, P. (2000). *L'uso della metafora in psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano:

- Adelphi Edizioni.
- Bateson, G. (1991). *A sacred Unity. Further steps to an ecology of mind*. Herper Collins: San Francisco [trad. It. (1997) Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente Milano: Adelphi Edizioni.].
- Bianciardi, M. e Sanchez, F.G. (a cura di) (2012). *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e sensibilità clinica*. Torino: Antigone Edizioni.
- Boscolo, L. e Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Boringhieri.
- Boscolo, L. e Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Casula, C. (2002). *Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. Milano: Franco Angeli.
- Cavarero, A. (1997). *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*. Milano: Feltrinelli.
- Cecchin, G. (1987). Revisione dei concetti di ipotizzazione-circularità-neutralità: un invito alla curiosità. *Family Process*, 26, 405-413.
- Cecchin, G., Barbetta, P., Toffanetti, D. (2006). Ma chi era mai questo Von Foerster? In *Divenire Umano. Von Foerster e l'analisi del discorso clinico*. Barbetta, P. e Toffanetti, D. (a cura di) (2006). Roma: Maltemi Editore.
- Costa, M. e Corazza, L. (2006). *Psicologia della bellezza*. Milano: Giunti.
- Katò, E. (2015). *L'eleganza dell'anima. Le regole dell'armonia interiore ed esteriore*. Milano: Vallardi Editore.
- Eco, U. (a cura di) (2004). *Storia della bellezza*. Milano: Bompiani.
- Epston, D., White, M. e Murray, K. (1998). La terapia come ri-scrittura della propria storia: Rose, la revisione della sua vita e un commento. In *La terapia come costruzione sociale*. McNamee, S. e Gergen, K. (a cura di). (1998). Milano: Franco Angeli.
- Ferrari, D. (2013). Verso un'estetica della relazione: l'Analisi Didattica IDIPSI. In *Cambia-menti, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, 2/2013, 17 - 30.
- Franzini, E. e Mazzocut-Mis, M. *Breve storia dell'estetica*. (2006). Mondadori
- Givone, S. (2008). *Storia dell'Estetica*. Economica Laterza.
- Gordon, D. (1992). *Metafore terapeutiche*. Roma: Astrolabio.
- Herrigel, E. (1948). *Lo Zen e il tiro con l'arco*.

Milano: Adelphi.

- Hillman, J. (2002). *L'anima del mondo e il pensiero del cuore*. Milano: Adelphi.
- Hillman, J. (2007). *La giustizia di Afrodite*. Capri (Na): Edizioni La Conchiglia.
- Keeney, B. (1985). *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio.
- Madonna, G. (2002). *Il Tempo della Metafora*. Intervento al Convegno del giugno 2002 di Roma. Circolo Bateson. Consultato il 1 settembre 2016 su <http://www.circolobateson.it/archiviobat/Madonna.htm>
- Magherini (2010). Psicanalisi ed esperienza estetica. Un modello interpretativo. *Psicoart* 1 n. 0-2010, 1-13. Consultato il 20 settembre 2016 su <http://psicoart.cib.unibo.it>
- Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F. (2012). Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio. In *Cambiamenti, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, 1/2012, 7 - 16.
- Propp, V. Ja. (1966). *Morfologia della fiaba*. Torino: Giulio Einaudi Editore
- Rosen, S. (a cura di) (1983). *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H. Erickson*. Roma: Astrolabio.
- Ruggieri, V. (2006). *L'esperienza estetica. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica*. Roma: Armando Editore.
- Sbattella, F. (2012). Reframing, metafore e relazioni. In *Cambiamenti, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, 2/2012, 5 - 14.
- Telfener, U. (2012). Le scelte cliniche tra indecidibili e indeterminabili. In *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e sensibilità clinica*. Torino: Antigone edizioni

Quando gli attaccamenti si incontrano: coppia, caregiving e psicoterapia. Un caso clinico di organizzazione depressiva

Veronica Gardoni¹⁵

Sommario

Cosa accade quando nella relazione le persone scoprono la possibilità di aggiornare i propri schemi di attaccamento? L'autore poserà lo sguardo in particolare sulla relazione di coppia, la relazione di *caregiving* e la relazione terapeutica. Gli stili di attaccamento si incontrano e si scontrano nella scelta del partner con cui costruire una nuova famiglia e nella gestione di un genitore che forse per la prima volta ha bisogno di aiuto. Incontrarsi in una relazione extra-familiare come quella terapeutica, da un lato, comporta la responsabilità del clinico di acquisire consapevolezza delle proprie dinamiche interne e dell'influenza che queste assumono nella relazione, dall'altro, rappresenta un'opportunità per il paziente di riscoprire nuove modalità relazionali, magari più funzionali. La teoria dell'attaccamento sarà la lente attraverso cui leggere le dinamiche relazionali, mentre l'epistemologia sistemica permetterà di integrare i contributi di diversi autori. Il modello psicopatologico di Guidano (1988), che affronta il significato personale a partire dalle esperienze di attaccamento, offrirà un ulteriore chiave di lettura. Un caso clinico di organizzazione depressiva, caratterizzato da rabbia e disperazione, permetterà all'autrice di esplorare le difficoltà di una relazione che inevitabilmente coinvolge il sistema di attaccamento sia del terapeuta che del paziente.

Abstract

What happens when, in the relationship, people discover the possibility of updating their patterns of attachment? In particular the author will focus the attention on relationship, on caregiving relationship and on therapeutic relationship. People meet and clash in the new family they are trying to build or in the management of changing parents that may need help for the first time. Finally, meeting in a non-domestic relationship, like in the therapeutic relationship. This last case leads on one hand, to the specialist's responsibility of acquiring awareness of the influence of its own internal dynamics on the relationship. On the other hand it represents the chance for the patient of learning new ways of connecting maybe more functionally. These twists of relationships have been investigated through the lens of attachment theory. Systemic epistemology is the subbase that made linking the contribution of several authors possible. Guidano's psychopathological model (1988), which faces the personal meaning starting from the attachment experiences, it will provide an additional interpretation. One clinical case of depressive organization, allows the author to explore the emotional challenges in a therapeutic relationship.

¹⁵Veronica Gardoni, IV anno IDIPSI, veronica.gardoni@hotmail.it

Parole chiave

Incontro, attaccamento, ciclo di vita, disperazione, rabbia, terapia

Key Words

Meeting, attachment, life cycle, desperation, rage, trust



La teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1988), sostiene che l'essere umano manifesti una predisposizione innata a sviluppare legami significativi con le figure che si occupano di lui, con lo scopo di garantire la sicurezza e la protezione verso i pericoli (Stern, 1987; Lavelli, 2008). La qualità della relazione di attaccamento, secondo Bowlby (1972), rappresenta il risultato dell'esperienza del bambino nell'interazione con la madre durante il primo anno di vita. Ainsworth (1978) fu la prima ad utilizzare l'attaccamento come strumento e sviluppò il paradigma di ricerca della *Strange Situation* (SS), identificando tre pattern di attaccamento infantile: sicuro (B), evitante (A) e ambivalente (C). Il primo percepisce la figura di attaccamento come base sicura, il secondo come di difficile accesso e il terzo come imprevedibile. Successivamente, Main e Solomon (1986) definirono un quarto pattern: insicuro-disorganizzato/disorientato (D), la cui figura di attaccamento è vissuta come minacciosa. George, Kaplan e Main (1986), ideatori dello strumento *Adult Attachment Interview* (AAI), definirono i pattern di attaccamento nell'adulto: sicuro (F), distanziante (Ds), preoccupato (E) e disorganizzato (U). I diversi pattern di attaccamento tenderanno a narrare la propria storia di attaccamento rispettivamente come coerente, astratta/estranea all'individuo, connessa in modo persistente alle colpe dei genitori oppure traumatica. Bowlby (1972) indicò con il nome di *Internal Working Models*, modelli operativi interni¹⁶(Ainsworth, 1978), le rappresentazioni interne di sé stessi, delle figure d'attaccamento e del mondo,

che aiuteranno ad indirizzare «l'individuo nell'interpretazione delle informazioni che provengono dal mondo esterno e a guidare il suo comportamento nelle relazioni nuove» (Castelli, Ceroni, 2012, p. 103).

«Dal punto di vista dei vissuti personali, le relazioni di cui si è parte possono essere percepite, e sicuramente vengono agite, come pattern emotivo-cognitivo-comportamentali [...] che, in modo schematico e astratto, caratterizzano alcune sequenze interattive, reciprocamente orientate con determinati soggetti. Questi pattern e sequenze, fungono da modelli operativi interni (Wallin, 2009), che suggeriscono quando attivare pensieri, emozioni e comportamenti, in certe cornici contestuali (frame). Tali schemi permettono anche di descrivere e costruire la propria percezione di Sé, perché contengono informazioni relative alla posizione di sé-con altri» (Sbattella, 2012, p.8).

I modelli relazionali, rappresentati internamente, si caratterizzano per essere per lo più stabili nel tempo (Baldoni, 2007), in quanto si costruiscono sulla base della memoria procedurale, semantica ed episodica (Liotti, 1994). Loredio e Picardi (2000), sottolineano il carattere profondamente sistemico della teoria dell'attaccamento e danno il merito a Bowlby di aver introdotto la tecnica di vedere le famiglie al completo. La teoria dell'attaccamento infatti, trae origine dalla teoria generale dei sistemi, pone un forte accento sulla relazione e non affronta la causalità in modo unidirezionale, ma concepisce le relazioni come processi in

¹⁶Da adesso in poi, denominati nell'elaborato come MOI.

evoluzione e il sistema come regolato da meccanismi di retroazione (Bateson, 1997). In letteratura esistono diverse proposte di integrazione fra la teoria dell'attaccamento e la teoria sistemica (Reiss, 1989; Moi, 2011). Basti pensare al concetto di Modello Operativo Condiviso, in cui ogni membro della famiglia possiede un modello rappresentativo di come sé stesso e gli altri familiari interagiscono (Loriedo, Picardi, 2000).

Incontrarsi nella relazione di coppia: insieme e distinti

Ogni partner porterà nella coppia modelli relazionali, modi di gestione dei conflitti, stili di attaccamento, valori, premesse, pregiudizi, narrazioni e miti familiari. La formazione della coppia, apre in linea di massima due scenari. Da una parte, il legame insicuro con i propri genitori può aumentare «la propria centralità invece che perderla, rendendo più difficile l'esplorazione di nuove relazioni e la scelta di un partner» (Carli, Santona, 2008, p. 64). Dall'altra, «le relazioni possono smussare caratteristiche personali anche scomode e incistate nel tempo, [...] aprire nuove strade verso una maggiore e migliore esplicitazione delle proprie caratteristiche di personalità» (Telfener, 2015, p. 184). La capacità anticipatoria dei MOI porta il soggetto a costruirsi un'idea di come è l'altro e di come lo tratterà, finendo «facilmente per selezionare proprio gli altri che hanno quelle caratteristiche [...] perché sa riconoscerle come qualcosa di familiare [...]; infine, il suo comportamento [...] rinforzerà quello dell'altro, instaurando un circolo vizioso di rinforzo reciproco» (Lorenzini, Sassaroli, 1995, p. 68). Gli attaccamenti insicuri infatti, sembrano combinarsi fra loro, confermando i propri «modelli disfunzionali di interazione,

che comunque sono gli unici conosciuti e riconosciuti» (Bruschi, Ravasenga, 2013, p.8). Telfener (2015, p. 172) sottolinea però come «le forme di attaccamento non sono un abito che si indossa una volta per tutte ma una possibilità di relazione tra tante che si mette in atto nell'incontro con un altro specifico».

Attaccamento sicuro. L'amore viene vissuto dalla persona come un valore aggiunto alla vita e la relazione viene intesa come possibilità di crescita, che se non funziona la si può lasciare. Attaccamento evitante. L'amore fa paura, rappresenta una minaccia al proprio senso di sicurezza, ma nello stesso tempo è desiderato e idealizzato. Le persone con attaccamento evitante si sentono forti da soli, hanno un buon senso di efficacia personale, ma la loro autonomia rischia di farli sentire isolati.

Attaccamento ambivalente. L'amore non è meritato, perché sentono di non valere abbastanza e di essere poco attraenti. Le persone con attaccamento ambivalente sentono il bisogno costante di rassicurazioni e si affidano agli altri in modo esagerato, tanto da far assumere all'altro totale potere decisionale; il rischio di dipendenza è alto.

Attaccamento disorganizzato. L'amore, come le altre emozioni, è di difficile comprensione. Le persone con attaccamento disorganizzato desiderano confermare a sé stesse e agli altri che hanno terribilmente bisogno di aiuto e che nessuno - ma proprio nessuno - è in grado di aiutarli (Telfener, 2015).

Incontrarsi nella relazione di caregiving: curare e farsi curare

L'età della senescenza rappresenta un grande cambiamento per tutta la famiglia, che vede il proprio anziano "in bilico tra una condizione di persona ancora piena e integra

e un'altra condizione nella quale scivola [...] con il passare del tempo" (Pietro Rizzi, in Ploton, 2003, p. IX). Secondo Vigorelli (2012), le esperienze di attaccamento influenzano sia gli anziani nell'affrontare il periodo della vecchiaia e l'accettazione delle cure, che i *caregiver* nel loro stile di cura. Vigorelli (2012) propone di utilizzare lo studio della storia personale di attaccamento per affrontare i problemi di *caregiving*, tra cui il carico assistenziale del *caregiver*, definito *burden*. Magai e Cohen (1998) affermano che sia in fase premorbosa che in corso di demenza, uno stile di attaccamento evitante si associa ad emozioni di rifiuto, rabbia, inibizione e ritiro, mentre uno stile di attaccamento ambivalente ad emozioni di ansia e tristezza. Un attaccamento sicuro invece, sembra correlato ad un maggior senso di benessere percepito e favorirebbe nell'anziano «la possibilità di riconoscere un bisogno, esprimerlo e accettare [...] di ricevere [...] cure. Anziani con una storia di attaccamento insicura saranno meno inclini a fidarsi di chi vorrà prendersi cura di loro, coerentemente con i modelli operativi interni» (Vigorelli, 2012, p. 48). Un *caregiver* sicuro sembrerebbe maggiormente in grado di affrontare e integrare le emozioni relative al proprio caro e di usufruire dei supporti sociali. Al contrario, un *caregiver* insicuro mostrerebbe una maggiore difficoltà nella gestione del conflitto, una minor flessibilità emotiva e una ridotta capacità di lettura della mente dell'altro.

Incontrarsi nella relazione terapeutica: responsabilità e consapevolezza

La relazione terapeutica «porta in essere e nel suo divenire curiosità e attenzione condivisa da entrambi i partecipanti alla relazione» (Branchi, 2012, p. 12). «L'incontro in terapia

è un incontro di storie che si intrecciano per formarne una terza, che, come la tela di Penelope, si costruisce e ricostruisce ad ogni incontro» (Ferrari, 2013, p. 18). Non solo il paziente si troverà a influenzare la relazione con le sue rappresentazioni interne, ma anche nel terapeuta si attiveranno dei comportamenti di attaccamento, in base alle sue esperienze passate (Baldoni, 2007). «La terapia avviene nell'interazione dei pregiudizi del terapeuta e del cliente. Essa implica inevitabilmente uno scambio costante tra terapeuta e cliente, in cui le azioni e le espressioni dell'uno sono costantemente ispirate, assumono significato, vengono modellate e modellano quelle dell'altro. Il processo è ciberneticico in quanto sono i suoi risultati a determinare il comportamento di entrambi» (Cecchin, Lane, Ray, 1997, p. 8). L'incontro nella relazione terapeutica porta in collegamento due mondi, creando fusioni, incastri e differenze (Bertrando, 2014, Bianciardi, 2008), che danzeranno in modo circolare (Bateson, 1984). «Il nostro incontro con l'altro è un autentico incontro tra due persone, [...] in cui sentiamo di avere piena responsabilità soggettiva, che nessun protocollo di intervento già scritto predefinisce o garantisce» (Bianciardi, 2012, p. 127). Liotti e Monticelli (2008) ipotizzano l'esistenza di sistemi motivazionali che intervengono nelle relazioni, classificati a seconda delle strutture cerebrali a cui corrispondono. Nella relazione terapeutica, il sistema motivazionale di attaccamento, di accudimento o di rango, può limitare il processo terapeutico. Il sistema motivazionale cooperativo risulterebbe l'unico in grado di aumentarne la potenzialità. Non solo il paziente si troverà a vivere una relazione, come quella terapeutica, influenzata dalle sue rappresentazioni

interne, ma anche nel terapeuta si attiveranno dei comportamenti specifici di attaccamento, in base alle sue esperienze passate (Baldoni, 2007). La teoria dell'attaccamento si rivela ancora una volta, un paradigma di riferimento utile per la lettura di alcune dinamiche che avvengono all'interno delle relazioni.

I pattern di attaccamento in terapia: il paziente

Alla luce delle evidenze teoriche presentate, è possibile che il paziente inconsapevolmente ricerchi un terapeuta in linea con i propri MOI. Come scrivono Lorenzini e Sassaroli (1995, p. 136), «potremmo quasi affermare che quanti effettivamente cercano negli altri caratteristiche di piena affidabilità non hanno alcun bisogno di psicoterapia». Il terapeuta come “base sicura”, da cui partire per esplorare altrove, rappresenterà quindi un obiettivo della terapia, non il suo punto di partenza.

«Nella prima fase della terapia è indispensabile per il paziente vedere e costruire il terapeuta come figura di attaccamento reale: diversamente egli [...] resta insignificante» (ivi, p. 138). Solo successivamente, proseguono gli autori, il terapeuta potrà iniziare un lavoro di invalidazione dei MOI che il paziente ripropone, svelandoli e discutendoli insieme a lui. Lo schema relazionale di riferimento della persona potrà allora essere concepito come uno dei tanti modi attraverso cui rapportarsi agli altri, non più come una regola assoluta e indiscutibilmente valida per tutte le relazioni umane. Gli autori individuano le modalità tipiche con cui ogni stile di attaccamento affronta le invalidazioni. Coloro con attaccamento sicuro, si sentiranno liberi di utilizzare vari modi di

gestione delle invalidazioni a seconda delle circostanze (*ricerca attiva*). Coloro che mostrano un attaccamento ambivalente invece, tenderanno a trincerarsi dietro rigidi confini (*evitamento*), mentre quelli con attaccamento evitante, restringeranno il campo esplorativo per evitare situazioni incerte, vissute come troppo rischiose per la stabilità del sistema (*immunizzazione*). Coloro che mostrano un attaccamento disorganizzato infine, tenderanno a porsi in modo manipolativo nei confronti degli altri (*ostilità*) (Lorenzini e Sassaroli, 1995).

Attaccamento evitante. Le persone evitanti appaiono sensibili alle situazioni di rifiuto, proponendo un copione secondo cui l'altro (il terapeuta) li sta rifiutando. La spiegazione riguardo alle proprie sofferenze sarà prevalentemente a causalità esterna (“gli altri non mi amano”). L'intervento potrebbe focalizzarsi sul riconoscimento della realtà, dell'invalidazione e dell'altro. Il compito del terapeuta sarà quello di essere una figura presente (Lorenzini e Sassaroli, 1995).

Attaccamento ambivalente. Le persone ambivalenti, sentono di non essere interessanti e amabili agli occhi degli altri. Ritengono di aver bisogno del terapeuta e temono di poterlo perdere, «la novità consiste proprio nello scoprire che l'accessibilità del terapeuta non è subordinata ad alcuna prestazione» (ivi, p. 142). La spiegazione circa la propria sofferenza sarà per lo più a causalità interna (“non merito di essere amato”). La terapia dovrebbe fondarsi sul «riconoscimento della tendenza del sistema a evitare situazioni esplorative, perché giudicate troppo pericolose e perché si ritiene inadeguato ad affrontarle» (ivi, p. 152). Il ruolo del terapeuta, sarà quello di una figura prevedibile.

Attaccamento disorganizzato. Coloro che

hanno un attaccamento disorganizzato, tenderanno ad aspettarsi dall'altro un atteggiamento minaccioso. «La novità risiede nella scoperta che l'altro non è nemico ma amico, che [...] si può sperimentare qualcosa di assolutamente nuovo [...]: si può collaborare» (ivi, p. 142). Il terapeuta avrà il compito di guadagnarsi la fiducia del paziente, per poi mostrargli la possibilità di avere torto o di cambiare idea. Solo successivamente, potrà ricostruire le esperienze precoci che hanno portato la persona a percepire gli altri come minacciosi.

I pattern di attaccamento in terapia: il terapeuta

In letteratura è ampiamente riconosciuto come le caratteristiche psicologiche del terapeuta, il suo modo di porsi in terapia e la qualità della relazione terapeutica, spieghino gran parte dell'efficacia della psicoterapia (Norcross, Wampold, 2011). D'altronde, «psicoterapeuti non lo si è ontologicamente, ma piuttosto processualmente; è [...] una posizione estetica che vede nell'incontro con l'altro l'espressione sacra di ogni relazione» (Ferrari, 2013, p. 29).

«Il terapeuta che non voglia essere ingenuo nel suo lavoro dovrebbe acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie premesse, ovvero degli assunti base che lo guidano nel suo agire: quanto di quell'agire è dettato da pregiudizi sociali e culturali; quali possono essere le premesse del cliente [...]; in che modo la relazione terapeutica obbedisce a questa relazione tra epistemologie (sistemi di premesse) diverse. Una tale consapevolezza da parte del terapeuta lo mette in grado di mantenere nel tempo una prospettiva coevolutiva, evitando di reificare le relazioni, considerandole

nel loro contesto in costante evoluzione» (Boscolo, Bertrando, 1996, p. 69).

Come scrive Bertrando (2014, p. 92): «Il mio compito come terapeuta è molteplice: comprendere le emozioni dei clienti, comprendere le mie, connettere il sistema emotivo della terapia alla rete emotiva complessiva, rivalutare le emozioni dei pazienti e le mie alla luce della loro posizione all'interno della rete». Secondo Magai e Haviland-Jones (2002), le radici del corredo ideologico del terapeuta si situano «probabilmente nei pattern di attaccamento della famiglia d'origine, [...] che da ultimo sono "cognitivizzate", diventando cioè ideali o regole a cui la persona aderisce senza aver piena coscienza del modo in cui sono maturate» (Bertrando, 2014, p. 92). Ancora, «ogni terapeuta [...] interpreta il modello terapeutico preferito [...] secondo [...] la propria storia, arricchita nel tempo dagli incontri che contribuiscono a formare la sensibilità emotiva di ciascuno» (ivi, p. 95). In altre parole, «il terapeuta [...] sta agendo la propria autobiografia» (Ferrari, 2013, p. 19). La storia di vita del terapeuta entrerà sempre nella relazione con il paziente (Bion, 1989). «Penso che stia proprio qui il cuore della nostra occasione professionale: risuonare, grazie al sistema di neuroni specchio insieme al nostro interlocutore, autoregolarci, e offrirgli un'occasione di risuonare in una modalità differente [...], sapendo che da questo incontro anche noi importiamo un'esperienza nuova» (Cassoni, 2008, p. 18). Non saranno quindi «bravi» terapeuti coloro che hanno un attaccamento sicuro, ma coloro che sono riusciti a diventare consapevoli del proprio stile di attaccamento e a esercitarsi nel sentire ciò che risuona nella relazione con l'altro.

Attaccamento sicuro. Un terapeuta con attaccamento sicuro tende a riporre maggiore fiducia in sé e negli altri, esprimendo e integrando emozioni, cognizioni e affetti. In generale, un terapeuta consapevole delle esperienze di vita che influenzano il suo stare in relazione, sarà maggiormente in grado di interrogare la relazione stessa, al fine di dedurre importanti elementi di analisi su di sé e sul paziente. Alcuni cardini epistemologici del terapeuta sicuro sono (Restori, 2016): l'ascolto non giudicante, la sospensione del giudizio, la consapevolezza sui pregiudizi (Cecchin, Lane, Ray, 1997), la posizione del non-esperto (Anderson, Goolishian, 1992), la presenza mentale (Segal, Williams, Teasdale, 2014), la sensibilità al contesto (Telfener, 2011), la curiosità (Cecchin, 1998), l'empatia (Hoffman, 2008) e la comunicazione dialogica (Bertando, 2014). Come risultato, il percorso terapeutico potrà essere vissuto dai pazienti come un processo di assunzione di responsabilità.

Attaccamento evitante o distanziante. Un terapeuta con attaccamento evitante tende a mostrare una difficoltà di accesso alle proprie emozioni. I bisogni dell'altro potrebbero essere accolti attraverso un approccio tecnico, cognitivo e razionale. La relazione terapeutica potrebbe risentirne di superficialità, attraverso il ricorso massiccio di strumenti e interventi volti a controllare il sintomo. Il terapeuta evitante potrebbe mostrare difficoltà nel richiedere una supervisione o intervizione in caso di difficoltà, in quanto questo lo esporrebbe ad emozioni percepite come minacciose. L'incertezza sarebbe vissuta come paurosa e i tentativi di capire come mai il paziente non cambia, sarebbero incessanti. Il vissuto del paziente potrebbe essere di rabbia.

Attaccamento ambivalente o preoccupato.

Un terapeuta con attaccamento ambivalente tenderà a mantenere un punto di vista centrato su sé stesso, costruendo il più delle volte discorsi monologici (Seikkula, 2014), diventando iperprotettivo e trascurando i reali bisogni del paziente. Il terapeuta potrebbe reagire con l'emozione, non agire con essa (Restori, 2016). Il rischio di colludere con il sistema, sviluppare rapporti parentificati con il paziente e di porre confini troppo labili alla relazione è alto. Il vissuto del paziente potrebbe essere quello di dipendenza e di paura del distacco.

La psicopatologia secondo Guidano: l'organizzazione depressiva

Guidano (1988) formula una tesi psicopatologica secondo cui «lo stile di attaccamento [...] dovrebbe essere considerato sostanzialmente come un processo autoreferenziale finalizzato al mantenimento della coerenza sistemica attraverso la continua produzione di esperienze emotive consone con il senso di sé e del mondo che il soggetto è stato in grado di elaborare» (ivi, p. 53). In particolare, l'autore individua quattro modelli fondamentali di chiusura organizzativa: la depressione, le fobie, i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi ossessivi-compulsivi.

In particolare, attraverso l'illustrazione di un caso clinico che aiuterà l'approfondimento della teorizzazione proposta da Guidano (1988), ci si soffermerà sull'organizzazione depressiva. «Nel modello depressivo, che ha origine a partire da eventi stressanti elaborati come perdita, rifiuto o simili, il significato personale è centrato su un senso di solitudine ed è organizzato all'interno di una circolarità ritmica e ricorsiva di schemi emozionali e di regole tacite per il controllo,

oscillante tra disperazione e rabbia» (*ivi*, p. 135). Il fine ultimo, sarebbe quello di rendere prevedibile l'imprevedibile esperienza di perdita vissuta nell'infanzia. «Pur avendo la possibilità di articolare la sua esperienza [...] di perdita all'interno di una dimensione più astratta, che la farebbe apparire come un modo di esperire la realtà comune all'intero genere umano, il soggetto rimane fermo nel considerare qualsiasi delusione e senso di solitudine come risultati incontrollabili e inevitabili della sua negatività personale» (*ivi*, p. 158).

Caso clinico: Giovanna

Giovanna ha 45 anni, è sposata con Salvatore e hanno una figlia di 8 anni. Si rivolge a me perché ha un problema con la rabbia. Ritrovo in Giovanna un attaccamento ambivalente, caratterizzato da affetti non meritati, sensi di colpa, invischiamenti familiari e lunghe sedute. Ipotizzo in lei un'organizzazione depressiva (Guidano, 1988), seppur essa non sia necessariamente associata ad un attaccamento ambivalente. Trovo infatti, sfumature differenti nello stile di attaccamento di Giovanna, a conferma dell'impossibilità di venire categorizzati in un unico pattern di attaccamento. Se la teoria ci ha aiutato a semplificare, la clinica ci ricorderà la complessità dei sistemi umani.

La figlia Giovanna: depressione e caregiving
Giovanna è figlia unica e gli attori principali delle sue narrazioni in terapia sono i suoi genitori. La madre Mara ha una diagnosi di grave depressione fin dalla giovane età. L'esperienza relazionale maturata da un figlio di genitore depresso (McWilliams, 1999), si può riassumere nella frase "io esisto, ma sempre nella condizione di perdita" (Guidano, 1988). Il padre Carlo,

viene descritto come un uomo molto pratico e poco emotivo, un "padre padrone" e un "mammo", una figura complessa che da sempre scatena in lei emozioni di forte sofferenza. Giovanna ha più volte assunto il ruolo di *caregiver* nei confronti della madre. Se nell'età dell'infanzia e dell'adolescenza Giovanna evitava di fare rumore per non disturbare la madre, nell'età adulta invece, si è trovata spesso ad accudirla e a monitorare l'avanzamento ciclico della psicopatologia.

La moglie Giovanna: rabbia e disperazione

La vita di coppia di Giovanna e Salvatore appare pigra ma costante. La rabbia di Giovanna trova principalmente sfogo su suo marito, anche se sembra che si nutra altrove. Tardi lessi le parole di Bruschi e Ravasenga (2013, p. 9), «spesso è l'ansioso a vivere i livelli più alti di dipendenza e rabbia/aggressività per la grande delusione rispetto ai bisogni di attaccamento frustrati», e quelle di Ugazio (1998, p. 275), «la regola che la relazione con il partner è in grado di attivare le emozioni più dirompenti è particolarmente vera per le organizzazioni depressive». Le discussioni fra Giovanna e Salvatore sono all'ordine del giorno e in seduta, Giovanna cerca spesso la mia alleanza. Giovanna si arrabbia terribilmente con Salvatore quando si sente esclusa, abbandonata, non abbastanza amata. Quando Salvatore non la rassicura come lei desidera, il suo corpo si getta in una disperazione angosciante. Guidano (1988) descrive molto bene ciò che Giovanna mi riporta in seduta: "Lo scarso controllo della rabbia nei rapporti con gli altri dà origine a uno stile interpersonale assolutamente caratteristico, in cui atteggiamenti provocatori e scoppi di aggressività sono frammisti e intercalati ad atteggiamenti supplichevoli e imploranti

volti a ristabilire un contatto” (ivi, p. 153). Giovanna mostra uno stile di attaccamento tendenzialmente ambivalente e l'esperienza di non essere amabile tende a ripresentarsi nelle relazioni che intreccia. Salvatore invece, sembra caratterizzato da uno stile di attaccamento evitante: le relazioni vengono vissute in modo distaccato, evitando i conflitti e incamerando le tensioni. Se Salvatore non si sente amato, è per colpa dell'altro.

La paziente Giovanna: dipendenza e autonomia

Ho a lungo mantenuto con Giovanna il ruolo di “terapeuta-pescatore”, colui che con pazienza e dedizione cerca di far riemergere i propri pazienti dalla melma in cui si trovano, dalla trappola che non li lascia andare e da cui a volte, non vogliono uscire. Ho talvolta indossato gli stivali cosciali, quelli che permettono di immergersi senza bagnarsi, ma che non isolano in modo impeccabile. Sono rimasta con i piedi gelidi e l'umidità fra i capelli per molte sedute. Talvolta, stanca e affranta, mi sono seduta sulla riva per scorgere da angolature diverse nuovi scogli. Mi immergevo e risalivo, studiavo manuali di pesca, da come far sopravvivere i pesci rossi alla pesca di altura. Qualunque cosa per non farmi trovare impreparata. Puntualmente però, l'incertezza che sentivo non era risolvibile. Solo l'incontro con saggi pescatori, e il mio conoscermi con loro e attraverso di loro, ha potuto rendere la pesca una vera arte. L'arte dell'aspettare, del rispettare, dello stare, del nutrire, del riempire, del coinvolgere e del sentire. L'arte dell'incertezza, quando non si hanno risposte ma solo domande e quando tutti gli strumenti a disposizione consolano più il terapeuta che il paziente.

Ho temuto che Giovanna stesse sviluppando una dipendenza nei confronti della terapia o di me terapeuta. «Gli individui depressi [...] dato che si impegnano a preservare ad ogni costo le relazioni, sono naturalmente estimatori della terapia» (McWilliams, 1999, p. 255). Coloro con attaccamento ambivalente possono volere che l'altro concordi con le colpe dei genitori (George, Kaplan e Main, 1986) e spesso, ho avuto la sensazione che Giovanna mi volesse convincere.

Sono stata una terapeuta con attaccamento sicuro, quando le mie risonanze me lo permettevano. Mi sono sorpresa evitante, quando frugavo nella cassetta degli attrezzi alla ricerca di strumenti. Mi sono sentita ambivalente, quando mi attivavo eccessivamente per risollevare Giovanna dalle sue angosce. Ho a volte lavorato più del paziente, cercando faticosamente di introdurre novità o di perturbare il sistema. Mi sono sentita innervosita per l'immobilità di Giovanna, frustata per non essere “una brava terapeuta”, confusa di fronte alla rigidità. A lungo mi sono interrogata sulle emozioni mie e di Giovanna, scoprendo che talvolta combaciavano.

La terapia con Giovanna finisce in modo brusco e inaspettato: ho accettato un lavoro che mi porterà lontano. Giovanna è stata inviata ad una collega. Avrei preferito che riflettesse prima di intraprendere un nuovo percorso terapeutico, sentivo il timore di venire sostituita velocemente da altri terapeuti. Giovanna si ricorda un momento decisivo nella nostra relazione terapeutica: il giorno in cui mi chiese se, a causa di tutta la disperazione che stava sentendo, avesse dovuto ricorrere a degli psicofarmaci. Le risposi consegnandole tutta la mia fiducia: secondo me, ce la poteva fare. “Ce la posso

fare. Qualcuno crede in me, ha fiducia in me!”. Una nuova storia si stava inserendo nelle trame narrative della sua vita. Nelle sedute finali, abbiamo rivisto tutti gli ostacoli che Giovanna non si sarebbe mai aspettata di superare e la Giovanna di due anni fa si congratulerebbe per tutta la forza che ha saputo dimostrare. “Non sei come tua madre” dissi io, “Non sono come mia madre” rispose lei. «Appare chiaro a questo punto come l’intervento sistemico [...] definisce il paziente come un essere umano come gli altri, in stato dinamico, libero dell’essere relegato in un ruolo preciso, che può scegliere se essere matto o non esserlo, come un essere normale che ha scelto una carriera. Il lavoro sistemico è, in un certo senso, l’opposto della diagnosi: è quello di riportare le definizioni nel tempo e nel contesto» (Boscolo e Cecchin, 1988, p. 6).

Bibliografia

- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978), *Patterns of attachment: a psychological study of strange situation*, Hillsdale, NJ, Earlbaum.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1992), *Il cliente è l’esperto: il “non sapere” come approccio terapeutico*, in McNamee, S., Gergen, K., *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Baldoni, F. (2007), *L’influenza dell’attaccamento sulla relazione clinica: collaborazione, collusione e fallimento riflessivo*, *Maieutica*, 27-30, 57-72.
- Bateson, G. (1984), *Mente e Natura*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G. (1997), *Una sacra unità. Altri passi verso un’ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bertrando, P. (2014), *Il terapeuta e le emozioni, un modello sistemico-dialogico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bianciardi, M. (2008), *Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale*, *Connessioni*, 20, 157-172.
- Bianciardi, M. (2012), *Complessità dell’incontro e ethos soggettivo*, in Bianciardi, M., Galvez Sanchez, F., *Psicoterapia come etica*, Antigone Edizioni, Torino.
- Bion, W.R. (1989), *Seminari clinici*, Armando Editore, Roma.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Boscolo, L., Cecchin, G. (1988), *Il problema della diagnosi da un punto di vista sistemico*, *Psicobiiettivo*, 3, 1-11.
- Bowlby, J. (1972), *Attaccamento e perdita, vol. 1: L’attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (1988), *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Branchi, B. (2012), *Cosa ne penserebbe Freud? La self-disclosure come risorsa nel processo terapeutico a partire da possibili storie ed emozioni condivise e co-narrate*, *Cambia-Menti*, 3, 11-18.
- Bruschi, G., Ravasenga, P. (2013), *Teoria e clinica della sofferenza psicologica nelle relazioni affettive significative: un contributo sistemico integrato*, *Cambia-Menti*, 2, 5-16.
- Carli, L., Santona, A. (2008), *Il legame di attaccamento lungo l’arco di vita. Lo snodo critico del giovane adulto*, in *Intersoggettività Processi di attaccamento*, *Quaderni di Psicologia Analisi Transazionale e Scienze umane*, 50, pp. 56-67.
- Cassoni, E. (2008), *Editoriale*, in *Intersoggettività Processi di attaccamento*, *Quaderni di Psicologia Analisi Transazionale e Scienze umane*, 50, pp. 8-24.
- Castelli, C., Ceroni, R. (2012), *Approfondimento della teoria dei MOI nell’ambito degli attaccamenti traumatici*, *Cambia-Menti*, 1, 101-111.
- Cecchin, G. (1998), *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità: un invito alla curiosità*, *Ecologia della mente*, 5, 29-41.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1997), *Verità e pregiudizi, un approccio sistemico alla psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ferrari, D. (2013), *Verso un’estetica della relazione: l’Analisi Didattica IDIPSI*, *Cambia-Menti*, 2, 17-30.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1986), *The Berkeley adult attachment interview*. Protocollo inedito. Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Guidano, V. F. (1988), *La complessità del sé, un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*,

- Bollati Boringhieri, Torino.
- Hoffman, M.L. (2008), *Empatia e sviluppo morale*, Il mulino, Bologna.
 - Lavelli, M. (2008), *Primi sviluppi dell'intersoggettività e origini dell'attaccamento*, in *Intersoggettività Processi di attaccamento*, Quaderni di Psicologia Analisi Transazionale e Scienze umane, 50, pp. 26-54.
 - Liotti, G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma.
 - Liotti, G., Monticelli, F. (2008), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
 - Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1995), *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
 - Loredano, C., Picardi, A. (2000), *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento*, Franco Angeli, Milano.
 - Magai, C., Cohen, C.I. (1998), *Attachment style and emotion regulation in dementia patients and the irrelatation to caregiver burden*, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B(3), 147-154.
 - Magai, C., Haviland-Jones, J. (2002), *The Hidden Genius of Emotion, Lifespan Transformation of Personality*, Cambridge University Press, Cambridge.
 - Main M., Solomon J. (1986), *Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior*, in Brazelton, T., Youngman, M., *Affective Development in Infancy*, Ablex, Norwood, NJ.
 - Moi, G. (2011), *La natura sistemica dei Modelli Operativi Interni*, *Cambia-Menti*, 2, pp. 5-16.
 - Norcross, J.C, Wampold, B.E. (2011), *Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices*, *Psychotherapy(chic)*, 48(1), 8-102.
 - Ploton, L. (2003), *La persona anziana*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
 - Reiss, D. (1989), *The represented and practicing family: contrasting visions of family continuity*, in A.J. Sameroff, *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*, R.N. EmdeEds., pp. 30-51.
 - Restori, A. (2016), intervento al Seminario *Open Dialogue: un approccio innovativo agli esordi psicotici*, 28-29 ottobre, organizzato dal Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, Parma.
 - Sbattella, F. (2012), *Reframing, metafore e relazioni*, *Cambia-menti*, 2, 5-14.
 - Segal, Z.V., Williams, M. J., Teasdale, J. D. (2014), *Mindfulness: al di là del pensiero, attraverso il pensiero*, a cura di Giommi, F., Olivero, G., Sullam, S., Bollati Boringhieri Psicologia, Torino.
 - Seikkula, J. (2014), *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*, Fioriti, Roma.
 - Stern, D. N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
 - Telfener, U. (2011), *Apprendere i contesti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
 - Telfener, U. (2015), *La manutenzione dell'amore*, Lit Edizioni, Roma.
 - Vigorelli, P. (2012), *Aria nuova nelle case per anziani*, Franco Angeli, Milano.
 - Wallin, D. (2009), *Psicoterapia e Teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna.

Vedere con la Mente: La leggenda del Drago Bianco Occhi Blu

*Davide Caravaggi*¹⁷

Sommario

All'inizio della psicoterapia individuale effettuata con Marco, un ragazzo di 16 anni con cecità acquisita, mi sono posto alcune domande che mi ha accompagnato durante tutto il percorso terapeutico: Quali sono le caratteristiche dell'intervento sistemico individuale con una persona priva della vista? Qual è il ruolo dell'alleanza terapeutica rispetto all'efficacia di un intervento terapeutico? Come si caratterizza la relazione tra un terapeuta vedente e un paziente non vedente? Nella prima parte del presente articolo riporto alcune possibili risposte a queste domande mentre la seconda parte è dedicata ad alcune riflessioni riferite alle fasi salienti della terapia fino a questo momento effettuata.

Parole chiave

Paziente non vedente, terapia sistemica individuale, alleanza terapeutica, relazione terapeutica, comunicazione non verbale, empowerment.

Abstract

At the beginning of the individual therapy carried out on Marco, a sixteen-year-old boy affected by acquired blindness, I asked some questions which have accompanied me during the whole duration of this therapeutic journey: what are the characteristics of system approach onto a patient who cannot see? What is the role of therapeutic alliance in relation with the efficacy of therapeutic intervention? How is the relationship between a seeing-therapist and a blind patient? The first part of this article contains some of the possible answers to these questions; the second part is instead dedicated to some thoughts on the most noteworthy parts of the therapy carried out so far.

Key words:

Blind patient, individual therapy, therapeutic alliance, therapeutic relationship, non-verbal communication, empowerment

¹⁷*Davide Caravaggi: allievo del IV anno IDIPSI e-mail: caravaggiid@gmail.com*

Terapia individuale sistemica

Secondo Mosconi (2004) più che di “Terapia Individuale Sistemica” è più adatto parlare di “Terapia Relazionale-Sistemica con l'individuo” dando così maggior rilevanza al pensare all’Ottica Relazionale-Sistemica come cornice in cui è possibile scrivere ogni terapia sia essa con la Famiglia, con l’Individuo o con un Sistema di relazioni diverso ma significativo per il problema presentato. Terapia Individuale e Terapia Familiare rappresentano infatti due ambiti applicativi della Teoria Sistemica. Boscolo e Bertrando (1996) forniscono un importante contributo al tema sostenendo che molte delle terapie individuali da loro effettuate possono essere considerate come terapie familiari indirette pur sottolineando che “...l’attenzione maggiore è rivolta alla conversazione interna del cliente, alle sue premesse, pregiudizi ed emozioni, alle relazioni tra il suo mondo interno e il mondo esterno, e all’effetto che tutto ciò ha sui pensieri e sulle emozioni del terapeuta, che a sua volta influenza ricorsivamente il cliente” (Boscolo, Bertrando 1996 pag 57).

L’assenza di una non sostanziale differenza tra terapia sistemica familiare e individuale è sostenuta anche da Telfener (2008) secondo la quale quello che conta sono le caratteristiche del pensiero sistemico utilizzabili nel leggere i contesti, intervenire sui progetti sociali e nel fare terapia familiare o individuale. “Personalmente preferisco incontrare individui singoli ma in seduta presentifico molte persone e poco mi occupo di ciò che avviene solo tra le orecchie di un solo individuo” (Telfener 2008). Un ulteriore importante contributo al tema ci viene fornito da Bianciardi (2008) quando sostiene che l’approccio sistemico può e deve essere considerato il più appropriato per

affrontare una psicoterapia individuale. Tale affermazione è motivata dalla considerazione che in una psicoterapia individuale è fondamentale la relazione nel “qui ed ora” e che l’ intervento sistemico si caratterizza proprio per il ruolo primario attribuito alla relazione del presente tra terapeuta e paziente.

Un importante contributo teorico a supporto dell’ intervento psicoterapeutico individuale ci viene fornito dal “Quadrilatero Sistemico” (Mosconi , 2004).

Secondo Mosconi, Tirelli e Neglia (2013) il vantaggio per l’intervento terapeutico individuale derivante dall’applicazione di tale modello è quello di mantenere costantemente e contemporaneamente attiva l’attenzione del terapeuta sia all’individuo che al suo Sistema. Rispetto all’individuo il terapeuta può considerare il vissuto, il livello di sofferenza, il modo di descrivere, le aree semantiche significative ed il sistema percettivo-reattivo prevalente. Rispetto al Sistema è possibile porre invece attenzione alla funzione occupata da ciascuno individuo, alla complementarietà delle varie funzioni e alla storia del gioco familiare collettivamente co-costruito. Secondo Mosconi (2004) è fondamentale che nella terapia individuale la costruzione dell’ “ipotesi sistemica” consideri tutti i livelli del Quadrilatero mettendoli in connessione tra di loro. La decostruzione e ridefinizione del problema seguirà così le quattro polarità del Quadrilatero considerando tanto le dimensioni individuali (Problema vissuto e Conflitto Intrapsichico) quanto quelle relazionali (Incongruenze Comunicative e Conflitto Relazionale) del problema.

Relazione terapeutica e alleanza terapeutica

E’ ormai opinione comune derivante da

buona parte della ricerca che uno dei principali aspetti che può favorire il cambiamento in psicoterapia è rappresentato dalla relazione terapeutica tra paziente e terapeuta (Norcross 2011). Tale relazione viene descritta con i termini di presa in carico, ingaggio, alleanza, vicinanza emotiva, distanziamento, contenimento, identificazione, empatia, risonanza e rispecchiamento (Sbattella 2012). Ma cosa si intende per relazione terapeutica? E per alleanza terapeutica? Tendenzialmente i due termini sono usati come sinonimi, ma, in realtà, i due concetti sottendono significati gerarchicamente diversi.

La relazione terapeutica è un concetto più ampio e sovraordinato, composto da diverse parti tra cui appunto l'alleanza terapeutica. Quest'ultima rappresenta quindi una delle variabili che possono portare alla costruzione della relazione terapeutica, anche se da molti autori è considerata il fattore più importante per valutare l'efficacia della psicoterapia. Secondo Bordin (1979) l'alleanza terapeutica costituisce un prerequisito per il cambiamento in ogni forma di psicoterapia a prescindere dall'ambito teorico di appartenenza e costituisce il fattore terapeutico aspecifico con maggiore capacità di predire il buon esito del trattamento, configurandosi così come un nucleo concettuale e clinico di estrema rilevanza.

Il concetto di alleanza terapeutica nasce in ambito psicoanalitico e riguarda la creazione della relazione terapeutica nel qui ed ora ma è importante sottolineare la profonda differenza tra la gestione del concetto di alleanza in terapia psicodinamica ed in terapia sistemica. Nella prima, essendo la relazione con il terapeuta il centro stesso della terapia, l'interpretazione del transfert e del controtransfert, vale a dire di ciò che viene proiettato nella relazione, assume

un'importanza fondamentale nella terapia. Nell'approccio sistemico, al contrario, il centro della terapia sono le relazioni esterne del paziente e ciò che avviene nella relazione è funzionale a tale analisi. A questo proposito risultano significative le riflessioni di Bianciardi (2008) secondo il quale, a differenza di tutti gli altri approcci che considerano la relazione come un mezzo che può favorire ed ostacolare il processo terapeutico, i sistemici considerano primaria la relazione nel "qui ed ora". E' attraverso la relazione nel presente che si può ridefinire il passato del paziente cioè il racconto soggettivo delle proprie esperienze passate.

Moretti e Poggioli (2015) in riferimento alle premesse delle "costellazioni familiari individuali" descrivono così la costituzione dell'alleanza terapeutica: "Nella seduta individuale il terapeuta ed il cliente sono uno di fronte all'altro in una relazione di reciproca collaborazione, responsabilità e influenza in cui il sistema familiare del cliente incontra il sistema familiare del terapeuta. Entrambe le figure, infatti, nell'incontro terapeutico, sono portatrici di tutte le loro relazioni ... e il terapeuta entra temporaneamente nel sistema familiare del cliente".

E' importante a questo punto entrare maggiormente nel merito della costruzione dell'alleanza terapeutica chiedendoci quali caratteristiche personali e quali capacità individuali del terapeuta possono favorirla o, al contrario, ne possono rendere più probabile la compromissione. Ackerman e Hilsenroth (2003) hanno evidenziato numerosi attributi del terapeuta favorevoli all'alleanza, tra i quali la capacità di esplorare temi interpersonali, l'elevato livello di metacognizione, la tendenza a favorire l'espressione di emozioni in un'atmosfera di sostegno e attivo incoraggiamento, la capacità di assumere un ruolo collabo-

rativo nel dialogo col paziente, la genuinità dell'interesse per l'esperienza del paziente, l'accuratezza e la parsimonia nelle interpretazioni.

Sull'altro versante, sono stati individuati anche i fattori ostacolanti l'alleanza, tra cui ad esempio l'autoreferenzialità del terapeuta, la tendenza a distrarsi quando il paziente parla, lo scarso coinvolgimento emotivo nello scambio, la sfiducia nelle proprie capacità di aiutare il paziente, la tendenza a criticarlo e a colpevolizzarlo, l'uso inappropriato dell'autosvelamento e del silenzio. Inoltre, i risultati di una prolungata ricerca curata da Norcross e Wampold (2011) hanno messo in luce, quale "fattore di efficacia terapeutica promettente ma ancora non sufficientemente supportato da dati di ricerca", proprio lo stile di attaccamento del terapeuta, capace di influenzare l'alleanza terapeutica e l'outcome.

Un ulteriore importante contributo alla comprensione del concetto di alleanza terapeutica ci è fornito da Telfener (2014) secondo la quale si tratta di una collaborazione efficace derivante dall'incontro e ha l'effetto di definire il processo ma non i suoi contenuti e i suoi sviluppi. L'alleanza non deve quindi essere considerata un concetto statico ma un mezzo attraverso il quale in momenti differenti della terapia possono attivarsi aspetti specifici del processo. Dal mio punto di vista risulta fondamentale il riferimento alle componenti dell'alleanza terapeutica che vanno oltre le competenze e le conoscenze professionali del terapeuta e che risultano fondamentali per creare un contesto favorevole al percorso terapeutico. "La relazione è fatta anche di sguardi, giochi linguistici che accomunano, parole chiave che vengono ripetute, ripetizioni, domande che emergono dalla curiosità del clinico, dalla sua capacità di stupirsi e di non semplificare i

dati che gli vengono offerti, dalla disponibilità a non banalizzare la realtà del paziente e dalla possibilità di non organizzare in maniera univoca e rigida i capti che seleziona rispetto ad uno sfondo" (Telfener 2014)

Terapeuta vedente e paziente non vedente

La relazione terapeutica rischia di essere di per se asimmetrica, perché il terapeuta si trova in un ruolo di potere rispetto al paziente (possiede maggiori conoscenze, stabilisce le regole, la cadenza e la modalità degli incontri, ecc.). Esserne consapevoli aiuta a ridurre progressivamente il divario e a favorire l'empowerment del paziente. Nel caso in cui il paziente soffra di un deficit visivo tale asimmetria viene incrementata dal fatto che solo il terapeuta può utilizzare tutte le informazioni e le risorse derivanti dalla relazione. L'impossibilità per il paziente di percepire appieno i segnali forniti dalla comunicazione non verbale del terapeuta rappresenta infatti un elemento centrale e merita sicuramente una riflessione specifica. Lo studio del "comportamento non verbale" dell'uomo ha come oggetto l'analisi delle caratteristiche peculiari e "dissociate" della natura umana che determinano le relazioni tra le persone vale a dire quello che, "al di là delle parole" e dei loro significati viene comunicato in termini di vicinanza oppure di ostilità, di fiducia oppure di diffidenza, di vitalità, di sicurezza di sé e degli altri oppure di paura.

Riferendoci più specificatamente al contesto psicoterapeutico l'attenzione alla comunicazione non verbale è stata dall'inizio motivata dall'intento di scoprire le emozioni "non palesi" dei pazienti ma è stata applicata anche allo scopo di gestire gli interventi del terapeuta e le sue stesse reazioni emotive nei confronti del paziente, non ché d'investigare le

caratteristiche della relazione psicoterapeutica.

Alcuni studi sulla “comunicazione non verbale” (Edward e Hall, 1963), ne propongono un’interessante classificazione formale, per quanto riguarda le forme di “comunicazione non verbale”, viene distinta la comunicazione non verbale “statica” (ad esempio il modo di vestirsi e/o di modellare il proprio corpo, ad esempio con i tatuaggi o andando in palestra) dalla “comunicazione non verbale dinamica” (il modo fisico di atteggiarsi tramite i gesti). Vengono infine distinti, nell’ambito della “comunicazione non verbale dinamica” la comunicazione cosiddetta “prossemica” (riguardante la gestione degli spazi e delle distanze fisiche fra le persone); la comunicazione “cinesica” (l’insieme delle comunicazioni gestuali di tipo non verbale); la comunicazione “para-linguistica” (gli aspetti non verbali delle comunicazioni verbali, quali il tono, il volume, la prosodia ed il ritmo della voce, il raschiarsi la gola, il calo “involontario” della voce, il sospirare e lo sbuffare mentre si parla); la comunicazione “digitale” (tutte le caratteristiche e soprattutto le variazioni che si registrano nel contatto corporeo intenzionale, quali il brusco ed inopinato tocco, o al contrario l’improvviso sottrarsi ad un contatto fisico magari in precedenza abituale ed accettato); la comunicazione “olfattiva” (l’emissione non consciamente intenzionale sia di odori provenienti dalle ghiandole apocrine che di ferormoni ad effetto subliminale, emissioni le quali nel loro complesso regolano una buona parte delle interazioni inconsce fra individui).

Appare evidente come per un paziente non vedente l’unica forma di comunicazione non verbale percepibile e quindi utilizzabile sia quella “para-linguistica”.

Drago bianco occhi blu: il caso di Marco

Marco è un ragazzo di 16 anni che con il padre, la madre ed un fratello di 31 anni vive in un paese di provincia. Frequenta con ottimi risultati il terzo anno del Liceo linguistico presso la città capoluogo. Dall’età di circa 5 anni, a causa di una malattia degenerativa, Marco ha cominciato a perdere progressivamente la vista da entrambi gli occhi ed è stato sottoposto a numerosi e dolorosi interventi chirurgici nel tentativo di ostacolare il decorso della malattia. Oggi Marco ha perso completamente la vista. Lo psicologo del servizio di Neuropsichiatria Infantile, che mi ha inviato il caso, segue Marco e la sua famiglia da circa 6 anni. Sono stati, e vengono ancora effettuati, incontri con Marco e i suoi genitori (il fratello maggiore di 31 anni si è quasi subito defilato) attraverso i quali è stato garantito un supporto psicologico alla famiglia nell’affrontare e gestire le dinamiche relazionali collegate al dolore decorso della malattia. Marco ha anche effettuato un percorso individuale di supporto psicologico circa 3 anni fa grazie al quale ha superato le importanti difficoltà di relazione con i coetanei che in quel periodo caratterizzavano le sue relazioni con l’esterno del nucleo familiare.

Marco è anche seguito da una neuropsichiatra, da un medico dell’Azienda USL esperto in Istruzione all’Orientamento, alla Mobilità e all’Autonomia personale e dall’assistente sociale.

Al momento dell’inizio del percorso terapeutico, che abbiamo intrapreso da circa dieci mesi, Marco aveva sviluppato un comportamento ossessivo compulsivo nei confronti della propria igiene personale. Era arrivato a rimanere sotto la doccia per quasi 4 ore e si lavava molto frequentemente le mani fino a procurarsi abrasioni da sfregamento. Tale di-

sturbo, vissuto sia da Marco che dalla sua famiglia con molta sofferenza, e' stato alla base della proposta di intraprendere un percorso di psicoterapia individuale.

Venne organizzato un incontro per presentarmi a Marco e prendere accordi per l'inizio della terapia.

Oltre a me e allo psicologo della Neuro Psichiatria Infantile, erano presenti anche Marco e suo padre. Venne ribadita la proposta del percorso individuale chiedendo sia al padre che a Marco cosa ne pensassero. Il padre, coerentemente con l'atteggiamento corporeo di rigidità e di "distacco", disse che lui non credeva a queste cose ma per il bene di Marco, come aveva sempre accettato tutte le cure e gli interventi finì ad ora effettuati, avrebbe accettato anche questo. Marco disse invece di essere convinto di averne bisogno e di credere che questa esperienza avrebbe potuto aiutarlo. Nella seconda parte dell'incontro il padre venne fatto uscire per poter concordare con Marco quale avrebbe potuto essere l'obiettivo di questo percorso. Senza la presenza del padre Marco è apparso molto più a proprio agio e disse di aspettarsi di poter essere aiutato a sentirsi più rilassato e meno stressato facendo esplicito riferimento al disturbo che in questo momento lo faceva stare molto male.

Descrivo di seguito alcuni passaggi che, dal mio punto di vista, hanno assunto un ruolo fondamentale nel percorso terapeutico che sto effettuando con Marco: l'alleanza terapeutica, le ipotesi, l'intervento terapeutico e la fase attuale della terapia.

Per effettuare questa descrizione riporto alcuni stralci delle sedute risultate significative per ognuno di questi passaggi.

L'alleanza terapeutica

1^ seduta

... Il tema che ha occupato quasi tutto il tempo della seduta è stata la descrizione da parte di Marco di un particolare gioco con le carte (YU GI HO) di cui è' espertissimo tanto da partecipare sia a competizioni on-line che a tornei di persona. Mi spiega le complicatissime regole sottolineando la propria esperienza e competenza. Mi dice che esistono centinaia di migliaia di carte (e continuano a crearne di nuove) ognuna delle quali rappresenta un personaggio fantastico dotato di particolari attributi e caratteristiche. Il gioco consiste nel duellare con un avversario facendo scontrare le varie carte.

Incuriosito dal gioco descritto da Marco provo ad informarmi cercando YU GI HO su internet. Apro una pagina a caso dove compare un primo elenco di carte tra le quali una in particolare colpisce la mia attenzione :

Nome del Set: "La leggenda del Drago Bianco occhi Blu"

Nome della carta : "Drago Bianco occhi Blu" ,

Attributo : Luce, combatte l'oscurità

Caratteristiche : "pochi tra quelli che l'hanno incontrato sono sopravvissuti per poterlo raccontare



2^ seduta

... Riprendendo il tema della prima seduta chiedo a Marco quale sia la sua carta preferita del gioco YU GI HO. Marco mi dice

“Drago Bianco Occhi Blu”. Racconto quindi a Marco quanto è successo e condividiamo l'emozione che tale episodio ha suscitato in entrambi...

Da questo primo passaggio appare evidente come in alcuni casi alcuni segnali dell'intensità della relazione terapeutica si manifestino da subito, senza nessuna apparente motivazione e senza che ci sia stato nemmeno il tempo, per terapeuta e paziente, di imparare a conoscersi. Questi episodi racchiudono qualcosa di "magico" che prevarica qualsiasi possibile spiegazione razionale. Se si ha possibilità e forse la capacità di riuscire a cogliere tali segnali quando si presentano, l'intensa emozione che ne deriva condivisa da entrambi gli attori, si può creare una fondamentale premessa perché la relazione terapeutica possa intensificarsi durante il percorso.

Quali ipotesi?

Le informazioni sulla storia di Marco e della sua famiglia che mi sono state trasmesse nella presentazione del caso, mi hanno portato a pormi una domanda: come stava vivendo Marco la propria adolescenza? La riflessione che ne è derivata è che non fosse per niente facile per Marco dover continuare a vivere come un bambino nel corpo di un adolescente. L'ipotesi è che il sintomo abbia assunto il compito di “giustificare” il proseguimento della dipendenza di Marco dai suoi genitori anche in questa fase della vita nella quale desidererebbe compiere esperienze in autonomia. E' come se Marco dicesse: “continuo a dipendere dai miei genitori per il mio disturbo non perché il mio deficit visivo non mi permette di essere autonomo”. Tale dipendenza coinvolge direttamente anche i genitori di Marco ed è per questo che sia per la formulazione e la verifica dell'ipotesi è risultato fondamentale

il confronto con il collega che stava effettuando l'intervento terapeutico con la famiglia.

2^ seduta

... Alla mia richiesta di descrivermi il suo rapporto con i coetanei Marco racconta un episodio relativo ad un confronto avuto il giorno prima con un compagno di classe. Di fronte all'ennesima richiesta da parte di questo compagno di poter copiare il compito (Marco si presenta a scuola sempre preparato e con i compiti fatti) egli racconta di essersi per la prima volta rifiutato di accondiscendere alla richiesta dicendo che anche lui avrebbe preferito andare in giro a divertirsi invece che studiare. Fino ad allora assecondare le richieste dei compagni di classe aveva rappresentato il modo per essere visto e considerato. Subito dopo Marco racconta un episodio avvenuto qualche giorno prima. Mentre faceva la doccia come spesso accade la madre è entrata nel bagno urlandogli di finire di lavarsi visto che era già più di un'ora che era sotto la doccia. L'espressione del viso, il tono della voce e l'atteggiamento corporeo hanno evidenziato una grande rabbia e una profonda sofferenza da parte di Marco da lui poi espressa anche a parole. “Io so benissimo che è sbagliato stare tutto quel tempo sotto la doccia ma più me lo dicono più sento il bisogno di starci”...

4^ seduta

... Marco mi parla ancora della scuola e del rapporto con i compagni (spesso conflittuale con i maschi e più positivo con un gruppetto di ragazze). Gli chiedo come sono queste ragazze e se gliene piace qualcuna. Mi dice che preferisce il rapporto con qualcuna di loro ma specifica che gli interessano solo come amiche con cui parlare... gli chiedo se gli capita di avere desideri e fantasie

di natura sessuale. Mi dice che non ne ha perché “sono pudico”. Mi parla di una ragazza che conosce da bambino e che gli piace. Non si frequentano quasi mai perché non è in classe con lui e abita in un altro paese. ... Gli chiedo di raccontarmi come si immagina tra 10 anni. Mi racconta molto tranquillamente che sarà laureato e starà organizzando il suo matrimonio con la ragazza che conosce da bambino e che ad un certo punto gli ha detto che lo ama. Gli chiedo se prima di allora pensa che avrà già baciato una ragazza e lui dice di no e ribadisce di essere molto pudico e che bacerà solo la ragazza che sposerà ...

I contenuti emersi durante queste sedute hanno un elemento in comune e cioè il desiderio di Marco di differenziazione, di autonomia e di indipendenza sia fisica che affettiva mentre l'atteggiamento di protezione e di cura da parte dei genitori (amplificato dal sintomo) comporta il permanere di una relazione genitori - bambino. La dipendenza quasi totale che Marco vive soprattutto in famiglia non gli permette quindi di sperimentare la sensazione di autonomia necessaria per vivere sia i conflitti che l'inizio dell'interesse sessuale nei confronti dell'altro sesso tipici dell'adolescenza. La strutturazione di una morale così rigida aiuta forse Marco ad affrontare tale frustrazione.

L'intervento terapeutico: una sfida al sintomo

15^ seduta

... Propongo a Marco di immaginare di effettuare una partita di YU GI HO contro il sintomo. Come succede quando partecipa ai tornei io posso affiancarlo come fa suo padre ma l'esperto è lui. E' lui che deve valutare e decidere quali mosse compiere perché, come mi ha spiegato, per vincere una

sfida si devono definire le strategie partendo dalle caratteristiche dell'avversario.

Chiedo a Marco di pensare alle caratteristiche del sintomo, ai suoi punti di forza e ai suoi punti deboli e partendo da questi possiamo elaborare una strategia di attacco.

Marco accetta questa proposta mostrandosi divertito e orgoglioso nello stesso tempo...

16^ seduta

... Dopo un periodo in cui ha chiesto alla madre di aiutarlo a lavarsi, Marco mi dice che ha ricominciato a lavarsi da solo. Si dimostra molto soddisfatto e rilassato. Adesso per fare la doccia ci mette poco più di un ora. Mi ricollego all'idea della sfida al sintomo come una partita di YU GI HO. Marco mi racconta di aver pensato al sintomo come avversario, alle sue caratteristiche e mi dice che ha pensato di identificarlo con la carta “Mummia Infetta”.

VS



L'esteriorizzazione del sintomo ha permesso a Marco di sentirlo come altro da se e di vivere la sensazione di poter avere un ruolo attivo rispetto al suo disturbo e quindi di non subirlo. Ritengo che tale importante passaggio sia stato possibile grazie all'alleanza terapeutica che si è creata. Sentendomi al suo fianco senza dipendere da me, Marco ha potuto sperimentare la

sensazione che il sintomo è altro rispetto a che può essere lui a decidere in modo attivo. *La situazione attuale: "adesso so di potercela fare"*

20^ seduta

... Dico a Marco che penso sia opportuno fare insieme il punto della situazione rispetto al nostro percorso. Su cosa abbiamo lavorato? Cosa è cambiato e cosa ancora c'è da fare? Marco mi dice quali sono stati i cambiamenti fino ad ora intervenuti: il suo disturbo è più sotto controllo ed è passato in secondo piano rispetto ad altri aspetti rilevati della propria vita come la scuola e il rapporto con i coetanei. Marco dice che però il cambiamento più grande è che "adesso so di potercela fare" ...

Conclusioni

Il percorso terapeutico effettuato con Marco rappresenta un'esperienza personale e professionale estremamente significativa. Tale esperienza, unita alle riflessioni sugli aspetti specifici della terapia sistemica individuale, mi ha portato a confermare il ruolo fondamentale dell'alleanza terapeutica rispetto ai possibili risultati del percorso di aiuto. L'incontro con Marco mi ha inoltre dimostrato come, in alcuni casi, possa accadere qualcosa che influisce in modo determinante sul creare una vicinanza e una relazione indipendentemente dall'intenzione o dalla volontà delle due persone che condividono l'esperienza della terapia. Ho sperimentato che quando ciò accade si creano le condizioni per poter sviluppare una buona alleanza terapeutica attraverso la quale è possibile far emergere ed affrontare i contenuti specifici determinanti un buon esito del percorso terapeutico.

Un'ulteriore importante riflessione derivante da questa esperienza è che, nel momento

in cui si effettua contemporaneamente un percorso terapeutico sia con la famiglia che con uno dei suoi componenti, risulta determinante un costante confronto tra i terapeuti che seguono i due percorsi. Il lavoro congiunto è risultato infatti fondamentale per la formulazione delle ipotesi, per la loro verifica e per la definizione di un percorso che considerasse in modo sistemico il ruolo centrale delle relazioni familiari. Nel caso specifico l'impostazione sistemica dell'intervento è stata maggiormente valorizzata dall'integrazione di tutto il contesto di cura coinvolto: psicologo individuale, psicologo familiare, neuropsichiatra e assistente sociale.

Bibliografia

- Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J. (2003) *A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance*. Clinical Psychology Review, 23, 1-33.
- Bianciardi, M. (2008). *Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale* in Connessioni n. 20 - 2008
- Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. Psychotherapy: Theory, Research&Practice, 16(3), 252-260.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996) *Terapia sistemica individuale*. Cortina editore
- Edward, T. Hall (1963) *A System for the Notation of Proxemic Behavior* American Anthropologist 65(5) 1003-1026
- Mosconi, A. (2004) *Terapia relazionale-sistemica con l'individuo. Una sfida per l'integrazione di diverse ottiche di lavoro* in Terapia Familiare n.76 – pagg.64 – 68
- Moretti, M., Poggioli, D. (2015) *Manuale di Costellazioni familiari individuali*. Alpes Roma
- Mosconi, A, Tirelli, M., Neglia, V. *Il quadrilatero sistemico: una storia per narrare altre storie* in Terapia Familiare n. 101 - 2013
- Norcross, J.C. (2011) *Psycotherapy relationship that work*. Oxford: Oxford Univerity Press
- Norcross, J. C., Wampold, B. E.(2011) *Evidence-based Therapy relationships: Research conclusions and clinical practices*. Psicoterapia vol 48(1) 98-102

- Sbattella, F. (2012) *Reframing, metafore e relazioni*. In Cambiamenti 2-2012, 5-14
- Telfener, U. (2008) *Riflessioni sulla terapia sistemica individuale* in Connessioni, n.1 – 2008
- Telfener, U. (2014) *La relazione terapeutica come azione riflessiva* in Bianciardi, M., Telfener, U. *Ricorsività in psicoterapia*. (2014) Torino Bollati Boringhieri

Seduti fra due sedie

Francesca Scuntaro¹⁸

Sommario

Rispondere alla domanda: “chi sono?” può apparire allo stesso tempo semplice e complicato. Ciascuno di noi ha una propria idea rispetto a chi è nei vari contesti sociali. Una definizione unica della nostra identità è impossibile da dare e, spesso, l’idea che abbiamo di noi si modifica quando ci pensiamo nei diversi ruoli che ricopriamo nella nostra quotidianità. Quale fatica, allora, può incontrare un adolescente migrante quando deve definire se stesso, adulto in divenire ed individuo che appartiene a mondi diversi. Quanta incertezza nella definizione di sé, quanti bagagli carichi di aspettative e di investimenti pesano sulle sue spalle. Quante risorse alle quali attingere se riesce a stare in equilibrio tra mondi diversi, richieste diverse, identità multiple. Quanta forza nella diversità, se le varie opzioni che si hanno davanti non diventano una scelta per esclusione, ma la possibilità di indossare diversi abiti nei diversi contesti. Non scegliere tra opzioni, ma conoscersi per differenza dall’altro, costruendo ponti che colleghino i diversi mondi, in modo tale che la diversità diventi risorsa, non solo per il paziente ma anche per il terapeuta.

Parole chiave

adolescenza, intercultura, etnopsichiatria, sistemica, migrazione, identità

Abstract

“Who am I?” is a simple and complicated question at the same time. All of us have our own idea about who we are in the various social contexts. It is impossible to provide a unique definition of our identity since it changes constantly according to the current role we are playing in our multifaced daily life. Migrant teenagers find hard to define themselves because they are individuals that belong to different worlds and adults-in-training with a heavy load of expectations and investments. But they also have many resources they can draw on if they manage to find a balance between multiple identities, environments and requests. If choice is not a process of elimination, diversity will become a resource, allowing people to wear different clothes in different contexts. Knowing yourself is not a mere selection among various options, but a process of self-other differentiation, bridging the distance between cultures, turning differences into resources, this consideration applies not only for the patient but also for the therapist.

Key words:

Adolescence, interculturality, ethnopsychiatry, systemic, migration, identity

¹⁸Francesca Scuntaro III anno IDIPSI scuntaro@libero.it

1. Essere adolescente

«Chi sono? Sono la mia età. Sono le mie abilità e sono le mie difficoltà. Sono la mia pelle, i miei valori, le mie incertezze. Sono figlio, sono nipote. Sono le regole che ho conosciuto e quelle che ho violato. Sono individuo imbevuto delle relazioni in cui mi sono immerso fin dalla mia nascita. Sono il prodotto di tutto quello che ho vissuto... e forse addirittura sono qualcosa in più, sono la somma delle mie esperienze e dei pensieri che mi hanno preceduto. Sono un individuo che ha ancora molte esperienze da fare, sono poroso di fronte alle nuove esperienze che dovrò affrontare. Sono persona in divenire. E questo un po' mi spaventa» (Scuntaro, 2016, pp.7-8).

Essere individui in divenire non è facile: l'incertezza che governa la forma, il futuro, il modo di essere nel mondo, in relazione con gli altri, è una delle grandi difficoltà che accompagnano i nostri giorni. Quest'incertezza può essere una delle risorse più grandi che possiamo avere se solo impariamo a farci cullare dall'incertezza stessa, perdendo un po' il controllo.

Pensarsi su una zattera in mezzo al mare può sembrare estremamente spaventoso, pensarsi su una nave da crociera è rassicurante, ma noioso. Le emozioni vissute durante una traversata su un catamarano vengono descritte così (Chetta, 2012):

«I pericoli sono tanti. Siamo stati sulla coda di una tempesta per 5 giorni. Notti senza stelle, buio pesto. Ma ho ancora negli occhi le stenelle (delfini) che surfano onde di 6 metri, incredibile, mai viste saltare così in alto. Siamo consapevoli degli enormi rischi che comporta un'impresa del genere. Eppure l'oceano in qualsiasi condizione ci dà pace.

Anche una tempesta è accolta con pacifica rassegnazione e rispetto. Siamo degli intrusi in questo spicchio di mondo e l'unico pensiero è sentirsi pronti. In pieno Atlantico la luna è larga come un maxischermo da cinema. Vista da qui è impressionante. Sono rimasto ore a guardare la prima luna illuminare la distesa d'acqua. È un incanto, è stato come guardarla per la prima volta. Viaggio per mare da tanti anni ma per fortuna non mi abituo mai, resto ancora rapito da una volta stellata, dall'incontro coi capodogli, da onde che ti frullano per giorni».

Cosa ci vuole, dunque, per sentirsi al sicuro su un catamarano, in mezzo all'oceano, per poter godere di ciò che ci circonda senza farsi prendere dalla paura e dalla necessità del controllo? Probabilmente essere sicuri di ciò che si è, del fatto che si hanno a disposizione tutte le risorse di cui si ha bisogno per affrontare il mare aperto, una buona conoscenza della strumentazione e buoni compagni di viaggio sui quali contare. Conoscere se stessi e i propri "strumenti", le proprie risorse è uno degli obiettivi che ciascun uomo si pone nel proprio processo di crescita. È un processo in divenire, che non si acquisisce una volta per tutte, ma che progredisce via via nel tempo, con l'esperienza e con l'età stessa. Probabilmente si possono unire i puntini della propria esistenza per scoprirne il disegno solo alla fine dell'esistenza stessa, in mezzo ci sta il processo della scoperta. Riprendendo la domanda iniziale "Chi sono" diventa difficile dare una risposta unica, precisa, soprattutto in un periodo di vita come quello dell'adolescenza in cui il processo di costruzione identitaria è nella sua fase di massima evoluzione.

Per definizione l'adolescenza (da verbo latino *adolesco* "crescere", ad *alesco* "cominciare a crescere" e *adultum*) è proprio quella fase del ciclo di vita che caratterizza la transizione dallo stato di bambino a quella di adulto. È un periodo lungo, mutevole da individuo ad individuo e da cultura a cultura. È un processo di crescita che, attraverso le trasformazioni fisico-corporee, accompagna il ragazzo attraverso profondi cambiamenti psicologici, cognitivi, degli affetti e delle competenze sociali (Confalonieri, Grazzani Gavazzi, 2008). L'adolescenza, dunque, è un processo di costruzione dell'identità all'interno del ciclo di vita, che si realizza affrontando compiti evolutivi specifici propri della fase di vita in cui il ragazzo si trova e coerenti con le aspettative della società in cui esso vive. L'adolescenza, infatti, con le sue difficoltà legate alla ricerca di un'identità di genere, con le grandi rivelazioni legate alla metacognizione, con la possibilità di sviluppare un pensiero logico-matematico complesso e un pensiero narrativo che permette la creazione di storie nuove e coerenti, con l'acquisizione della capacità di mentalizzare le emozioni, fornisce al ragazzo una palestra nella quale allenarsi da un punto di vista emotivo, affettivo, sociale in funzione di un domani adulto. Buona parte di questa sperimentazione nasce ed è permessa dal tipo di attaccamento che il ragazzo ha sperimentato con le proprie figure di riferimento. Più positiva sarà la relazione di attaccamento con i genitori, tanto più l'adolescente si sentirà libero e in grado di sperimentare nuovi legami. La possibilità di osservare il mondo, prenderne le distanze, discutere in modo curioso ed appassionato attorno ai propri interessi, spostando l'attenzione dal piano del comportamento agito a quello della narrazione permette

all'adolescente di definire e conoscere la propria identità, in un processo continuo di trasformazione e di affinamento delle proprie componenti identitarie, sul piano individuale e sociale. Esplorare le diverse alternative che si pongono di fronte agli occhi del ragazzo, scegliere su cosa impegnarsi, porta l'adolescente a riorganizzare i propri equilibri, a scoprire nuovi pezzetti che costituiscono la propria identità; un'identità, ovviamente, non monolitica e acquisibile una volta per tutte, ma un processo in costante trasformazione e costruzione, prodotto attraverso la fitta rete di relazioni con gli altri. Un processo che evolve attraverso le storie che l'individuo racconta, storie che prima ancora che prodotti culturali, sono repertori di significati, di comportamenti, di emozioni che definiscono se stessi e gli altri.

Roveda (2013) suggerisce che per definire la propria e l'altrui identità non si possa far altro che raccontarsi. L'identità, per lui, altro non è che una sorta di auto-narrazione co-costruita con gli altri, un'autobiografia mai conclusa e definita dal contesto.

2. Adolescenza in una terra "altra"

Se è vero che i ragazzi stranieri, al pari di quelli italiani, devono affrontare numerosi passi evolutivi per conquistare la propria identità è anche vero che «il significato degli stadi di sviluppo e delle transizioni, i compiti evolutivi e i rituali del ciclo di vita dell'individuo e della famiglia possono essere tutti fortemente guidati dalla cultura, dalle pratiche tradizionali» (Andolfi, 2004). Le famiglie, infatti, trasmettono ai nuovi nati la cultura attraverso tutti quegli artefatti materiali ed immateriali che hanno a propria disposizione. Questa possibilità di trasmettere la propria cultura ai figli e di ancorarli alle proprie tradizioni avviene,

naturalmente, anche quando ci si trasferisce in un nuovo paese.

L'io culturale (Inghilleri e Terranova-Cecchini, 1991) si costruisce attorno ad una triplice dimensione: quella filogenetica (o asse spirituale), quella ontogenetica (asse esistenziale) e quella socioculturale (o dei significati). Venire al mondo significa nascere all'interno di un tempo che non è solo quello presente, ma che include l'asse verticale degli antenati. Comprende tutto ciò che ha preceduto la venuta dell'individuo e che ha permesso la nascita in quel determinato contesto, in quel gruppo sociale. L'asse ontogenetico riguarda la dimensione esistenziale, la storia individuale della famiglia ristretta. L'eredità non è solo il patrimonio genetico, ma l'insieme dei messaggi verbali e non verbali, consci e inconsci che si trasmettono da genitore a figlio. Possiamo pensare ai genitori come a dei mediatori culturali: tramite loro si trasmette il patrimonio di oggetti, simboli, credenze, valori, in altre parole la cultura del gruppo (Inghilleri, Castiglioni, 2013). Quando un bambino arriva al mondo è uno "straniero" per la famiglia che lo ospita. Non a caso la gara che si avvia fin dai primi istanti è la ricerca di somiglianze, di appartenenze. È la necessità di legarlo a un gruppo, per riconoscerlo come proprio. Il bambino che viene al mondo, secondo Kaës (2010), è «servo e beneficiario degli investimenti che la famiglia e il gruppo fanno su di lui». Immaginiamo quanto forte sia questo legame nei casi di adolescenti migranti. Quale tipo di investimento emotivo, culturale ed evolutivo peserà sulle spalle di questi ragazzi. Quanto sarà difficile per loro gestire le aspettative genitoriali quando queste entrano in conflitto con le scelte di affiliazione alla cultura del paese di

accoglienza. È facile che gli adolescenti in questa loro fase di vita vivano in una continua ambivalenza che, spesso, gli stessi genitori creano: da un lato si chiede ai ragazzi di adeguarsi, di adattarsi al nuovo ("studia, vai bene a scuola"), dall'altro gli si chiede di non assimilarsi troppo, di non cambiare ("parli sempre l'italiano"). Talvolta, addirittura, si assiste a fenomeni di parentificazione: i genitori chiedono sostegno e supporto ai figli (soprattutto nei casi in cui il ragazzo abbia una migliore conoscenza della lingua e della nuova cultura). Questo non fa che creare una perdita di autorevolezza dei genitori ed una conseguente inevitabile perdita, nei figli, di quella sicurezza "narcisistica" che dovrebbe caratterizzare la fase esplorativa tipica dell'adolescenza. Pietropolli Charmet (2010, p.28) descrive così l'adolescente:

«Narciso, inserito in legami liquidi e malleabili, nel pieno della crisi delle ideologie e del sacro, sente che può dedicarsi al culto del sé. Narciso cerca se stesso attraverso la registrazione delle emozioni che sperimenta mentre mette in scena il proprio temporaneo copione. Sperimenta diversi look e molte fogge, e registra l'effetto che fanno.» [...] «Attraverso il piercing porta alla superficie del corpo un frammento della sua identità interiore, registra l'emozione e la mette in memoria. Narciso procede per tentativi ed errori, spesso si corregge e disdice l'identità temporanea che aveva assunto sull'onda di un'emozione fallace. Può contraddirsi quando vuole, poiché nessuno pretende che sia coerente con dei valori assoluti. Gli adulti non chiedono più ai ragazzi di genuflettersi e chiedere scusa, ma anzi li lasciano liberi di cercare se stessi. Agli adolescenti è permesso definire la propria identità attraverso la creatività, non più forgiata dagli

adulti, da modelli educativi forti. Narciso non potrebbe essere Narciso se il contesto non glielo consentisse: se il mondo in cui cerca di crescere fosse caratterizzato da una forte autorità paterna, l'adolescente non potrebbe consentirsi di essere se stesso, ma dovrebbe mediare tra le istanze educative, quelle personali e quelle temperamentali.»

Ma quale possibilità si crea per gli adolescenti migranti per cui l'esplorazione non solo non può essere messa in atto perché non esiste una "base sicura" da cui partire per esplorare, ma in sé racchiude anche l'implicita scelta, se perseguita, di non dimostrare lealtà nei confronti della propria famiglia? Com'è possibile evolvere nel processo di crescita se il paradigma separazione-individuazione poggia su basi che per definizione entrano in contraddizione? Come suggeriscono Inghilleri e Terranova-Cecchini (2013), potremmo riformulare la domanda tipicamente adolescenziale "Chi sono" in: "Dove devo iscrivermi? Nella comunità cui sentono di appartenere i miei genitori o in quella in cui sono cresciuto?"

3. La condizione del migrante: stare "fra"

Ciola (1997), parlando della condizione del migrante, utilizza la metafora dello stare "fra due sedie". Secondo lo psichiatra questo termine non dovrebbe rimandare all'incapacità di fare una scelta, ma ad una condizione che, al contrario, offre la possibilità di scegliere tra maggiori opportunità, migliori risorse e ricchezze. Certo, più facile a dirsi che a farsi: quando il migrante arriva nella nuova società che lo ospita si trova a dover affrontare diverse sfide. Che l'individuo sia un adulto, un bambino o un adolescente, sicuramente si troverà a doversi relazionare con un pensiero diverso

dal proprio. Nell'incontro con le istituzioni e con i gruppi informali dovrà esplorare nuove tipologie di relazione, scoprire nuovi sentimenti. Probabilmente dovrà apprendere nuove lingue, nuovi costrutti sociali, dovrà ricercare nuove strategie per affrontare i problemi. Si dovranno «costruire e riorganizzare le strutture familiari, tenendo conto non solo della famiglia e della società d'origine ma anche delle esigenze della società d'accoglienza, cercando di preservare la propria identità culturale» (Ciola, 1997, pp. 21-27).

La migrazione comporta un viaggio in cui le aspettative con le quali il migrante parte vanno a comporre una parte importante del bagaglio dell'individuo stesso. Sono le aspettative del singolo, ma anche quelle della famiglia di origine e della comunità che lo vede protagonista del viaggio verso una speranza di una vita nuova per se stesso e magari anche per chi resta.

Ciola (1997) riflette su come il migrante sia costantemente costretto in bilico tra questo "stare fra". In primis *fra* le aspettative della società d'origine e della società d'accoglienza, dove la prima si attende che il migrante continui a perpetuare la cultura d'origine, i valori, le tradizioni, la lingua della società a cui appartiene, mentre la seconda si aspetta che l'individuo abbracci la nuova cultura quale segno inequivocabile di una totale dedizione nei confronti della nuova società, unico simbolo di sincera appartenenza al nuovo contesto e unità di misura della reciproca fiducia. Dove si colloca l'adolescente in questo "fra"? Quali sono le attese che il ragazzo sente pesare sulle sue spalle? Non può certamente deludere le aspettative dei suoi genitori. Proprio loro che hanno affrontato la difficile scelta di lasciare tutto per regalargli un futuro migliore! Come

può scegliere di voltare le spalle ai valori che hanno reso così fieri e forti i suoi genitori? E d'altra parte come può non sentirsi parte di un posto che l'ha accolto e che lo fa sentire diverso se non si colloca/si mimetizza tra gli altri? Come può non sentirsi vicino ai nuovi valori che condivide con il gruppo dei propri pari?

Il secondo grande *fra* è quello che colloca il migrante tra due lingue: se il relativismo linguistico insegna che è la lingua che costruisce il pensiero, ci possiamo rendere conto di quanto sia difficile per un individuo riuscire a comunicare, a dialogare, a narrare la propria storia in una lingua diversa non solo da un punto di vista grammaticale, ma che è un vero e proprio artefatto culturale e che, in quanto tale, porta con sé i costrutti sociali della nuova società in cui l'individuo vive. La lingua diventa un potente mezzo attraverso il quale l'individuo può pensarsi e può narrarsi. Attraverso il linguaggio è capace di potersi relazionare agli altri, essere consapevole dei propri diritti e dei propri doveri, diventa un mezzo attraverso il quale colui che parla meglio la lingua del nuovo paese detiene il potere ed il privilegio di potersi relazionare con le istituzioni. Si pensi agli adolescenti che fanno da tramite per i propri familiari nei colloqui con la scuola o negli studi medici: quale potente strumento hanno a loro disposizione per rovesciare la struttura gerarchica che esiste all'interno della famiglia! Per questi ragazzi stare fra due lingue significherà poter creare contesti in cui utilizzare prevalentemente una delle due lingue, dando significati diversi alla propria appartenenza.

Il terzo *fra* è quello che colloca il migrante fra due tempi: da un lato il passato, con il suo carico di ricordi, di emozioni legate ad un posto ed una rete di relazioni lontane.

Dall'altro il futuro, carico di aspettative, dubbi e incertezze. Un futuro sul quale vi è un forte investimento e in cui tanta è la paura di fallire. Edelman (2003) a tal proposito, suggerisce come, nel lavoro con i migranti, spesso lo spazio di terapia si concentri su tempi diversi, con lo sguardo del migrante rivolto al passato e quello del terapeuta rivolto al futuro, verso la necessità di accompagnare il migrante al raggiungimento del processo d'integrazione. Inutile dire che l'adolescente, soprattutto per le sue caratteristiche evolutive, in questo "fra" può sentirsi particolarmente incerto. Un tempo passato ancorato a ricordi che forse per lui non hanno gli stessi significati che hanno per i genitori, un tempo futuro che per definizione è pervaso da incertezza e che, se per i genitori può rappresentare il tempo del rientro a casa, per lui difficilmente assume lo stesso significato. Stare fra passato e futuro per l'adolescente significa doversi ancorare al presente, con la difficoltà di creare un ponte tra quello che è stato e quello che verrà.

Ciola (1997) parla di migrazione *fra* nonni, genitori e figli, ricordando che il processo migratorio si svolge almeno tra tre generazioni che, spesso, non si trovano allo stesso momento nello stesso paese. «Ognuno deve combinare le proprie aspettative con quelle degli altri, tutte impregnate di emozioni e di incertezze, ognuno deve decidere da chi si separa per raggiungere chi, quando e come, ma, in ogni caso, raccogliendo la sfida di imparare a vivere con l'emozione suscitata dalle separazioni inevitabili e ripetute.» Questa considerazione introduce l'altro "fra", quello che si colloca fra il definitivo ed il transitorio, che guarda alla migrazione come un progetto a termine o che evolverà nella scelta di non rientrare nella terra d'origine.

Scelta che spesso diventa obbligata, diventando un “transitoriamente definitivo”. Il migrante si trova anche *fra* due spazi: fra qui e l’altrove. «Nulla è uguale, diceva Fatima. Né i suoni, né i colori, né le voci, né gli odori, né le strade, né le case, né la cucina, né l’educazione... come ritrovarcisi? Come ritrovare la vita spogliata che si aveva in paese? Persino le settimane, le feste e i mesi sono diversi!» (Bonvicini, 1992, p. 37). Abitare uno spazio significa abitare i suoi costrutti, le abitudini, le tradizioni. Sentirsi tra due spazi significa creare nuovi contesti ricchi di significati nuovi e miscelati, in cui dar vita a innovative crasi.

Nello stare in bilico tra tutti questi “fra”, il migrante non può che stare *fra* il diritto ed il dovere: «ha il diritto di star bene nella sua nuova situazione ma ha il dovere di non dimenticare la famiglia e il paese d’origine. Star bene è suo dovere nei confronti della famiglia e ricordare la famiglia e il suo paese d’origine è un suo diritto rispetto alla società d’accoglienza» (Ciola, 1997, pp. 25).

Ciò che succede durante il processo migratorio è che l’individuo, con la sua famiglia, spesso si trova in bilico *fra* due coerenze: una coerenza interna, quella che si trova solitamente tra i membri della famiglia e che spesso rappresenta la voce della terra d’origine e una coerenza esterna, necessaria per poter entrare in relazione con il nuovo contesto. In questo confine tra coerenza interna ed esterna si colloca l’adolescente, che per definizione, in cerca della propria autonomia, sente la necessità di prendere le distanze dal proprio sistema familiare e cerca la propria appartenenza nei sistemi che si creano e che vive al di fuori della famiglia stessa.

4. Il lavoro clinico con i migranti. *Fra* etnopsichiatria e sistemica

L’etnopsichiatria si basa su un principio assai chiaro: “gli *altri* culturali hanno un sapere che va conosciuto ed utilizzato attivamente nella cura”.

Se è vero che la cultura viene mediata dagli artefatti culturali e che tali artefatti assumono la doppia proprietà di contenere informazioni (quindi di mantenere la cultura nel tempo attraverso la trasmissione generazionale) e di emettere informazioni (prescrivendo i comportamenti che i vari soggetti devono mantenere), allora il nucleo attraverso il quale è utile lavorare in ambito di clinica transculturale può essere proprio quella di cercare di capire quale tipo di *esperienza* le persone facciano quando interagiscono con questi artefatti. Inghilleri e Castiglioni (2013) affermano che «gli stessi artefatti possono essere usati in maniera differente, assieme ad altri, come il cibo e le ricorrenze sociali e religiose, permettendo di acquisire la cultura genitoriale in una linea di continuità transgenerazionale; essi possono produrre identità e senso di continuità, ma se mal utilizzati possono concorrere all’insorgenza o addirittura causare patologia». Come già detto in precedenza far convivere artefatti diversi e riuscire a rimanere in bilico tra culture spesso notevolmente diverse può essere una sfida assai ardua, soprattutto per i ragazzi adolescenti.

Le persone che giungono in terapia spesso portano storie che le imprigionano in dinamiche statiche, rigide che non permettono uno svolgersi fluente e flessibile della loro vita. Essendo le persone fatte di cultura, spesso quando lavoriamo con i soggetti migranti, ci troviamo a osservare storie che hanno creato blocchi, dis-funzioni. Conoscere gli artefatti è indispensabile

per mettere a nudo le relazioni tra i miti, credenze, ideali comuni di una società (garanti metapsichici) e istituzioni reali (garanti metasociali), in modo da poterli modificare laddove risultino essere fonte di patologia.

Gli artefatti, all'interno del contesto di terapia, non sono solo l'oggetto della terapia stessa, ma diventano un suo strumento. Di più, tutto ciò che entra nel contesto di terapia è artefatto culturale, lo spazio di terapia stesso (lo specchio unidirezionale, il setting...) diventa un luogo di incontro tra culture. Il colloquio clinico, allora è un incontro tra moltissimi artefatti diversi, alcuni portati dal paziente, altri dal terapeuta, altri ancora dalla terapia stessa (spazi, strumenti clinici, teorie di riferimento). Inghilleri e Castiglioni (2013) riflettono attorno agli artefatti del paziente: li distinguono principalmente in artefatti portati (oggetti materiali o simbolici per descrivere se stessi e le proprie appartenenze -una canzone, una foto...), evocati (il genogramma) e oggetti culturali quotidiani (le proprie relazioni con i sistemi sociali). Lavorare con gli artefatti significa da un lato recuperarne il significato, dall'altro riscoprirlo e risignificarlo. Se questo tipo di lavoro è utile con tutti i migranti, a maggior ragione diventa fondamentale nell'incontro con gli adolescenti che stanno cercando di costruire la propria identità. Attraverso il lavoro sugli artefatti, infatti, si possono ricostruire le storie del paziente, riconnettere pezzi della sua storia, rendere il soggetto più consapevole delle sue caratteristiche culturali. Contemporaneamente può diventare maggiormente consapevole delle caratteristiche culturali del contesto con cui interagisce e di quanto esse divergano o somiglino alle proprie (Inghilleri, Castiglioni, 2013).

Spesso riflettere sull'abbigliamento, il cibo, le aspettative che i genitori nutrono nei confronti dei figli, fa emergere artefatti importanti come la religione, i ruoli familiari e di genere, la funzione nella società. Se questi artefatti non vengono verbalizzati, pur essendo condivisi nel contesto di migrazione, rischiano di rimanere "vuoti" e di manifestarsi esclusivamente come una radicalizzazione di comportamenti (es. indossare un determinato abbigliamento può essere l'unico modo per manifestare il proprio credo religioso o l'unica modalità per dimostrare rispetto ai propri genitori; mangiare un determinato cibo, l'unico mezzo per dimostrare appartenenza culturale) (Inghilleri, Castiglioni, 2013). Recuperare il significato più ampio di questi artefatti permette di riconsiderarli nel loro ruolo originario e permette all'individuo di poter mediare il loro significato anche nel nuovo contesto di vita. Il fine della terapia, soprattutto con le seconde generazioni, quindi, potrebbe essere quello di restituire all'individuo una "personalità culturale" in cui non vi sia una semplice assimilazione a valori o modalità comportamentali di per sé vuoti di significati, ma una scelta consapevole della volontà di portare dentro di sé pezzi di identità passata e presente, riconoscendosi all'interno di un processo identitario in divenire in cui artefatti dell'"altrove" possano essere risignificati all'interno del nuovo contesto di vita. Soprattutto nel lavoro con gli adolescenti lavorare attraverso disegni proiettivi e con il genogramma transculturale, può essere un modo utile per riconnettere pezzi di storia mancante ed aiutarlo nella rinarrazione di se stesso e della propria identità.

5. Il terapeuta fra due sedie

Lavorare con individui e famiglie migranti significa entrare in relazione con persone che hanno in sé vissuti e rappresentazioni sociali dell'organizzazione familiare, delle gerarchie, dei confini, delle modalità di accudimento dei figli e delle transizioni all'interno del ciclo di vita spesso molto distanti da quelle che appartengono a noi. Come fare, dunque, per poter costruire una relazione terapeutica in cui la fiducia reciproca possa consolidarsi quando le premesse risultano così distanti? Quando l'appartenenza ingroup/outgroup crea di per sé lontananza e diffidenza? Quando chi sceglie di affidare il proprio figlio ad un terapeuta può non conoscere o non credere nelle modalità di intervento che quel terapeuta pratica (o, magari, averne persino paura)? Quando lo stesso terapeuta si trova a lavorare con un sistema che resiste, che non collabora, che è molto diverso dal proprio modello di riferimento? O ancora, quando il terapeuta è talmente consapevole delle differenze che si strutturano tra il "lui" ed "gli altri" che corre il rischio che i propri pregiudizi, pur consapevoli, traccino un solco che si avvicina più all'antropologia che alla terapia? Sapere che un minore appartiene ad una determinata cultura, professa una data religione, vive in un nucleo familiare in cui i ruoli di genere sono ben determinati, non rischia di condurre ad un pregiudizio che influenza il lavoro con la famiglia? Probabilmente la modalità più funzionale sta nella capacità di riflettere in modo chiaro ed aperto rispetto ai reciproci artefatti, in modo da poter evidenziare le differenze tra le culture (quella del paziente e quella del terapeuta), dando validità ad entrambe. Acquisire come terapeuti una posizione basata sia sul "non sapere" che sul "sapere parzialmente" (Roveda, 2013), consapevoli

di «potersi connettere con similarità umane universali e riconoscendo e rispettando differenze culturali», può rivelarsi uno strumento utile per muoversi all'interno del contesto clinico. Roveda (2013) suggerisce di "chiedere e non presumere", dando allo spazio di terapia stesso la possibilità per il terapeuta di apprendere dal paziente, in questo contesto più che mai, e al paziente di sperimentare uno spazio fisico in cui esista un'interazione quotidiana positiva tra culture diverse.

Conclusioni

Soldati (2013, pp. 42) suggerisce che è proprio nell'incontro tra la terapia sistemica e la terapia transculturale che il terapeuta ha l'occasione di incontrare l'altro.

«La cura diviene un'operazione di ricerca (posizione espressa sia da Nathan che da Boscolo), intrapresa in un gruppo/dispositivo di operatori (come praticato da Nathan), attraverso un processo in cui si costruiscono insieme alla famiglia delle ipotesi (Boscolo) che tengono conto delle eziologie tradizionali (Nathan). Ipotesi che considerino il problema come qualcosa che abbia senso all'interno del contesto di riferimento (Boscolo) ma comprensivo degli aspetti culturali e religiosi e da esplicitare (Nathan). L'ipotesi deve rappresentare tutti gli elementi del problema, essere quindi sistemica (Boscolo) ma soprattutto utile ed efficace in quanto portatrice di nuove informazioni, sconosciute al curante, e capaci di innescare il cambiamento attraverso prescrizioni coerenti con il sistema culturale e religioso di appartenenza (Nathan). Il problema non esiste indipendentemente dai sistemi osservanti che reciprocamente e collettivamente lo stanno definendo. Se le eziologie sono nell'occhio dell'osservatore

che percepisce il mondo attraverso le lenti della propria cultura, della famiglia, della lingua, il prodotto che ne risulta non rappresenta qualcosa di privato ed autonomo, ma riflette quelle di un gruppo di appartenenza, anche professionale. La pratica sistemica è da sempre orientata alla curiosità, intesa come capacità di appassionarsi al funzionamento del sistema, di ricercarne modalità alternative di funzionamento. Ciascun sistema ha una sua logica, né vera, né falsa, ma semplicemente operativa. Il terapeuta può incuriosirsi e senza assumere il ruolo di esperto, costituisce uno spazio di riflessione con la famiglia. Attraverso domande circolari, connotazioni, rituali, co-costruisce con la famiglia un quadro differente, con l'idea di descrivere nuove alternative di funzionamento. Una co-costruzione facilitata da un'attenzione al linguaggio non più soltanto inteso come un mezzo, ma come un fine della terapia: ascoltando le parole e le metafore dei parlanti si può comprendere come costruiscono la loro realtà».

Lavorare in gruppo, poter creare uno spazio in cui parlare più lingue può essere lo strumento attraverso il quale lavorare utilizzando tutte le risorse disponibili. È necessario aiutare l'altro a raccontarsi per conoscersi e conoscere, lavorando in un'ottica di "e-e", in modo da costruire un'identità complessa, un sapere in divenire, un tutto in trasformazione: le lingue, le culture, le esistenze. E allora il terapeuta potrà considerarsi egli stesso come un adolescente, libero da vincoli e immerso nella possibilità di farsi incuriosire e di sperimentare, capace di indossare molte identità e consapevole che il fallimento non può essere vissuto come un limite ma il

punto da cui partire per crescere, attraverso una continua formazione ed in continua trasformazione.

Bibliografia

- Andolfi, M. (2004). *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale*. Milano: Franco Angeli.
- Bonvicini, M.L. (1992). *Immigrer au féminin*. Paris: Les Éditions Ouvrières.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ciola, A. (1997). Stare qui stando là (star seduto tra due sedie, o... la condizione del migrante), *Terapia della famiglia*, 54, 21-27.
- Chetta, A. (2012). *Solcare l'Atlantico su un catamarano. Tempeste e balene: il nostro Oceano Mare*. (2016). http://corrieredelmezzogiorno.corriere.it/napoli/notizie/arte_e_cultura/2012/11-giugno-2012/solcare-atlantico-un-catamaranotempeste-balene-nostro-oceano-mare-201553122814.shtml.
- Confalonieri, E., Grazzani Gavazzi, I. (2008). *Adolescenza e compiti di sviluppo*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Devereux, G. (1956). *Normali ed anormale. Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma: Armando Editore.
- Edelstein, C. (2003). La costruzione dei sé nella comunicazione interculturale. *Studi Zancan*,
- *Famiglie immigrate e società multiculturali*, 7.
- Inghilleri, P., Castiglioni, M. (2012). *Capire e curare gli adolescenti*. Milano: Guerini e associati.
- Inghilleri, P., Terranova-Cecchini, R. (1991). *Avanzamenti in psicologia transculturale. Nuove frontiere della cooperazione*. Milano: Franco Angeli.
- Kaës, R. (2010). *Le alleanze inconsce*. Roma: Borla.
- Roveda, L. (2013). Narrazione e migrazione, *Connessioni*, 19-37.
- Pietropolli Charmet, G. (2010). *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*. Roma-Bari: Editori Laterza.
- Scuntaro, F. (2016). Chi sono io?, *Familiariamente*, 13, pp.7-8.
- Soldati, M.G. (2013). Intersezioni: la mediazione etnoclinica tra pratica etnopsichiatrica e sistemica, *Connessioni*, pp. 39-61.

La punta dell'iceberg: Approccio sistemico e dinamica relazionale In un caso di co-dipendenza affettiva

Romina Ceroni¹⁹

Sommario

Studi clinici sulla co-dipendenza affettiva mostrano come la relazione si basi sui bisogni e i disagi dell'altro. E' un fatto relazionale in cui la dipendenza di un individuo consolida e conferma le forme di disagio dell'altro (Gabbard, 1995). In questo lavoro, prendendo in esame un caso di co-dipendenza affettiva, cercheremo di mostrare come l'approccio sistemico consenta di affrontare un processo terapeutico che permetta di andare oltre il singolo individuo, focalizzando l'attenzione sulle dinamiche relazionali, sottolineando come la dipendenza in età adulta possa essere una sfaccettatura di un processo più complesso radicato nel tempo.

Parole chiave

Relazione terapeutica, Integrazione, Attaccamento, Cambiamento, Trasformazione relazionale.

Abstract

Clinical trials on co-emotional dependence show that the relationship is based on the needs and discomforts of the others. It is a relational fact in which the dependence of the individual consolidates and confirms the other forms of hardship (Gabbard, 1995). In this work, examining a case of co-emotional dependency, we will try to show how the systemic approach capable of addressing a therapeutic process that allows to go beyond the individual, focusing on the relationship dynamics, emphasizing how addiction in adulthood can be one facet of a more complex process rooted in time.

Key words:

Therapeutic relationship, Integration, Attachment, Change, Relational transformation.

¹⁹Romina Ceroni, allieva IV anno IDIPSI

PREMESSA: la natura relazionale dell'uomo

La bellezza e la fatica della pratica psicoterapeutica emergono dal passaggio dalla conoscenza teorica all'esperienza pratica. La nostra società ha costruito categorizzazioni per ogni tipo di condizione di vita; in particolare, ha determinato che l'individuo possa essere portatore di una psicopatologia. Quando una persona si rivolge a dei professionisti, spesso, si presenta con l'etichetta che lo identifica, ricevuta, costruita o co-costruita.

In questo lavoro abbiamo voluto presentare un'esperienza concreta, basata sul confronto con la persona, non tanto con la diagnosi che ci è stata presentata. Abbiamo cercato di mettere a frutto l'esperienza formativa ricevuta alla Scuola Sistemica Integrata di Parma nel tentativo di elaborare significati che consentissero di aprire nuovi gradi di libertà (*"Agire in modo da aumentare il numero delle scelte, proprie e altrui"* sosteneva H. Von Foerster), sia per la paziente che per gli stessi terapeuti.

Il presupposto iniziale è stato quello di prendere in considerazione la natura relazionale dell'uomo. Perciò, prima ancora di visitare il mondo della paziente, abbiamo cercato di guardare alla relazione che veniva a crearsi nell'ambiente terapeutico, considerandola il cuore del lavoro e portatrice d'importanti significati (Bianciardi, Telfener, 2014).

Partendo da ciò, abbiamo potuto confrontare questa relazione con il sistema relazionale della paziente, con l'obiettivo di dare spazio a nuovi significati e a una conoscenza più articolata e integrata di sé.

La co-dipendenza affettiva come processo relazionale

La co-dipendenza è definita dal DSM-V come una condizione psicologica-relazionale in cui una persona è controllata o manipolata da un'altra affetta anch'essa da una condizione patologica; indica la condizione in cui un individuo dipende dal bisogno pervasivo di essere controllato o di controllare l'altro (Biondi, 2014). Spesso ciò comporta l'eccessiva preoccupazione verso i bisogni degli altri, a discapito dei propri. Questo atteggiamento può verificarsi in ogni tipo di relazione, familiare, lavorativa, amicale, di coppia, e può essere caratterizzata da schemi e meccanismi di negazione, di controllo, da bassa autostima e da eccessiva accondiscendenza (M. Selvini Palazzoni, S. Cirillo, M. Selvini, A. M. Sorrentino, 1998). Le persone affette da disturbo narcisistico di personalità, o con tratti marcatamente narcisistici, rappresentano delle potenti calamite per le persone co-dipendenti.

In generale, la co-dipendenza consiste in una costellazione di comportamenti, pensieri e sentimenti che vanno oltre il normale livello di accudimento. Infatti non si riferisce a tutti i comportamenti o sentimenti accuditivi, ma soltanto a quelli che presentano una chiara connotazione eccessiva e dannosa (Lingiardi V., 2005).

Chi decide di non voler affrontare il cambiamento e quindi la rottura della relazione, oppone resistenza a qualsiasi percorso terapeutico. Chi decide di intraprendere un percorso terapeutico attua già un cambiamento: stabilisce di interrompere il meccanismo della dipendenza e affrontarne le conseguenze sul piano emotivo e relazionale.

Nella nostra esperienza in ambito clinico

abbiamo potuto vedere che ciò che determina la subordinazione è la relazione a due: il fattore essenziale sotteso a questo disturbo è costituito dal tentativo, più o meno inconscio, di colmare il vuoto intrapsichico e la bassa autostima. Questo tipo di disturbo è connesso a un forte deficit nella capacità di gestione e modulazione delle emozioni e nella capacità di stabilire vincoli affettivi con altre persone, a causa di un sottostante modello dell'attaccamento marcatamente insicuro. Trattandosi di una tipologia di un disagio che pervade tutti gli ambiti di vita della persona, essa tende a mantenere una struttura relativamente stabile e cronica per l'intero arco di vita della persona, a meno che non venga opportunamente trattato con un adeguato intervento psicoterapeutico.

Nelle relazioni amorose, afferma Gloria Noriega Gayol nel suo libro *"Il copione della co-dipendenza nella relazione di coppia"*, le persone co-dipendenti manifestano nei confronti del partner un tipo di attaccamento "ansioso" caratterizzato da: continua e pervasiva necessità di sapere di essere amate e dall'esigenza di costanti conferme; ricerca incessante di un partner potenziale per una relazione affettiva e scelta precipitosa dello stesso; profondo timore di non essere amate; intense paure di perdita dell'oggetto del proprio amore e gelosie frequenti; idee contraddittorie sull'amore e sui propri sentimenti; grandi difficoltà a rompere la relazione (Mickelson, Kessler, Shaver 1997).

In chiave sistemica, ciascuno di noi si mostra dipendente nella relazione: necessità di approvazione, empatia, conferme e ammirazione. La vera indipendenza non è né possibile né auspicabile; ma quando la dipendenza affettiva raggiungere una forma così estrema da rinchiudere la persona

in una forte sofferenza, si può parlare di patologia.

La dipendenza si alimenta dal rifiuto, dalla negazione di Sé, dal dolore implicito nelle difficoltà e cresce in proporzione inversa alla loro risolvibilità. Quello che incatena nella dipendenza affettiva è l'ingiustificata, assurda, sconsiderata presunzione di farcela, la presunzione di riuscire, prima o poi, nell'intento di farsi amare.

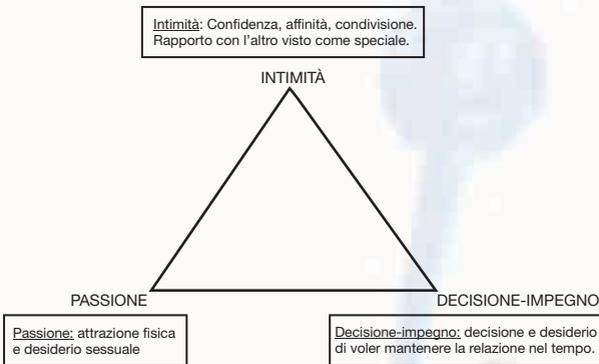
Correlazione tra co-dipendenza e amore

Abbiamo utilizzato la parola amore per definire la relazione affettiva che instaurano i co-dipendenti affettivi. Secondo lo psicologo Robert Stenberg, l'amore richiede onestà e integrità personale perché rappresenta un accrescimento reciproco. Gli affetti che comportano paura e sofferenza, tipici della dipendenza affettiva, sono invece destinati a distruggere l'amore.

L'amore dipendente è ossessivo e tende a lasciare sempre minori spazi personali. Nelle sue diverse forme di attaccamento e nelle sue manifestazioni più positive e più sane, l'amore rappresenta un'importante capacità e, al contempo, un naturale e profondo bisogno di ogni essere umano. Talvolta, la frustrazione o l'assenza di esperienze serene di questo sentimento umano, frequenti nell'attuale società ricca di rapporti instabili, possono generare un disconoscimento o una negazione di questo bisogno, che rappresenta invece un importante ingrediente di un sano sviluppo psicofisico e di una buona salute mentale e fisica nella vita adulta.

Quando un rapporto affettivo diventa un "legame che stringe" in cui si altera stabilmente l'equilibrio tra il "dare" e il "ricevere", l'amore può trasformarsi in un'abitudine a soffrire fino a divenire una

vera e propria “dipendenza affettiva”, un disagio psicologico che è in grado di vivere nascosto nell’ombra anche per l’intera vita di una persona, ponendosi tuttavia come la radice di un costante dolore e alimentando spesso altre gravi problematiche psicologiche, fisiche e relazionali. Lo psicologo Robert Sternberg ha elaborato un’interessante teoria sulle componenti e le possibili configurazioni di questo sentimento. La *teoria triangolare dell’amore* vede l’amore come il risultato di tre componenti: intimità, passione e decisione/impegno, collocabili metaforicamente ai vertici di un triangolo.



L’amore, in qualsiasi forma esso si manifesti, è caratterizzato da reciprocità. Il dizionario della lingua italiana lo definisce come “Dedizione appassionata ed esclusiva, istintiva e intuitiva fra persone, volta ad assicurare reciproca felicità”.

Nella co-dipendenza affettiva l’amore si struttura e costruisce sulla paura dell’abbandono, sull’altro come necessario alla propria sopravvivenza, come afferma Enrico M. Secci nel libro *“I narcisisti perversi e le unioni impossibili”*.

E’ facile intuire quindi come nella relazione terapeutica si parta da premesse teoriche diverse rispetto ai significati che si danno alle dinamiche relazionali.

Caso clinico: La storia di Isabel

Isabel è una ragazza di 32 anni, arriva in consultazione autonomamente. Riferisce di non sentirsi mai all’altezza delle situazioni. Nel narrare la storia di quand’era bambina i suoi atteggiamenti e il tono di voce cambiano. Dice di non essersi sentita considerata e apprezzata dalla madre, definita da lei anaffettiva. La figura paterna è sempre stata sottomessa alla moglie e, in nessun caso, ha osato contraddirla nel suo comportamento con la figlia. Le sue relazioni familiari erano una corsa a dimostrare di essere all’altezza delle aspettative altrui.

La co-dipendenza affettiva affonda le sue radici nel rapporto con i genitori durante l’infanzia. Le persone dipendenti, da bambine, hanno ricevuto il messaggio che non erano degne di essere amate o che i loro bisogni non erano importanti.

Nella co-dipendenza affettiva la relazione di coppia è vissuta come condizione unica, indispensabile e necessaria, per la propria esistenza. Diventa la linfa vitale di cui quotidianamente nutrirsi. Chi vive questo tipo di dipendenza attribuisce all’altro un’importanza tale da annullare se stessi, non ascoltando i propri bisogni e le proprie necessità. Tutto questo per evitare di affrontare la paura più grande: la rottura della relazione (Pascale Chapaux Morelli, Pascal

Couderc in “La manipolazione affettiva nella coppia”).

Isabel è attratta da uomini egocentrici, sicuri di sé che non le danno particolare attenzione. Una corsa a dimostrare di essere la persona giusta, degna di essere vista e amata. Parla del compagno come di una persona speciale e lei fa di tutto per renderlo felice perché “lui merita il meglio”. Andando a fondo nel racconto emerge la vera identità dell’uomo: egoista, egocentrico, ai limiti del narcisismo, sfuggente.

Anche se faticoso, risulta importante mostrare alla paziente la relazione per quello che realmente è; spesso durante la terapia abbiamo incontrato una grande resistenza. Nel caso di Isabel, la resistenza è stata talmente forte che per due mesi non si è presentata in terapia.

Capita, talvolta, di confrontarsi col fenomeno del DROP-OUT (in inglese «ritirarsi»). Isabel, seppur arrivata in terapia spinta da difficoltà che l’avevano motivata a chiedere aiuto, in maniera autonoma, ha deciso improvvisamente di interrompere il percorso nella sua fase iniziale.

Il percorso terapeutico: uno sguardo alle relazioni

Il fenomeno del drop out rischia di far nascere, nel terapeuta, un sentimento di profondo fallimento. Lo script che la paziente ha messo in atto nell’infanzia sembra essersi riattivato in terapia: la sensazione di non farcela e il senso d’inadeguatezza la portano a fare un passo indietro.

Isabel ha proiettato sulla terapeuta la figura di uno dei genitori?

La terapeuta non è stata sufficientemente empatica?

Cos’è accaduto nella relazione terapeutica

che può mostrare il carattere emotivo e cognitivo della dipendenza affettiva?

Quali possono essere le ragioni che hanno portato Isabel a interrompere un trattamento al suo inizio, senza darsi l’opportunità di trarne beneficio?

Isabel, per il bagaglio di premesse che portava con sé, non si è sentita pronta?

Che ruolo svolge la terapeuta all’interno della relazione con la paziente?

Tutti noi ci troviamo costantemente a confrontarci su due piani, quello ideale, immaginativo e quello reale, esperienziale che ci pone di fronte le nostre emozioni, vulnerabilità, fragilità. La capacità di Isabel di aggirare le proprie paure e le proprie reticenze, rivolgendosi a un professionista, ha dimostrato la presenza di risorse importanti. La terapia, però, è il momento in cui il paziente deve confrontarsi con la realtà della relazione terapeutica e capire se è in grado di sostenerla. Spesso, le divergenti aspettative, rappresentano uno degli elementi alla base della scelta di abbandonare il percorso. Questa presa di decisione, istintiva e probabilmente inconscia della paziente, risulta, a un’analisi accurata, tipica della dipendenza affettiva.

La relazione che stava prendendo forma, tra la terapeuta e la paziente, è risultata, con ogni probabilità, molto diversa dalle relazioni a cui era abituata ad avvicinarsi Isabel.

La terapeuta in quanto organismo osservante integrato nel sistema osservato ha potuto vedere in attività, nel qui ed ora, cosa è accaduto. L’esplicita condivisione di obiettivi, la chiara definizione di compiti reciproci e il tipo di legame affettivo caratterizzato da fiducia e rispetto, che si era costituito in stanza di terapia, ha messo Isabel di fronte ad una realtà di significati

molto lontani dalle sue premesse (Bordin, 1979).

Le emozioni che si muovono in noi e che noi muoviamo verso l'esterno, producono una risposta che in qualche modo ci torna, spesso con effetti sorprendenti (Bianciardi e Telfener). Per Isabel, molto probabilmente, è stato così. Il sentimento di malessere e insoddisfazione generale, le suggeriscono di tornare e voler uscire dalla relazione che, lentamente, la stava distruggendo.

Il ritorno della paziente in terapia ha reso possibile l'elaborazione di nuovi significati, in un sistema ricorsivo costituito da feedback e da autoriflessioni.

Il fenomeno del DROP-OUT ha rappresentato un importante spunto di riflessione per ragionare su come entrambe ci siamo poste all'interno della relazione terapeutica, la quale vive su un piano unico rispetto alle relazioni che normalmente ciascuna di noi vive nel proprio quotidiano (dimensione professionale, centrata sul raggiungimento di obiettivi concordati e che necessitano di essere ridefiniti nel tempo).

Il percorso con Isabel è ricominciato con l'intento condiviso di lavorare sui vincoli che hanno contribuito a costruire un'idea di sé inadeguata, insicura e non degna di amore, ripercorrendo necessariamente le tappe salienti della sua evoluzione. La relazione terapeutica è diventata un appuntamento fisso, vissuto con curiosità, rispetto e motivazione da entrambe le parti in gioco.

E costruire con la paziente nuovi significati nella relazione terapeutica prima ancora di guardare alle altre può risultare fondamentale. Quando poi la solitudine non è stata più motivo di disperazione ed Isabel si è accorta che stare sola la faceva stare bene, la sua ricerca incessante di un uomo, di un qualsiasi uomo, è terminata.

Per raggiungere l'intimità, infatti, si deve aver raggiunto un'autonomia personale, che permette di lasciarsi andare nella relazione, di esporsi, vincendo la paura di mostrarsi vulnerabili.

Lo scopo generale della terapia è quello di riattivare un processo di cambiamento, di crescita, di adattamento, attraverso l'uso di domande circolari, del genogramma, della tecnica delle sedie vuote (tipica della Gestalt), e della scultura. Per ottenere un risultato è necessario perseguire un duplice ampliamento dei gradi di libertà del sistema: sollecitando l'ampliamento degli scopi su cui investire e aumentando il numero di strategie di perseguimento utilizzate per ciascuno scopo terminale.

La relazione tra psicoterapeuta e paziente si presenta frequentemente come un vero e proprio legame di attaccamento, e in esso si possono rintracciare alcune delle caratteristiche specifiche di tale relazione, quali la ricerca di vicinanza, la protesta nei confronti della separazione e la ricerca di una base sicura (Weiss, 1982).

L'orientamento sistemico-relazionale spiega il comportamento dell'individuo focalizzando l'attenzione sull'ambiente in cui esso vive, sul sistema, sulla rete di relazioni significative di cui egli è parte e in tal senso considera la famiglia come sistema transazionale soggetto a cambiamenti. In quest'ottica, spieghiamo in che modo gli eventi problematici di un singolo individuo possano influenzare l'intera famiglia come unità funzionale, con effetti che si estendono a tutti i membri e alle loro relazioni. La terapeuta non considera il sintomo come l'espressione di problematiche individuali ma come indicatore di una disfunzione dell'intero sistema familiare.

L'intervento terapeutico con Isabel si è basato sull'osservazione delle modalità di

relazione tra la paziente e la sua famiglia e ha mirato a modificare, attraverso un processo di co-costruzione, i modelli disfunzionali presenti nel contesto entro il quale il disagio è emerso, stimolando le risorse personali e di conseguenza familiari, rafforzandone il funzionamento. Con Isabel è stato intrapreso un percorso di terapia individuale; tuttavia la paziente, con l'aiuto delle domande circolari poste le dalla terapeuta, pur essendo sola nella stanza di terapia, è riuscita a presentificare le voci dei suoi familiari.

L'attenzione del terapeuta sistemico è pertanto rivolta alla dimensione relazionale e interattiva del cliente, non tralasciando comunque pensieri, emozioni, storie e vissuti legati alla dimensione individuale. Il malessere presentato dalla paziente è stato letto quindi, non tanto come problema personale, ma come espressione di disagio di uno dei sistemi di appartenenza (nel caso di Isabel la famiglia di origine).

Nell'ottica sistemica l'identità individuale viene considerata come frutto delle relazioni significative che la persona ha intrattenuto nel corso della sua vita; pertanto, un eventuale problematica non viene letta e trattata come caratteristica insita nell'individuo, ma come esito di esperienze relazionali.

Il fine della terapia è trovare modalità relazionali diverse con i sistemi di appartenenza. L'approccio sistemico-relazionale può rivelarsi molto utile per le persone che ritengono avere delle difficoltà in specifici rapporti (di coppia, genitoriale, lavorativo).

Questo tipo di terapia è inoltre finalizzato a leggere alcuni eventi e situazioni in modo maggiormente tollerabile da un punto di vista emotivo e trovare un significato possibile a difficoltà personali e/o familiari. Il lavoro

psicoterapeutico non è dunque prettamente rivolto al trattamento del sintomo presentato ma alle situazioni relazionali che l'hanno generato. La psicoterapia sembra essere il modo migliore per esplorare, comprendere e modificare l'esperienza interiore di un altro essere umano. Ciò che sembra agire in maniera diretta in terapia non è tanto la procedura (il fare) ma la meta-procedura (il significato, cioè, che il paziente dà a ciò che si fa). Il terapeuta, sistemico e non, ha una grande responsabilità etica, sia sui comportamenti che sulle emozioni: è importante che consideri gli effetti impliciti del proprio agire sull'Altro, oltre che le intenzioni dei suoi comportamenti.

Nella relazione terapeutica con Isabel si è sentito quanto lo sforzo di integrare discipline diverse richieda una forte capacità sintetica e integrativa.

Per utilizzare una metafora, possiamo dire che lo psicoterapeuta si presenta come "protesi" della libertà e dell'autonomia del paziente: come la protesi non sostituisce completamente il movimento di un arto e suppone che il soggetto possa rimanere ed essere il centro beneficiante e attivante della protesi, così il terapeuta cerca di suscitare l'autonomia, la libertà e la responsabilità del soggetto, aiutandolo e integrandolo laddove e nella misura in cui l'individuo non ha la possibilità d'autogoverno. Per fare questo, è necessario agire in base ad un delicato equilibrio fra coinvolgimento, neutralità e non-attaccamento, onde non andare incontro ad effetti iatrogeni della terapia; inoltre è utile possedere una buona capacità allevante (promuovere cioè l'autostima e la creatività del paziente) e trans-motivante (trasmettere fiducia attraverso un fare empatico).

La costante valutazione dell'adeguatezza

del progetto terapeutico e la competenza strategica sono emerse come esigenza etica fondamentale. E' importante chiedersi "chi" rappresenta il terapeuta per la paziente, dovendosi talora collocare come il supplemento della libertà-responsabilità del soggetto. Il rischio di imporre al paziente valori etico-sociali altri e quindi di sostituire la sua capacità critica, invece di aiutarla a svilupparsi, deve essere continuamente valutato.

La costruzione di una buona alleanza di lavoro è pertanto il primo obiettivo della psicoterapia.

E' possibile considerare la psicoterapia come una nuova forma di relazione di attaccamento in grado di ristrutturare la memoria procedurale ed il transfert può essere considerato un effetto della memoria procedurale. Perciò una nuova considerazione dell'agente terapeutico come l'esperienza in vivo di una forma di relazione e di attaccamento sicuro verso un coinvolgimento empatico (Attili, 2007).

Di per sé, come insegnano i nostri studi, nessun presidio terapeutico utilizzato si può considerare esaustivo e onnivale; per questo motivo è necessario che il terapeuta compia una prima scelta etica quando decide di assumere un indirizzo piuttosto che un altro, ma soprattutto quando, dopo la fase esplorativa diagnostica, decide con piena responsabilità il progetto, la strategia terapeutica.

Considerazioni finali

Il concetto che abbiamo di noi stessi inizia a crearsi già dai primi mesi di vita, a partire dalle prime relazioni. Costruiamo le prime percezioni di noi dal modo in cui gli altri ci percepiscono e dal modo in cui ci percepiamo nel rapporto con gli altri. Le risposte da parte

delle figure significative dell'infanzia rispetto alle iniziative del bambino costituiscono la base per le sue aspettative future nella relazione con il mondo. In rapporto alle diverse esperienze di sé con gli altri, che in seguito s'integrano in funzione dei ruoli ricoperti nella società allargata, si crea la propria identità che tende successivamente ad autoconfermarsi, assumendo una certa stabilità. Infatti, ciò che pensiamo di noi stessi influenza il nostro comportamento e quindi innesca specifiche reazioni da parte degli altri. Un bambino che rappresenta se stesso come degno di amore e d'importanza e gli altri come rispondenti ai suoi bisogni, da adulto si comporterà di conseguenza, sicuro di ricevere amore e supporto nelle relazioni. Se c'è stata una cattiva sincronizzazione tra le risposte del bambino e del genitore, il bambino può rappresentarsi come non degno di attenzioni e costruire un'immagine negativa di sé che successivamente tenderà a confermarsi nelle relazioni successive.

In questo modo se una persona costruisce un concetto di sé negativo tenderà a confermarlo rimanendo intrappolato in un sistema che si autoalimenta, creando una serie di profezie che si auto-avverano; questa è la base su cui si possono costruire problemi nelle relazioni, come le continue delusioni nelle storie d'amore, la tendenza ad isolarsi o la difficoltà ad aprirsi e comunicare le proprie emozioni.

Il percorso con Isabel è stato una «danza» che ha permesso di costruire una coerenza narrativa e una conversazione partecipata. Terapeuta e paziente si sono fidate delle forze evolutive e adattive in campo.

Il principale problema nella risoluzione delle dipendenze affettive è l'ammissione di avere un problema. Esistono dei confini sottili tra ciò che è normale e ciò che, nell'abitudine

cronica, diviene dipendenza. La difficoltà nell'individuazione del problema risiede anche nei modelli di amore che, come si è detto, una persona affettivamente dipendente conserva nella propria memoria e che fanno ritenere determinati abusi e sacrifici di sé come "normali" in nome dell'amore.

Spesso, paradossalmente, è la "speranza" che fa sopravvivere il problema e che tende a cronicizzarlo: la speranza in un cambiamento impossibile, soprattutto in un contesto relazionale in cui si sono consolidati, pietrificati, dei ruoli e dei copioni da cui è difficile uscire. Così, paradossalmente, l'inizio del cambiamento arriva quando si raggiunge il fondo e si sperimenta la disperazione, che rappresenta la possibilità di sotterrare le illusioni che hanno nutrito a lungo il rapporto patologico.

L'obiettivo del processo terapeutico è rappresentato dall'acquisizione di consapevolezza, scoperta di una fragilità che coesiste con una forza in grado di permettere la visione del reale e la capacità di poter migliorare la propria vita.

Il successo della psicoterapia dipende molto (oltre che dagli aspetti tecnici del lavoro e dalla disponibilità maturativa del paziente), dall'instaurarsi di un rapporto affettivo profondo. In questo rapporto affettivo il paziente rivive molte delle emozioni che caratterizzavano la sua relazione, da piccolo, con le figure genitoriali. Ricordiamo che è proprio in questa relazione che si sono originate molte delle chiusure difensive che sono alla radice della sofferenza attuale. Il fatto che il paziente senta di "dipendere" dal terapeuta come da un genitore positivo, è un potente mezzo di successo della cura. Questa "dipendenza" riapre quella fiducia e quella disponibilità tipica dell'infanzia

così utile per riprendere produttivamente il cammino maturativo interrotto. È ovvio che in questo periodo il paziente deve essere guidato con competenza e con amore. Esiste un codice deontologico proprio per ricordare i limiti entro i quali questa relazione deve mantenersi.

La fase della "dipendenza" è un momento che, nell'evoluzione della terapia, viene superata, così come nello sviluppo di un bambino vengono superate le varie fasi evolutive.

La teoria ci dice che la terapia consiste in un cambiamento di credenze e scopi della persona sofferente e che i passi da percorrere sono sostanzialmente due:

In primo luogo si tratta di comprendere noi e rendere consapevole il paziente del suo modo di funzionare: si chiede al paziente di essere psicologo di se stesso. Una volta evidenziate le credenze che guidano la sua vita dolorosa si tratta di modificarle attraverso alcuni passaggi chiave: analizzare il contesto di apprendimento dove si sono strutturate, essendo ad esso adattive e accorgersi di quanto quel contesto sia cambiato rendendole attualmente patogene; valutarne la falsità e la dannosità; trovare delle credenze alternative con cui sostituirle. La terapia sistemica rientra tra quegli approcci terapeutici, che si occupano della famiglia in quanto sistema comunicativo. La famiglia è un sistema definito da regole, costituito da persone, da informazione e comunicazione. Queste regole descrivono e limitano lo spazio d'azione di ogni membro. Nel corso della terapia non si tratta solo di aiutare il singolo a capire, spiegare e interpretare la propria situazione, ma piuttosto di comprendere il "gioco familiare" che contribuisce al mantenimento dei sintomi. L'obiettivo è disinnescare

comportamenti consolidati, di cambiare il sistema e le regole e di creare un nuovo equilibrio.

Il segreto della buona riuscita della terapia è incontrare l'altro là dove si trova e condurlo ad un cambiamento di prospettiva.

Bibliografia

- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolucionistica della mente. Normalità, patologia, terapia*. Raffaello Cortina: Milano.
- Biondi, M. (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina: Milano.
- Bianciardi, M., Telfener, U. (2014). *Ricorsività in psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Raffaello Cortina: Milano.
- Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina: Milano.
- Carli, L. (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia. Il modello di Bowlby nell'interpretazione del ciclo di vita*, Raffaello Cortina: Milano.
- Castellano, R., Velotti, P., Zavattino, G. C. (2010). *Cosa ci fa restare insieme?* Il Mulino: Bologna.
- Cattorini, P. (1999), *Problemi di etica in psichiatria*, in Pancheri, P., Cassano, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*. Masson: Milano.
- Cirillo, S. (2005). *Cattivi genitori*. Raffaello Cortina: Milano.
- Crittenden, P. M. (1999). *Attaccamento in età adulta*. Raffaello Cortina: Milano.
- Gabbard, G. O. (1995). *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina: Milano.
- Ghezzi, N. (2006). *Quando l'amore è una schiavitù. Come uscire dalla dipendenza affettiva e raggiungere la maturità psicologica*. Le Comete, FrancoAngeli: Milano.
- Guerreschi, C. (2005). *New addictions. Le nuove dipendenze*. Edizioni San Paolo, Milano.
- Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Il Saggiatore, Milano.
- Lingiardi, V. (2005). *Personalità dipendente e dipendenza relazionale*. In "Le dipendenze patologiche" a cura di Caretti, V. e La Barbera, D. Raffaello Cortina: Milano.
- Miller, A. (1982). *Il dramma del bambino*

dotato e la ricerca del vero sé. Bollati Boringhieri: Torino.

- Miller, D. (1994). *Donne che si fanno male*. Feltrinelli: Milano.
- Noriega Gayol, G. (2015). *Il copione della codipendenza nella relazione di coppia*, Orientamenti, Città Nuova: Roma.
- Pascale, Chapaux-Morelli, Pascal Couderc. (2011). *La manipolazione affettiva nella coppia*_Psiconline
- Telfener, U. (2013). *Gli amori briciola. Quando le relazioni sono asciutte*. Edizione Magi: Roma.

La vita attraverso le sue lenti: La storia di Marco

Federica Lato²⁰

Sommario

L'articolo tratta di un'esperienza professionale e personale di assistenza e co-terapia ad una persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Un'esperienza che ha permesso di sperimentare diversi contesti e di approfondire con curiosità il mondo delle patologie neurodegenerative. La conoscenza della patologia, dei servizi, dei professionisti e dell'altro, insieme con la co-terapia, ha permesso all'autore di indossare le lenti della curiosità e di affrontare il viaggio all'interno di una relazione terapeutica e co-terapeutica piena di sorprese e di insegnamenti

Parole Chiave

Sclerosi Laterale Amiotrofica, relazione, co-terapia, rete assistenziale, formazione, Terapia Sistemica.

Abstract

The article deals with a professional and personal care experience and a co-therapy with a person suffering from Amyotrophic Lateral Sclerosis. This experience allowed us to test different contexts and to investigate the world of neurodegenerative disorders. Through the knowledge of the disease, of services, of professionals and patients, the author, together with co-therapy, become curious to know and to inquire into a therapeutic and co-therapeutic relationship full of surprises and lessons.

Key Words

Amyotrophic Lateral Sclerosis, relationship, co-therapy, service network, education, Systemic Therapy.

²⁰Federica Lato, Allieva II anno IDPSI. E-mail: fede-cr@hotmail.it

*“Non lo sai, nessuno di noi lo sa, e credo che nessuno lo voglia sapere.
Ci hai detto che riesci solo a concentrarti sul qui ed ora, vuoi avere tutte le persone
a cui tieni attorno a te, quanta paura sento, e che paura mi fa.
Torno a casa un po' triste, ma dietro di te non si cancella l'immagine
della tigre che combatte”²¹.*

La storia di Marco, la storia di una relazione

Ho conosciuto Marco circa un anno fa. Nell'anno 2012 gli è stata diagnosticata la “Malattia del motoneurone”, a seguito di sintomi esperiti parecchi anni prima quali difficoltà nei movimenti fini e rallentamento dell'eloquio. Con il passare del tempo Marco ha mostrato sempre più difficoltà sul piano motorio, per gli spostamenti si serve di una carrozzina e in casa fa uso di un deambulatore, ma si rivela sempre necessaria la presenza di una figura al suo fianco. Settimanalmente effettua attività di fisioterapia e mensilmente effettua i controlli e gli esami di routine, alcuni in ambulatorio ed altri al domicilio. La vita di Marco è estremamente cambiata dal momento della diagnosi. Ha dovuto, senza poter scegliere, lasciar andare alcune autonomie che gli permettevano di svolgere il suo lavoro ed i suoi hobbies e che lo portavano ad essere marito e uomo di casa. Ha accettato, seppur non senza difficoltà, lo scorrere del tempo.

Da circa un anno Marco è seguito dal punto di vista psicologico, con lui vengono effettuati colloqui di sostegno psicologico e di psicoterapia.

La Sclerosi Laterale Amiotrofica

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è un'affezione degenerativa progressiva dei motoneuroni del midollo spinale, del tronco

dell'encefalo e della corteccia motoria. Si tratta della forma più frequente e più nota del gruppo delle malattie del motoneurone, caratterizzate da una progressiva degenerazione del primo motoneurone, che connette la corteccia cerebrale motoria ai vari nuclei situati nel tronco dell'encefalo e nel midollo spinale, e del secondo motoneurone, che connette questi nuclei alla muscolatura scheletrica (PDTA Policlinico “Gemelli”).

Il termine SLA fu coniato nel 1874 dal neurologo Jean Martin Charcot. Lo scienziato francese con il termine di “Sclerosi Laterale” intendeva riferirsi alla consistenza dura (sclerosi), della porzione laterale del midollo spinale dove si trovano le fibre del primo motoneurone. Con il termine “amiotrofica” si riferiva alla perdita di massa muscolare (atrofia) che costituisce uno dei segni clinici più rilevanti della malattia e che è conseguenza della degenerazione del secondo motoneurone (Charcot, 1883).

La degenerazione dei motoneuroni, cellule nervose responsabili del movimento volontario, comporta una progressiva paralisi di tutta la muscolatura con conseguente incapacità di muoversi, parlare, deglutire e respirare. La durata della malattia è condizionata dall'insufficienza respiratoria, che si verifica in tutte le persone affette da SLA, ma con una notevole variabilità di tempo (Andersen, 2012).

Si tratta di una malattia rara. I recenti dati

²¹ Tratto dal diario clinico con Marco.

della letteratura riportano che in Europa il tasso di incidenza (numero di nuovi casi riportati a 100.000 abitanti per ogni anno) è di 2,08 (Chiò, Logroscino., 2013).

La malattia interessa entrambi i sessi, con una lieve prevalenza del sesso maschile. Qualsiasi fascia d'età può essere colpita dalla malattia, ma sono assai rari i casi di SLA giovanile, ovvero con esordio al di sotto dei 20 anni (Logroscino, Traynor., 2008).

Una patologia sistemica

Quando ci si trova di fronte ad una diagnosi di questo tipo è necessario riflettere sull'impatto che tale diagnosi può avere, non solo sulla persona che ne è colpita, ma anche sulla famiglia e sul sistema sociale che ne è inevitabilmente coinvolto. A differenza della persona affetta da una patologia acuta il paziente cronico prova un sentimento di perdita della salute e dell'integrità, una sensazione di ineluttabilità e una difficoltà a proiettarsi nel futuro. Si trova di fronte ad una situazione estremamente difficile e conflittuale: accettare di essere malato, farsi carico in prima persona della propria cura e doversi curare per tutta la vita. La diagnosi di malattia cronica degenerativa ha degli effetti devastanti in quanto, non solo provoca una rottura temporanea nella storia di vita dell'individuo, ma determina anche uno shock emotivo strettamente connesso all'incertezza del futuro e alla consapevolezza dei cambiamenti personali, familiari, professionali ed economici i quali si andrà incontro. Van Der Kolk (2015) sostiene che in seguito ad un evento traumatico, quale può essere una diagnosi di Sla, la persona si blocca, in seguito alla grande difficoltà ad integrare le nuove esperienze nel momento attuale. Successivamente al trauma, il mondo, è percepito da un sistema nervoso diffe-

rente, che mette l'individuo nella condizione di mantenere una sorta di controllo sul corpo ed in particolare sulle reazioni fisiologiche che sembrano insopportabili portandolo così ad uno stato di perenne agitazione. Per questo motivo è di fondamentale importanza coinvolgere nella cura tutto l'organismo: corpo, mente e cervello. (Van Der Kolk, 2015). È inevitabile pensare, in quest'ottica, ai bisogni della famiglia e del paziente, primo fra tutti il bisogno di un supporto che sia di tipo multidisciplinare ed integrato al fine di poter sostenere il difficile percorso al quale ci si affaccia incerti ed il più delle volte inconsapevoli del futuro. Si rende necessario, a tal proposito, la costituzione di un team multidisciplinare con il fine di sostenere la famiglia ed il paziente e di rispondere alle loro diverse esigenze nelle varie fasi della malattia.

Approccio sistemico alla SLA

Quando si parla di approccio sistemico alla patologia si fa riferimento all'approccio biopsicosociale centrato sulla famiglia, basato sulla resilienza, intesa come «forza delle persone che, nonostante siano state ferite, si considerano non vittime ma utilizzatori delle proprie risorse e si preparano a recuperare le risorse necessarie per affrontare il futuro» (Casula, 2011) e centrato sullo sviluppo familiare, individuale e della malattia cronica. Per essere funzionale in una situazione di così forte impatto, è importante che una famiglia riesca a bilanciare le proprie risorse e le vulnerabilità, in relazione alle richieste psicosociali imposte dalla malattia nel corso del tempo (Moi, 2013). Fare riferimento all'approccio bio-psico-sociale implica l'avere ben presente davanti a sé il paziente e i suoi bisogni fondamentali che inevitabilmente sono legati alla malattia. Il focus è sul

paziente in quanto esperto della malattia in stretta relazione con il sistema di cura e con la famiglia, anch'essa parte attiva e partecipante.

Il modello bio-psico-sociale trova il suo fondamento nella "Teoria Generale dei Sistemi" (Von Bertalanffy, 1945), intesi come entità dinamiche in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, al fine di formare un'unità o un tutto organico. Le proprietà fondamentali di un sistema riguardano la totalità (per cui il cambiamento di una parte provoca un cambiamento in tutte le parti e in tutto il sistema), la retroazione (che sottolinea il carattere circolare dei sistemi interattivi, tali per cui ogni comportamento influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altro), l'equifinalità e la multifinalità (per cui i risultati non dipendono dalle condizioni iniziali, ma dalla natura del processo e dai parametri del sistema). Le richieste del sistema sono costituite dai limiti e dalle prescrizioni che un sistema sociale impone ad un individuo.

L'estrema complessità della SLA porta inevitabilmente a riflettere sulla sua natura sistemica. Si parla di una malattia che coinvolge diverse parti di differenti sistemi, ed è proprio la difficoltà di relazionare ogni parte che la rende complessa, non solo da un punto di vista organico ma anche da un punto di vista relazionale ed assistenziale.

Per fare in modo che una famiglia riesca a fronteggiare la patologia, è necessario analizzare il funzionamento familiare in termini di credenze, organizzazione e comunicazione; è importante comprendere il significato psicosociale della malattia, e comprendere i processi di sviluppo ad essa connessi (Moi, 2013). Quando all'interno di una famiglia si presenta una malattia cronica o una disabilità, è importante che il nucleo familiare ac-

quisisca delle competenze, utili e necessarie per far fronte a quello che, da Rolland viene definito "l'ospite non invitato" (1994- 2011). L'impatto della malattia cronica sulla famiglia è particolarmente importante perché può provocare in essa processi di blocco evolutivo che, allora, hanno ripercussioni che colludono con la malattia stessa, oppure, al contrario, può attivare risorse, spesso imprevedute, che possono essere positivamente messe in circolo (Onnis, 2002). Di particolare importanza è il tentativo, dei membri della famiglia, di tenere la patologia al di fuori delle relazioni e fare il possibile per mirare al rafforzamento delle stesse. Un concetto fondamentale per fronteggiare una malattia cronica o una disabilità, è quello della resilienza, cioè la capacità di resistere e reagire di fronte a eventi particolarmente stressanti, e di uscirne rafforzati, con nuove risorse da mettere in campo. Rolland utilizza la metafora della palla che deve "rimbalzare in avanti" e non semplicemente "rimbalzare" con l'idea di avanzamento verso una direzione e non di stasi nella posizione di sofferenza per delineare l'adattarsi della famiglia alle nuove condizioni richieste dalla malattia e creare un nuovo modello di "normalità". La malattia e la famiglia subiscono un'influenza reciproca: la famiglia è una risorsa fondamentale e un alleato nella cura della malattia; la malattia e il suo decorso possono influenzare le relazioni all'interno del nucleo familiare. Affinché la malattia possa essere elaborata in modo funzionale, ci si auspica che la famiglia possa assolvere dei compiti evolutivi come cercare di osservarsi in termini sistemici, tentare di elaborare la malattia in termini psicosociali e quindi poter vedere e sentire le emozioni associate alla malattia ed al suo decorso. È altresì importante il tentativo di riorganizzarsi e promuovere

le competenze di ogni membro e prendere in considerazione la possibilità di farsi carico della situazione familiare definendo la sfida usando il pronome “noi”, accettando la stabilità o il disordine e riconoscendo la possibilità di altre possibili perdite mentre si continua ad alimentare la speranza. In un tale contesto di cura si rende necessario ancora una volta ad affrontare il tema della complessità che inevitabilmente si lega alle premesse del nostro lavoro e ci rende consapevoli della necessità di entrare in un’ottica tale da abbandonare l’idea di una causalità lineare per addentrarci nei differenti livelli che la compongono (Il cibernetica). Credo fermamente che l’idea di poter stabilire una relazione collaborativa e funzionale tra i professionisti della cura e chi necessita di cure è insita nel sistema di premesse del nostro lavoro. «Non esiste attività lavorativa che non sia attività di gruppo» dice Elton Mayo (1935), citato da U. Telfener (2011). Proprio per questo il lavoro con il paziente affetto da SLA e con la sua famiglia implica necessariamente una visione sistemica centrata sull’idea che l’individuo «è da vedersi come soggetto ancorato in un ambiente che influenza e dal quale è influenzato». La persona è nel contesto, noi siamo nel contesto. Bateson (1972) definisce “contesto” come luogo sociale in cui si verifica una certa relazione, come significato, che emerge dal rapporto tra comportamenti e sistema sociale e come apprendimento, in cui un certo comportamento o fenomeno si è sviluppato. È pertanto necessario considerare il contesto in quanto «matrice di significati che corrisponde al sistema di rappresentazioni più o meno condivise, in base al quale

gli attori sociali costruiscono il mondo circostante» (Telfener, 2011). Il contesto è una matrice di significati, e, come sostiene Bateson (1972), definisce una struttura nel tempo e quindi «per mantenere una relazione sarà indispensabile non solo tenere conto dei cambiamenti dell’organizzazione in cui la relazione è inserita ma anche contribuire a costruire una cornice in cui i differenti mandati siano riconosciuti e i differenti punti di vista confrontati» (Telfener, 2011). Come operatori nella cura, è auspicabile conoscere il contesto come luogo di incontro con l’altro, quale modo di essere nel qui ed ora della relazione. Noi siamo nella relazione sia che ci troviamo in uno studio privato, in una struttura pubblica o al domicilio e narriamo nuove storie, creiamo nuovi significati.

Un momento cruciale, in primis per la definizione della relazione tra il sistema di cura ed il paziente è la comunicazione della diagnosi.

Si rivela importante che, chi si occuperà della comunicazione della diagnosi cerchi di percepire ed accogliere ciò che il paziente già conosce o sospetta in relazione alla sua malattia e fino a che punto potrebbe desiderare di conoscere informazioni. Nel dialogo con un paziente questo aspetto emerge in modo molto chiaro:

“non riesco ad avere fiducia in questo modo, nessuno mi dice con chiarezza che cosa mi succederà”²²

ed ancora,

“esci dalla visita con niente, se vengo con mille paure, capisco che ti limiti nel dirmi

²²Tratto dal diario clinico con Marco.

quello che causa la malattia e capisco che lo fai sotto ad un certo aspetto per proteggermi, dalle mie stesse paure. Ma quando incontri uno come me o tanti altri che chiedono solo delle informazioni, di sapere la verità per affrontare il futuro pieno di incertezza, perché non mi devi aprire questo mondo che sto affrontando?»²³

La necessità di sapere e di avere informazioni chiare e la rabbia per il mancato soddisfacimento di un bisogno sono al centro del sentire del paziente. La relazione che si crea tra esso ed il sistema di cura deve avere come premessa la fiducia reciproca che, in un primo contatto comunicativo, pone le sue basi. È importante che, come lo stesso paziente chiede esplicitamente, il contenuto della comunicazione comprenda informazioni il più possibile esaustive inerenti aspetti di prognosi, terapia, preservando la speranza senza dare false rassicurazioni (Chiò, Borasio., 2004). Rassicurare il paziente e la sua famiglia sulla possibilità di avere un team multidisciplinare a sua disposizione per qualsiasi dubbio, chiarimento e necessità lungo tutto il percorso della malattia potrà servire a porre delle fondamenta stabili per il costruirsi della relazione di cura. Come sostiene Brocq- Berthet (2001) «è dalla qualità della relazione tra sistema di cura e paziente dipende anche la capacità di fare delle scelte riguardanti sia la qualità della vita che la prognosi». Una comunicazione adeguata, ha un ruolo fondamentale anche nell'elaborazione della malattia e della sofferenza: infatti, se non si comunica o se non si ha la possibilità di farlo, si può andare incontro ad isolamento, ansia e depressione in tutti

i membri della famiglia (Moi, 2013). Si può sostenere che è proprio nella qualità della relazione e quindi anche nella comunicazione la chiave di svolta della presa in carico.

Il tempo della malattia

L'argomento tempo, è il fulcro di molti lavori inerenti la malattia. Con la visione cibernetica di primo ordine è noto che il tempo è quello della famiglia ammalata, da dover guarire con qualche tipo di terapia. Se facciamo riferimento alla cibernetica di secondo ordine, il tempo non è solo quello del paziente e della famiglia, quel tempo è strettamente legato al nostro tempo. Boscolo e Bertrando (2003) sostengono che «la coordinazione dei tempi nelle relazioni umane dipende da fattori biologici, culturali e sociali. Quando un gruppo di persone entra in relazione, si sviluppa una coerenza che è il frutto della coordinazione di azioni e significati. In questa coerenza, la coordinazione dei tempi è fondamentale». Sostengono inoltre che quando ci si occupa di una persona, si cerca di vederla nel suo contesto significativo che a sua volta è inserito in un contesto più ampio (sociale e culturale); il poter osservare tale sistema complesso porta a rilevare armonie e disarmonie temporali all'interno dell'individuo, tra l'individuo e la famiglia, tra questa ed il sistema sociale, e così via. Questa analisi del tempo nelle relazioni porta a riflettere sull'importanza di tale tema in un contesto nel quale il tempo talvolta sembra essere bloccato non solo per il paziente, ma per tutto il sistema di cura. Il tempo della malattia è un tempo ben definito, scandito da orari di risveglio, di visita, della terapia, della fisioterapia, del colloquio domiciliare o ambulatoriale con gli

²³Tratto dal diario clinico con Marco.

specialisti, ed infine il tempo per sé stessi, della riflessione, delle emozioni, il tempo per piangere ed il tempo per reagire. C'è un tempo per la diagnosi e ce n'è uno per soffrire, ma c'è anche un tempo per accettare e per lottare.

Il sostegno psicologico

L'annuncio della presenza di una malattia come la SLA, già precedentemente definito come evento traumatico, segna un brusco passaggio dalla percezione di "persona sana" a "persona malata". È possibile pensare, mettendosi nei panni dell'altro agli effetti di un'aggressione, è questo che i pazienti dicono di sentire: «la diagnosi di SLA arriva come una sentenza definitiva. Le parole con cui il medico mette fine alla mia incertezza, alla prima parte del mio calvario mi fanno venire i brividi ancora oggi» (Melazzini, 2015). E così, la persona fa i conti con sé stessa, con la propria preoccupazione verso la famiglia, verso i propri figli e verso tutte quelle persone alle quali tiene. Gira la clessidra e comincia un estenuante conto alla rovescia che risuona come una sentenza, quella sentenza che per nulla al mondo si sarebbe mai voluta ascoltare. Provando a mettersi nei panni dell'altro e leggendo molte autobiografie di pazienti affetti da SLA si percepiscono queste sensazioni sopra descritte, si sente la disperazione ed il dolore come parti appartenenti al nostro essere e si fatica nel cercare la strada giusta che possa condurre ad alleviare anche per un solo istante quel sentimento di disperazione. Da un punto di vista psicologico possiamo sostenere che l'annuncio della diagnosi di SLA porta il paziente a vivere l'evento come l'avvio verso il percorso che lo condurrà alla fine della vita. Non ci sono parole che possano consolare, seppur i medici tentino di

utilizzare un linguaggio il più possibile rassicurante ed appropriato. Questo accade perché per ognuno di noi, pur vivendo con l'idea che un giorno la nostra vita dovrà finire, risulta molto difficile prendere consapevolezza di tale pensiero. Anche il contesto culturale nel quale viviamo non consente di vedere la morte come parte integrante del percorso della vita (Gawande, 2016). Il mondo della medicina si è in qualche modo accanito sull'allungamento della vita fino all'estremo tralasciando tuttavia l'inesorabile destino di ognuno di noi e dimenticando l'idea di cura per allargare la strada all'idea di guarigione. Anche la difficoltà del lasciare andare anche da parte di chi non ha ricevuto una tale diagnosi è frutto di questa visione. A fronte di tali difficoltà si rende utile un percorso psicologico che abbia come premesse il sostegno al paziente e alla famiglia e la condivisione di stati d'animo ed emozioni al fine di renderle meno "schiaccianti" e, in un certo senso, maggiormente sostenibili. L'esperienza della co-terapia intesa come condivisione di idee, vissuti ed emozioni con l'altro nella relazione di aiuto, sperimentata nel corso di questo percorso, è risultata strumento fondamentale.

Ha permesso di portare avanti un percorso di sostegno al paziente e alla famiglia come in una costruzione a 8 mani ed ha reso possibile affrontare volta per volta, ed in punta di piedi, alcuni degli aspetti della vita tanto temuti in primis da noi e dal paziente; è stata, ancora una volta raggiunta la consapevolezza della centralità della relazione in toto. L'essere presenti a noi stesse ci ha permesso di stare nel qui ed ora della relazione e di essere utili ma non indispensabili rendendo il paziente, ancora più, responsabile e attore della sua vita e della sua autonomia.

L'effetto palliativo della relazione

Non esiste attualmente una terapia in grado di restituire al paziente lo stato di salute fisica precedente alla malattia: la SLA è una patologia che non può essere guarita, ma sicuramente può essere curata attraverso approcci di natura palliativa e riabilitativa (A.I.S.L.A., 2003). Può sembrare paradossale parlare di riabilitazione di fronte ad una malattia che deteriora le abilità, danneggiandole all'estremo senza possibilità alcuna di recupero dello stato funzionale, ma se per riabilitazione intendiamo non soltanto il recupero delle abilità perse, ma anche la limitazione della regressione funzionale, quindi la modificazione in termini di rallentamento del corso evolutivo della malattia e l'implementazione di strategie aumentative e/o alternative che, attraverso la tecnologia consentano al paziente di vicariare parte delle funzioni motorie e linguistiche perse, allora diventa possibile e praticabile la strutturazione di piani di intervento riabilitativo specifici anche per questo tipo di patologia. Dallo statuto dell'Associazione Europea per le Cure Palliative:

«Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire come un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di garantire la migliore qualità di vita, sino alla fine».

Conclusioni

Di fronte a tale complessità, il lavoro in rete e la condivisione risultano essere aspetti fondamentali del lavoro, non solo dello psicologo, ma anche dei professionisti che ruotano attorno al paziente ed al suo contesto. Non possiamo dimenticare che un buon lavoro di équipe prevede la presa in carico di aspetti differenti e la messa in gioco in primis di noi stessi, come persone e come

professionisti della cura. L'elaborazione dei differenti lutti ai quali inevitabilmente la malattia porta quali, la perdita di alcune funzioni, delle autonomie di base e della persona, porta inoltre a riflettere non solo sul singolo vissuto del paziente e della famiglia, ma anche al nostro ruolo di psicologi che non prevede più una relazione 1:1 ma comprende il prendersi cura dell'altro e degli altri e di noi stessi. Come attori della rete siamo e ci sentiamo estremamente coinvolti nella storia di quel paziente e di quella famiglia e non possiamo ritenerci esenti da tutti quegli aspetti che caratterizzano le nostre relazioni. Condivisione e ascolto sono le forze creatrici di un'équipe cucita ad hoc sui bisogni di tutti gli attori coinvolti.

Bibliografia

- A.I.S.L.A. (2003). *La malattia. Cause, sintomi, diagnosi e possibili cure*. Novara: De Falco Editore.
- Andersen, P.M., Abrahams, S., Borasio, G.D., de Carvalho, M., Chio, A., Van Damme, P., Hardiman, O., Kollwe, K., Morrison, K.E., Petri, S., Pradat, P.F., Silani, V., Tomik, B., Wasner, M., Weber, M. (2012) EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS) revised report of an EFNS task force EFNS Task Force on Diagnosis and Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis: *Eur J Neurol. Mar;19(3):360-75*.
- Bateson, G., Bateson, M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano*. Biblioteca Adelphi.
- Bertrando, P., Boscolo, L. (2003). *I tempi del tempo*. Ed. Bollati Boringhieri.
- Brocq- Berthet (2001). Une réflexion sur la prise en charge des patients atteints de Sclérose Latérale Amyotrophique. *Med Pal 2006; 5: 337-342*.
- Casula, C. (2011). *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*. Le comete. Franco Angeli.
- Charcot, J.M. (1883). Leçons sur les Maladies du Système Nerveux Faites à la Salpêtrière par JM Charcot. *Bureaux du Progrès Médical. Paris 234-266*.
- Chiò, A., Logroscino, G., Hardiman, O. et al. (2009). Prognostic factors in ALS: A critical

review. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*.10: 310323.

- Gawande, A. (2016). *Essere mortale. Come scegliere la propria vita fino in fondo*. Ed. Einaudi.
- Logroscino, G., Traynor, B.J., Hardiman, O., Chiò, A., Couratier, P., Mitchell, J.D., Swingler, R.J., Beghi, E. EURALS. (2009). Descriptive epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis: new evidence and unsolved issues. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Jan;79(1):6-11.
- Melazzini, M. (2015). *Lo sguardo e la speranza*. Ed. San Paolo.
- Moi, G. "Trasformazioni della famiglia di fronte alla malattia cronica: resilienza e sistemi di credenze". *Riv. Cambiamenti. Approccio Sistemico e Psicologia di comunità*. Vol. 3, 2013.
- Onnis (2002), L. Famiglia e malattia cronica. Un approccio sistemico integrato ispirato all'ottica della complessità. In: *Mariotti, M.; Cigoli, V. Il medico, la famiglia e la comunità*.
- PDTA (2015) Policlinico "Gemelli" e AO S. Filippo Neri.
- Rolland, J. (1994). *Families, Illness, & Disability: An Integrative Treatment Model*. New York: Basic Books.
- Rolland, J.S. (2011). *Mastering Family Challenges: Coping with Serious Illness and Disability*. In F. Walsh (Ed.). *Normal Family Processes. 4th Edition*. New York: Guilford.
- Chiò, A., Borasio, G.D. (2004). Breaking the news in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord*. Dec;5(4):195-201. Review.
- Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti*. Raffaello Cortina Editore.
- Van Der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche. Raffaello Cortina Editore.
- Von Bertalanffy, L. (2004). *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni*

Note







Finito di stampare nel mese di giugno 2017 da:



