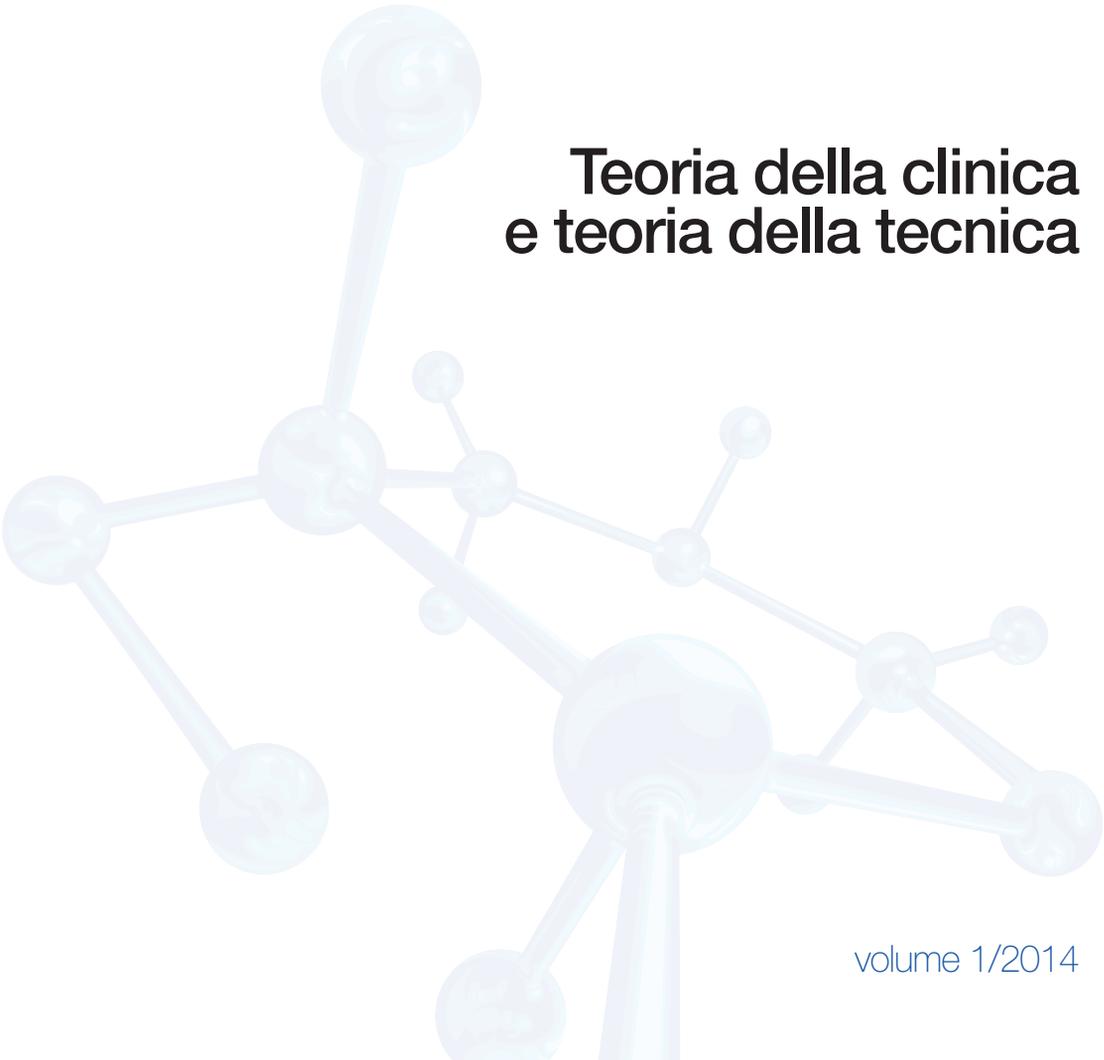


CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Teoria della clinica
e teoria della tecnica**

volume 1/2014

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

Redazione

Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrini, Paolo Persia, Giada Ghiretti

Comitato Scientifico

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

Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. 05 | **Editoriale**
Mirco Moroni e Antonio Restori
- pag. 07 | **L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato.**
Antonio Restori
- pag. 17 | **La terapia di gruppo in Spdc: verso un'integrazione fra il modello sistemico e il modello cognitivo – comportamentale.**
Veronica Gardoni
- pag. 31 | **Identità narrativa ovvero la ri-significazione multipla come atto terapeutico.**
Emilio Cibotto
- pag. 43 | **Irriverenza ed etica.**
Agostino Curti
- pag. 57 | **Ecologia di un cambiamento: Uno sguardo all'omosessualità attraverso il paradigma della complessità.**
Manuela De Matteis
- pag. 71 | **L'organizzazione borderline di personalità. L'approccio sistemico integrato con la schema therapy applicato ad un caso clinico.**
Ilaria Pascarella
- pag. 87 | **Narrazione e pragmatica in psicoterapia.**
Maria Stella Demasi
- pag. 99 | **Donne maltrattate la violenza nelle dinamiche relazionali di coppia.**
Gloria Passarella



Contesti, relazioni ed emozioni

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

L'approccio sistemico integrato prende sempre più corpo attraverso gli articoli che presentiamo in questi quattro volumi del 2014. Di anno in anno stiamo arricchendo il nostro sistema di premesse, aggiungendo esperienze che didatti e allievi dell'Istituto realizzano in svariati settori del mondo della clinica, in vari contesti, ma anche in territori differenti, come il mondo della scuola, del lavoro, della salute pubblica in generale.

Nel primo numero di quest'anno insistiamo sul tema delle tecniche, provando a delineare alcune manovre di intervento possibili da utilizzare nei percorsi terapeutici, che potremmo considerare caratterizzanti l'approccio sistemico integrato. Anche in alcuni numeri precedenti della rivista abbiamo proposto riflessioni su questo argomento. Tuttavia pensiamo che sia utile provare a riorganizzare la nostra valigetta degli attrezzi sapendo che, nel tempo, potrà essere ampliata e migliorata.

E' ugualmente necessaria però una posizione attenta del terapeuta quando utilizza le manovre; per cui deve essere osservata la sua posizione nel contesto, la scelta del tempo, e soprattutto non cadere nell'errore di utilizzare le tecniche reificandone il loro significato, pensando a queste come forme strategiche generatrici di cambiamento. Questo volume si connette bene con il quarto numero della rivista, dove abbiamo inserito altre esperienze di contaminazione sulla teoria delle tecniche.

Nel secondo volume si approfondisce proprio il tema delle sensazioni del corpo, e di come attraverso lo sviluppo di consapevolezza possiamo stabilire posizioni di Rapport esteticamente connesse al contesto e alla relazione, mentre con il terzo volume proseguiamo il viaggio di esplorazione di esperienze cliniche in contesti non considerati generalmente di terapia.

Buone letture



L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato

Antonio Restori*

Sommario

In questo articolo vorrei provare a chiarire due questioni relative al tema dell'uso delle tecniche in terapia, secondo il modello sistemico integrato IDIPSI.

La prima questione, molto cara agli allievi in formazione, è una possibile sistematizzazione delle svariate tecniche apprese durante il quadriennio di specializzazione; una sorta di glossario-elenco delle tecniche utilizzabili nell'approccio IDIPSI, con le dovute specifiche applicative, e le eventuali istruzioni per l'uso.

La seconda questione è l'uso delle tecniche inteso come meta-modello di intervento terapeutico, e come posizione riflessiva del terapeuta, che decide di farne uso, in un determinato tempo (timing), contesto e relazione.

In pratica, dapprima descriverò le tecniche più affini al modello sistemico integrato, in modo particolare a quelle che si usano nella navigazione terapeutica IDIPSI; mentre successivamente cercherò di riportare alcune raccomandazioni per il loro uso corretto in terapia.

Parole chiave

tecniche, meta-modello, integrato, etica, sistema

Abstract

In this article I will try to clarify two issues relating to the topic of the use of the techniques in therapy, according to the system model integrated IDIPSI.

The first question, very dear to the students in training, is a possible systematization of the various techniques learned during the four years of specialization; a sort of glossary-list of the techniques used in the approach IDIPSI, with due application specifications, and any instructions for its use.

The second issue is the use of techniques intended as a meta-model of therapeutic intervention, and as a reflexive position of the therapist, who decides to use it, in a given time (timing), context and relationship.

In practice, first I describe techniques more akin to the model integrated systems, especially those that are used in navigation therapeutic IDIPSI; and then I will try to bring some recommendations for their proper use in therapy.

Key words

technical, meta-model, integrated, ethical system

*Direttore Didattico IDIPSI - E-mail: direzione@idipsi.it

PREMESSA

La **tecnica**, dal greco τέχνη (*téchne*), è “l’insieme delle norme su cui è fondata la pratica di un’arte, di una professione o di una qualsiasi attività, non soltanto manuale ma anche strettamente intellettuale” (*dizionario treccani*). La tecnica diventa arte quando l’ordine apre lo spazio alla creatività. E la psicoterapia è un’arte, che si apprende solo praticandola, attraverso l’uso delle tecniche, le manovre del bravo marinaio, che a volte si incaglia, si scontra con venti forti, e che cerca continuamente nuove posizioni, nuove acque, nuove possibili navigazioni. Ma per affrontare le avversità c’è bisogno di ordine; le manovre e le cime devono essere tutte al loro posto, altrimenti si corre il rischio di inciampare inutilmente; e poi agire velocemente, senza fretta, al tempo giusto. C’è poi sempre in agguato il rischio di pensare che più tecniche possediamo, meglio riusciamo a gestire le avversità. Tipico l’atteggiamento del neofita psicoterapeuta che con atteggiamento gnoscomanico si dimena alla ricerca di nuovi tecnicismi, ultimi ritrovati della scienza, rinforzato nel suo sistema di credenze taumaturgiche, che miseramente affonda nel peso del suo sapere iper-aggiornato: nuovi radar, nuovi sonar, un nuovo GPS, tablet con tutte le rotte del mondo, timone automatico, ecoscandaglio 3D... Le manovre sono metaforicamente una decina, o poco più. La più importante: il Rapport, la relazione terapeutica, ovvero saper ascoltare il vento, sentirlo, attraverso tutti gli organi sensoriali. Puoi anche usare un anemometro super elettronico per misurare la velocità del vento o un windex per la direzione, ma sarà sempre un vento apparente, dato dalla sinergia del vento reale e dello spostamento dell’aria prodotta dal nostro movimento: una sorta di doppia

descrizione, direbbe Gregory Bateson! La natura delle relazioni umane va incontrata e sperimentata con lo strumento più prezioso che abbiamo a disposizione, il corpo in relazione, come insegna il buddhismo Vipassana: essere consapevole del corpo nel corpo (*kayanupassana*), delle sensazioni nelle sensazioni (*vedananupassana*), della mente nella mente (*cittanupassana*); è da qui che scaturisce l’arte, la creatività. Basterebbe sentire le sensazioni dell’aria che incontra le nostre guance, e sostare con queste, pazientemente; sentire e annotare le nostre emozioni, accogliendole, creando nuovi equilibri, mai osati prima.

E quindi osservarsi nella relazione, annotando anche i minimi movimenti del corpo, facendoci aiutare da chi ci sta a fianco, o da altre lenti dietro lo specchio, quando presenti. E poi osservare la danza dei corpi, i loro movimenti, che anticipano ogni genere di percezione, perché in-corpano il sentire, le sensazioni gradevoli e sgradevoli, il non ancora conosciuto, e ci indicano dove stiamo muovendo la relazione verso cui dirigerci con curiosità e gentilezza.

Ci sono tecniche e manovre che nella nostra pratica psicoterapeutica ci aiutano ad entrare in relazione “esteticamente” connessi al contesto in cui siamo immersi; ma perché queste possano risultare efficaci, occorre anche prestare attenzione al “timing”, al ritmo, alla danza terapeutica.

TECNICHE E MANOVRE DI SETTING: LA “POSIZIONE” DEL TERAPEUTA NELLA STANZA DI TERAPIA

Premettendo che non considero il setting di terapia classico della stanza dello psicoterapeuta, l’unico contesto dove praticare questo genere di arte, e che su questo argomento mi soffermerò in altre pubblicazio-

ni, proverò ora a definire alcune “posizioni” che personalmente ritengo utili da assumere nella stanza della terapia.

Partendo dalla definizione di terapeuta non-esperto, e cioè di *colui che sa di non sapere*, risulta alquanto inutile porsi nella stanza in una posizione ex-cathedra, separati da una scrivania addobbata da cimeli della letteratura classica o teschi da frenologo; e anche qui non mi dilungo. Ricordo invece con piacere un aneddoto che per me fu molto illuminante, e che ha influenzato definitivamente il mio modo di stare in terapia. Circa 25 anni fa, ancora neofita terapeuta familiare, fu proprio un medico di famiglia a mostrarmi la bellezza della relazione terapeutica facendomi entrare nel suo studio. Era una grande stanza, molto spaziosa; alcuni quadri appesi ai muri; una piccola scrivania adiacente ad una parete; al centro della stanza troneggiava un lettino dove il medico praticava l'arte della relazione terapeutica: il “*clinamen*” ovvero, così come indica il significato letterale dell'etimo, l'*osservazione al letto del paziente*. L'unica modifica che mi proposi di portare nel mio studio era il mio posizionamento all'interno dello spazio di terapia, suggerito soprattutto dalle letture di Cronen e Lannamann (1982) e di Maturana e Varela (1985), e cioè in una posizione di *osservatore che si osserva mentre osserva*. Atteggiamento euristico che da tempo anche la scienza (una parte), condizionata dalla teoria della relatività e della meccanica quantistica, ha modificato radicalmente cambiando la nozione di osservatore-osservato, determinando che non è possibile conoscere in modo oggettivo la realtà fuori di noi e che la realtà che percepiamo è co-estensiva con la nostra esperienza ed inseparabile da essa. Questa posizione di meta-osservazione può esse-

re resa possibile se il terapeuta mantiene un atteggiamento auto-riflessivo, oppure se è affiancato da un collega nel setting e ancora di più, se il contesto della terapia si avvantaggia della presenza di un team che osserva in diretta da un'altra stanza. Nella pratica *reflecting team* (Andersen, 1987), anche se poco utilizzata per motivi organizzativi, lo specchio unidirezionale diventa, ad un certo punto della seduta di terapia familiare, bidirezionale, e la famiglia, con il terapeuta intervistatore, osserva ed ascolta la discussione del team dietro lo specchio sull'intervista intercorsa.

Per rendere ancora più processuale e ricco di informazioni anche il momento dell'entrata di tutti nella stanza di terapia, esperti e non esperti (noi terapeuti), sono solito proporre a ciascun protagonista dell'esperienza di scegliere il posto più agevole, avendo avuto cura precedentemente di disporre un numero determinato di sedie in modo circolare ed equidistanti tra loro. Questa modalità di strutturazione del setting ci permette di osservare fin da subito numerosissimi movimenti e posizioni che ci possono aiutare nel percorso terapeutico. Possiamo, osservandoci, annotare le nostre posizioni, quella dei co-terapeuti, quella delle persone con cui lavoriamo (i cosiddetti pazienti) e, ad esempio, verificare quanto spesso noi terapeuti ci sediamo vicini, come se fosse una sorta di regola imposta dal ruolo, non modificabile, e poco opinabile. Poco si è discusso in letteratura attorno alla posizione del terapeuta nel setting, ai suoi movimenti nel contesto di cura, e dei possibili significati impliciti nella relazione di aiuto. Quello che ora mi preme sottolineare è l'importanza che può assumere il corpo in movimento nello spazio terapeutico, e su questo argomento rimando ad approfondimenti futuri

(Loriedo C. , 2009)

Cronen V.E., Johnson K.M., Lannamann J.W. (1982) *Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa*. «Terapia familiare», n.14, 1983, pp. 87-120.

Maturana, H.R., Varela, F.J., (1985), *Auto-poiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Venezia, Marsilio [Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living, 1980]

Loriedo C. (2009) *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento*, FrancoAngeli

Andersen T.V., "The Reflecting Team: *Dialogue and Meta-dialogue in Clinical Work*", Family Process, 26, 4, 1987

Zerbetto R. (2007) *Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia* FrancoAngeli

Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.

STRUMENTI E TECNICHE DI ESPLORAZIONE IN TERAPIA

Anche se potremmo non considerarle delle vere e proprie "tecniche", la cartella telefonica, i passaggi che precedono la psicoterapia con le prime consultazioni, il contratto terapeutico, le attività di follow-up, possono comunque essere annoverati tra i movimenti necessari la realizzazione di un percorso di psicoterapia. Come per molti approcci di tipo sistemico, nel nostro modello sistemico integrato cerchiamo prima di tutto di definire il contesto all'interno del quale prende forma una relazione terapeutica: la domanda di auto assume significati differenti in

relazione ai contesti dove questa viene posta. La scelta stessa delle informazioni da raccogliere anche attraverso una scheda telefonica, o di invio, deve essere considerata un'azione che presuppone l'attenzione ai sistemi di premesse del terapeuta; perciò dovremmo considerare i cosiddetti "dati" delle vere e proprie punteggiature a priori, come fossero "captazioni" di archi di conoscenza. E ciò ci rimanda al concetto di responsabilità delle esplorazioni che il terapeuta intende percorrere. L'uso dello strumento del genogramma, comprese molte delle sue variabili rappresentazioni, diffusamente praticato in molti approcci sistemici, dovrebbe essere sempre pensato tenendo presenti queste stesse premesse (Aurilio, R. 1999)

Ed in questa cornice dell'agire in consapevolezza e responsabilità, va inteso l'uso delle tecniche che passerò rapidamente in rassegna, e che possono essere considerate attualmente le più utilizzate secondo l'approccio sistemico integrato.

Aurilio, R., (1999) "Il genogramma nella pratica didattica". In Galdo, G., De Crescenzo D. (a cura di), *Gli apprendisti stregoni II*, Ed. Cuen, Napoli,

Bozzoli, C., Tamanza, G. (1988) *Family Life Space. L'analisi metrica del disegno*, Franco Angeli, Milano.

Montagano, S., Pazzagli, A. (1989) *Il genogramma*, Franco Angeli, Milano

TECNICHE COMUNICATIVE, CONVERSATIVE, NARRATIVE E IMMAGINATIVE

L'uso dello strategizing in terapia

E' indubbiamente uno dei più importanti strumenti orientanti il processo terapeutico che ha caratterizzato la ricerca esplorativa

in ambito sistemico negli ultimi venticinque anni.

L'uso delle domande ha un ruolo centrale nel colloquio terapeutico; ma una lunga serie di domande, se poste in modo erroneo, potrebbe essere vissuta come inquisitoria. Tomm (Tomm K. 1990) propone di superare questa difficoltà cambiando il genere di domande poste; egli propone quindi uno schema che riassume le dimensioni lungo le quali si inseriscono le differenti domande: **Premesse** (sulla natura dei fenomeni mentali e il processo terapeutico)

- Lineari o causa effetto (associate col riduzionismo, i principi "normativi", il determinismo causale)
- Circolari o cibernetiche (associate con l'olismo, i principi interazionali, il determinismo strutturale, gli atteggiamenti neutrali).

Intenzioni (è importante che il terapeuta sia attento alle proprie intenzioni durante il processo di "strategizing"):

- Domande per orientare (destinatario = terapeuta): lo scopo immediato è la comprensione del terapeuta (es. nella prima parte dell'intervista; durante l'assessment)
- Domande per influenzare (destinatario = cliente): domande che favoriscono il cambiamento terapeutico.

In realtà, come Tomm stesso afferma, le diverse tipologie non si escludono e possono sovrapporsi e arricchirsi l'una con l'altra. L'intersezione di queste due dimensioni di base formerebbe quattro quadranti che possono essere usati per distinguere i quattro tipi basilari di domande a cui si è già fatto riferimento: domande lineari (es. domande iniziali per definire il problema e domande per spiegare il problema), domande circolari (es. domande sulle differenze e su una serie

di effetti comportamentali), domande strategiche (es. domande direttive e domande di confronto), domande riflessive (domande sul futuro e sul punto di vista dell'osservatore).

Tomm K., *Lo Strategizing come quarta linea guida per il terapeuta*, Il Bollettino n.22, 1990

Tomm, K., "Intervistare per interventi: Parte Terza. Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?" *Family Process*, 27: 1-15, 1988.

Tomm, K., "Intervistare per interventi: Parte Prima. Lo "Strategizing" come quarta linea-guida per il terapeuta," *Family Process*, 26: 3-13, 1987.

Paradossi e contro-paradossi

Gli interventi paradossali appartengono al filone strategico e neurolinguistico della psicoterapia sistemico relazionale. Sebbene ci troviamo all'interno della prima cibernetica, l'utilizzo di strategie comunicative, quando inserite all'interno di un percorso terapeutico, possono favorire processi perturbativi nei sistemi rigidamente organizzati. Secondo J.Haley un sintomo è caratterizzato da una comunicazione paradossale: "Il paziente fa qualcosa in modo eccessivo, o evita di fare qualcosa, e segnala che non dipende dalla sua volontà perché non può fare altrimenti" (Haley J. 1985).

In questa affermazione troviamo una incongruenza tra il livello di contenuto (faccio o non faccio qualcosa) e il livello della meta-comunicazione (ma bada, non sono io a farlo!).

Si può quindi giungere a formulare l'ipotesi che la psicopatologia è un metodo per ottenere il controllo di una relazione. Trovato il modo in cui si mantiene il problema si può

passare a un intervento paradossale e indiretto che contribuisca alla rottura del sistema percettivo-reattivo rigido del soggetto attraverso la rottura del meccanismo contorto di “tentate soluzioni” che mantengono il problema, e del groviglio di retroazioni interpersonali che si vengono a costruire su questa base.” Se si segue un approccio di questo tipo il cambiamento può anche essere improvviso così come accade spesso in natura. L'importante è individuare le regole fondamentali che governano il sistema per poi modificarle. E per potersi orientare in un “timing” appropriato, la tecnica, da sola è poco utile. Rimando quindi alle premesse sopra descritte e al tema del Rapport.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradosso e controparadosso, Feltrinelli*, 1975 Milano

Haley J., *La terapia del problem-solving, Nuova Italia Scientifica*, 1985 Roma,

Bateson G., *Questo è un gioco*, Raffaello Cortina, 1996

Il Reframing

Si tratta di una strategia che mira ad alterare la mappa interna della famiglia, su cui poggiano le punteggiature familiari. Tale ristrutturazione ha come scopo l'introduzione di un punto di vista alternativo e il cambiamento dei modelli familiari (circolarità contro linearità per es.). Può essere usata direttamente (ripunteggiatura verbale del terapeuta) o indirettamente (uso connotazione positiva, intervento paradossale, prescrizione del sintomo).

Watzlawick P. *Il linguaggio del cambiamento: elementi di comunicazione terapeutica*. Feltrinelli Editore, 1991.

White M. La terapia come narrazione. Pro-

poste cliniche. Astrolabio, Roma, 1992.

L'uso delle Metafore

All'interno dei processi comunicativi e delle tecniche immaginative nell'approccio sistemico integrato trova ampio spazio l'uso della metafora. Questa permette al sistema di modificare la propria organizzazione senza stravolgerne l'identità di struttura. La metafora avvicina il mondo della cognizione, della logica, al mondo delle emozioni, delle sensazioni, al corpo (es: i *rami secchi continuano a succhiare linfa vitale.*); la metafora “porta oltre”, letteralmente infatti significa: Meta (sopra) pherein (trasportare da un posto all'altro). Attraverso di essa si inseriscono messaggi che entrano in dissonanza cognitiva, tramite parole polisemiche e disambiguanti, innescando processi di cambiamento. Si riducono le resistenze nel considerare nuove idee, perché i messaggi risultano meno minacciosi, non “attaccando” i problemi. Vengono favoriti mutamenti contestuali creando nuove realtà.

Casula C. C., *Giardinieri principesse e porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*, FrancoAngeli, Milano, 2002

Erickson M.H., *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma, 1983

Moroni M., Restori A., Sbattella S. *Integrare e connettere Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio*. Riv Cambiamenti vol 1, Edicta 2012

Selvini Palazzoli M., *Il mago smagato*, Feltrinelli, Milano, 1976

Zeig J., *Erickson: un'introduzione all'uomo e alla sua opera*, Astrolabio, Roma, 1990

Gordon D., *Metafore Terapeutiche. Modelli e strategie per il cambiamento*, Astrolabio, Roma, 1992

TECNICHE CORPOREE MISTE

Sappiamo l'importanza di tutta la comunicazione non verbale e di ciò che il corpo riflette all'interno del sistema terapeutico. Le premesse che accompagnano l'utilizzo del corpo in terapia possono essere recuperate nel lavoro di Virginia Satir, nella psicologia della Gestalt, e in diverse esperienze che hanno caratterizzato lo sviluppo della letteratura in psicoterapia a partire dalla seconda metà del secolo scorso. Considero tecniche miste quelle pratiche che associano l'utilizzo della parola e delle tecniche immaginative al movimento del corpo. Molto praticate all'interno dell'approccio sistemico integrato, rappresentano importanti risorse nel percorso terapeutico.

Sculture

L'approccio sistemico integrato prevede l'utilizzo di alcune tecniche corporee, che potremmo considerare incluse nel lavoro con le "Sculture".

Virginia Satir ha sviluppato, nel suo lungo e ricco lavoro con le famiglie, diverse esperienze che hanno arricchito il patrimonio culturale e tecnico dei terapeuti familiari.

La Satir usava la simulazione della famiglia non solo per rappresentare le relazioni all'interno della famiglia attuale ma anche quelle relative alla famiglia trigerazionale. In tal modo si occupava non solo di quanto accadeva nell'asse orizzontale ma anche in quello verticale delle persone (scultura trigerazionale). F. Duhl e D. Kantor, cofondatori nel 1969 e membri rappresentativi del Boston Family Institute, hanno dato un ulteriore, notevole contributo alla definizione e allo sviluppo della tecnica del *family sculpting*.

La scultura per come è stata definita da *Duhl e Kantor*, è una tecnica che permette

l'espressione di idee ed emozioni attraverso l'uso del corpo e dello spazio: si propone, infatti, di ricreare simbolicamente gli stati d'animo ed i rapporti emotivi, utilizzando la rappresentazione tridimensionale delle relazioni tra i membri della coppia, della famiglia o del gruppo al quale viene applicata.

I membri della famiglia o del gruppo sono rappresentati e modellati con il loro corpo nel corso della seduta in posizioni che simboleggiano le loro modalità di relazione, così come sono percepite dai vari membri della stessa, che a turno daranno rappresentazione della propria visione, dei propri vissuti. Grazie a questo processo di scultura, gli avvenimenti, gli atteggiamenti ed il modo in cui questi influiscono sulla vita quotidiana possono essere percepiti e sperimentati, suscitando inevitabilmente nuovi significati ed una nuova immagine nelle relazioni familiari.

I membri di una famiglia sono rappresentati e fisicamente modellati durante le sessioni in posizioni che simboleggiano le modalità di relazioni tra di loro, così come è percepita da uno o più membri della famiglia.

La scultura della famiglia pone inevitabilmente nuovi significati e una nuova immagine di relazioni familiari, come non potrebbe essere prodotta dalla semplice espressione verbale.

Secondo P. Papp e i suoi collaboratori del Nathan Ackerman Institute di New York, la scultura della famiglia è "*...è una forma d'arte terapeutica in cui ogni membro della famiglia, invitato dal terapeuta, modella gli altri membri in una figura che simboleggia fisicamente le loro reciproche relazioni emotive. Ogni persona crea un ritratto mettendo insieme i membri in termini di postura e le relazioni spaziali che rappresentano l'azione e sentimento. Gli*

elementi essenziali di esperienza familiare vengono proiettate" (De Santis, Donini et al. 1982).

Presso l'Ackerman Institute di New York, Kitty La Perrière presentò anche un altro modo di fare la scultura che non prevedeva una fase dinamica, ma solo statica. Il modo di fare la scultura elaborato presso l'Ackerman Institute ha profondamente influenzato il movimento italiano. Secondo questo modello classico che fu fatto proprio dalla gran parte dei terapeuti, la scultura fu usata in vari ambiti, nella terapia di coppia, nella terapia familiare e nell'ambito di supervisione.

Caillé, P., Rey, Y. (2005). *Gli Oggetti Fluttuanti – Metodi di interviste sistemiche*. Roma: Armando Editore.

De Santis, Donini et al., *Scolpire la propria famiglia: esperienza istituzionale nel training familiare*, Terapia Familiare, 13 1982

Restori A. "Embodiments. Il corpo in relazione". In Cambia-Menti Vol 1-2013, ed. Edicta

Satir V. (1964) *Conjoint family therapy. A guide to theory and technique* " Science & Behavior, Books, Palo Alto

Vallario L., (2011) *La scultura della famiglia*. Franco Angeli, Milano

Costellazioni familiari

Alcuni elementi dello psicodramma di Jacob Levi Moreno e di scultura familiare di Virginia Satir confluiscono nella formazione del movimento delle Costellazioni familiari di Bert Hellinger sua preparazione. Approcciò la Terapia familiare sistemica. Dichiarò che, dappprincipio, non comprese fino in fondo il loro lavoro, ma assunse comunque la decisione di voler lavorare in maniera sistemica, per far sviluppare al meglio il suo percorso. Solo dopo un anno si accorse di aver già

applicato naturalmente il metodo sistemico nelle sue terapie. Leggendo l'articolo di Jay Haley sul "triangolo perverso" addivenne alla scoperta dell'importanza della "gerarchia nella famiglia".

Il particolare contributo di Hellinger è il modo unico con cui ha integrato elementi diversi di psicoterapia. Rilevante la sua fiducia nella capacità di ognuno nel saper ascoltare "l'autorità della propria anima" che, anche se non infallibile, Hellinger dichiara che è l'unico vero baluardo che ognuno ha verso le lusinghe delle false autorità. Come per il filosofo Martin Heidegger, la base del lavoro di Bert Hellinger risiede nella sua insistenza sul "vedere ciò che è" (opposta alla cieca accettazione di ciò che ci viene detto) e in combinazione con una non vacillante lealtà e fiducia nella propria anima.

Hellinger B. (2006) *Felicità condivisa nelle costellazioni familiari* – Tecniche Nuove

Hellinger B. (2005) *Il grande conflitto* – URRRA

Hellinger B. (2007) *Nella quiete e nella solitudine* – Accademia

Ipnosi naturalistica ericksoniana

Da non confondere con le tecniche di ipnosi che puntano a realizzare la trance ipnotica dell'ottocento dagli effetti teatralizzanti del mesmerismo, l'ipnosi naturalistica proposta da Milton Erickson muove le sue premesse dalla teoria dei sistemi, della comunicazione, e da numerosi contributi derivanti dalle tecniche immaginative e corporee.

E' un tipo di trance non necessariamente profonda, che punta a produrre forme di dissociazione cognitiva focalizzata. Il corpo è posto al centro dell'attenzione e le immagini della mente accompagnano il paziente in luoghi e spazi dove è possibile fare espe-

rienze utili alla rielaborazione del proprio percorso vitale. All'interno dell'approccio sistemico integrato è utilizzata questa forma di ipnosi anche nel lavoro con le coppie e le famiglie, associando sculture e movimenti di costellazione familiare.

Erickson M. H. (1982) *“La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici”*, Astrolabio

Short D. Casula C. (2004) *Speranza e Resilienza*. Franco Angeli, Milano.

Yapko M. D. (2011) *“Lavorare con l'ipnosi. Un'introduzione alla pratica clinica”*, Franco Angeli

Uso della Mindfulness

Sebbene inserita in questa sezione delle tecniche corporee miste, il contributo della Mindfulness a cui faccio riferimento non deve essere annoverata come una tecnica vera e propria. La “presenza mentale” deve essere intesa più come una “posizione” mentale, un atteggiamento etico in primis del terapeuta, piuttosto che un mezzo per modificare un sistema umano bloccato. Troppo spesso la Mindfulness, intesa a volte come psicologia, è stata riformulata come tecnica, a mio avviso erroneamente. La formazione del terapeuta, seguendo un approccio sistemico integrato, deve prevedere un attento percorso di osservazione del proprio modo di entrare in relazione con l'altro, a partire dalle sensazioni del corpo, del sentire come questo si pone nel *rapport*, e annotando i contenuti della mente, in modo riflessivo. L'*agire etico* (Varela F. 1992) è strettamente connesso a questo modo di stare in relazione, ma non semplice da praticare.

Goleman D., (1996) *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, Gunaratana H., (1995) *La*

pratica della consapevolezza – In parole semplici, Ubaldini

Mace C., (2010) *Mindfulness e Salute Mentale*, Astrolabio, Roma

Pensa C., (2002) *Attenzione saggia, attenzione non saggia*, Promolibri, Torino

Restori A. *“La consapevolezza nelle relazioni di aiuto”*. In Cambia-Menti Vol 1-2010, ed. Edicta

Varela F., Thompson E.(1992) *La via di mezzo della conoscenza*. Milano, Feltrinelli

Varela F.,(1992)*Un know-how per l'etica*. Lezioni italiane, Laterza.

L'USO DELLE TECNICHE COME META-MODELLO

Questo breve elenco di tecniche proposte come premessa per orientare il percorso formativo all'interno del modello sistemico integrato, ha come finalità la costruzione di una cornice estendibile e sempre rivedibile. Ma, come già ribadito in precedenti nostri contributi *“..cosa significa esattamente il termine “strategie integrative”? “Integrare” non significa unire, né omologare, né giustapporre. Significa invece completare (dal latino integrum, completo), individuando complementarietà e complementamenti (interdipendenze reciproche)...* (Moroni M., Restori A., Sbattella F. 2012). Non sono le buone tecniche a garantire un buon percorso terapeutico, ma il modo in cui queste vengono utilizzate. Se una tecnica viene assunta come modello di intervento, il rischio evidente è che la lente che stiamo utilizzando venga reificata a sistema metrico decimale per misurare ogni cosa; e come conseguenza osserveremo tante cose misurate in quel tipo di cornice concettuale. Allo stesso modo più tecniche asservite ad una mente lineare, che conosce per induzione o deduzione, alla ricerca di un

cambiamento istruttivo di un sistema osservato, sono di aiuto solo ad un pittore che cerca di duplicare una realtà inafferrabile.

Le tecniche che stiamo utilizzando vanno gettate, una volta utilizzate, e sostituite con altre, e ancora altre, così da estendere, ampliare, stringere, allargare le nostre visioni del mondo, alla ricerca di una sintonizzazione continua con questo. Solo inserendo le tecniche all'interno di un meta-modello pragmatico possiamo ridurre i rischi di reificazione della realtà e osservarci nella relazione con l'altro da più punti di vista, conoscendo nuove parti di noi e di chi si relaziona con noi. Sono tante le tecniche non nominate in questo mio contributo, anche se possono essere incluse in macro aree riferite al linguaggio verbale e corporeo; gli strumenti tecnici che stiamo utilizzando, ed altri che impareremo nel futuro, dovrebbero tuttavia essere intesi come nuove possibili lenti di osservazione, danze terapeutiche, attraverso

so cui fare nuove esperienze di conoscenza del mondo e consapevolezza di sé.

Bateson G. (1976) *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano

Bateson G. (1984) *Mente e natura*. Milano, Adelphi,

Bianciardi M., Bertrando P. "Terapia etica: una proposta per l'epoca post-moderna", *Terapia Familiare*, n. 69, settembre 2002.

Cecchin G..F. Apolloni T., (2003) . *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente?* Angeli, Milano

Maturana H.R., Varela F.J. (1985) *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Marsilio, Venezia.

McNamee S., Gergen K. (1999) *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli Milano

Moroni M., Restori A., Sbattella F. (2012) *Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio*, Ed. Edicta

La terapia di gruppo in SPDC: verso un'integrazione fra il modello Sistemico e il modello Cognitivo - comportamentale

Veronica Gardoni¹

Sommario

Ogni terapeuta durante il suo percorso formativo, si è trovato di fronte alla scelta di quale modello teorico ed epistemologico abbracciare. Consapevoli che le nostre premesse possono diventare i nostri pregiudizi, l'articolo invita a mantenere viva la curiosità verso ciò che non è noto, ad accogliere ed utilizzare altri modelli teorici e altri punti di vista. L'orientamento sistemico-integrato, ci suggerisce di non reificare i prodotti dei molteplici modelli teorici, ma di considerarli come complementari e di calibrarli nei differenti contesti di applicazione della clinica, attraverso un agire pratico sensibile al contesto. L'esperienza di tirocinio dell'autrice nella conduzione dei gruppi all'interno del cuore acuto della Psichiatria a Parma, mostra come il modello sistemico e quello cognitivo-comportamentale possano cogliere l'opportunità di confrontarsi, integrandosi consapevolmente. Entrare nel ruolo di psicologi nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, promuove una contaminazione fra approcci metodologici differenti e fra figure professionali diversificate. L'autrice si soffermerà non solo sui vissuti e sulle emozioni dei terapeuti, ma anche su quelle dei partecipanti al gruppo ai quali è stato proposto un breve questionario di soddisfazione.

Parole chiave

Terapia di gruppo sistemica, integrazione, SPDC, curiosità, contaminazione, questionario di soddisfazione

Abstract

Every therapist during his or her formation will choose the theoretical and epistemological model to embrace. Aware of the risk that our assumptions may become our prejudices, the paper invites the reader to keep alive the curiosity toward what is unknown, to embrace and use new theoretical models, approaches, ideas. The systemic-integrated leaning, invites us not to criticize the results of the several theoretical models, but instead, to consider them as complementary, to calibrate them in the different contexts of the clinical application, aiming to a practical behavior context-sensitive.

Through the author's experience and the internship in the conduction of groups inside the deep heart of the Psychiatry in Parma, the systemic and cognitive-behavioral models find the possibility and the chance to walk toward a conscious integration. Entering the role of psychologist in the

¹III anno – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: veronica.gardoni@hotmail.it

Psychiatric Service of Diagnosis and Cure, promotes the fusion between different methodological approaches and professional paths. Through a brief questioner of appreciations, the author will focus also on the experiences and feelings of therapist and participants to the group.

Key words

Systemic group therapy, integration, SPDC, curiosity, fusion, questioner of appreciation



IL CONTESTO DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

Quale contesto?

La descrizione del contesto in cui operiamo spesso ci appare implicita nel contesto stesso e già consolidata prima del nostro arrivo. Interrogarci in quale contesto stiamo per entrare, intervenendo e lasciando inevitabilmente una traccia, è senza dubbio un punto cruciale nel nostro lavoro. Infatti, come sottolinea Bateson (1997, p. 146): «Senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla».

«Questo allora implica che se da una parte non si può dare per scontato che le azioni dei terapeuti abbiano un significato universale e predefinito in quanto dipendono dal contesto in cui tali azioni sono praticate, così non si può dare neanche per scontato che il significato del contesto socio-istituzionale, dall'interno del quale un terapeuta opera, sia universalmente e aprioristicamente condiviso, in quanto esso dipende a sua volta dai sistemi di significato delle persone implicate» (Fruggeri, 1998, p. 78).

Se la differenza è informazione (Bateson, 1984) e il contesto è la matrice dei significati (Bateson, 1977), la curiosità ci ha spinto a domandarci quale accezione venga attribuita al reparto SPDC dalle parti coinvolte, siano esse istituzioni o singoli terapeuti. Come sappiamo, «la gente vive e da un senso al proprio vivere, attraverso realtà narrative socialmente costruite che offrono un significato e un'organizzazione all'esperienza vissuta» (Andreson e Goolishian, 1998, p. 41), vive e respira nel dialogo e nel linguaggio (Varela, 1979), e che le distinzioni che compie nella vita quotidiana hanno una forte influenza nell'incanalare l'esperienza.

Per il Ministero della Sanità Italiana, il Ser-

vizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura “è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero; esplica inoltre attività di consulenza ad altri servizi ospedalieri (...)” (www.salute.gov.it). Per l'AUSL di Parma: “Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, all'interno del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, è dedicato alla gestione dei disturbi psichici in fase acuta ed è l'unica sede abilitata ad accogliere persone ricoverate in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio” (www.ausl.pr.it).

Da un gruppo di colleghi in formazione sistemica che hanno collaborato recentemente col reparto, sono emerse altre narrazioni: «La maggior parte dell'utenza che afferisce al SPDC, è costituita da pazienti che si trovano a vivere particolari momenti di sofferenza individuale o familiare, che hanno esperienza di intolleranza e/o espulsività sociale. (...) E' richiesta una risposta urgente al bisogno dell'individuo, della famiglia, e/o a un'emergenza del contesto sociale» (Filippi, Panella, Torsello, 2013, p. 47); «Un paziente ricoverato in SPDC attraverso un Trattamento Sanitario Obbligatorio o Volontario si sente emarginato rispetto ad una società e ad una famiglia dalla quale è stato (o si è) allontanato. Egli è fermo nel tempo e nello spazio» (Facchini, 2012, p. 34).

Ricerche condotte sul reparto SPDC, da autori di stampo cognitivo-comportamentale, dichiarano «l'assenza di un modello di riferimento esplicito per i reparti di psichiatria (...), come se il successo della Legge 180 fosse spiegabile solo in termini di assistenza erogata dai CSM e non invece in una cornice più ampia dove anche l'SPDC hanno rivestito un ruolo strategico» (Veltro et al., 2013, p. 137): «nei Servizi Psichia-

trici di Diagnosi e Cura si svolgono spesso pratiche (...) che tengono poco conto delle strategie medio - lungo termine che dovrebbero caratterizzare l'assistenza dei pazienti gravi» (Veltro et al., 2008, p.1).

Sarebbe altresì interessante chiedere ad infermieri, psicologi, medici, utenti e famiglie, come narrerebbero a loro volta il reparto SPDC. Le differenze, probabilmente infinite, fornirebbero forse la miglior descrizione del reparto stesso.

Progetto Argonauti: i gruppi come nuova frontiera di integrazione

L'équipe del Centro Famiglie dell' AUSL di Parma ha dato vita al Progetto Argonauti all'interno del reparto SPDC nel luglio 2012. Gli obiettivi principali erano quelli di costruire insieme agli operatori nuovi significati e nuove narrazioni delle persone ricoverate e del ricovero stesso, e di incrementare la rete di collaborazione tra le figure professionali e i servizi territoriali a cui la persona fa riferimento. Un'équipe di psicologi è tutt'ora presente all'interno del reparto per due mezze giornate e, attraverso il colloquio clinico, offre uno spazio di riflessione e di sostegno, fruibile dai pazienti previa indicazione di medici ed infermieri.

Due anni dopo, nel marzo 2014, il Progetto Argonauti si è arricchito di un ulteriore strumento, che consiste nella conduzione di interventi di gruppo settimanali con i pazienti ricoverati all'interno del reparto. Fino ad allora, i gruppi venivano condotti da una psicologa di orientamento cognitivo-comportamentale insieme agli infermieri, anch'essi formati secondo tale modello. L'apertura di questa nuova frontiera, non rappresenta solo un ampliamento del Progetto in corso e un rinvigorismento del concetto di Integrazione, ma soprattutto significa un coinvolgi-

mento supplementare nel percorso di cura del paziente, che permette di affiancare ai colloqui individuali la dimensione gruppale.

In quanto terapeuti, trovare un proprio spazio "sentito" all'interno del reparto SPDC, e più in generale nel sistema Psichiatria, che sia permeabile al contesto, implica energia, attenzione e grande sensibilità verso i movimenti del reparto e del sistema stesso. Gli interrogativi si sono così moltiplicati nel tempo. Come integrarci col territorio? Come integrarci con una Psichiatria spesso troppo medicalizzante? Come integrarci con un reparto sempre in emergenza? Come integrarci con le figure professionali che "abitano" il Servizio? Come integrarci nel passaggio di informazioni, e narrazioni, una volta che il paziente è uscito dal reparto? Come integrarci con il modello cognitivo-comportamentale nella conduzione dei gruppi? Infine, cosa intendiamo per integrazione?

«Integrare non significa unire, né omologare, né giustapporre. Significa invece complementare (...) individuando complementarietà e completamenti (interdipendenze reciproche). 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 complemento del proprio progetto, identità, equilibrio» (Moroni, Restori, Sbattella, 2012, p. 12). L'approccio sistemico, ponendosi in una posizione di integrazione di conoscenze, «si muove attraverso il processo abduittivo. L'abduzione è l'inferenza che muove da un dato sensibile nuovo e che conduce ad un 'altro possibile'. E non importa se la conclusione di un'abduzione risulti errata o inadeguata, perché essa è la proposta, temporanea e bisognosa di verifica, di una delle alternative possibili» (ivi, p. 14).

L'esperienza dell'incontro fra il modello cognitivo-comportamentale e il modello sistemico, offre l'opportunità di riflettere sulle difficoltà e sulle risorse del processo di integrazione. Se nei diversi contesti, ci dovessimo porre come psicologi-psicoterapeuti innamorati ciecamente delle nostre teorie e delle nostre mappe, potremmo incorrere nel grande rischio di non trovare, forse neppure cercare, un punto di contatto e di dialogo con altre professioni. In altre parole, «la diversità potrebbe diventare distanza e non vicinanza e ricchezza, perché non ci si permette di incuriosirci reciprocamente, relazionandoci, dall'idea dell'Altro, ingabbiandosi nei propri pregiudizi, solo perché tale pensiero, opinione, emozione, giunge da un orientamento diverso dal nostro» (Pattini e Capelli, 2012, p. 77). Come sottolineano Bruschi e Ravasenga (2013, p. 13), «le teorie sono spesso le premesse implicite che utilizziamo in ambito clinico come sistema di osservazione, confronto, co-costruzione narrativa, attivazione del cambiamento. Possono diventare con facilità i nostri pregiudizi nella pratica clinica». Al contrario, un atteggiamento inclusivo meta-contestuale, proprio dell'approccio sistemico-integrato, può traghettarci verso l'inclusione di differenti modelli teorici, portandoli implicitamente a divenire più funzionali al contesto in cui quest'ultimi operano.

LA NOSTRA ESPERIENZA DI TERAPIA DI GRUPPO

Il modello sistemico-integrato: le nostre premesse

Nonostante la psicoterapia sistemica si contraddistingua ormai da decenni per il lavoro con famiglie e coppie, la psicoterapia sistemica di gruppo ci sembrò da subito un qualcosa che poteva davvero funzionare. «Il

pensare sistemico» infatti, «prescinde dalla tipologia di setting sia esso individuale, di coppia o familiare, in quanto rappresenta la cornice in cui si opera. (...) L'attenzione del terapeuta rimane in ogni caso, in ogni tipo di contesto concentrata su concetti quali la creazione di connessioni, l'attenzione alle risorse e alla soggettività, l'ipotizzazione e la circolarità» (Celestre, De Martino, Negri, Tarantino, 2012, p. 60). Sullo sfondo l'imperativo etico di Von Foester (2001, p. 33): «opera sempre in maniera da aumentare il numero delle scelte possibili». L'epistemologia diventa una teoria nella costruzione dell'esperienza strettamente dipendente dal nostro agire, in cui «la possibilità di scelta coincide con una maggiore libertà d'azione, quindi con la possibilità di apprendere e di cambiare» (Giordano e Curino, 2013, p. 25). Per di più, ci sembrò che il gruppo potesse soddisfare i sei criteri che, secondo Bateson, un sistema deve avere per essere qualificato come mente. «E' concepibile assumere i sei criteri come criteri di vita e congetturare che qualunque entità dotata di queste caratteristiche attribuirà un valore (positivo o negativo) ad altri sistemi che manifestino i segni esteriori e visibili di caratteristiche simili» (Bateson, 1984, p. 173). Se l'obiettivo è approfondire una terapia di gruppo presso il reparto SPDC, è necessario considerare tutti gli elementi interagenti tra loro. Come infatti afferma Bateson (1984, p. 495-499): «il mondo mentale - la mente, il mondo dell'elaborazione di informazione - non è delimitato dall'epidermide. (...) Direi che la delimitazione di una mente individuale debba sempre dipendere da quali fenomeni desideriamo comprendere o spiegare. (...) Il sistema va delimitato in maniera che la linea di demarcazione non tagli alcuno di questi canali in modi che rendano

le cose inesplicabili».

Nella terapia sistemica, l'idea centrale è che i sintomi emergano quando i rapporti di una persona con sé stessa o con i suoi simili perdono significato, o acquistano significati oscuri o ambigui (Boscolo e Bertrando, 1993).

«In quanto sistemici, sin dall'inizio ci siamo allontanati da un'ottica "medica" che utilizza metafore quali cura, disturbo, malattia, intervento prescrittivo, per considerare invece la coerenza di quel determinato sistema che include un sintomo. Pensiamo che i problemi non abbiano una "causa" che si possa utilmente scoprire; un problema è la situazione raggiunta fino al momento attuale dall'intera storia della deriva strutturale co-ontogenetica – direbbe Maturana - che al momento in cui il paziente si presenta in seduta coinvolge anche noi» (Telfener, 2008, p. 41).

Inoltre, «quando parliamo di Terapia Sistemica dobbiamo porre attenzione ad alcuni punti salienti che la contraddistinguono. (...) L'ottica sistemica pone molta attenzione alle risorse presenti nel contesto, un contesto che include le persone significative e il terapeuta stesso. Alla base del nostro lavoro vi è la volontà di connettere, di creare una rete di connessioni che possa essere di sostegno alla terapia e a ogni singolo individuo coinvolto» (Celestre, De Martino, Negri e Tarantino, 2012, p. 60). La sfida diventa quella di accogliere, co-costruire e gestire la complessità. Ne è parte integrante la circolarità nella lettura degli eventi e delle relazioni. Non pretendiamo di dare risposte esaustive, ma utilizziamo le domande circolari come stimolo per entrare in un dialogo partecipato e per operare distinzioni. Solo

aiutando l'individuo a de-costruire le proprie premesse e a ri-narrare la propria storia, sarà possibile aumentare i suoi livelli di libertà e creatività.

Il modello proposto è di tipo bio-psico-sociale, in cui diversi livelli di osservazione, analisi e spiegazione vengono integrati per favorire la complementarità di differenti punti di vista e livelli di intervento. Ciò «permette di non semplificare, di contestualizzare, introduce il tempo e l'osservatore nel contesto, permette di decostruire le mappe e danzare insieme nella costruzione di una realtà terapeutica su cui sia possibile lavorare; permette di progettare interventi pensati e coordinati con altri addetti ai lavori, di considerare importanti tutte le persone che fanno parte del sistema creato dal problema» (Telfener, 2008, p. 33). Il modello sistemico-integrato pone molta attenzione alle emozioni, alle narrazioni e al tempo. E' guidato da diversi punti cardine ormai consolidati, tra cui: l'ipotizzazione, la circolarità, la neutralità e la connotazione positiva. Altri se ne affiancano, frutto di ricerche e teorizzazioni, nonché di una spiccata sensibilità verso il contesto e l'individuo nella sua globalità. La creatività, la curiosità e l'irriverenza, permettono al terapeuta di privilegiare quanto accade nella relazione, anziché quanto prescritto dalle teorie di riferimento. In particolare, l'irriverenza secondo l'accezione di Gianfranco Cecchin, protegge verso la dipendenza nei confronti di qualcosa: si tratta della possibilità di ribellarsi alle proprie idee, ai propri miti e credenze che potrebbero inchiodarci in qualche gioco "pensante", con tanta sofferenza e apparentemente senza via d'uscita. Questa ribellione può essere a volte l'unica opportunità di un cambiamento.

«Il terapeuta irriverente non entra in nessuna relazione senza idee proprie, una sua esperienza o costruzioni privilegiate. Proprio come i clienti, porta in terapia la sua visione della realtà. La sfida sta nel negoziare e co-costruire accettabili modi d'essere che risultino adattivi (...) e non in contrasto con i modi d'essere culturalmente sanciti. Infine, il terapeuta diventa irriverente quando diventa responsabile delle sue stesse azioni e opinioni. Si mette in gioco quando interviene, costruisce rituali, ridefinisce situazioni, comportamenti e idee sia propri che del cliente. Queste risorse sono, dopo tutto, gli unici strumenti che il terapeuta ha a disposizione» (Cecchin, 1998, p. 116).

Il modello cognitivo-comportamentale: la nostra sfida

L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo all'interno di un reparto per acuti, nasce nel 1997 presso lo SPDC di Roma e successivamente viene ripreso e sviluppato nei reparti SPDC di Campobasso, L'Aquila, Foggia, Arezzo, Parma, Termoli e Trento. Si pone come obiettivo generale quello di ottenere la partecipazione attiva e informata del paziente alle cure. Si basa sul modello stress-vulnerabilità-coping, dove ciascuno ha la propria particolare vulnerabilità allo sviluppo di una condizione di stress, inteso come uno squilibrio psico-biologico che si determina quando non ci si ritiene in grado di fronteggiare situazioni di vita stressanti. Le strategie di coping, ovvero i pensieri, i comportamenti e le emozioni provate, possono ridurre l'impatto negativo dei fattori stressanti sulla mente e sul corpo. Alcune delle tecniche di riduzione dello stress sono: la flessibilità, l'approccio maieutico, il collegamento tra pensieri, emozioni e comportamenti, le dimostrazioni pratiche (mo-

delling), la "normalizzazione" dei sintomi, la "normalizzazione" del ricovero, il rinforzo e il feed-back positivo, il role-playing, il decentramento cognitivo, la drammatizzazione e il problem solving (Vendittelli, 2008).

Sono previsti 15 moduli che descrivono "minuziosamente" l'argomento che verrà trattato durante gli incontri di gruppo: 1) cosa è accaduto prima del ricovero; 2) modello stress-vulnerabilità; 3) gli psicofarmaci; 4) i segni precoci di crisi; 5) obiettivi individuali alla dimissione; 6) alcol; 7) allucinazioni; 8) ansia e paura; 9) delirio e pensiero psicotico; 10) disturbi dell'umore: tristezza e gioia; 11) disturbi di personalità cluster B: rabbia; 12) disturbi di personalità cluster B: vantaggio secondario; 13) idee di suicidio; 14) TSO; 15) benessere psico-fisico.

I protocolli cognitivo-comportamentali, come i 15 moduli dell'intervento di gruppo, vengono spesso sentiti dai terapeuti sistemici come un vincolo nella conduzione del gruppo, in quanto schemi che prevedono già a priori le domande da porre e le risposte da ottenere. Il gruppo viene pertanto indirizzato verso un percorso già stabilito, ripetitivo, in cui le riflessioni meravigliosamente diverse di ciascuno trovano poco spazio. Appare quasi spaventosa la possibilità che esse possano minare la sicurezza del tracciato con interrogativi o narrazioni inaspettate. E' ormai noto, come il modello sistemico percepisca il protocollo alla pari di un abito cucito troppo stretto che non lascia libertà di movimento e di creatività. Possiamo immaginarci l'integrazione come un sarto che non cambia drasticamente forma e colore all'abito, ma gli permette di possedere una maggiore elasticità per adattarsi a diversi usi e indossatori, nonché a percorsi alternativi. Come l'abito che durante un lungo viaggio si stropiccia, si spor-

ca, si impregna di profumi e parole, così l'incontro tra due modelli psicoterapeutici può rappresentare l'occasione per contaminarsi, permearsi, arricchendo entrambi le parti di nuovi significati e di crescente curiosità. Solo in questo modo, si apre la possibilità di un cambiamento di paradigma. I diversi modelli psicoterapeutici acquistano una loro credibilità funzionale al contesto clinico se integrati in modo estetico alla dimensione della complessità umana, cioè alla struttura che connette i differenti modi di agire. Integrando saperi diversi, è possibile organizzare un agire pratico sensibile al contesto e al proprio sentire, che accolga la complessità. «Gestire la complessità significa tra l'altro, accettare il cambiamento costante di modelli di riferimento sia culturali che teorici e rifiutare leggi e regole determinate una volta per tutte» (Telfener, 2008, p. 32). Il concetto di sistema (dal greco *systanai*, porre insieme) "ci permette di ampliare la prospettiva di osservazione e, di conseguenza, le possibilità di cambiamento. (...) Il focus di lavoro è la relazione, anziché la mente individuale, e il contesto in cui essa si trova. (...) E' un salto di prospettiva che, nella terapia, implica l'abbandono dell'etichetta di 'paziente' come della patologizzazione, e piuttosto l'assunzione di una prospettiva che colga la complessità delle relazioni" (Ganda e Giuliani, fonte internet). Una caratteristica del sistema complesso infatti, è la possibilità di produrre un comportamento emergente, cioè un comportamento complesso non prevedibile e non desumibile dalla semplice somma degli elementi che compongono il sistema (Ganda, 2001). Nella terapia e nel gruppo, si lavora quindi sulla danza delle parti; ci piace pensare che «il sistema ha in sé gran parte delle informazioni per cambiare, e non è predicibile quando, quanto

e come cambierà» (Boscolo e Bertrando, 1993, p.99).

Intervento integrato di gruppo in SPDC

Gli incontri di gruppo condotti nel reparto SPDC da noi psicologi e psicoterapeuti in formazione, si svolgono una volta a settimana al mattino, dopo il giro visite dei medici e prima dell'ora di pranzo. Gli infermieri, debitamente formati, possono condurre i gruppi anche in altri momenti, se il clima del reparto e gli impegni previsti per la giornata lo consentono.

Dopo aver partecipato al passaggio di consegne tra medici ed infermieri, ci uniamo al giro visite e invitiamo uno ad uno le persone ricoverate a partecipare al gruppo. In questa occasione, a seconda delle resistenze espresse, è nostra premura coinvolgerli. Il modello cognitivo-comportamentale ci suggerisce di non invitare al gruppo pazienti sedati, con ritardo mentale o invalidità organica; si dovrebbe insistere molto con pazienti in fase di agitazione psico-motoria o in dormi-veglia, talvolta facendo presente che la mancata partecipazione al gruppo può incidere sulla durata del ricovero. Ci piacerebbe invece, far percepire alle persone ricoverate come la partecipazione al gruppo sia una loro scelta e quindi, una loro consapevole decisione a cogliere o meno ciò che noi consideriamo un'opportunità di riflessione e di ri-narrazione.

Prima di iniziare il gruppo, si ricorda a tutti che stiamo per riunirci nella "sala della televisione": un luogo-Altro che non rappresenta la camera in cui si è ricoverati o dove si consumano i pasti. La stanza viene preparata in modo tale che le sedie, poste in semicerchio, siano numerose e sempre pronte ad accogliere chi vuole unirsi in un secondo momento. Una lavagna al centro, è il mez-

zo principale su cui scrivere i commenti dei partecipanti, riguardando ciò che emerge in corso d'opera. Talvolta, la lavagna viene lasciata a disposizione degli utenti per l'intera giornata. Quando il gruppo inizia, si chiude la porta per delimitare il contesto e per aiutare la concentrazione nel limitato tempo a disposizione. In qualsiasi momento, è possibile unirsi al gruppo o abbandonarlo per svariate necessità. Il gruppo ha una durata di 45/50 minuti. Il tempo viene scandito dalle pause, una ogni ora della durata di dieci minuti, preposte non solo per fumarsi una sigaretta, ma anche per prendere una boccata d'aria e sgranchirsi le gambe. Rispettando i loro tempi, abbiamo organizzato i nostri. Fin quando possibile, non imponere un nostro tempo a pazienti, medici o infermieri, risulta essere già una buona premessa. Partecipano al gruppo anche uno o più infermieri; i medici sono oberati di lavoro, ma talvolta qualche medico specializzando in psichiatria è stato attirato dalla curiosità. Vengono previste due figure: un conduttore e un co-conduttore che scrive sulla lavagna i commenti dei partecipanti ed è di supporto al conduttore. Il gruppo inizia con il conduttore che ringrazia innanzitutto i partecipanti della decisione di presenziare. Vengono ricordate alcune semplici regole: rispettare il turno di parola, alzare la mano se si ha urgenza di intervenire e rimanere concentrati sul tema. A tutti i partecipanti verrà chiesta la propria opinione, è libertà di ognuno rispondere ed è rispettata anche la volontà di non intervenire. Spesso accade che gli argomenti trattati risuonino con corde troppo sofferenti. Per noi il silenzio è comunque comunicazione. Non è importante, infatti, raccogliere il più alto numero di commenti o interventi, ma lasciare nelle mani dei partecipanti anche solo una riflessione

o un punto di vista diverso, come strumenti utilizzabili nel "tempo" che riterranno più opportuno.

Si procede quindi introducendo il tema dell'incontro, scelto fra i 15 moduli cognitivo-comportamentali presentati precedentemente. Abbiamo deciso di rispettare il terreno sicuro su cui gli infermieri (i nostri più importanti collaboratori nella conduzione del gruppo) si muovono, nonostante questi confini siano da noi a volte percepiti stretti e limitanti. L'integrazione inizia proprio da qui. Invadere il sistema con la nostra epistemologia e il nostro modo di agire ci avrebbe reso immediatamente perdenti. Per non essere rigettati dal sistema, abbiamo studiato l'intervento di gruppo cognitivo-comportamentale (come fare altrimenti a integrarci con qualcosa di sconosciuto?). I temi che affrontiamo col gruppo rispecchiano in linea di massima il contenuto dei protocolli, ma il nostro modello sistemico-integrato coinvolge inevitabilmente il nostro essere terapeuti nel gruppo e col gruppo. Quello che cambia è la forma, la relazione e la comunicazione. Durante l'incontro di gruppo, si percepisce il passaggio da una mente individuale a una collettiva, gruppale, in cui le voci degli altri arricchiscono, fanno riflettere, creano movimenti e promuovono relazioni. Emergono sempre emozioni e opinioni differenti, come infinite sono le storie di vita dei partecipanti, che si co-costruiscono e si lasciano co-costruire. La fine dell'incontro è un momento di sintesi, che racchiude tutte le espressioni dei partecipanti in un aggregato d'idee e punti di vista nuovi. Si restituiscono al gruppo le differenze emerse, ovvero le più grandi risorse per concedersi di pensare che esistano altre strade, altre possibilità e altre soluzioni a situazioni gravemente compromesse dalla sofferenza. Al termine del grup-

po, siamo soliti ringraziare i partecipanti per averci donato la loro esperienza e per averci permesso di stare in qualcosa di più grande di un semplice gruppo: un sistema-mente.

Il questionario di valutazione dell'intervento di gruppo

Il questionario di valutazione è stato introdotto qualche mese dopo l'avvio del gruppo, nell'agosto 2014, al fine di cogliere il sentito con il quale i partecipanti uscivano dall'esperienza gruppale e di comprendere come stavamo operando noi terapeuti col gruppo. L'entusiasmo con cui questo strumento è stato accolto, ci ha permesso di riflettere sulla necessità e sul desiderio dei pazienti di esprimere a loro volta pareri e giudizi, "di dire la loro". Quasi paradossalmente, durante la compilazione del questionario, è come se i partecipanti sentissero il "potere" di decretare una "diagnosi" sul lavoro che li ha coinvolti. Finora sono stati raccolti 45 questionari anonimi composti da 5 domande chiuse a risposta multipla (sì/abbastanza/no). Ad oggi, hanno partecipato al gruppo 24 maschi e 21 femmine, con un'età media di 37 anni. Alla domanda "Hai trovato il gruppo utile?", la maggioranza (76%) ha risposto "sì", mentre il 22% ha risposto "abbastanza" e il 2% ha risposto "no". Alla domanda "Hai appreso qualcosa durante il gruppo che potrà esserti utile in futuro?", le risposte sono state: "sì" per il 69%, "abbastanza" per il 20% e "no" per l'11%. Abbiamo chiesto poi di scegliere quale emozione, tra noia, serenità e preoccupazione, è stata prevalente durante il gruppo. Le tre opzioni non sono certo esaustive, ma permettono di semplificare la domanda e di promuovere un'auto-riflessione sulle proprie sensazioni al termine dell'esperienza gruppale. La maggioranza di loro, l'84%, riferisce di aver

sentito serenità, l'11% preoccupazione e solo il 5% noia. Alla domanda "Gli argomenti erano difficili da seguire o da comprendere?", l'87% dei partecipanti ha risposto "no", il 9% "sì" e il 4% "abbastanza". Infine, alla domanda "Parteciperò di nuovo e volentieri al gruppo?", il 78% dichiara che ripeterebbe volentieri l'esperienza, solo il 2% "no" e il 20% non sa.

ESSERE PROMOTORI DI INTEGRAZIONE

I vissuti dei terapeuti

Entrare in un contesto come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nel ruolo di psicologi, è come entrare in una gabbia di leoni nel ruolo di topolini. Sappiamo che questi ultimi non sono il pasto preferito dai leoni, ma sappiamo anche che talvolta la tentazione da parte dei felini di giocare con la propria preda è molto forte. Nello stesso tempo, è luogo comune che il topolino sia capace di spaventare gli elefanti, ma mai nessuno ci ha raccontato di leoni scappati di fronte ad un topo. Quella che mi piacerebbe raccontare è la favola di come un gruppo coraggioso di topolini e un branco orgoglioso di leoni, annusandosi, toccandosi e ascoltandosi, abbiano imparato col tempo a rispettarsi e a contaminarsi. Serviranno diverse stagioni, prima che i topolini imparino dai leoni la tecnica della caccia, la determinazione e la sicurezza appresa dall'aver nella savana una posizione di tutto rispetto. Serviranno diverse lune, prima che i leoni a loro volta, imparino dai topolini la curiosità, la tenacia nel compiere lunghi viaggi e la creatività sviluppata dal dover compensare le loro ridotte dimensioni fisiche.

La potenzialità di perturbare il sistema in cui operiamo, appare insita nel nostro approccio e in noi terapeuti che ne siamo portatori.

Abbiamo cercato di creare le condizioni per far sì che qualcosa si potesse modificare e trasformare, acquisendo o recuperando processualità. La nostra capacità di perturbare si è inevitabilmente connessa con la capacità di “stare con”, di spostare l’attenzione da “in qualcosa” a “tra qualcosa”, ovvero di introdurre la relazione fra le parti. I tentativi di comprendere e di conoscere l’altro hanno rappresentato il motore del nostro agire, l’irriverenza le nostre ruote, la curiosità il nostro volante, la creatività l’acceleratore e la diversità dell’altro il nostro più caro passeggero. Infine, la consapevolezza è ciò che dentro di noi stiamo con cura coltivando. In qualsiasi pensiero e azione inconsapevole infatti, si nasconde il rischio di confermare ciecamente il sistema e l’istituzione. A differenza dell’adattamento, l’integrazione richiede molta energia, implica una forte volontà a rispettare l’altro e a comunicare con lui; non soccombe, ma aspetta, rispetta e promuove i possibili punti di contatto, interrogandosi sui conflitti senza cedere a questi.

Dal confronto coi colleghi, è emersa la sensazione che le istituzioni ragionino spesso attraverso due categorie: il giusto e lo sbagliato, la salute e la malattia. Secondo tale visione, l’individuo deve capire dove ha sbagliato per poter tornare nella direzione considerata giusta dalle norme sociali e da noi operatori: i portatori del giusto. La trappola di sbagliare nuovamente si nasconde così dietro l’angolo. A volte, sembra che il paziente venga percepito come un contenitore di salute o di malattia, invece di una persona che in un certo momento della sua esistenza, sperimenta benessere o sofferenza. A nostro parere, il forte contenimento e la quasi materna protezione che offre il reparto SPDC ai propri ricoverati, rischia di

produrre una de-responsabilizzazione degli stessi, rendendo ancora più difficoltoso l’auspicabile equilibrio fra responsabilità individuale e responsabilità collettiva.

Siamo entrati nel reparto quasi in punta di piedi, motivati da una forte curiosità a conoscere. Abbiamo cercato di rispettare i tempi e i ruoli, ci siamo intrufolati nelle modalità di lavoro del reparto quando abbiamo sentito che il tempo era quello giusto, quando il rischio di essere ostracizzati si era abbassato sotto una certa soglia. Abbiamo conosciuto visi, storie e vissuti, non solo dei pazienti, ma anche degli operatori. Abbiamo cercato di comprendere cosa vedessero in noi, se una risorsa o una minaccia, e abbiamo cercato di abbracciare il loro sentire integrandolo col nostro. Le emozioni sono in quei momenti esplose. Spesso avevamo la sensazione di avere davanti degli ostacoli che portati poi nel confronto, si sono rivelati meno minacciosi. Altre volte invece, ci siamo sentiti soddisfatti e vincenti, per poi renderci conto che non avevamo scatenato le stesse emozioni negli altri. Probabilmente il timing era sbagliato o le nostre lenti forse erano ancora troppo focalizzate solo su noi stessi. Il confronto e la condivisione continua ad essere fondamentale. Abbiamo imparato a chiederci insieme agli infermieri: “Com’è andata? Come ci siamo sentiti? Cos’è successo?”. Anche solo pochi minuti dedicati a interrogarci insieme, si rivelano fondamentali per aumentare la fiducia reciproca e per sottolineare che si sta lavorando nella stessa direzione. Abbiamo provato gioia, quando la relazione con l’infermiere o col medico si stava trasformando per intensità e motivazione. Abbiamo sentito frustrazione, quando sembravamo trasparenti in reparto. Abbiamo continuato a proporre con coraggio ciò in cui crediamo. Ci siamo

sentiti motivati, quando le critiche sono diventate non solo delle potenziali ferite, ma anche degli stimoli per esplorare noi e il nostro ruolo. Abbiamo percepito la gentilezza nei nostri gesti e nelle nostre parole, quando ci sono state poste timide domande sul nostro lavoro.

Il nostro ruolo all'interno del reparto ha attraversato una serie di cambiamenti. In un primo momento, ci siamo sentiti come dei soprammobili, accessori di un luogo già arredato, per poi progressivamente percepire più protezione da parte di chi, infine, ci ha considerato una risorsa interna al sistema. Siamo giunti a essere visti, abbiamo sentito maggior accettazione e quindi meno giudizio nei nostri confronti. L'evoluzione sperimentata, ci ha permesso di riflettere sulla nostra posizione e sulle sensazioni collegate ad essa. L'essere fuori dal sistema ci consentiva di connotare positivamente ogni elemento, anche il più disturbatore. Ora invece, in quanto membri dentro al sistema, stiamo iniziando ad osservare attraverso le lenti dell'istituzione. Se ciò da un lato rappresenta un primo passo verso una contaminazione reciproca, dall'altro ha portato in noi l'emergere di pregiudizi, propri dell'istituzione. Ci siamo sentiti grati con l'istituzione per averci accolto, ma in quanto terapeuti promotori di integrazione sentiamo la necessità, e la difficoltà, di non colludere totalmente con l'istituzione e con coloro che la incarnano. Siamo arrivati a chiederci quanto l'appartenenza sia terapeutica e se forse, la forza non risieda nell'essere nello stesso tempo dentro e fuori dal sistema, così da non perdere la preziosa possibilità di osservare con lenti sempre ri-pulite e diverse. Raramente abbiamo esplicitato agli operatori del reparto la nostra cornice epistemologica. Ci siamo interrogati più volte

sul come dire ad uno psichiatra o ad un infermiere specializzato in psichiatria, che per noi le categorie diagnostiche non esistono e i sintomi si co-costruiscono nel sistema. Ci siamo inoltre domandati se fosse il caso di introdurre una formazione su che cos'è la psicoterapia sistemica. Ne abbiamo concluso che talvolta, le parole possono apparire confuse e troppo numerose in un reparto che "corre". Probabilmente, il miglior modo per remare verso un'integrazione fra saperi e metodi diversi sarebbe stato quello di agire, lasciare che il proprio corpo parlasse, che le nostre emozioni emergessero, così da rendere le parole più pure e meno intrise di concetti teorici. Il nostro essere terapeuti sistemici-integrati ci sembrava il miglior strumento che potevamo utilizzare per integrarci con un reparto così complesso. Esserci, in modo consapevole, nel qui e ora delle emergenze del reparto, del sistema Psichiatria e dei vissuti espressi dagli operatori. Esserci con i pazienti, senza avere il timore di agire in modo inusuale. Nella relazione portiamo noi stessi e le nostre premesse epistemologiche che costantemente ci invitano ad agire, a sorprenderci e a sperimentarci nella relazione, considerata come il canale principale di un potenziale cambiamento.

CONCLUSIONI

Non ci sentiamo ancora pienamente integrati, ma ci sentiamo in cammino verso questo prezioso modo di agire e di pensare. Non è una meta da conquistare, quanto piuttosto un processo e una dinamicità sempre in evoluzione, in cui è legittimo anche chiedersi quanto permettiamo agli altri di integrarsi con noi. L'approccio al gruppo in una cornice sistemica sta acquisendo sempre più una propria identità terapeutica.

ca. Le idee provenienti dalle teorie dell'ermeneutica e del costruzionismo sociale, l'interesse per la narrativa, la metafora e il linguaggio, sono utilizzate come lenti per comprendere sia l'individuo che i gruppi. In letteratura sono ancora scarsi i contributi sulla terapia di gruppo ad orientamento sistemico, la cui diffusione ed evoluzione auspichiamo possa arricchirsi di ricerche e di contributi.

Bibliografia

- Andreson H. e Goolishian H. (1998). *Il cliente è l'esperto: il "non sapere" come approccio terapeutico*, in McNamee S. et al, *La terapia come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Bateson G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1984). *Mente e natura*, Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1997). *Una sacra unità*, Adelphi, Milano.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993). *I tempi del tempo*, Boringhieri, Torino.
- Bruschi G., Ravasenga P. (2013). *Teoria e clinica di sofferenza psicologica nelle relazioni affettive significative: un contributo sistemico integrato*, *Cambia-menti*, 2, 5-16.
- Cecchin G. (1998). *La costruzione di possibilità terapeutiche*, in McNamee S., Gergen K., *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Celestre C., De Martino D., Negri A., Tarantino R. (2012). *Terapia Sistemica familiare, individuale e di coppia: verso un approccio integrato*, *Cambia-menti*, 1, 59-71.
- 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, 33.
- Filippi F., Panella S., Torsello A. (2013), *La sistemica nei servizi di salute mentale: fenomenologia del SPDC di Parma*, *Cambia-menti*, 3, 47-58.
- Fruggeri L., (1998). *Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di metodo*, *Connessioni*, 3, 75-85.
- Ganda G., Giuliani M., "Milan Approach": *la via italiana alla Terapia Sistemica*, <http://www.psicoterapia.it/rubriche/print.asp?cod=12462>.
- Ganda G. (2001). *La sistemica e i gruppi: un'esperienza*, *Connessioni*, 9, 53.
- Giordano C., Curino M. G. (2013). *Terapia sistemica di gruppo*. Roma: Alpes.
- Moroni M., Restori A., Sbattella S. (2012). Integrare e connettere. *Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio*, *Cambia-menti*, 1, 7-16.
- Pattini E., Capelli F. (2012). *Voci dal coro: un modello di intervizione sistemica*, Cam-

bia-menti, 3, 77-85.

- Telfener U. (2008). *Riflessioni sulla terapia individuale sistemica*, Connessioni, 20, 28-52.
- Varela F. J., (1979). *Principles of biological autonomy*. New York: Elsevier-North Holland.
- Veltro F. et al. (2008). *L'intervento cognitivo - comportamentale nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Veltro F. et al. (2013). *Descrizione dell'esperienza, dell'efficacia pratica e della diffusione dell'intervento cognitivo - comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Psichiatria*, Riv. Psichiatr., 48(2), 130-139.
- Vendittelli N. et al. (2008). *L'intervento cognitivo - comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Von Foester H. (2001). *La verità è un'invenzione di un bugiardo. Colloqui per gli scettici*. Roma: Meltemi.



Identità narrativa ovvero la ri-significazione multipla come atto terapeutico

Emilio Cibotto²

“Io sono tu e tu sei io, e dove tu sei io sono, e così io sono dispersa. E dovunque tu vuoi, tu mi raccogli; ma raccogliendomi, tu raccogli te stesso”.

(Frammento gnostico del Vangelo di Eva in Epifanio di Salamina, Panarion Haeresion, 26.3)

Sommario

L'idea che la psicoterapia possa essere definita nei termini di un'estetica piuttosto che di una tecnica, offre maggiore visibilità alla dimensione soggettiva dei componenti il *setting* terapeutico, con la conseguenza che l'esito del lavoro svolto possa essere considerato come il frutto dell'esercizio di *un'arte alchemica*. L'autore sostiene che la metafora del sarto - in quanto artigiano che confeziona l'abito a immagine e somiglianza del cliente, lavorando non solo con il suo corpo, ma anche con la sua mente come parte di un circuito più ampio - sia una possibile traduzione nel linguaggio corrente di quanto l'alchimista cercava di fare nel suo laboratorio alla ricerca della trasmutazione delle sostanze e dei metalli. Evidentemente, in ambito psicoterapeutico il lavoro si complica perché l'oggetto di lavorazione non è il *vil metallo*, ma un essere umano che pone esso stesso l'istanza della sua identità. Per questo motivo il processo alchemico può essere ri-definito in terapia mimando la struttura narrativa della tragedia greca raccontata da Aristotele, nella magistrale interpretazione di Paul Ricoeur. L'autore non nasconde la sua ambizione *“estetica”* e quindi non cerca in questo scritto l'aderenza filologica al pensiero dei due eccellenti personaggi citati, ma piuttosto se ne *serve* per provare a dare spazio alla propria soggettività con il fine di trovare un modello terapeutico plausibile.

Parole chiave

Identità narrativa, follia, mythos, mimesis praxeos, kairos.

Abstract

The idea that psychotherapy might be defined in terms of an aesthetics rather than a technique, offers much exposure to the subjectivity of the therapeutic setting components. Consequently, the result of the psychological work can be considered as the fruits of an alchemical exercise.

The author sustains that the metaphor of the tailor is a possible translation in the current language of what the alchemist tried to do in his laboratory searching for the transmutation of substances and metals: the tailor is a craftsman creating a suit in image and in likeness of his costumer and

¹III anno – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: emiliocibotto@gmail.com

he works with his body and with his mind as well. Obviously the psychotherapeutic work is more complicated because the manufacturing object is not the *base metal* but a human being with his own identity. For this reason the alchemical process can be re-defined in therapy imitating the greek tragedy structure told by Aristotle and interpreted by Paul Ricoeur.

The author does not hide his aesthetic ambition and then he does not pursue, in this work, the philological cohesion with these great personalities thought, but he use it, trying to allow his own subjectivity to flow in order to find an acceptable therapeutic pattern.

Key words

Narrative identity, madness, mythos, mimesis praxeos, kairos.



PREMESSA

Lo sviluppo di questo articolo parte dall'idea secondo cui l'atto psico-terapeutico può essere riconosciuto secondo la metafora del sarto. In tal senso, l'azione dello psicoterapeuta non dovrebbe rivelarsi come il tentativo di riportare l'altro all'interno della propria *weltanschauung* (cfr. visione del mondo, concezione del mondo), ma piuttosto come la disponibilità di conformare le tecniche conosciute alla dimensione soggettiva di chi chiede aiuto.

Il sarto a cui ci si riferisce è dunque l'artigiano e non lo stilista. Il secondo, infatti, pur essendo anch'esso un sarto, ha come obiettivo quello di indirizzare le abitudini altrui alla propria visione estetica, di modo che il proprio capo di abbigliamento possa essere indossato da chicchessia: alto, basso, magro, grasso. Anzi, più persone si adeguano alla moda dello stilista, maggiore è il suo tornaconto.

Il sarto, no. Egli si occupa di adeguare l'abito non solo alle caratteristiche fisiche ma anche a quelle "mentali" del cliente, impegnando il suo massimo sforzo verso quell'unico individuo che gli ha commissionato l'abito. In questo caso l'esercizio "estetico" è sistemico, in quanto il risultato è frutto dell'alchimia di una mente comune. Allo stesso modo, lo psicoterapeuta che agisce come il sarto si deve occupare di aggiornare le proprie tecniche e competenze non già per costruire uno schema generale di cura entro cui far rientrare ogni persona che gli chiede aiuto, ma piuttosto per essere pronto a cogliere l'unicità che caratterizza ogni individuo.

Questa premessa porta al *pre-giudizio* secondo cui l'azione psico-terapeutica debba da una parte tenere conto dell'oggettività scientifica, in ossequio ai dettami della psi-

cologia accademica, dall'altra parte lasciarsi contaminare dalle diverse discipline che si occupano della conoscenza dell'uomo, come ad esempio la filosofia, la metafisica, l'etnologia, la religione, la spiritualità.

Il nostro sarto, insomma, deve essere pronto ad ogni tipologia di uomo, senza discriminazione alcuna e per questo deve essere aperto all'apporto costruttivo di qualsiasi disciplina possa rappresentare uno *strumento del mestiere* utile al risultato finale.

La nostra premessa è perciò una sorta di avviso, giacché da subito costruiremo la trama del nostro discorso a partire da concezioni che in qualche modo precedono l'avvento della psicologia scientifica, provenendo dalla conoscenza filosofica e metafisica e in qualche altro modo da concezioni che si profilano all'orizzonte e che appartengono a territori di confine che la psicologia deve ancora esplorare compiutamente: mi riferisco alla religione e alla spiritualità. Temi che anche Gregory Bateson negli ultimi anni della sua vita aveva ritenuto necessari alla spiegazione dell'uomo, proponendo di raggrupparli all'interno di un "*termine affine ma più generale, il sacro, avventurandosi con circospezione e cautela su quel terreno dove gli angeli esitano a metter piede*" (1989).

INTRODUZIONE

Il nostro lavoro nasce dall'ipotesi secondo cui ogni uomo e ogni donna costruisce la propria identità secondo una narrazione di sé che dipende da schemi strutturati all'interno delle relazioni interpersonali, che si sviluppano in un sistema contestuale plurimo, come già teorizzato da Urie Bronfenbrenner nel suo *approccio ecologico*. In quel luogo egli afferma che la complessità della nozione di contesto è individuata

all'interno di un ambiente ecologico in cui sono incluse una serie ordinata di strutture che possono essere descritte secondo tre livelli: il *microsistema*, che si sviluppa nelle relazioni familiari e nella scuola, con gli insegnanti e i coetanei; il *mesosistema*, che considera le relazioni tra le situazioni ambientali e che individua, ad esempio, come una determinata abilità scolastica possa dipendere non solo da come viene insegnata, ma anche dai legami esistenti tra scuola e famiglia; l'*esosistema*, che considera le condizioni di vita e di lavoro della famiglia, di modo che lo sviluppo dell'individuo può essere influenzato da situazioni ambientali che egli nemmeno conosce come, ad esempio, l'attività lavorativa dei genitori.

Brofenbrenner poi ritiene che questi tre livelli siano influenzati dal macrosistema ovvero *"dalle politiche sociali e dei servizi che caratterizzano una data comunità socioculturale"*. (L. Camaioni, P. Di Blasio, 2006).

Attraverso questo processo, l'identità, che noi riteniamo possa essere qualificata come narrativa in quanto, secondo l'accezione di Paul Ricoeur (1988), perviene al soggetto attraverso la funzione narrativa, si costituisce come persona nel senso dettato dall'etimologia greca del termine: ovvero maschera. Tale maschera definisce il modo di rappresentazione che l'individuo ha costruito attraverso ciò che di lui si è raccontato e che egli ritiene possa essere accettato o accettabile. L'identità personale allora diventa il frutto di un'interpretazione che coglie un particolare significato dalla concatenazione di particolari eventi stratificati nel tempo. Significato che dipende dalla complessità dell'ambiente ecologico sopra descritto. Una prova di questo può essere trovata nell'uso dell'autobiografia come modello narrativo di presentazione di sé.

In linea generale, dunque, l'identità narrativa rappresenta la personalità del soggetto, posta a protezione del suo procedere esistenziale secondo le regole condivise dalla cultura di appartenenza, operando come organizzazione di significati rispetto al sé e al mondo esterno, in continuo dialogo a specchio con l'altro.

Di questa identità narrativa ne ha parlato diffusamente Paul Ricoeur (1991), mettendo in evidenza come essa possa essere modellata e ri-modellata secondo le logiche del racconto descritte da Aristotele nella *"Poetica"*.

A noi interessa questa prospettiva perché ci permette di perlustrare il versante del disturbo mentale, interpretandolo non già come una psicopatologia, ma piuttosto come l'esito di una costruzione narrativa di sé che non è riuscita a farsi spazio all'interno dei *"copioni"* pre-definiti dal tessuto socio-culturale di appartenenza o dai miti familiari, che qualificano come pazzo *"quel membro che rompe un'importante regola familiare e ne rivela la falsità"* (A.J. Ferreira, 1966).

La nostra prospettiva ritiene plausibile che gli eventi che portano alle diverse esperienze di vita definite all'interno, ad esempio, del concetto di follia non siano una diminuzione delle capacità psichiche dell'individuo, ma piuttosto il risultato di una narrazione di sé che non ha trovato condivisione o addirittura che è stata repressa, riducendo l'individuo all'isolamento. In altre parole riteniamo che in molti casi la diagnosi di follia sia l'esito di una aberrante forma di discriminazione.

Sulla base di questi presupposti immaginiamo possibile e utile un'azione terapeutica che ricostruisca assieme alla persona che necessita di cura la sua *pensabilità*, secondo le istanze più intime che hanno accom-

pagnato la sua crescita e che in qualche modo sono state derubricate come negative, insignificanti e disadattive. La ri-significazione multipla, qualificata come atto terapeutico, indica, secondo il nostro pensiero, lo spazio concesso al soggetto per poter esprimere in molti modi il significato di sé, liberamente, all'interno di un ambiente che protegga l'espressione di una narrazione convincente non per gli altri ma per l'individuo stesso. Siamo convinti, infatti, che gli eventi della vita, proprio perché costituiti nelle variabili astratte di tempo e spazio, non abbiano un significato intrinseco assoluto, ma si costituiscano in entità dotate di senso solo quando rispondano alla dinamica narrativa propria del singolo individuo. È la sua stessa narrazione interpretante che garantisce il nucleo immutabile di sé che sfugge al cambiamento temporale e che gli può permettere l'equilibrio psichico.

L'esito di questo percorso potrebbe evidenziare come le descrizioni della follia, esplicitate dalla moderna psicopatologia nel novero della malattia mentale, possano essere descritte piuttosto come stati di coscienza che non hanno trovato la necessaria ospitalità in una cultura particolarmente ostile all'evoluzione in senso individuale dell'essere umano.

In questo elaborato cercheremo di svolgere un lavoro di perlustrazione che ci permetta in primo luogo di dare un fondamento epistemologico alla nostra idea; in secondo luogo di costruire un quadro idoneo alla traduzione psicologica di questa ipotesi che di necessità tira in ballo anche la prospettiva filosofica.

QUESTIONI EPISTEMOLOGICHE

Come accennato in introduzione, riteniamo che l'intuizione di Paul Ricoeur (1991) sul-

la necessità di esplorare il tema dell'identità personale secondo la logica narrativa, abbia anticipato l'argomento principale con cui ogni antropologia e di conseguenza ogni psicologia debba confrontarsi.

Il problema della definizione di chi è l'uomo, ritenuto in via di risoluzione con l'esplosione della psicologia accademica, in particolare nel versante del comportamentismo, ha trovato una battuta d'arresto che obbliga ad una riflessione più accurata. Non sembra, infatti, che la classificazione descritta dal DSM (*The Diagnostical and Statistic manual of mental disorders*), oggi approdato alla sua quinta edizione, possa lasciare tranquillo il terapeuta di fronte *all'oggetto delle sue cure*. In effetti, aumentano in maniera esponenziale le persone che a vario titolo possono essere descritte all'interno della classificazione nosografica, mentre non sembrano altrettanto numerosi quelli che possono segnalare il loro ritrovato benessere a seguito dell'aiuto psicologico.

Il pensiero ricoeuriano può essere utile perché ci permette di collegare la sapienza greca alla ricerca odierna verso la scoperta di chi si nasconde dietro la corporeità del fenomeno umano. Si può parlare di nascondimento del fenomeno umano, infatti, proprio grazie alla metafora che lo stesso Ricoeur ha coniato per definire Marx, Nietzsche, Freud: i *maestri del sospetto* per l'appunto. Questi, infatti, hanno avuto il merito di sospettare dell'autonomia di giudizio dell'uomo verso se stesso, mettendo in rilievo l'insufficienza delle definizioni dirette che egli fa della sua coscienza, scoprendo spazi di non-detto ancora da interpretare o re-interpretare o come suggerito nel pensiero psicanalitico da ri-costruire.

In particolare, secondo P. Ricoeur, l'opera di Freud diventa di capitale importanza laddo-

ve è orientata *“alla reinterpretazione delle produzioni psichiche che competono alla cultura, dal sogno alla religione, compresa l’arte e la morale”* (1979). Seguendo questa intuizione Ricoeur, all’interno dell’imponente lavoro che nemmeno immaginiamo di poter anche solo enunciare in questo elaborato, riprende la tecnica narrativa aristotelica data nella Poetica, proponendo una rivisitazione dei concetti di *Mythos e Mimesis* - rispettivamente racconto e imitazione - che in questo luogo possono essere utili per esplicitare come anche nel processo terapeutico possa svolgersi il movimento di una costruzione identitaria che si ispiri al modello narrativo. Di ciò parleremo più avanti.

Adesso ci interessa mettere in rilievo come l’epistemologia sistemica ci permetta di avere una struttura teorica che garantisca un supporto sufficiente dal quale potere affrontare con coraggio e curiosità le prospettive che il nostro lavoro intende perseguire. Questa garanzia ci serve perché quando parliamo di identità narrativa come atto terapeutico, noi intendiamo aprirci al riconoscimento di stati di coscienza diversi che animano l’essere umano. Infatti, mentre ci siamo abituati a dare oggettività alle sindromi nevrotiche o psicotiche indagando in territori più o meno conosciuti come quelli della coscienza che chiamiamo vigile o del pre-conscio e dell’inconscio - dando per scontato che vi sia una presenza mentale deficitaria - ci accorgiamo della possibile esistenza di territori meno perlustrati come quelli di una ipotetica sovra-coscienza o coscienza super mentale, quando riscontriamo che personalità ritenute folli in un momento particolare della loro vita poi evolvono e vengono definiti, magari in forma postuma, nell’interno dei concetti di genialità e o santità. L’ipotesi che formuliamo afferma

che ove vi fossero individui dotati di stati di coscienza superiore che superano cioè quella che viene ritenuta la normale consapevolezza umana, non potrebbero essere riconosciuti da modelli narrativi stereotipati dalla cultura imperante, facendo naufragare questa emergenza umana in psicopatologia. Il folle, dunque, riconosciuto come genio o santo, è l’unica notizia che noi siamo in grado di accettare rispetto ad un evento umano che superi l’ordinarietà, il resto viene derubricato a psicopatologia! Noi ci domandiamo, allora: quanti geni non hanno potuto parlarci di loro? Tra i nostri pazienti codificati con una diagnosi psicopatologica si nasconde qualcuno di essi? Negando a queste persone lo spazio per una loro personale narrazione di sé e costringendoli nelle nostre idee perfette ne avremo un impoverimento o un arricchimento generale? L’impostazione sistemica, come detto, ci garantisce l’appoggio che ci serve, in quanto ci ha mostrato come la neutralità dell’intervento del terapeuta è orientata a dare spazio all’altro senza restringerlo all’interno di qualsivoglia stretta interpretatrice. Tale concezione è anzi rivista da Gianfranco Cecchin in senso ancor più ampio, con l’introduzione dell’apertura alla curiosità, quale elemento di ricorsività nell’atteggiamento dialogico con il paziente, che permette di aprire a nuove *“possibilità interpretative, senza attaccamento ad alcuna posizione”* (G. Cecchin, 1987; M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata, 1980).

Molto prima anche Gregory Bateson, considerato il padre della teorica sistemica, aveva messo in luce la necessità di riguardare all’essere umano e alle sue interazioni non solo in quella che viene chiamata *logica lineare* o in termini più arcaici *causalità eziologica*, ma piuttosto secondo una pro-

spettiva *circolare*, più aperta ad osservare e a considerare gli effetti delle *retro-azioni*, descritte nella teorica della cibernetica. E' questo un discorso molto complesso che però possiamo introdurre con un accenno che secondo noi delinea la prospettiva batesoniana e rende plausibile la nostra proposta. In *Verso un'ecologia della mente*, Gregory Bateson (1976) propone l'esempio dell'acrobata. Secondo questa metafora, un sistema che possa dirsi salutare deve avere la stessa flessibilità di movimenti di cui l'acrobata deve poter fare uso per rimanere nell'equilibrio, che è poi la *"verità dinamica della sua premessa fondamentale"*. Egli deve poter *"essere libero di passare da una posizione di instabilità a un'altra"*. Allo stesso modo, noi diciamo che ogni uomo deve avere la possibilità di narrarsi accogliendo su di sé i più diversi ruoli che intende attribuirsi, anche se questi possono essere considerati inadeguati. Deve poter vedere accettato il *proprio principio finzionale*, di modo che gli sia permesso raccontarsi in quello che egli ritiene un mondo possibile: il suo.

Se proseguiamo con questo simpatico e illuminante parallelo, possiamo dire che così come l'acrobata cade se le sue braccia sono bloccate o paralizzate, anche il nostro *uomo* crolla se gli viene impedito di esprimere la sua dimensione molteplice. Ecco perché un processo di educazione e di formazione del carattere dovrebbe contenere la possibilità di assumere anche posizioni non condivise o condivisibili o ancor più considerate errate, così come per l'acrobata è necessario *"fornirgli una rete di sicurezza, cioè è necessario concedergli la libertà di cadere dalla corda"*.

Noi, dice Gregory Bateson, *"tentiamo di proibire certe usurpazioni, ma forse sa-*

rebbe meglio incoraggiare le persone ad avere conoscenza delle loro libertà e flessibilità e a usarle più spesso".

Questa apertura che a noi sembra essere accolta senza riserve dalla scuola sistemica può dare spazio alla ri-visitazione in chiave psicoterapeutica dell'imponente lavoro di P. Ricoeur, sopra citato, nel quale l'ideale collegamento tra la tecnica narrativa aristotelica messa in luce nella Poetica e la pratica clinica realizzata nell'analisi freudiana, mostra come sia non solo possibile, ma addirittura auspicabile dare spazio al movimento re-interpretativo che ogni esperienza umana ha bisogno di esprimere.

La stessa prospettiva può essere vista, sempre secondo una dimensione più prettamente psicoterapeutica, dal lavoro di Quattrini, in particolar modo quando dice: *"In un approccio fenomenologico esistenziale – in cui rientra a tutto diritto quello sistemico – una parte essenziale del lavoro nella seduta consiste nella co-costruzione di una nuova verità narrativa che permetta al paziente di appoggiarvi decisioni importanti, per le quali nella narrazione già conosciuta non trova un supporto che gli consenta di trasformare le proprie frustrazioni, invece di compensarle"* (Quattrini, 2011).

Ancora G. Cecchin e T. Apolloni ci indirizzano e ci confermano in questo senso quando dicono che la psicoterapia dovrebbe essere definita *"come una possibilità di fuga dalle idee perfette che ci rincorrono e tentano di vincolarci, compresa la capacità di fuga dall'idea perfetta di se stessi"* (2003) o quando accennano alla possibilità che l'esito positivo di questa attività possa realizzarsi nel momento in cui il paziente può sentirsi libero di pensare al proprio problema in modo diverso da come gli è stato

raccontato.

Anche da questi brevi e sintetici accenni emerge, dunque, come l'apertura e l'accettazione di una pensabilità plurima dell'individuo permetta di riconoscere dimensioni dell'umano che diversamente rimangono escluse e quindi nascoste non solo agli altri ma anche al soggetto stesso, con gli esiti infausti che il lavoro geniale di Sigmund Freud ha messo in evidenza nella sua epoca e che oggi ha bisogno di trovare nuovi *gradi di libertà*.

IDENTITA' NARRATIVA E INTERPRETAZIONE PSICOLOGICA

Il tessuto epistemologico di riferimento sopra esposto ci pone di fronte al dilemma e alla criticità della psicologia moderna, la quale per mantenere lo statuto di scientificità ha ritenuto necessario liberarsi dalle influenze della filosofia che da madre è divenuta matrigna.

Personalmente non siamo molto preoccupati dalla contaminazione esistente tra la psicologia e la filosofia, anzi siamo convinti che si tratti di una contaminazione ineludibile. Non solo. Pensiamo che il pensiero filosofico, ma anche quello religioso e spirituale, possa far emergere interrogativi che la psicologia ha l'obbligo di indagare scientificamente. In questo modo speriamo che anche l'idea di cui siamo vessilliferi e cioè che la follia nasconda stati di una coscienza super mentale fagocitata dalla cultura imperante potrà trovare basi scientifiche plausibili.

Affinché quanto andiamo dicendo possa trovare diritto di cittadinanza è necessario considerare, in primo luogo, come presupposto il tema già noto della distinzione tra la prospettiva quantitativa nello sviluppo della malattia mentale di derivazione comporta-

mentale e la prospettiva qualitativa che deriva da presupposti teorici dati dalla visione costruttivista, convalidati finalmente anche dalla ricerca delle neuroscienze. Oggi, infatti, la psicologia deve accettare che non esiste alcun vincolo di scientificità ad immaginare la possibilità di una emergenza qualitativa nell'evoluzione mentale umana e dunque, come logica conseguenza, si possono studiare salti di livello e attribuire a questi salti qualità diverse.

In secondo luogo è necessario riconoscere come il limite di qualsiasi manuale diagnostico psicopatologico - sia esso lo statunitense DSM come pure l'europeo IC10 - dipenda da una visione schematica delle sindromi che non può andare oltre ad una classificazione che sembra utile più alle comunicazioni interne degli addetti, che non a definire la psiche dell'individuo.

In terzo e ultimo luogo dobbiamo ritenere che lo sviluppo delle ricerche che si occupano di mettere insieme ipotesi teoriche e indagine clinica mostra sempre più come la prospettiva idiografica presenti prospettive interessanti per il raggiungimento di conoscenze scientificamente accettabili in ambito psicologico, anche quando si discostano o non condividono le ipotesi nomotetiche.

Per i motivi sopra espressi, pensiamo che lo spazio in cui la psicologia può espandere le sue conoscenze non sia solamente quello ristretto delle aule accademiche o dei laboratori, ma quello più ampio dell'incontro con la persona sofferente. Ciò significa prendere atto che l'azione psicoterapeutica è generatrice di conoscenza scientifica e non solo esecutrice di attività pre-determinate o predefinite. In questo senso risulta plausibile l'ipotesi secondo cui nella dinamica della narrazione scaturita dall'incontro psicoterapeutico si genera una verità che deve es-

sere ascoltata e dalla quale può emergere un nuovo statuto scientifico più appropriato all'indagine dell'individuo secondo le sue proprie categorie che non attraverso quelle definite dall'indagine stocastica.

Secondo Paul Ricoeur, in linea con le aspettative dei maestri del sospetto (Marx, Nietzsche, Freud), il punto cruciale che può orientare la ricerca moderna alla scoperta della verità sull'uomo è quello di *“creare una scienza mediata del senso, irriducibile alla coscienza immediata del senso”* (1979). Secondo noi ciò significa lasciare spazio ad una identità personale più vera e più libera, la quale nasce nella libera interpretazione dell'emersione dei propri contenuti di coscienza.

Paul Ricoeur, infatti, amplifica l'idea della psicanalisi freudiana che si realizza nell'attività di interpretazione simbolica operata nel rapporto tra paziente e terapeuta mettendola in analogia con il lavoro ermeneutico applicato ai testi. In effetti, così come il lettore completa il testo e lo trasforma, ampliando la propria comprensione del mondo, allo stesso modo ogni individuo può interpretare narrativamente la propria esperienza di vita consegnando a se stesso i motivi del proprio essere e della propria esistenza.

Si passa perciò dal vecchio *“cogito ergo sum”* cartesiano al più moderno sono in quanto mi posso narrare; ovvero si passa dalla certezza che la coscienza sia ciò che appare, al convincimento che anche la coscienza richieda una lavoro interpretativo per essere compresa.

La comprensione del soggetto diventa quindi anch'essa un'ermeneutica che si basa sia sui segni depositati in memoria sia su quelli che appartengono all'immaginario collettivo sviluppato dalle grandi culture, dall'e-

sperienza religiosa, dall'arte e dalla morale, conservate nella tradizione nei secoli. Infatti, quando Ricoeur dice che *“l'interpretazione narrativa della teoria psicoanalitica implica che la storia di una vita proceda da storie non raccontate e represses, in direzione di storie che il soggetto potrebbe assumere e considerare costitutive della sua identità personale”* (1991) ci sembra getti sommessamente un ponte tra la dimensione psicoanalitica che si sofferma a quanto giacente nell'ipotetico contenitore chiamato inconscio e la dimensione relazionale osservata in chiave sistemica, la quale amplifica l'oggetto di studio alla complessità del contesto in cui l'individuo evolve.

LA RI-SIGNIFICAZIONE MULTIPLA

Il lavoro fin qui svolto ci autorizza a considerare il paradigma ermeneutico come “strumento” sufficientemente idoneo nella pratica psicoterapeutica. Ciò significa che può risultare plausibile dare spazio nel setting terapeutico al lavoro liberamente interpretativo degli eventi che il paziente ci vuole raccontare a giustificazione dei suoi problemi. Siamo certi che ciò possa provocare grandi difficoltà nell'approccio iniziale, in particolare quando ci accorgiamo dell'insinuarsi di una variabile che sfugge completamente alla prova scientifica come il tempo. Ci troveremo, infatti, a dover lasciare spazio a gradi di libertà rispetto l'utilizzo di un concetto che siamo abituati a conoscere come oggettivo e cronologico (Kronos), ma che in ambito psicologico si presta ad essere vissuto maggiormente come soggettivo e flessibile (Kairos). Tuttavia, non possiamo e non dobbiamo arretrare, giacché questa variabile, anche se non vogliamo, rimane tutta intera nell'esperienza degli uomini *“che agiscono e soffrono e che raccontano le*

storie delle loro vite" (D. Jervolino, 2003). Ricoeur ci aiuta a superare questa aporia utilizzando due elementi della Poetica di Aristotele: il Mythos e la Mimesis. Nella tragedia greca il Mythos ovvero l'identità dei personaggi si forma - secondo l'interpretazione del Ricoeur - in modo analogo a come l'identità si forma nella persona. Il filosofo ci fa notare che così come il personaggio raccontato trova la sua identità attraverso l'intreccio degli eventi che lo vede protagonista nel palcoscenico, allo stesso modo l'identità personale avviene attraverso la costruzione che ognuno fa delle proprie esperienze di vita, intrecciandole in una temporalità che assume caratteristiche soggettive.

Nella tragedia greca la variabile tempo non è fissa, cristallizzata e cronologica (Kronos), come quella che noi conosciamo e a cui siamo abituato dall'interpretazione storiografica dell'esistenza, ma assume una struttura dinamica (Kairos) che può variare al variare dell'interpretazione che gli attori danno del mythos, *dell'intrigo*. Il tempo umano, in questo modo, può diventare più comprensibile e adattivo, permettendo di riconoscere all'esperienza di vita significati più flessibili e più intelleggibili alla capacità soggettiva di dare senso alla propria personale narrazione.

E' in questo luogo che avviene la possibilità di una ri-significazione multipla del proprio problema e del proprio disagio esistenziale. Nella nostra interpretazione della proposta ermeneutica di P. Ricoeur, ciò può avvenire secondo la modalità della imitazione creatrice, la Mimesis praxeos aristotelica. Questa si esprime in una triplice funzione. In primo luogo con la *pre-figurazione*, cioè nell'espressione della pre-comprensione del mondo da parte degli attori che nell'azione

scenica realizzano l'intrigo che fa da trama della rappresentazione teatrale. In secondo luogo nella *con-figurazione* ovvero nella realizzazione vera e propria della costruzione dell'intreccio, così come si realizza in modo definitivo. In terzo e ultimo luogo nella *ri-figurazione* dell'azione da parte dello spettatore che dal vivo interpreta una sempre nuova modalità di realizzazione della tragedia.

Si verifica, in sostanza, nell'atto teatrale (con-figurazione) una sorta di mediazione del paradosso rappresentato da ciò che è pre-compreso nel tempo del mito, già svolto, e ciò che si realizza nel presente scenico (pre-figurazione) ancora da svolgere. Il tutto elaborato nell'interpretazione finale dello spettatore (ri-figurazione).

In chiave psicologica ciò può essere utile perché ci mostra, per analogia, come la mimesis praxeos - cioè l'imitazione creatrice che permette di dare libera interpretazione al mythos - possa essere utilizzata dall'individuo che ridefinisce la propria identità (il proprio mythos), fuori dai vincoli stretti della temporalità cronologica (Kronos), aderendo alla temporalità psicologica (Kairos), la quale si costruisce nella modalità narrante del racconto della propria esistenza.

In altre parole, il soggetto, potendo operare un lavoro di pre-figurazione e ri-figurazione rispetto la descrizione tematica (configurazione) della sua vita fatta dagli altri, può dare una risposta agli eventi che hanno caratterizzato la sua vita intrecciandoli secondo un modello narratologico più compatibile con le proprie istanze più intime e per ciò stesso più vere. Può permettersi di scorgere significati multipli rispetto le proprie esperienze di vita, liberandosi dalle strettoie della narrazione angusta che altri hanno fatto per lui, costringendolo a pensarla come l'unica

possibilità di costruire una storia autobiografica soddisfacente.

CONCLUSIONI

Il lavoro che abbiamo condotto ci ha permesso di dare *“pensabilità”* all’idea che la costruzione identitaria possa essere accettata come identità narrativa e quindi come esito di un lavoro interpretativo che si costituisce secondo una logica dinamica e progressiva. Per ciò stesso l’identità non può essere una dimensione statica e pre-costituita, ma piuttosto il risultato di un lavoro che richiede apertura mentale e rispetto. Il nostro interesse, stabilito in premessa, era quello di porre sotto osservazione il fatto che ogni sofferenza mentale presente nell’essere umano, ancorché determinata da fattori biochimici, trova la sua giustificazione nell’impossibilità di dare spazio al significato che l’individuo può dare al suo *“essere nel mondo”*.

Abbiamo visto che il senso e il significato che costituisce l’identità personale può essere creato dall’individuo stesso, nel momento in cui gli è dato spazio di provare molteplici ipotesi significanti per la propria esistenza. Al pari della mimesis aristotelica anche il soggetto deve poter esplorare e interpretare la propria storia senza dover essere vittima di discriminazioni create da un immaginario collettivo pigro e limitato.

Abbattuto il muro dell’intolleranza a ogni nuova ipotesi di stare nel mondo, l’individuo può esprimere se stesso e riprendere in mano la propria vita superando gli ostacoli che ne avevano determinato la sofferenza. Il lavoro terapeutico trova in questo senso uno spazio importante se invece di svolgere il tema della *“idea perfetta”* accoglie con

gentilezza e con atteggiamento non giudicante l’emergere dell’individualità della persona che ha di fronte.

Nel solco dell’ermeneutica filosofica, P. Ricoeur ha anticipato un percorso possibile per la comprensione e la spiegazione del fenomeno umano che la prospettiva sistematica, a nostro avviso, ha approfondito in chiave psicologica. Il metodo ermeneutico, infatti, cercando l’avvicinamento alla verità attraverso l’interpretazione plurima, giustifica da un altro versante la possibilità che la comprensione dell’esperienza umana possa essere realizzata non dalla fissità di un lo determinato dagli stereotipi socio-culturali o dai più diversi miti familiari, ma da un lo interpretante.

L’identità personale può essere definita, allora, nella riflessione narrante che ognuno può fare di sé, ri-componendo la molteplicità di significati che ha potuto liberamente assegnare ai singoli eventi della propria vita, secondo un filo conduttore che lo vede autore principale della costruzione del proprio mythos.

Dal punto di vista terapeutico questo lavoro può essere considerato come una sorta di riparazione del proprio vissuto. Un lavoro che ha come strumento principale la facoltà autonoma della ri-significazione multipla degli eventi, acquisito dopo aver abbandonato il paradigma concettuale oggi vetusto del *“realismo ingenuo”*.

Tale facoltà può anche essere un ottimo strumento non solo per chi si trova in condizione di disagio mentale, ma per ogni individuo che si ponga l’obiettivo di rispondere alla domanda di senso che sempre si ripropone in ogni esperienza umana e cioè: chi sono?

Bibliografia

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G., Bateson, M. C. (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- Camaioni, L., Di Blasio, P. (2006). *Psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Cecchin, G. (1988). *Revisione dei concetti di ipnotizzazione, circolarità, neutralità. Un invito alla curiosità*. *Ecologia della mente* 5, 29-41
- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). *Idee perfette – Hybris delle prigioni della mente*. Milano: Franco Angeli.
- Ferreira, A. J. (1966). *Miti familiari* in *Psychiatric Research Report*, 20.
- Jervolino, D. (2003). *Introduzione a Ricoeur*. Brescia: Editrice Morcelliana.
- Quattrini, G. P. (2011). *Per una psicoterapia fenomenologico esistenziale*. Milano: Giunti.
- Ricoeur, P. (1988). *L'identità narrative*, in *Esprit*, luglio-agosto, pp. 295-304.
- Ricoeur, P. (1991). *Tempo e racconto*. Milano: Jaca Book.
- Ricoeur, P. (1979). *Della interpretazione. Saggio su Freud*. Milano: Il Saggiatore.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980) *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*, in *Terapia Familiare* n. 7, pp. 17-19.



Irriverenza ed Etica

Agostino Curti³

Sommario

Il termine irriverenza, coniato da Gianfranco Cecchin per superare i limiti del concetto di “neutralità”, apre nuovi scenari nella psicoterapia, ponendosi come una vera e propria “ancora di salvezza” nelle situazioni di impasse terapeutica: ci libera dall’idea che dubbi e problemi siano ostacoli insormontabili, ci consente di agire senza cadere nell’illusione del controllo, ci permette di mantenere un atteggiamento di apertura e di flessibilità, nel momento in cui rifiutiamo di aderire in modo assoluto ad un unico modello di riferimento. Ma tutta questa apparente “trasgressione” come si concilia con l’etica che è uno degli elementi imprescindibili della psicoterapia? Concentrandomi su una particolare definizione di etica, quella che caratterizza l’approccio terapeutico sistemico - relazionale, ho cercato di dimostrare come irriverenza ed etica, non solo possano coesistere, ma come, per certi versi, addirittura coincidano.

Parole chiave

Irriverenza, Etica, Rispetto, Consapevolezza, Flessibilità, Responsabilità.

Abstract

The term irreverence, coined by Gianfranco Cecchin to overcome the limitations of the concept of “neutrality”, opens new scenarios in psychotherapy, ranking as a veritable “lifeline” in situations of therapeutic impasse: it let us free from the idea that doubts and problems are insurmountable obstacles, it prevents from falling into the illusion of control, it allows us to maintain an attitude of openness and flexibility, when we refuse to adhere absolutely to a single reference model.

But how all this apparent “transgression” accords with the ethics which is one of the essential elements of psychotherapy? Starting from a particular definition of ethics, the one that characterizes the systemic-relational therapeutic approach, we tried to show how irreverence and ethics, not only can coexist, but how they can also coincide.

Key words

Irriverence, Ethics, Respect, Awareness, Flexibility, Responsibility.

³III anno – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: agostinocurti@alice.it

IRRIVERENZA

Che cos'è

Semboloni: <<Una domanda per Gianfranco Cecchin: come sono nati e quale relazione esiste tra i concetti di: "curiosità", "irriverenza" e "pregiudizio" che tu hai sviluppato in Psicoterapia?>>

Cecchin: <<Come ho già detto prima l'idea di "curiosità" è nata per uscire dal condizionamento della parola "neutralità" che veniva criticata, soprattutto nel mondo anglosassone dalle femministe. Inoltre voleva introdurre l'idea che l'essere umano non può essere neutrale: se si mette in contatto con qualcosa diventa attivo. La "neutralità" sembrava quindi indicare una posizione quasi passiva, mentre la "curiosità" dà il senso dell'intervento, dell'interesse. La curiosità in qualche modo mette anche i terapeuti in condizione di agire. Da qui è nata poi l'idea di "irriverenza". Una volta compreso quali sono le idee che dominano il discorso, il rapporto tra terapeuti e famiglia e tra terapeuti e struttura sociale, cosa succede quando queste idee forti invece di diventare una qualità del sistema diventano un pericolo? È nata quindi l'idea che un atto terapeutico spesso è un atto di irriverenza verso idee fisse, specialmente idee del terapeuta, che è l'unica persona che può cambiare le proprie idee. Noi non possiamo cambiare le idee della famiglia. Normalmente l'irriverenza è verso idee forti, rigide, che in qualche modo sono necessarie per un certo periodo di tempo per la sopravvivenza del sistema, ma che diventano un impedimento da un certo momento in poi: queste idee forti sono i "pregiudizi". Le idee sono allo stesso tempo necessarie e pericolose. I "pregiudizi" sono inevitabili e non necessariamente la parola "pregiudizio" implica un'opinione

negativa. L'idea è dunque di dare valore ai pregiudizi, come inevitabili e come "riciclabili" se vengono messi al servizio della conversazione che si sviluppa tra le famiglie e i terapeuti, tra questi e i colleghi, tra le famiglie e i loro membri.>>

(Intervista del dott. Pier Giorgio Semboloni con il dott. Luigi Boscolo e il dott. Gianfranco Cecchin, co-direttori del Centro Milanese di Terapia della Famiglia)

Il concetto di irriverenza ha un ruolo fondamentale nell'evoluzione delle idee sistemiche elaborate dai terapeuti del gruppo di Milano, in particolar modo da Gianfranco Cecchin.

L'approccio sistemico subì profondi mutamenti nel corso degli anni '80, quando si passò dall'osservazione dei sistemi ai sistemi osservanti; secondo la nuova prospettiva (introdotta da Heinz Von Foerster, con la cibernetica di secondo livello), l'osservatore non può più considerarsi esterno al sistema osservato, in grado di scrutarne le caratteristiche senza influenzarle e capace di produrre cambiamenti prevedibili, poiché ne è egli stesso parte integrante. La teoria della cibernetica di secondo livello, successivamente, ha dato origine a due linee di pensiero: quella rappresentata dalle teorizzazioni di Keeney (1983), Von Foerster e Maturana (1980), che mette l'accento sul ruolo dell'osservatore nel sistema, e quella rappresentata dalle formulazioni di Anderson e Goolishian (1988) e Hoffman (1990), che vede gli esseri umani immersi in una storia a cui tutti prendono parte (Cecchin, 1993). Le storie servono agli esseri umani per organizzare ed interpretare le esperienze della vita. Tali storie possono essere più o meno rigide, in quanto definite da contesti sociali e culturali specifici: storie troppo

rigide sono potenzialmente causa di problemi. È solo mantenendo una posizione di apertura che il terapeuta può favorire la creazione di altre storie, di altre realtà più funzionali. Non si tratta di raccontare ai pazienti “storie buone” che sostituiscano le loro “storie cattive”: credere questo significa solo alimentare l’illusione del potere e chi crede nel potere rischia di diventare un agente del controllo sociale che impone agli altri ciò che considera “sano e normale”. Quello della terapia familiare è un campo in cui le storie abbondano: quelle del terapeuta si incontrano (e scontrano) con quelle dei membri della famiglia.

L’irriverenza è una specie di “strategia di sopravvivenza” per chi si avventura nel “mare agitato” della terapia familiare. Né i principianti né i terapeuti esperti, infatti, sono al riparo da rischi e pericoli.

Un principiante che si avvicina alla terapia familiare deve, prima di tutto, scegliere una scuola. Quando poi inizierà a lavorare in un’istituzione (es. una struttura psichiatrica), facilmente si sentirà dire che quello che ha imparato non si adatta al contesto in cui opera. Cercando una guida a cui ispirarsi, comincerà a frequentare seminari e a “sposare” teorie che però non sempre si riveleranno adeguate e si troverà in un doppio legame quando il suo supervisore gli dirà che ciò che fa è tutto sbagliato, in quanto meccanico e artificioso, e che dovrebbe essere più “spontaneamente creativo” (cioè comportarsi come lui!).

Anche il terapeuta esperto, del resto, non naviga in acque tranquille. Come minimo, è costretto a ripetersi, a seguire la via che ha tracciato, diventando così dipendente dal proprio modello. Se poi è anche docente o supervisore, i suoi colleghi possono rafforzare la sua tendenza ad irrigidirsi e a

muoversi secondo schemi prefissati che gli impediscono di pensare partendo da altri punti di vista. Col tempo, può convincersi di aver elaborato un modello giusto in assoluto: sarà un shock scoprire che anche altri sono convinti della stessa cosa e che, in un contesto diverso, le sue idee risulteranno del tutto irrilevanti! Entrambe le situazioni descritte sono, naturalmente, generatrici di dubbi ed avere dubbi è sempre stato considerato un handicap, un blocco da superare. Per uscire dall’impasse occorre fare un “salto logico”, per usare un termine batesoniano, e proprio Bateson (...) ci fornisce un esempio di cosa questo significhi. In uno spettacolo di addestramento di delfini, gli animali venivano premiati *se e solo se* eseguivano dei movimenti nuovi, ma non se li ripetevano negli spettacoli successivi. I delfini (come i terapeuti!) si trovavano in una situazione difficile: tutto quello che andava bene in uno spettacolo era sbagliato in quello dopo. Un giorno, dopo numerosi e frustranti tentativi di avere la ricompensa ripetendo il comportamento iniziale, un delfino entrò nella vasca eseguendo dei movimenti nuovi, mai osservati prima. Quel delfino aveva compiuto un salto di livello logico, passando da un apprendimento semplice del tipo “se fai x ottieni y”, all’apprendimento di un contesto in cui, per ottenere y, x deve essere ogni volta diverso.

Anche nel campo della terapia familiare, dopo anni di frustrazioni legate al persistere dei dubbi, la scoperta dell’irriverenza ha permesso di fare il salto, liberandoci dall’idea che dubbi e problemi siano ostacoli insormontabili e consentendoci di vederli come risorse utili: *<<all’interno del complesso e spesso tortuoso percorso terapeutico, ogni apparente “errore” potrà, in realtà, rivelarsi assai utile a fini terapeuti-*

ci.>> (Bianciardi, Telfener, 2008, p. 55)

La risposta del paziente, anche se fosse un peggioramento, apporterà informazioni potenzialmente utili. Ancor più preziosa potrà rivelarsi la sua retroazione, nel caso in cui si tratti di una risposta inattesa o indesiderata, poiché proprio la risposta inattesa potrà essere letta dal terapeuta come rivelatrice delle modalità del paziente di organizzare la propria esperienza, il che porterà alla luce aspetti fino ad allora non presi in considerazione nell'ipotesi terapeutica. La retroazione inattesa del paziente (quindi anche il peggioramento sintomatico o l'insorgere di nuovi sintomi) permetterà al terapeuta di considerare ipotesi alternative, più ampie, più profonde o più specifiche. Sarà poi la **retroazione del terapeuta alla retroazione del paziente** che definirà, o ridefinirà, quest'ultima come momento prezioso e carico di utili informazioni, piuttosto che come inizio di uno scacco terapeutico.

L'irriverenza, come si evince, non è una base da cui derivare specifiche tecniche terapeutiche, ma semplicemente un atteggiamento mentale, un modo di guardare a se stessi e agli altri. Essa consente di affrontare problemi classici in una prospettiva nuova, partendo dal presupposto che non bisogna lasciarsi sedurre del tutto da un modello, a tal punto da restarne prigionieri. Compiere il "salto del delfino" significa superare la tentazione di credere in una teoria, perché ci sembra più vera o più adeguata delle altre.

Quando e perché è opportuno utilizzarla in terapia

L'irriverenza consente al terapeuta di agire senza cadere nell'illusione del controllo e gli permette di conciliare posizioni che appaiono molto distanti. Abbandonando l'illusione del controllo, gli permette anche

di assumere una posizione di apertura e di attenzione, utile per cogliere le opportunità di cambiamento, favorendo la flessibilità. Se un terapeuta si convince che la sua forza si può basare sul rifiuto delle strategie, finisce col credere che per lui la strategia giusta sia quella del rifiuto delle strategie stesse. Ma così si tratta di tornare all'illusione del controllo, ottenuto attraverso una rigorosa pratica dello stesso: meno si è direttivi più si è efficaci e quindi, più si influisce e più si controlla, senza dirlo e sostenendo di non farlo e di non volerlo (Cecchin et al., 1993). Il ricorso ad un atteggiamento irriverente è utile quando il terapeuta è in crisi, perché le tecniche tradizionali derivanti dal suo modello di riferimento non sembrano funzionare più. Dall'interno della logica propria di ciascun modello, <<un trattamento ben condotto non può - per definizione - considerarsi dannoso; ma, da un differente punto di vista, un trattamento può rivelarsi dannoso proprio perché condotto nel modo più ortodosso e rigoroso">> (Bianciardi, Telfener, 2008, pag. 46)

Rimanendo all'interno del modello teorico seguito dal terapeuta, di fronte ad un paziente che abbandona la terapia dopo un peggioramento sintomatico, appare consentito credere, ad esempio, che la situazione fosse troppo difficile e non si potesse fare altro. Dall'esterno di quel modello, invece, mettendosi in un'altra ottica di lettura, risulterà evidente che la situazione clinica poteva essere considerata in un altro modo e che, in definitiva, il terapeuta ha decisamente contribuito al fallimento terapeutico. Naturalmente, un clinico esperto (ed irriverente!) sarà in grado di valutare di volta in volta se il proprio modello di riferimento e la propria esperienza possano gettare le basi per una relazione terapeutica positiva.

Restando in tema di modelli di riferimento, l'irriverenza è utile come via d'uscita dal doppio legame in cui il terapeuta si ritrova quando si sente costretto a scegliere fra la fedeltà al proprio modello, accompagnata dal rischio di essere troppo meccanico, e la propria creatività, col pericolo di essere considerato "eretico" (Cecchin et al., 1993). L'irriverenza, dunque, aiuta il terapeuta, perché favorisce una posizione di "disobbedienza" verso ogni idea che limiti la propria operatività e creatività, proprio come accadde ai pionieri della terapia familiare nei confronti dei dogmi psichiatrici prevalenti nei primi anni '50.

Nell'ambito più strettamente terapeutico, infine, l'irriverenza è utile per mettere in crisi le storie rigide della famiglia, creando confusione e ponendo le basi per sviluppare nuovi modelli e punti di vista più costruttivi. Serve a smantellare le certezze, soprattutto quelle disfunzionali: se il cliente si dimostra sicuro di qualcosa, il terapeuta irriverente gliela riformula da un altro punto di vista. Questo atteggiamento può portarlo ad agire in modo anche molto diverso da quello che il suo modello gli imporrebbe: a un cliente che chiede di cambiare, il terapeuta può dire che va bene così, che deve muoversi con cautela e che non deve cambiare affatto!

Come si comporta il terapeuta irriverente

Il terapeuta irriverente cerca di tenersi fuori dalle credenze condivise. Questo gli permette di muoversi con la libertà del gioco, inteso non come assenza di regole, ma come consapevolezza che le regole sono relative, convenzionali e provvisorie: cambia il gioco, cambiano le regole.

Non sente la necessità di seguire una particolare teoria, né le direttive che gli vengono

imposte dai clienti, dalle istituzioni o dagli ambiti in cui opera. Cerca di non sentire il bisogno di seguire delle regole particolari, perché l'adesione incondizionata a un'idea, senza la preoccupazione delle conseguenze che tale adesione può provocare, rischia di trasformarsi in fanatismo: l'operatore non si rende conto che il suo modo di agire diventa parte del problema.

Il terapeuta irriverente non accetta gli "aut-aut", le contrapposizioni rigide e non si considera vincolato a posizioni estreme del tipo "Non devo intervenire/Devo a tutti i costi fare qualcosa". Elabora ipotesi, ma non si affeziona troppo a nessuna di esse; si assume la responsabilità delle proprie congetture, ma non ha difficoltà ad abbandonarle quando risultano superate. Le ipotesi, per lui, sono descrizioni e non spiegazioni.

Il terapeuta irriverente non si preoccupa di cosa produce effettivamente il cambiamento, è interessato solo al cambiamento stesso. Può usare anche strategie in apparenza contrastanti per ottenerlo, l'importante è che lo faccia con consapevolezza e per il tempo che serve.

Gli ospedali psichiatrici, e le istituzioni in generale, ci forniscono un buon esempio di come può comportarsi un terapeuta irriverente. Questi ambienti, molto spesso, finiscono per diventare strumenti di controllo sociale; per garantire la stabilità, appoggiano i valori culturali dominanti, lasciando poco spazio alla novità e al cambiamento. Un terapeuta irriverente, all'interno di una struttura di questo tipo, può contribuire a mantenere un certo livello di flessibilità, sopravvivendo ai doppi legami che le istituzioni usano per mantenere il controllo e può aiutare le stesse istituzioni a cambiare dall'interno.

L'irriverenza del terapeuta, inoltre, può es-

sere trasmessa ai clienti, dubitando che vi siano teorie o modelli che possano descrivere la vera essenza del comportamento umano e conservando sempre la flessibilità necessaria per contrastare le limitazioni insite nelle visioni e nelle definizioni dei clienti. Bisogna però accettare che ci sono casi in cui i clienti non si possono aiutare, perché questo minaccerebbe la stabilità delle istituzioni: ci sono pazienti che “recitano il ruolo del malato mentale” da sempre, per scelta propria, della famiglia o della comunità, e non possono o non vogliono cambiare. L'unica soluzione è lasciar perdere, se si vuole sopravvivere come terapeuti e avere la possibilità di aiutare qualcun altro. Ma come è possibile rimanere flessibili in un'istituzione? Una strada è quella di mantenere aperto il dialogo sia con i colleghi che con i clienti, cercando di capire e di rispettare il punto di vista di tutti. Gli scambi e le consultazioni sono molto utili per proteggere se stessi dalla rigidità delle proprie idee e per mantenere l'irriverenza. Essere irriverenti non è facile: qualche volta bisogna essere molto pazienti e aspettare che gli altri siano pronti ad accettare il cambiamento: nelle istituzioni, come nelle famiglie, bisogna permettere al sistema di portare le sue premesse di partenza all'assurdo. Allo stesso tempo, un terapeuta non deve rimanere troppo legato ai suoi pregiudizi, perché così rischia di non riuscire a cogliere i momenti favorevoli per il cambiamento. Concentrarsi solo sulla descrizione di situazioni stabili, di regole, costanti e ridondanze, ci fa sfuggire la possibilità di indurre cambiamenti durante le situazioni di crisi.

ETICA

Che cos'è

Etimologicamente, il termine etica deriva da

etikos, a sua volta derivante da *ethos*, che significa “costume”, “comportamento”, ma anche “carattere”.

Nell'era moderna il discorso etico si è posto l'obiettivo di individuare una forma di moralità razionale, imperativa, basata su certezze e sulla possibilità di generalizzare. Questo è ciò che caratterizza le cosiddette “società eteronome” (secondo una definizione di Bauman), quelle cioè che non riconoscono l'origine umana delle leggi, ma si immaginano guidate da un'autorità esterna, non creata dall'uomo, e scelgono di non assumersi la responsabilità morale delle proprie azioni. Il passaggio auspicabile ad una società “autonoma” (fondata su una responsabilità morale “attiva”) avviene nel momento in cui si riconosce che le leggi della società si basano unicamente sulla volontà delle persone che le hanno promulgate: una società autonoma è quella fatta di individui autonomi che hanno il diritto di operare delle scelte e possiedono le risorse per farlo. È una società che si autocostruisce (e la responsabilità morale è precisamente questo atto di autocostruzione), in cui ciascun individuo non ha un'identità predefinita, ma la costruisce giorno per giorno assumendosene la responsabilità.

Un passaggio di questo tipo richiede un “atto morale” che ricolloca la morale stessa nell'assumersi la responsabilità delle proprie azioni/decisioni, passando da un contesto di certezze ad uno di incertezze. Il concetto di incertezza è strettamente legato a quello di crisi. Nel linguaggio comune, quando si parla di crisi, si fa riferimento ad uno stato di indeterminazione in cui gli eventi sconvolgono ciò che è considerato “normale”, generando un conflitto che sarebbe meglio evitare. In realtà la parola crisi fu coniata da Ippocrate per indicare un momento ade-

guato per prendere decisioni; un momento, cioè, in cui riconosciamo che gli strumenti con cui affrontiamo il quotidiano non sono più utili e quindi possiamo cercare modalità nuove per vivere la nostra vita. Quest'idea implica considerare l'essere in crisi come la condizione "normale" di una società che evolve, che si autocostruisce e autorinno-va e ci porta a riconoscere ciò che Derrida chiama aporia, ossia un insieme di tensioni nel dialogo che non verranno mai risolte. Questa aporia non deve essere considerata, in nessun caso, come un blocco nel nostro modo di affrontare la realtà, ma piuttosto come condizione di possibilità per un atteggiamento morale dell'io. Ne consegue che, quando si parla di "crisi morale", non si sta dicendo che la morale è in uno stato di "indecisione", bensì che la morale è indecidibile a priori e non si può prendere una decisione adeguata che risulti tale al di fuori del momento in cui viene presa.

Secondo Bauman si dovrà accettare che la crisi è il luogo naturale della morale: solo nella crisi possono maturare libertà, autonomia, responsabilità, capacità di giudizio, ecc.

La morale è quindi, per definizione, aporetica e gli esseri umani devono imparare a vivere in un contesto in cui non ci sono garanzie di un'etica omogenea e universale: ben poche scelte possono essere considerate "buone" una volta per tutte, visto che la maggior parte di esse si pongono fra impulsi e doveri fra loro contraddittori. Essere consapevoli di questo è ciò che Bauman chiama *atteggiamento genuinamente postmoderno*.

La posizione di Bauman, tuttavia, non sostiene un "relativismo morale" secondo cui ognuno può fare ciò che vuole. Al contrario, l'autore considera la moralità come un

esercizio molto rigoroso della responsabilità autonoma. La prospettiva postmoderna, infatti, ha dimostrato la relatività dei codici etici e delle pratiche sociali della modernità, nonché l'incoerenza fondamentale di qualsiasi codice etico che si fondi sul potere: la responsabilità morale si oppone a tutte le forme di "universalismo morale" (individuale o collettivo) che promuovono implicitamente una sorta di uniformità che annulla ogni differenza. Il criterio morale non ha alcuna giustificazione epistemologica, non è universale, ma è proprio perché l'etica imperativa ha la pretesa di considerare generali e universali i propri assunti che si creano il conflitto e la sfida. Ciò che rende l'io "morale" è la necessità di fare e non la conoscenza di ciò che deve essere fatto. Nessuno, infatti, può essere sicuro di aver agito nel modo giusto, può solo essere sicuro di aver operato a partire dalla necessità responsabile di agire di fronte all'altro. Per Bauman essere morale significa essere "abbandonato nella/alla propria libertà".

Psicoterapia come etica

Quando si affronta un conflitto etico, sembra che la morale oscilli fra il riferimento ad una specifica visione del mondo (che definisce ciò che è giusto e ciò che è sbagliato) e il richiamo alla tolleranza di fronte alla differenza delle diverse posizioni. Da questa oscillazione possono emergere accordi provvisori che cercano di mettere in luce le somiglianze fra le diverse posizioni e, contemporaneamente, di minimizzare le differenze. In psicoterapia accade spesso di trovarsi di fronte a dilemmi di questo genere: decidere se accogliere una persona contro il parere delle istituzioni, applicare provvedimenti previsti dalla legge ma contrari alla psicoterapia, ecc. Tali dilemmi portano lo

psicoterapeuta a cercare soluzioni in sintonia con “ciò che si dovrebbe fare”, cioè in accordo con la razionalità, la tradizione e il costume.

In ambito psicoterapeutico, lo scopo dell’etica sembra essere stato soprattutto occuparsi della pratica, ossia “proteggere” la disciplina legittimandone i processi. Questo, spesso, a scapito della protezione dell’altro, del setting e del terapeuta.

I principi etici entro cui si muove la psicoterapia sono costituiti da sistemi di enunciati posti dagli atti linguistici del terapeuta: quando il terapeuta, a partire da questi enunciati, dà forma all’interazione con il cliente, crea una situazione etica e politica assolutamente unica. Una psicoterapia postmoderna, che tiene conto di questa premessa, non dovrebbe dunque sforzarsi di individuare un suo meccanismo di azione regolare e verificabile, ma piuttosto dovrebbe prestare attenzione all’impatto etico e politico che il suo esercizio ha, rispetto all’altro. Poiché la psicoterapia moderna è nata nella cornice della “razionalità dominante”, una psicoterapia che non segue quei canali peccherebbe di “irrazionalità”, ma creerebbe uno spazio in cui si riconosce che lo psicoterapeuta ha la necessità di “essere per l’altro” senza il beneficio di “sapere sull’altro”, poiché non potrà mai conoscere in anticipo l’esperienza dell’altro che “fa la domanda”. La sfida sta nell’essere psicoterapeuta per l’altro da una posizione autonoma e responsabile, dialogando, per quanto possibile, con l’istituzione che, in quanto “moderna”, propone invece un “sapere sull’altro”.

La psicoterapia richiede necessariamente ai partecipanti l’esercizio di una responsabilità morale, valida in quel momento e non generalizzabile. Ogni processo terapeutico che voglia collocarsi in una cornice di eti-

ca della responsabilità dovrebbe favorire un processo centrato sulle “differenze” che si generano all’interno della relazione, le differenze create dall’emergere di novità, di risorse e di relazioni fra terapeuta, cliente e istituzioni, così che le decisioni si proponano come azioni “sentite e responsabili”. Lo psicoterapeuta dovrebbe essere concepito non come un esperto del “sapere sull’altro”, ma come colui che crea un contesto in cui possano generarsi decisioni morali responsabili. Senza dimenticare che ogni decisione nasce in un contesto di incertezza!

Aporia e incertezza sono strettamente connesse in psicoterapia, per cui questa non si può più intendere come basata su teorie generali: ciò che definisce una psicoterapia postmoderna è l’impossibilità di un esito prestabilito. Una psicoterapia postmoderna dovrebbe aprire spazi per una “riflessione scomoda” che comporti sacrifici e rischi, prestando attenzione al proprio impatto etico e politico. In definitiva, il problema della psicoterapia non è l’assenza di fondamenti che possano garantire razionalità e universalità, ma piuttosto la pretesa di tali fondamenti in uno spazio che è definito dall’autonomia e dalla responsabilità nell’incontro riflessivo di soggetti etici.

Possiamo senz’altro dire che c’è una coincidenza fra l’etica e la psicoterapia: lo stesso psicoterapeuta o è etico (sia nel senso di saper ragionare sui problemi etici, sia nel senso di esserlo lui personalmente) o non è psicoterapeuta. Il suo atteggiamento etico si concretizza in un modo di lavorare volto a non manipolare il paziente, né a volerlo modificare, ma a rispettarlo per quello che è: il terapeuta non dovrebbe cercare di adattare il paziente a se stesso, ma piuttosto adattare se stesso e il suo strumento psicoterapeutico al paziente e ai suoi tempi di

crescita, con la consapevolezza che il suo compito non è “dare delle cose” (risposte precostituite, direttive di comportamento), bensì assisterlo nella crescita e nel lavoro conoscitivo, aiutandolo a ad affrontare gli ostacoli esterni, e soprattutto interni, che questo lavoro comporta. Ovviamente, questo non esclude affatto che il terapeuta debba anche dare informazioni al paziente e aiutarlo a sviluppare un modo di osservare il mondo e se stesso.

Etica e psicoterapia sistemico – relazionale

La visione post-moderna dell’etica si sposta bene con gli assunti di base della teoria sistemica. Nel momento in cui il soggetto può osservare se stesso (cibernetica di secondo livello), sa di essere responsabile della “realtà” in cui vive. Ma questa non è l’unica sua responsabilità. Egli è anche responsabile della relazione con l’ambiente fisico e della relazione con l’altro e ciò significa essere consapevole del fatto che le sue modalità descrittive/narrative partecipano al processo entro il quale egli si definisce nel definire l’altro e l’altro si definisce nel definire lui. Tale responsabilità vale particolarmente nell’incontro terapeutico.

Dobbiamo ricordare che responsabilità non significa potere: noi siamo responsabili delle modalità che usiamo nel partecipare alle relazioni in cui ci impegniamo nel “qui e ora”, ma queste stesse modalità sono emerse dalla nostra storia relazionale, una storia in cui non avevamo alcun potere direzionale.

La responsabilità del soggetto cibernetico è molto diversa da quella del soggetto “classico”. Quest’ultimo era responsabile di un “dover essere” fondato su principi etici considerati “assoluti”, ma non era responsabile dei principi a cui doveva adeguarsi. La soggettività cibernetica, al contrario, è co-

responsabile di come evolve un processo nel quale vengono co-definiti i principi etici. La soggettività cibernetica si colloca nell’interfaccia fra autonomia e appartenenza a sistemi e contesti: essa “sa” che il soggetto emerge dai contesti e partecipa nel definire contesti, che è co-autore di testi che fanno da contesto al definirsi delle caratteristiche di ciascun attore, che è un giocatore di un gioco più grande di lui e che, in quanto giocatore, contribuisce a scrivere le regole che, a loro volta, definiscono le caratteristiche dei giocatori. È in questo che la soggettività cibernetica può essere riconosciuta come “etica”.

La psicoterapia contiene un ampio insieme di assunti. Uno dei più “pericolosi” è quello che considera il problema del paziente come un “difetto” che fa parte della sua persona e, in quanto tale, deve essere corretto. Spesso si pensa, con la psicoterapia, di poter incrementare le risorse della persona in difficoltà: tuttavia con la “diagnosi” (aspetto centrale della psicoterapia tradizionale), il più delle volte si finisce per spogliare la persona delle sue risorse. In alcuni casi questo può essere utile: quando si dà un nome al proprio problema, si pensa di poterlo affrontare meglio. Ma ci sono anche persone che, una volta etichettate con una diagnosi, si sentono difettose e aumentano il malessere.

Considerare la terapia come costruzione sociale ci aiuta a superare gli approcci tradizionali basati sulla diagnosi e sul colloquio centrato sui problemi. Se consideriamo la psicoterapia una costruzione sociale, non ci interessa definire a priori quale sia il tipo di interazione che favorirà il cambiamento; ci preoccupiamo piuttosto di assumere un impegno relazionale con i clienti. Da questo punto di vista, l’etica della psicoterapia

consiste nell'essere responsabili della relazione, nel sapere come essere attenti ad un processo che apra possibilità e potenzialità per la persona con cui lavoriamo. E questo implica il concentrarsi su ciò che terapeuta e cliente stanno facendo insieme. Se ci concentriamo su come terapeuta e cliente possono ampliare la gamma delle scelte possibili all'interno della conservazione, possiamo vedere che, qualche volta, essi costruiscono una relazione in cui il terapeuta diviene l'esperto in grado di fornire diagnosi, ma altre volte costruiscono un ambito di discorso in cui l'interazione si discosta dalle aspettative tradizionali sulla conversazione terapeutica e crea uno spazio in cui non c'è bisogno del terapeuta come esperto.

Un atteggiamento costruzionista tiene conto della diversità come punto di partenza, non cerca l'uniformità e la stabilità, riconosce che ogni giorno ci si scontra con conflitti etici e con posizioni morali diverse fra loro. L'etica della responsabilità relazionale è un modo di partecipare al processo terapeutico, privilegiando ciò che sta avvenendo nel "qui e ora" della relazione. Questo permette di considerare qualsiasi metodo terapeutico come una potenziale risorsa da utilizzare, in quanto qualsiasi teoria o modello è visto come una "opzione discorsiva" piuttosto che un modo scientificamente provato di descrivere la realtà.

Del resto, considerare la terapia come un processo conversazionale implica che non possiamo mai avere la certezza di dove ci condurrà. Di conseguenza, c'è sempre la possibilità di muoversi in altri modi e in altre direzioni. Questo facilita l'assunzione di altri punti di vista.

Riconoscendo che esistono ordini morali diversi e contrapposti, la pratica etica richiede la capacità di proporre, nella conversazio-

ne, idee e pratiche differenziate, che siano curiose piuttosto che giudicanti.

Ci sono cinque atteggiamenti relazionali che si possono considerare come "risorse per un'azione etica":

- **Evitare di parlare in astratto:** evitando il discorso sulle astrazioni (giusto/sbagliato, buono/cattivo, sano/malato), il terapeuta può assumere un atteggiamento di curiosità "generativa" che può far emergere nuove forme di comprensione.

- **Porre domande autoriflessive e domande riflessive sulla relazione:** dobbiamo sforzarci di mettere in dubbio le nostre certezze, ponendoci domande riflessive del tipo "Non c'è altro modo per vedere questa situazione?" e, analogamente, interrogarci su come sta andando la relazione col cliente, chiedendogli cose come "C'è qualche domanda che vorrebbe io le facessi?".

- **Concentrarsi sul coordinarsi sulle molteplicità:** la nostra azione clinica non deve essere rivolta alla ricerca del consenso, ma alla curiosità nei confronti di etiche diverse, esplorando i valori e le credenze che le fanno nascere.

- **Usare le nostre prassi abituali in contesti inusuali:** spesso, quando in una conversazione terapeutica ci sentiamo bloccati, ci affidiamo alle tecniche che meglio conosciamo. Infatti, non necessariamente dobbiamo imparare strategie "nuove" per riuscire a coordinare visioni del mondo diverse e uscire dall'impasse.

- **Mettere il focus sul futuro:** le conversazioni finalizzate a risolvere un problema si concentrano prevalentemente sul passato ("Quando è iniziato? Che cosa ha fatto? Cosa hanno detto gli altri?"). Ma il passato è sempre un racconto e ci possono essere modi diversi di raccontare: a seconda della narrazione che viene privilegiata, la causa-

lità che lega passato e presente prenderà percorsi diversi che patologizzeranno o connoteranno positivamente aspetti diversi. Concentrarsi sul futuro aiuta perché nessuno di noi può prevederlo; parlando del futuro si sottolinea il fatto che i nostri mondi vengono costruiti in tempo reale all'interno delle relazioni e questo porta alla creazione collaborativa e contestuale di nuove possibilità. In tal modo, ci educiamo al rispetto della molteplicità e della differenza.

IRRIVERENZA ED ETICA: QUALE COLLEGAMENTO POSSIBILE?

La storia ci ha insegnato come l'eccessiva fedeltà a un'idea può rendere l'individuo irresponsabile di fronte ad eventuali conseguenze morali che scaturiscono dalle sue azioni, in quanto la responsabilità viene fatta ricadere sull'idea per la quale egli aveva agito: è quanto accadde ai gerarchi nazisti durante il processo di Norimberga. La stessa cosa può succedere al terapeuta che aderisce in modo assoluto a un modello di riferimento: credendoci ciecamente, rischia di usarlo come un alibi, finendo per giustificare, a prescindere da quel che succede, le proprie azioni e idee, trovando solo conferme e mai smentite. Questo fa sì che, in ultima analisi, anche laddove creda di agire nel modo "giusto", la sua posizione sia tutt'altro che etica. Un fanatismo che si autogiustifica, e spesso non è trattenuto da vincoli etici, caratterizza spesso il campo della psichiatria: l'adesione incondizionata a un certo modo di concepire il disagio psichico diventa per il terapeuta una specie di camicia di forza e lo obbliga a seguire percorsi che non ammettono variazioni. Da un punto di vista sistemico, che può sembrare estremistico, questa posizione è considerata irresponsabile e "non etica", perché il terapeuta che

la adotta spesso non è in grado di valutare le conseguenze pratiche del suo comportamento, non si rende conto che il suo modo di agire e di pensare può diventare parte del problema. Succede molto frequentemente che alcune istituzioni, cercando in ogni modo di risultare utili al paziente, ottengano nella realtà un effetto diametralmente opposto, rischiando di diventare strumenti di controllo sociale. La posizione istituzionale comporta la convinzione di aver fatto ciò che è eticamente corretto, ciò che si "doveva fare", in accordo con quanto deciso dalla razionalità eteronoma. La necessità morale di "essere per l'altro", accettando contemporaneamente di "non sapere sull'altro", crea invece quella condizione che Cecchin chiamava irriverenza, la posizione di "abbandono" del terapeuta. Essa si traduce in un'impostazione etica più corretta dal punto di vista deontologico, in quando concede al terapeuta di non aderire in toto a un modo di concepire il disagio psichico e di porsi, al contrario, in una posizione di responsabilità. Come spesso ha ribadito Cecchin, introducendo l'irriverenza in questi contesti, si può forse mantenere una sorta di flessibilità in un ambito che quasi sempre impone grande rigidità. Nel momento in cui il terapeuta riflette sulle conseguenze delle sue premesse e del suo modo di porsi, assume una posizione responsabile e terapeutica: questa operazione risulta ancor più semplice quando, accanto all'irriverenza, egli adotta una certa dose di senso dell'umorismo che si ottiene mettendosi in gioco e che serve ad acquisire la capacità di osservarsi e riflettere su di sé. Un altro utile esempio ci viene dalle situazioni che hanno a che fare con la violenza. Quando ci troviamo di fronte a incesto, abusi, stupri, maltrattamenti, diamo quasi per scontato che, in questi casi,

le idee sistemiche non siano applicabili. Di fronte alla violenza tendiamo ad essere solidali con le “vittime” e a pensare che la terapia sia impossibile, perché la violenza non può essere curata, ma solo repressa. Tra le varie posizioni sull’argomento, due risultano particolarmente interessanti. La prima, di derivazione femminista, considera la violenza come espressione dell’oppressione a cui la donna è sottoposta dall’uomo: c’è un aggressore e c’è una vittima. Su questo e su altri punti l’irriverenza non è ammessa. L’altra posizione, quella sistemica, si concentra sui modelli di interazione che esistono precedentemente alle manifestazioni violente e possono scatenarle. In questo caso, l’irriverenza consiste nel rispettare entrambe le posizioni (vittima e carnefice), senza parteggiare per nessuna delle due. Se si crede troppo in una sola storia, si rischia di creare una realtà terapeutica rigida: essere irriverenti significa muoversi fra diversi punti di vista, creare ed abbandonare le idee con un atteggiamento di elasticità mentale. L’orientamento sistemico pone l’accento non sull’individuo, ma sulla natura circolare della causalità, sui feedback, sui modelli e sui rapporti interpersonali. Questo ha portato a rilevare che spesso la violenza, nella coppia, si accompagna ad una forte attrazione sessuale. Ciò rende il rapporto molto solido e i partner “uniti fino alla morte”. La difficoltà del terapeuta sta nella fatica di tollerare questa posizione: l’accoppiata sesso-violenza non è accettabile per chi è stato educato secondo valori medio-borghesi e non riesce a capire come qualcuno possa accettare di morire pur di mantenere un rapporto. Ovviamente questo legame fra violenza e passione non è un assioma, ma solo una delle possibili letture della storia, molto utile in quanto permette di vedere sotto una luce diversa situazioni

che tradizionalmente sono definite in modo molto negativo. L’irriverenza sta nello scegliere questa o un’altra linea di pensiero, perché in quel momento è la più utile e adatta al contesto, salvo poi abbandonarla qualora si dimostrasse superata. Questo, per la teoria sistemica, significa essere responsabili (e quindi etici!) in terapia.

APPENDICE

Per la presentazione della tesina ho utilizzato alcuni brani di Giovanni Allevi, un compositore considerato molto “irriverente” rispetto al mondo classico e tradizionale; questo è stato anche il mio piccolo personale atto d’irriverenza: anche una persona sorda può ascoltare musica... perché no?

Inoltre ho inserito alcune opere di Picasso che è un altro grande esempio di artista irriverente: come il terapeuta conosce le tecniche derivate dal suo modello e, solo dopo, può manipolarle a suo piacimento, così Picasso conosceva le tecniche di disegno tradizionale, ma sceglieva di disegnare in un altro modo del tutto originale.

Infine ho presentato una scena di film “Will Hunting – Genio Ribelle” di Gus Van Sant, con Robin Williams e Matt Damon.

Il film racconta la storia di Will, un orfano che ha alle spalle una vita difficile di violenze, che ha grossi problemi relazionali e si guadagna da vivere facendo lo sguattero al MIT (Massachusetts Institute of Technology). Un giorno viene scoperto a risolvere complicati problemi matematici. Grazie alla sua memoria prodigiosa e ad una geniale propensione per questa materia, il professore Lambeau lo prende sotto la sua ala protettrice e decide di affidarlo alle cure di Sean McGuire, un amico psicologo: l’uno vuol prendersi cura del suo cervello (e del futuro del proprio portafogli), l’altro del suo cuore. Con l’aiuto di una ra-

gazza innamorata, vincerà il secondo.

La scena che ho scelto rappresenta un colloquio tra Sean e Will che inizia in studio, ma poi si trasferisce al parco.

Lo psicoterapeuta si rivolge al ragazzo in modo apparentemente poco rispettoso: "Non sai cos'è la vera perdita, perché questo si verifica solo quando ami una cosa più di quanto ami te stesso: dubito che tu abbia mai osato amare qualcuno a tal punto. Io ti guardo, e non vedo un uomo intelligente, sicuro di sé, vedo un bulletto che si caga sotto dalla paura. Ma sei un genio Will, chi lo nega questo. Nessuno può comprendere ciò che hai nel profondo. Ma tu hai la pretesa di sapere tutto di me perché hai visto un mio dipinto e hai fatto a pezzi la mia vita del cazzo. Sei orfano giusto? Credi che io riesca a inquadrare quanto sia stata difficile la tua vita, cosa provi, chi sei, perché ho letto *Oliver Twist*? Basta questo ad incasellarti? Personalmente, me ne strafrego di tutto questo, perché sai una cosa, non c'è niente che possa imparare da te che non legga in qualche libro del cazzo. A meno che tu non voglia parlare di te. Di chi sei. Allora la cosa mi affascina. Ci sto. Ma tu non vuoi farlo, vero campione? Sei terrorizzato da quello che diresti. A te la mossa, capo".

Il primo esempio di irriverenza si colloca nel luogo scelto per il colloquio: il terapeuta ha studiato, sa qual è il modo di condurre una terapia, sa che ci sono delle regole e un setting ben preciso, lo studio. Ma proprio perché conosce le modalità corrette, può permettersi (come Picasso!) di fare delle variazioni e, se il caso lo richiede, può abbandonare il setting tradizionale per uno più "alternativo", in questo caso la panchina nel parco.

Inoltre, si rivolge al ragazzo in maniera apparentemente poco rispettosa: usa parolacce, e, in pratica, gli dice che lui non sa

nulla anche se, in quanto genio, sa moltissime cose. Gli passa un messaggio nuovo: la semplice conoscenza non basta per riuscire a vivere bene.

Allo stesso tempo, si mostra molto rispettoso della sua storia, affermando che non ha la pretesa di capire la sua sofferenza di orfano, perché è una condizione che non conosce.

Il suo essere etico si esprime nella frase "io ci sto": se vuoi parlarmi di te, del tuo io che non mostri a nessuno per paura, io ci sto e lo prendo con rispetto.

CONCLUSIONI

Uno dei sinonimi dell'aggettivo irriverente è irrispettoso. Si potrebbe quindi essere portati a pensare che un atteggiamento irriverente, soprattutto in psicoterapia, non possa essere, in ultima analisi, eticamente corretto. Se partiamo da un'idea moderna di etica, quella secondo cui esiste una morale unica, universale, creata da una forza esterna agli uomini, le "variazioni sul tema" proposte da un terapeuta irriverente potrebbero davvero apparire poco rispettose. Ma adottando una prospettiva postmoderna, molto più vicina al pensiero sistemico, e considerando la morale come qualcosa non di già dato, ma che viene costruito ogni giorno all'interno delle relazioni e degli scambi fra le persone, il giudizio sull'irriverenza cambia sicuramente. Se l'essenza dell'etica è il rispetto per l'altro, non possiamo non concludere che il terapeuta irriverente, con il suo rifiuto per il controllo/potere, la sua flessibilità e apertura nel passare da un modello all'altro, la sua attenzione per le storie dei pazienti, il suo stare nel "qui e ora" per cogliere le più piccole opportunità di cambiamento, sia anche un terapeuta molto etico!

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H.A. (1988). *Human system as linguistic system: preliminary and evolving ideas about implications for clinical theory*. Family Process, 27, 371-393.
- Bianciardi, M., Gàlvez Sanchez, F. (2012). *Psicoterapia come etica*. Torino: Antigone Edizioni.
- Bianciardi, M., Telfener, U. (2008). *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- Boscolo, L., Cailè, P., Cecchin, G., Hoffman, L., Keeney, B., Malagoli Togliatti, M., Selvini Palazzoli, M., e Telfener, U. (1983). *La terapia sistemica*. Roma: Astrolabio.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cecchin, G., Lane, G., e Ray, W.A. (1993). *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Milano: Franco Angeli.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1997). *Verità e pregiudizi – Un approccio sistematico alla psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Celestre, C., Negri, A., Riccò, M.A., *Tarantino, R. (2011). I luoghi dell'irriverenza*. Cambia-menti. Volume 3/2011.
- Fascio, V. (1996). *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per gli operatori della salute mentale*. Collegno (TO): Nuovo Ippodrillo.
- Hoffman, L. (1990). *A constructivist position for family therapy*. The Irish Journal of Psychotherapy, 1, 110-129.
- Keeney, B. *L'estetica del cambiamento*. Roma: Atrolabio, 1987.
- Von Foerster, H., Maturana, H. (1980). *Autopoiesi e Cognizione*. Venezia: Marsilio.



Ecologia di un cambiamento. Uno sguardo all'omosessualità attraverso il paradigma della complessità

Manuela De Matteis*

Sommario

Le riflessioni che propongo, utilizzano il paradigma della complessità come lente per osservare alcune delle possibili costruzioni di significato sull'esistenza omosessuale, collocandole all'interno dei con-testi con i quali si sono co-generate. Partendo dalla Teoria delle Polarizzazioni Semantiche di Ugazio, in questo lavoro avanzo l'ipotesi che l'omofobia interiorizzata possa essere rappresentata da un posizionamento all'interno di un particolare contesto conversazionale culturale e familiare, dove il bisogno individuale di disporre di relazioni soddisfacenti e mantenere un'autostima accettabile, possono auto-escludersi per i sistemi di significati condivisi dai sistemi.

Attraverso l'articolo di Cronen, Johnson e Lannamann propongo una lettura circolare rispetto a come la persona omosessuale, possa assumere una posizione paradossale co-generata, che si "adatta" e reitera le credenze del sistema d'appartenenza. In ottica di cibernetica di II ordine proposta da Von Foerster, il terapeuta si posiziona come parte attiva del processo di co-costruzione di significati ed ha, in tal senso, l'obbligo etico di essere consapevole sia di come costruisce la propria conoscenza, sia che le ipotesi che propone, per quanto rispettose della complessità, risulteranno parziali (Bianciardi, 2014). Il caso clinico presentato ha lo scopo di declinare, nell'esperienza soggettiva di una giovane donna che conclude la sua prima relazione omosessuale, le riflessioni proposte in questo lavoro.

Parole chiave

omosessualità, omofobia interiorizzata, riflessività, circuiti bizzarri, cibernetica, responsabilità epistemica

Abstract

The reflections that I propose, using the paradigm of complexity as a lens to observe some of the possible construction of meaning homosexual existence, placing them within the con-texts with which they are co-generated. Starting from the Ugazio's Semantics Polarizations Theory, in this work remains the hypothesis that Intenalized Homophobia can be represented by a placement within a particular cultural and familiar conversational context, where the individual needs to have maintain satisfactory relationships and acceptable self-esteem, can self-excluded for systems of shared meanings systems.

*IV Anno – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata – manuela.dematteis@gmail.com

Through Cronen, Johnson and Lannamann's article I propose a reading circle with respect to how the homosexual person, may take a paradoxical co-generated, that is "suitable" and reiterates the belief system of belonging. In cybernetics II order optical, proposed by Von Foerster, the therapist is positioned as an active part of the process of co-construction of meaning and has, in this sense, the ethical obligation to be aware of is how he builds his knowledge, is that the hypothesis that proposes, as respectful of the complexity, will be partial (Bianciardi, 2014). The clinical case presented is intended to decline, in the subjective experience of a young woman who enters his first homosexual relationship, the ideas proposed in this work.

Key words

homosexuality, internalized homophobia, reflexivity, bizarre circuits, cybernetics, epistemic responsibility



DA OMOSESSUALITÀ A OMOFOBIA: NUOVI SISTEMI IN EMERGENZA

La cultura è nella mente che è nella cultura.

(Morin, 1986)

Dopo l'esclusione dal DSM- IV dell'ultima etichetta diagnostica che inquadrava l'omosessualità ego-distonica nell'ambito della patologia, la ricerca psico-sociale si sta orientando maggiormente in senso relazionale, andando oltre il concetto di deviazione/normalità (Fruggeri 2013), allargando il campo d'indagine e orientando gli studi sui legami tra i membri di un gruppo, come la famiglia, privilegiando "modelli di analisi centrati sugli insiemi, sulle relazioni, sulla reciprocità, sulla circolarità e sull'interdipendenza" (Fruggeri, op.cit., p.18).

Per anni il punto di vista di riferimento per professionisti e non, è stato quello patologizzante (e ancora oggi largamente utilizzato)⁴ che articolava il continuum semantico tra normalità e patologia, tra giusto e sbagliato.

In quest'ottica, la famiglia è considerata nel suo posizionamento all'interno di un sistema di relazioni tra i suoi membri, all'interno del contesto intersoggettivo e sociale più allargato. In questa prospettiva, inoltre, emozioni, vissuti, credenze, rappresentano uno dei possibili modi di con-porsi in relazione ai membri di un gruppo (Ugazio, 2012).

L'esistenza umana è considerata come intreccio di fili differenti, legati tra loro da diverse appartenenze, non definiti unicamente in termini biologici, ma anche da dinamiche

relazionali.

Alcune di queste appartenenze, considerate socialmente significative, potranno andare incontro a cambiamenti, altre potranno restare immutate e definirne chi è incluso e chi, in quanto escluso, è esposto <<al pregiudizio e a una possibile discriminazione da parte della maggioranza, nonché a uno svantaggio implicito, nella tendenza della società, a strutturarsi in base alla misura della maggioranza>> (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012, p. 17).

In stretta relazione a questa cornice emotiva ed esperienziale, si dipana l'esperienza soggettiva e inter-soggettiva di ciascuno, dove <<ogni individuo con-ponendosi entro le polarità semantiche salienti nei gruppi sociali cui appartiene, assume una specifica posizione nella trama narrativa condizionalizzata>> (Ugazio, op.cit., p.51). L'identità, in questo senso, si con-pone della singolarità che sperimentiamo nella pratica discorsiva in prima persona e nella continuità dell'espressione di un proprio punto di vista; e della molteplicità, composta dalle diverse posizioni conversazionali ricoperte dalle persone all'interno di un gruppo (Ugazio, op. cit.).

Questa polarizzazione all'interno di trame narrative ne caratterizza la matrice paradossale e relazionale allo stesso tempo, irriducibili l'uno all'altro (Ugazio, op. cit.).

In che modo questi aspetti si connettono in senso estetico nell'approccio terapeutico?

In questa direzione si sta muovendo la pratica clinica che volge verso un modello affermativo, il cui obiettivo non è l'acquisi-

⁴Per un approfondimento sulle terapie riparative: Rigliano, P., Ciliberto, J., Ferrari, F., (2012). *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

zione di un'identità gay o lesbica, ma di un atteggiamento terapeutico di ascolto libero da pregiudizi da adottare con tutti i clienti (Lingiardi, Nardelli, 2014): <<diviene fondamentale per il terapeuta mantenere questo atteggiamento positivo verso l'ipotesi omosessuale indipendentemente dal contenuto dello scambio terapeutico, per creare uno spazio di sviluppo possibile, dove il cliente possa sentire, qualora provi tali desideri, di poterli esprimere>> (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, op.cit., p.208).

OPERAZIONI LOGICHE INTORNO ALL'INCERTEZZA: IPOTESI OLTRE IL PARADIGMA CAUSALISTICO

Se conoscere per differenza produce informazione (Bateson, 1977), è altrettanto vero che formuliamo continuamente ipotesi per somiglianza, tra il territorio e le nostre rappresentazioni, ovvero le mappe, assumendo decisioni sulla base di queste ipotesi, trasformandole in certezze (Madonna, 2008). L'informazione, all'interno del sistema vivente, si esprime proprio nell'opporsi a una condizione soggettiva e condivisa d'incertezza.

La relazione tra le varie parti di un sistema vivente, è ciò che lo rende unico nel suo costruirsi e modificarsi dentro una cornice temporale che scandisce il tempo delle trasformazioni e che pone l'individuo con la sua storia, al suo interno, come soggetto attivo e non unicamente re-attivo.

Parlare di contesto, in una prospettiva di complessità, "implica precisamente quell'intreccio tra livelli distinti e quella articolazione tra unitarietà del tutto ed autonomia dei componenti, che, in effetti, resta pur sempre in-comprensibile per il soggetto" (Bianciardi, 1998, p.30).

Per comprendere la complessità di un si-

stema come quello sociale, è necessario includere l'idea dell'esistenza di sistemi di significati, assunti in un determinato contesto, gerarchicamente organizzati, che presentano la naturale tendenza ad articolarsi in intrecci tra i vari livelli tra loro embricati (Fruggeri, 2003), definiti "circuiti riflessivi".

Per Cronen, Johnson e Lannamann (1983), l'esperienza della riflessività è intrinseca all'interazione sociale e, secondo gli autori, una condizione indispensabile al cambiamento, alla crescita e all'evoluzione. Un circuito riflessivo si "complessifica" quando i livelli presenti in una comunicazione sono simmetrici, ovvero sono contemporaneamente il contesto e ciò che è contenuto dal contesto. Watzlawich (1971) definisce questa condizione paradossale, quando il livello di contenuto e di relazione, all'interno di una comunicazione, sono confusi.

La comunicazione dentro cui si strutturano a livello sociale, classi di significato condiviso, non sarebbe secondo gli autori uno strumento con il quale è possibile trasmettere informazioni aderenti a una "realtà", assunta come vera, piuttosto è ciò che veicola e crea realtà sociali. Questa operazione è in stretta connessione con l'ambiente e con i significati condivisi in un particolare contesto culturale (Ugazio, 2012).

Anni di spiegazioni dormitive sull'orientamento sessuale, veicolate da cornici sociali e religiose, hanno creato il contesto entro cui la persona omosessuale, si definiva (o non definiva) e veniva definita dall'altro. La persona non eterosessuale, si troverebbe dunque di fronte ad un nuovo paradosso: negare la propria identità sessuale per sentirsi "incluso" (ma non visto), o esprimerla e sentirsi "escluso" (e comunque non visto), poiché giudicato deviante rispetto una supposta "normalità".

In accordo con la teorizzazione di Ugazio (op.cit): <<due esigenze imprescindibili per l'essere umano – disporre di relazioni soddisfacenti e mantenere un'autostima accettabile – diventano autoescludentesi proprio rispetto ai significati veicolati dal contesto conversazionale di cui il soggetto è parte>> (p.110). Inoltre, laddove il contesto conversazionale familiare e culturale colludano per significati veicolati, la persona con orientamento omosessuale potrebbe assumere, verso di sé, una posizione che è in accordo con il contesto culturale d'appartenenza, posizione definita omofobia interiorizzata.

Nell'esperienza soggettiva si definisce la transitività o intransitività tra livelli di significato; da meta-regole che “sono il prodotto di modelli culturali e familiari e della particolare posizione occupata da ciascuno entro i propri contesti d'appartenenza” (Ugazio, op.cit., p.103). La famiglia, all'interno di uno specifico contesto, veicola i propri significati in relazione alla punteggiatura condivisa dal contesto culturale d'appartenenza.

Non esisterebbe, secondo le premesse esposte fino ad ora, un “funzionamento deviante” in senso assoluto, piuttosto un funzionamento deviante rispetto a una tendenza, condivisa, mutuata di relazione in relazione.

Molto facilmente clienti con orientamento omosessuale portano in terapia il vissuto di esclusione e la difficoltà di riconoscersi nel sistema di credenze dominante, dal quale per definizione vengono esclusi. Il senso di solitudine percepito, per l'isolamento che spesso sperimentano anche all'interno del proprio sistema familiare, diventa il contesto entro il quale interpretare le relazioni passate, presenti e future.

L'analisi della domanda, si configura come azione fondamentale per comprendere la

cornice entro cui il cliente ha costruito la propria domanda e non di meno per chi lo sta facendo per individuare possibili aperture a letture più funzionali.

Il caso clinico presentato, ha lo scopo di declinare le riflessioni poste in premessa attraverso l'esperienza soggettiva di una giovane donna che conclude la sua prima relazione omosessuale.

Il tentativo è di creare ipotesi che da un lato, possano aiutare il cliente ad analizzare perché e come sia arrivato a formulare quella domanda, dall'altro che mantengono attiva l'attenzione del terapeuta sui propri pregiudizi e su come questi, possano a loro volta posizionarsi all'interno della relazione terapeutica (Bianciardi, Telfner, 2014) in ottica di cibernetica di secondo ordine (Von Foerster, 1987).

Nel caso presentato di seguito, per quanto le ipotesi formulate abbiano avuto esito positivo, sono da considerarsi utili in momenti specifici del processo e in quella specifica situazione e non assunte come prassi di approccio alle difficoltà presentate.

L'INCONTRO CON ILENIA: ANALISI DELLA DOMANDA

Ilenia ha trent'anni e quando la conosco riferisce di essere “senza forze” dopo quasi due anni di relazione con la compagna Marina. Vorrebbe riuscire di nuovo a vivere serenamente la sua relazione, la sua vita, le sue passioni, ma si sente paralizzata in casa, impossibilitata a muoversi, schiacciata dal peso dei suoi pensieri, dalla sensazione di non valere nulla e di non sapere come fare a ripartire.

Durante tutto il colloquio è in continuo movimento; tira fuori un fazzoletto, poi si alza per cercare il cestino, poi una caramella e

di nuovo al cestino, le mani non trovavano una collocazione, poi è la volta dei piedi. Dalle gambe incrociate alle gambe stese, seduta con schiena eretta per poi scivolare lungo lo schienale. Lo sguardo si sposta velocemente per osservare il setting e il suo interlocutore. Ad ogni domanda fanno seguito momenti di lungo silenzio e risposte, in un primo momento balbettanti e poi, lunghe narrazioni che riprendono la sua storia rispetto i suoi errori (“il problema con Marina penso di essere io”, “Non trovo corretto dire che sono più io a dare nella relazione”, “Sono lenta, i miei tempi non coincidono mai con quelli degli altri”, “Non sto facendo niente per salvare la mia relazione”, “Sono brava solo a incasinarmi la vita e incasinarla agli altri”, “Non sto facendo abbastanza altrimenti riuscirei ad avere anche io una vita normale”).

Ilenia è bella, alta e fisicamente atletica, ha capelli lunghi che tiene spesso raccolti in un elastico.

Riferisce di essere un'appassionata di sport: gioca a calcio, pratica trekking, scalata su roccia, sci e biking. Racconta di averli abbandonati, perché non ha il tempo per praticarli a causa dei ritmi lavorativi; racconta quanto le manchino questi momenti, dove sta a contatto con la natura, con se stessa e con il padre, con il quale condivide la sua passione per gli sport.

Ilenia riferisce di essere “legata” al suo nucleo familiare. Quando era più piccola, il rapporto con la madre era conflittuale; frequentemente, le veniva fatto notare dalla madre e dalla sorella che era un “maschiaccio”, per la sua vivacità che non la faceva “stare ferma un minuto”, perché frequentava il campetto di calcio sotto casa, dove giocava a calcio con i bambini, prima, e i ragazzi poi.

Ilenia riporta che le continue osservazioni della madre sul suo modo di atteggiarsi “poco aggraziato”, di vestirsi “poco femminile” e di “parlare come una sguaiata”, sono state oggetto di critica nei suoi confronti. “Gli unici momenti in cui poter respirare”, erano quelli con il padre, da cui, riferisce, di non essersi sentita mai giudicata nel suo modo di essere e nelle sue scelte.

Lo descrive come un uomo silenzioso e di poche parole, presente in tutti i momenti più importanti della sua vita, ne apprezza “l'equilibrio”, al contrario della madre, che definisce “molto sensibile, ma insicura e sempre in ansia”. Con la sorella, riferisce di non avere un rapporto; questo aspetto lo attribuisce alla “grande differenza di età e interessi”. La sorella, ha dodici anni in più di Ilenia ed “è già sposata con tre figli”, lavora nell'ambito della moda e la descrive “pesante e puntigliosa come mia madre”. Quando Ilenia inizia a lavorare, subito dopo il diploma, a casa sua sono cambiate molte cose. La sorella si sposa e con l'arrivo dei suoi nipoti, che spesso venivano a casa dai nonni, “facevo fatica a trovare uno spazio” e si è trasferita, a qualche chilometro di distanza, per vivere da sola. Ci tiene a precisare che non recrimina niente ai suoi genitori e aggiunge “ce ne fossero di più di genitori così”.

Anche il rapporto con la sua famiglia cambia, dal suo punto di vista. Riporta che la distanza fisica creata, le ha permesso di avvicinarsi ai suoi genitori con più tranquillità. Ilenia rappresenta per i genitori “la figlia riuscita”, ne apprezzano quella che, agli occhi soprattutto della madre, è definita “libertà”, spronandola a coltivare la sua passione per i viaggi e gli sport (“Quando giro mia madre è contenta”).

Marina è la prima donna con cui Ilenia in-

trattiene una relazione sentimentale. Prima di lei è stata impegnata sentimentalmente con qualche uomo, senza essersi mai sentita molto coinvolta.

Descrive l'incontro con Marina, "molto naturale" perché sentiva che ciò che provava nei suoi confronti "era più forte della paura" di affrontare una situazione che lei definiva "impensabile".

La relazione si consuma molto lentamente, dentro le mura di casa di Ilenia, in locali isolati, in compagnia talvolta di un'amica, unica a sapere della loro relazione. Quando escono col gruppo allargato ritornano a "fare le amiche".

Il pensiero di un possibile *coming out* con qualche membro del gruppo la preoccupa molto, teme possa generarsi "un giro di passa parola" che potrebbe facilmente sfuggirle dal controllo e compromettere le relazioni con i colleghi di lavoro o anche il posto di lavoro.

Ilenia racconta tra le lacrime di essersi sempre più isolata da tutti; dalla famiglia, dagli amici e infine da Marina; ad un certo punto "mi sono persa anche io". Quando la compagna inizia a mettere in discussione la loro relazione, qualche settimana prima del nostro incontro, Ilenia decide di chiedere aiuto. Riferisce di non sentirsi supportata dalla compagna in questa decisione, ma decide di intraprendere il percorso comunque, "perché è una scelta che faccio per me."

La prima grossa frattura con la compagna, arriva quando Marina s-vela la loro relazione ad un'amica, nonostante le avesse espresso l'intenzione e la richiesta di "aspettare il momento in cui si sarebbe sentita pronta". Si è sentita "tradita" e "mancata di rispetto", ha provato una "rabbia cieca", esplicitata e agita successivamente con la compagna.

Dopo questo episodio, Ilenia riferisce di essersi sentita "davvero sola" e da quel momento esce da casa solamente per recarsi al lavoro, che le occupa la maggior parte del tempo, allontanandosi anche dalla famiglia verso la quale sente di aver tradito le aspettative.

Ilenia si chiede perché sia dovuta arrivare a provare una tale sofferenza per riuscire a chiedere aiuto; vorrebbe capire perché, non riesce a vivere normalmente la sua relazione, non riesce ad avere un contatto affettuoso con la sua compagna quando escono, non riesce a comunicare il suo dolore e a dividerlo con le persone che sente più vicine. Si chiede se "dovrà essere sempre così", se sarà costretta "a rinunciare a tutto per poter vivere una relazione con una donna".

CIRCUITI RIFLESSIVI BIZZARRI E DILEMMI IMPLICATIVI

Ilenia riferisce che non era pronta ad una separazione, che non è stata una scelta sua, ma che è tutta colpa sua poiché non è stata abbastanza forte da assumersi le responsabilità delle sue scelte e permettere alla coppia di s-velarsi pubblicamente a causa della grande paura che velava ogni sua possibile iniziativa. La posizione di Ilenia nella sua narrazione e nei suoi vissuti, sembra bloccata all'interno di un circuito riflessivo bizzarro dal quale potrebbe uscire al costo di un cambiamento che la spaventa molto. La rottura di una relazione è pur sempre un evento che può portare sentimenti di svalutazione e difficoltà a far fronte ad un cambiamento; nel caso di Ilenia, la rottura di una relazione omosessuale all'interno di un contesto che vive come "ostile", ha generato un circuito riflessivo bizzarro (vedi Tabella 1).

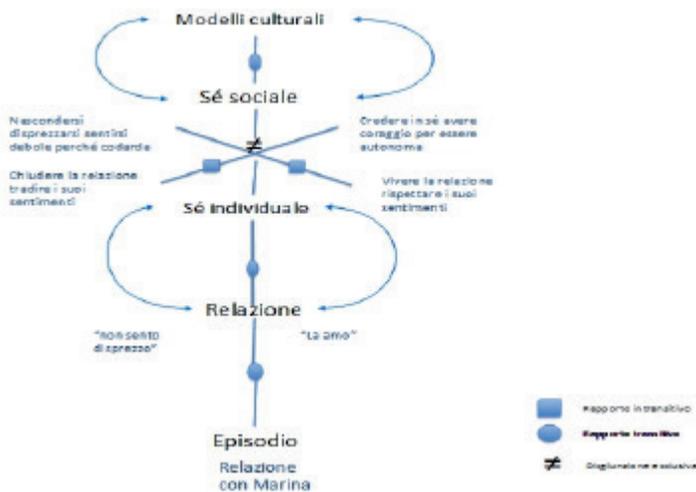


Tabella 1

Ilenia differentemente dalle sue aspettative, non prova nessun sentimento di rabbia e di sprezzo nei confronti della ex-compagna. La profonda tristezza che vive Ilenia, <<sembra riguardare più il livello esplicito che quello tacito, più **la storia raccontata** che **la storia vissuta**>> (Ugazio, op. cit., p.106). Tra l'episodio di chiusura "uni-laterale" della relazione e la relazione omosessuale non c'è intransitività. Episodio e relazione sono in relazione armonica tra loro; Ilenia sente di amare l'ex-compagna nonostante la posizione rigida di chiusura della ex-compagna, ne parla attraverso le lenti che gliela avevano resa cara. Sente che vorrebbe rilanciare la relazione con Marina, "fregandomene di più degli altri", dando maggior credito a ciò che sente renderla felice. Ilenia si sente "inaridita", si è chiusa ogni "via d'uscita", potrebbe seguire ciò che sente, come suggerirebbe la transitività del circuito, ma vivere la relazione con Marina significa nascondersi e sentirsi per questo debole e codardo. Rassegnarsi alla rottura, invece, significa distruggere una parte di sé, quella in connessione con ciò che sente, che ha coraggio.

I vissuti di paralisi di Ilenia sembrano suggerire che la sua angoscia sia connessa alle sue stesse emozioni, da quell'assenza di rabbia che mette in discussione l'appartenenza al suo mondo, quello che condivide ancora in larga parte la "cultura della devianza", che vede la relazione omosessuale come "non pre-vista". Non conformarsi alle leggi del proprio mondo sociale significa, per Ilenia, mettere in discussione l'unità del proprio io, non avendo più un punto di riferimento stabile con il quale giudicare gli eventi (Ugazio, op. cit.).

Quando Ilenia arriva è all'interno di "una frattura tra il sé individuale e il sé sociale, senza che l'uno possa contestualizzare l'altro; [...] oscilla quindi tra due alternative, altrettanto angoscianti perché minacciano l'unità dell'io" (Ugazio, op.cit., p.107). Se prevalesse la forza implicativa, la relazione con una donna contestualizzerebbe il suo sé e sentirebbe di poter vivere la relazione accreditando i suoi sentimenti ("La amo"), al costo della distruzione dell'immagine di sé, connessa intrinsecamente all'appartenenza ad un mondo sociale che sente escluderla in quanto omosessuale. Se sono i modelli

culturali ha contestualizzare il sé, Ilenia dovrà rinunciare alla relazione omosessuale e/o viverla nascondendosi per poi sentirsi una codarda.

Il suo giungere a terapia per chiedere aiuto a legittimare dei sentimenti che vive come autentici, rappresenta di per sé un cambiamento nei modelli culturali. La scissione sperimentata da Ilenia <<è frutto di una particolare situazione sociale in cui i modelli culturali stanno cambiando>> (Ugazio, op. cit., p.109). Le emozioni provate da Ilenia nei confronti di Marina, la indurrebbero a scegliere ciò che queste le suggeriscono ma non si tratta di una questione unicamente individuale ma co-generata da pratiche sociali portatrici di esigenze (Ugazio, op. cit.). Cent'anni prima questo dilemma sarebbe stato spento nel silenzio della sofferenza.

LA DANZA DELLO S-VELAMENTO

A seguito dei primi incontri, Ilenia si s-vela ad una sua vecchia amica con la quale aveva "allentato i rapporti", nei due anni di relazione con Marina.

Lo descrive come un momento "incredibile". Mentre condivide con me timidamente le sue emozioni, si s-vela anche i suoi occhi e piange tutti i mesi passati a inaridire: "Sono diventata come una pianta secca" dice singhiozzando e forse era arrivata la stagione per nutrirla nuovamente. Stavamo per lasciare l'inverno per aprirci alla primavera e <<quando un fiore si apre, appare il mondo>> (Proverbio Zen).

Per Ilenia il coming out è stata una sfida, una possibilità di vedere quel mondo che tanto la spaventa, mostrando se stessa.

Per lungo tempo, Ilenia ha vissuto l'incontro con l'altro come un momento di privazione. Riporta che, prima in famiglia e poi con gli

amici, si è sempre sentita con "non tutte le carte in regola" e insicura.

La posizione di chiusura nei confronti della famiglia, le aveva permesso paradossalmente di provare a ri-avvicinarsi a loro, ma a costo di una grande rinuncia. L'incontro con l'altro acquisisce per Ilenia il significato di "sopportare" e il valore di poter utilizzare questa modalità come un "filtro" tra ciò che sente/vuole e le aspettative dell'altro.

Inizia con il tempo a irrigidirsi l'idea di essere lei quella "sbagliata", che per quanto provi a fare e a capire, per l'altro non è sufficiente. Se da un lato Marina, aveva incoraggiato Ilenia più volte negli ultimi mesi, affinché si aprisse con lei e con le amiche, dall'altro, l'assenza di risposte da parte di Ilenia, hanno irrigidito anche la posizione di Marina che, ad ogni occasione di confronto, anche con l'esterno, la squalificava facendola sentire "una nullità".

A Ilenia non è permesso "farsi sconti"; se la relazione con Marina è "andata a rotoli", il problema lo identifica in lei.

Lo s-velamento di Ilenia porta con sé un duplice dilemma che sembra averla immobilizzata: se si mostrasse per quella che è, si sentirebbe giudicata dalla famiglia, perché non potrebbe più "so(u)pportare" la madre e la sorella e anche lei potrebbe essere vista come membro "problematico", come la sorella; dai colleghi perché omosessuale e anche in questo caso, membro "problematico"; se invece non lo facesse, sarebbe lei stessa a giudicarsi perché "non ha le palle" per farlo.

Nel corso dei colloqui, il "gioco dello s-velamento" viene vissuto da Ilenia con "adrenalinico terrore", da "dovrei farlo" inizia a trasformarsi in un "vorrei"; ma stare nell'incertezza di vivere un'esperienza unica, come condividere ciò che sta scoprendo di

sé insieme alla sua omosessualità, è vissuto da Ilenia ancora come un grande rischio: rimanere sola e appassire lentamente.

Ilenia avvicina con grande “rispetto” e cautela le sue emozioni. S-velarle davanti a me per condividerle insieme, è stato il filo rosso che ha accompagnato i nostri incontri.

D’altro canto, nella famiglia di Ilenia, ci sono state occasioni per entrare in contatto con le emozioni di ciascuno dei membri, ma sembra non esserci mai abbastanza tempo per fermarsi a significarle, per condividerle all’interno delle relazioni che hanno contribuito a co - generarle.

Bertrando (2014), a tal proposito, evidenzia l’importanza che rivestono le risposte degli altri, nel plasmare l’immagine di sé e come le emozioni vissute possono essere percepite come significative (e significanti). Significa, inoltre, posizionarsi all’interno di un sistema e permettere di aumentare i gradi di libertà con i quali l’individuo si definisce, rispetto a chi ne fa parte.

Stare in contatto con il proprio modo di sentire, dentro una relazione o in un sistema di relazioni, permette inoltre di essere consapevoli, che ciò che sperimentiamo soggettivamente nel quotidiano è co-costruito all’interno di una rete di relazioni, nella quale ciascuno di noi, è parte attiva della costruzione.

CONTESTI INTERSOGETTIVI E TRAME NARRATIVE: LA PAURA TRA APPARTENENZA E LIBERTÀ

Ilenia riferisce di essersi sempre percepita molto autonoma e che tale posizionamento le è sempre stato riconosciuto e valorizzato dai genitori, squalificato invece dalla sorella che la definisce distante. Ilenia non chiede nulla e quando riceve si sente “in debito di riconoscenza” nei confronti soprattutto dei

genitori.

Nella relazione con Marina, gioca d’anticipo e, la grande attenzione e sensibilità, le permettono di mostrare la propria presenza, mettendo se stessa e le sue risorse materiali a disposizione dell’altro, prima che le vengano chieste. A tal proposito, riferisce che nella precedente relazione intrapresa con un uomo, la maggiore disponibilità economica del compagno rispetto alle sue, avevano creato molte occasioni di discussione e imbarazzo da parte di Ilenia.

Il contenimento fisico, facilitato anche dalla sua fisicità, è un altro modo con il quale cerca di stare generosamente nelle relazioni. Sembra tuttavia, che nessuno possa avvicinarsi allo stesso modo a lei senza che si senta “in debito”.

La stessa Ilenia si preclude la possibilità di riconoscere le risorse che porta. Per Ilenia, esplicitare in terapia ciò che lei fa per gli altri, significa “mancare di rispetto”, mettersi in una posizione di “superiorità e presunzione”, che le conferma il sentirsi “indegna”. Cosa significa per Ilenia farsi aiutare? Come si sente a ricevere?

Ad ogni incontro con l’altro, Ilenia si sente più forte, più vulnerabile e scoperta, più visibile ma accolta. Ilenia si accorge che per lungo tempo si è preclusa la possibilità di condividere le sue fragilità ma anche la sua gioia. Si è accorta di aver protetto per tanto tempo le sue emozioni fino a scordarne il contenuto. La protezione la agiva per sottrazione, prima ancora di coglierne il senso. Contro chi o che cosa si è protetta Ilenia?

I due anni di relazione con Marina hanno contribuito a irrigidire ogni suo movimento, fino all’arresto fisico, ultima lotta contro un mondo di relazioni, che sentiva troppo per lei, sotto ogni punto di vista.

Ilenia inizia il processo di s-velamento ri-

e il suo posizionamento come portatore di qualche forma di debolezza psicologica, la pone nella condizione più frequente di iso-

lamento e chiusura ma emotivamente la fa sentire dipendente da una figura che possa rassicurarla e incoraggiarla (vedi Figura 2).

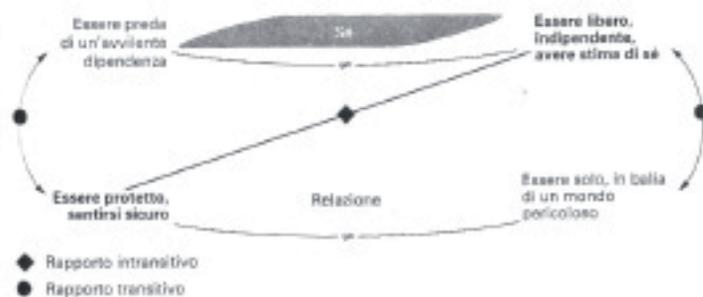


Figura 2

Il circuito riflessivo bizzarro nelle organizzazioni fobiche (Ugazio, 2012, p.123)

Il costrutto di “libero” porta il significato di “solo”, nei fatti; come il padre a cui attribuisce le caratteristiche di equilibrio e autonomia, a cui lei aspira, ma che si trova isolato dalla famiglia, poiché percepito distante dai membri. Per opposizione, avvicinarsi, significa esporsi al rischio di dover aderire alle aspettative dell’altro, per rimanere inclusa e mantenere il gioco delle “rispettabili apparenze” con se stessa e con gli altri.

Liberi e protetti, Inclusi e degni, sono alcuni aspetti delle semantiche critiche portate nelle narrazioni di Ilenia, che l’ha intrappolata in prospettive inconciliabili e dicotomiche, rendendo massima la riflessività dei circuiti bizzarri implicati.

Il processo si complica ulteriormente, quando il contesto sociale si con-pone di credenze, che possono confermare e reiterare a livello relazionale, lo stesso vissuto e dilemma sperimentato a livello familiare.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Le narrazioni di Ilenia, si trovavano chiuse dentro una gabbia narrativa che andavano nella direzione di auto-validazione, senza

“uscite di emergenze”, vincolate all’adesione ad una trama narrativa nella quale si perde. Pensare sistemico, non è solo una tecnica ma è un modo di entrare nella relazione rispettoso della molteplicità della quale è con-posto l’individuo, della sua storia e delle sue relazioni.

La relazione terapeutica rappresenta una possibilità, per il cliente con orientamento omosessuale, di esprimere e sperimentare credenze e vissuti che non riesce a vivere all’esterno, sentire le emozioni che altrove lo spaventano, “ponderare i desideri che la claustrofobia quotidiana non ci consente e aprire nuove alternative di scelta” (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012, p.192).

Il terapeuta entra nella relazione utilizzando se stesso, come strumento di conoscenza (Telfner, Bianciardi, 2014) per avvicinare il sistema del cliente, che non può esperire se non attraverso il pattern di collegamento (Ugazio, 1989) che si viene a creare “tra chi porta una domanda e noi che siamo socialmente chiamati a rispondervi” (Telfner, Bianciardi, op.cit., p.86).

Il professionista inconsapevole, corre il ri-

schio di intrappolarsi all'interno delle proprie costruzioni di significato, dando per scontato che " la difficoltà che ci viene portata in definitiva non ci coinvolga, non dipenda da noi, visto che si tratta di una difficoltà che era ben presente prima dell'incontro con noi" (Bianciardi, Telfner, op.cit., p. 60).

Ritengo sia fondamentale nel nostro agire sistemico interrogarci sui modelli di riferimento con le famiglie, per muoversi nell'incontro evitando il rischio di confondere la diversità con la patologia.

Riflettere sul proprio riflettere è un'azione utile per chi opera non solo in campo clinico, ma anche psicosociale ed educativo. Questo lavoro apre inoltre alla riflessione sulle premesse con le quali ci avviciniamo ai diversi tipi di famiglia, alle coppie omosessuali e alle famiglie omo-genitoriali e all'importanza di rivolgere l'attenzione alle tensioni extra-familiari, quali quelle legate all'emarginazione o discriminazione e non solo alle tensioni intra-familiari. La ricerca in tal senso si sta orientando alla decostruzione di molti pregiudizi nei confronti di famiglie omosessuali, per aprire alle specificità di questo tipo di relazione, in particolare quelle legate alla discontinuità tra ruoli familiari-ruoli di genere e alla stigmatizzazione sociale di cui sono ancora oggetto (Fruggeri et. Al., 2001, Fruggeri, Pietrantoni, 2002).

Non considerare la complessità e l'articolazione di questa definizione identitaria, si accompagna al rischio, come terapeuti, di risultare inefficaci in terapia.

Bibliografia

- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bertrando, P., (2014). *Il terapeuta e le sue emozioni. Un Modello sistemico-dialogico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bianciardi, M., Telfner, U., (2014). *Ricorsività in Psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Chiari, C., Borghi, L., (2009). *Psicologia dell'omosessualità. Identità, relazioni familiari e sociali*. Roma: Carrocci editore.
- Cronen, V. E., Johnson, K. M., Lannamann, J.W., (1983). *Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa*, in "Terapia familiare", n.14, pp. 87-120.
- De Matteis, M., (2014). *Ecologia di un cambiamento. Uno sguardo all'omosessualità attraverso il paradigma della complessità*. (In stampa)
- Fruggeri, L., (2003). Embricazione, in Telfner, U., Casadio, L., (a cura di). *Sistemica: voci e percorsi nella complessità*, Torino: Boringhieri, pp.300-301.
- Fruggeri, L., Pietrantoni, L., (2002). *Same gender families: A Social-Psychological Study of Couple Adjustment*, 4th. Conference of the International Academy of Family Psychology, 7-10 April, Heindelberg, Germany.
- Fruggeri, L., Pietrantoni, L., Borghi, L., Chiari, C., (2001). *I processi psicosociali nelle relazioni omosessuali: contesto sociale, rappresentazioni familiari e immagine di sé*, IV Congresso Nazionale della sezione di Psicologia Sociale (AIP), 24-26 Settembre, Palermo.
- Fruggeri, L., (2013). *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Roma: Carrocci editore.
- Lingiardi, V., Nardelli, N., (2014). *Linee guida per la consulenza psicologica con persone lesbiche, gay, bisessuali*. Roma: Raffaello Cortina Editore.
- Madonna, G., (2008). *La percezione: il costruttivismo nell'epistemologia batesoniana*, in *Alla ricerca della realtà. Percezione e costruzione*, Roma: Seminario Circolo Bateson.
- Morin, E., (1986). *Il Metodo III: la conoscenza della conoscenza*. Roma: Cortina editore.

- Rigliano, P., Ciliberto, J., Ferrari, F., (2012). *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ugazio, V. (1989). *L'indicazione terapeutica. Una prospettiva sistemico-costruttivista*, in "Terapia Familiare", 31, pp. 27-40.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Borighieri, pp. 64-75.
- Von Foerster, H. (1987), (a cura di Ceruti M., Telfner U.). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

Sitografia

- www.circolobateson.it



L'Organizzazione Borderline di Personalità: L'approccio sistemico integrato con la Schema Therapy applicato ad un caso clinico

*Ilaria Pascarella **

Sommario

L'autrice propone una trattazione dell'Organizzazione Borderline di Personalità (OBP) illustrandone i principali modelli teorici (la teoria psicoanalitica di Kernberg, il modello cognitivo-comportamentale di Linehan, i contributi di Fonagy e Liotti riguardanti le connessioni esistenti tra attaccamento disorganizzato e capacità di mentalizzazione) e sostenendo l'idea per cui, di fronte alla multi-problematicità che il disagio mentale del paziente borderline comporta, sia opportuno applicare in ambito clinico un approccio terapeutico integrato. Adottando un approccio "irriverente" (Cecchin, 1992) propone una lettura della OBP di tipo sistemico, integrato con la Schema Therapy. La terapia basata sugli schemi di personalità è stata ideata da Young (2007) ed è risultata essere valida nel trattamento del disturbo borderline, inoltre presenta molti punti di connessione con la terapia sistemica. Nell'articolo vengono messi in risalto il concetto di integrazione e i punti di forza dell'approccio sistemico che possono essere utilizzati dal terapeuta in un setting individuale. In conclusione viene presentata l'analisi di un caso clinico seguito dall'autrice con un approccio sistemico integrato con i principi della Schema Therapy che ha permesso di avanzare alcune considerazioni conclusive.

Parole chiave

Integrazione- Organizzazione Borderline di Personalità- terapia sistemica individuale- Schema Therapy- mode- reparenting.

Abstract

The author in this article proposes a theoretical treatment of Borderline Personality Organization illustrating the main theoretical models (Kernberg's psychoanalytic theory, Linehan's cognitive-behavioral model, Fonagy's and Liotti's contributions about the connections between disorganized attachment and mentalizing capacity) and supporting the idea that with the borderline patients, in a clinical setting, should be applied a therapeutic integrated approach. Therefore the author, adopting an irreverent attitude (Cecchin, 1992), has proposed a systemic approach to the Borderline Personality Organization integrated with Schema Therapy's model. The psychotherapy based on patterns of personality was created by Young (2007) and it is an efficient treatment of BPO, also has many points in common with systemic therapy. The article emphasizes the integration's concept and the strengths of the systemic approach that can be adopted by the therapist in the

*IV Anno – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

individual setting. In conclusion will be presented the analysis of a clinical case followed by the author applying a systemic approach integrated with Schema Therapy's principles that has allowed to make some final considerations.

Key words

Integration- Borderline Personality Organization- systemic individual therapy- Schema Therapy- mode- reparenting.



Con il termine disturbo di personalità si intende una condizione (www.saluter.it) caratterizzata da una modalità pervasiva di instabilità dell'immagine di sé, dell'umore e una marcata impulsività che causa difficoltà nelle relazioni interpersonali; si manifesta nella prima età adulta. Il senso di identità di questi individui appare decisamente fragile, vivono ogni separazione, come drammatica e reagiscono con rabbia e violenza; il loro stile di gestione delle invalidazioni delle esperienze è stato definito come "ostile" (Kelly, 1995). L'essenza dell'atteggiamento ostile consiste nell'imporre la propria verità, indipendentemente dai feedback ricevuti, ignorando l'altro e rifiutando un confronto con esso (Lorenzini, Sassaroli, 1995). E' molto probabile che esista una predisposizione biologica per lo sviluppo di questo disturbo; alcuni dati di ricerca dimostrano che tre quarti della popolazione che presenta questo disturbo di personalità sono di sesso femminile (Gunderson, Zanarini, Kiesel, 1991), tuttavia anche i fattori ambientali contribuiscono all'eziologia dello stesso. Lo psicoterapeuta che prende in carico questa tipologia di pazienti, oltre a lavorare in seduta sul qui ed ora, dovrebbe prendere in considerazione anche il loro passato, spesso caratterizzato da storie di abuso o abbandono: Cancrini (2012) afferma, a questo proposito, che "quelli che curiamo anche quando curiamo pazienti adulti sono, alla fine, i bambini feriti che ancora piangono dentro di loro" (Cancrini, 2012 p.4). In questo quadro egli valuta l'importanza di addentrarsi nell'infanzia "ferita" del paziente allo scopo di conoscere e comprendere meglio le motivazioni e i fattori che hanno strutturato i tratti di personalità problematici per la persona che giunge in terapia. In quest'ottica diventa importante raggiun-

gere il bambino infelice che il paziente ha dentro di sé e che condiziona tuttora la sua esistenza. Comprendere il vissuto infantile del nostro paziente ci permette di capire come mai, a scopo difensivo, abbia sviluppato determinati tratti di personalità fino a strutturare il proprio funzionamento a livello borderline. Lorna Smith Benjamin (2004) ha ben descritto come il paziente con questa tipologia di personalità abbia spesso trascorso la propria infanzia e fanciullezza all'interno di nuclei familiari caotici caratterizzati da situazioni instabili, scambi di partner, figure di riferimento poco affidabili, situazioni di violenza, tentati suicidi o abusi di alcool. Il contesto familiare in cui è cresciuto ha indotto il paziente a muoversi d'impulso senza avere la possibilità di riflettere. Da piccolo, il paziente ha vissuto l'instabilità delle figure di riferimento che hanno alternato a fasi di amore e di accudimento, momenti di abbandono, isolamento o solitudine senza darne motivazioni o spiegazioni plausibili. Il paziente, in altre parole, da piccolo non è stato messo al primo posto dai genitori, i quali hanno avuto difficoltà a considerare il proprio figlio come oggetto distinto da loro ostacolandone il processo di differenziazione. Cancrini (2012) spiega come, nelle circostanze sopra descritte, la mente umana in situazioni di difficoltà possa regredire a diversi livelli di funzionamento tra cui quello borderline, ben illustrato negli anni '60 da Kernberg. Lo psicoanalista sviluppò un importante modello relativo a questa organizzazione di personalità sostenendo che il nucleo del disturbo borderline risiede in un conflitto fra pulsioni libidiche ed aggressive che avuto origine in epoca pre-edipica e che viene affrontato attraverso il meccanismo di difesa della scissione (splitting). Kernberg illustrò come il soggetto categorizzi cose

e persone come “completamente buone” o “completamente cattive” impedendo un confronto tra esse a livello di coscienza. Secondo Kernberg questo modo di categorizzare è patologico in quanto non prevede integrazione e questo aspetto riguarda anche le rappresentazioni del Sé dell'individuo che può sperimentare sia la diffusione che la dispersione della propria identità. Gli studi di Kernberg si sono rivelati utili nel chiarire come il funzionamento psichico dei pazienti borderline sia caratterizzato da meccanismi di scissione (Kernberg, 1989). Essi, generalmente, sono il risultato di un mancato superamento del secondo compito evolutivo che ciascun bambino deve affrontare per lo sviluppo dell'Io, ovvero l'integrazione delle immagini di natura libidica ed aggressiva che appaiono separate. A scapito di un processo di integrazione, il bambino prima e il paziente adulto dopo, oscillano fra oggetti totalmente buoni ed oggetti totalmente cattivi senza contemplare la presenza di entrambi gli aspetti all'interno di un medesimo interlocutore. Quando il bambino realizza la costanza dell'oggetto (Mahler, 1978) mette in atto un primo processo di integrazione che non risulta essere definitivo, visto che nei momenti di difficoltà può ricadere in processi di scissione. Contesti familiari sfavorevoli e non tutelanti potrebbero indurre la persona a non tenere conto del punto di vista dell'altro, mantenendo una posizione egocentrica e basandosi esclusivamente sul proprio vissuto emotivo. Utilizzando la terminologia piagetiana, potremmo dire che il soggetto regredisce ad uno stadio “pre-operativo” di funzionamento della mente (Piaget, 1976). Un intervento basato su una visione sistemica e relazionale può dimostrarsi valido per fornire al paziente una relazione terapeutica “sufficientemente buona”

(Winnicott, 1965) quale base di partenza per sanare i propri bisogni ed avviare un sano processo di costruzione dell'identità. Anche Marsha Linehan fornisce un importante contributo alla comprensione del DBP. Il modello di matrice cognitivo-comportamentale proposto dalla terapeuta, si basa sull'idea che il nucleo del disturbo consista in un grave deficit del sistema di regolazione delle emozioni, meglio definito attraverso il concetto di “disregolazione emotiva”. A causa di tale deficit, le emozioni provate dal soggetto tendono a manifestarsi con eccessiva intensità. Secondo Linehan (1993), la rabbia immotivata ed intensa, le repentine oscillazioni d'umore, le problematiche relazioni affettive vissute con eccessiva intensità, la paura esagerata di fronte alla possibilità di essere abbandonati e la difficoltà di controllare e gestire gli impulsi emotivi (che può dare origine persino a comportamenti autolesivi), troverebbero spiegazione nel deficit della regolazione emotiva. Al fine di placare ed attenuare l'intensità emotiva che genera confusione nella mente del paziente, la persona può ricorrere all'uso di droghe, all'alcool o alle abbuffate di cibo; in sostanza mette in atto agiti compensativi che gli consentono di prendere le distanze dalle proprie emozioni, se non addirittura di inibirle totalmente, con la conseguenza di sperimentare incredibili sensazioni di vuoto (Linehan, 1993). Linehan mette in evidenza come il paziente borderline risulterebbe incapace, una volta attivata l'emozione, a ridurre l'intensità e ritornare al tono emotivo di base e, oltre a riconoscere la presenza di variabili legate al temperamento spiega come il soggetto possa essere cresciuto in ambiente che definisce “invalidante”. La crescita in un ambiente invalidante, ovvero un contesto in cui la comunicazione dell'e-

sperienza interiore riceve risposte caotiche, inappropriate, giudicanti e svalutanti, sarebbe il terreno fertile per l'eziologia di tale deficit. Tale ambiente non promuove nella persona l'espressione delle emozioni in maniera efficace, la comunicazione della propria sofferenza, la tolleranza dell'angoscia e della frustrazione e la capacità di autoregolazione. Al contrario, un contesto simile incentiva il soggetto a rispondere ai fallimenti con iperattivazione emotiva, a costruire aspettative ed obiettivi irrealistici, a perseguire standard perfezionistici, ad oscillare tra l'inibizione emozionale e l'espressione di emozioni estreme.

Peter Fonagy (1996) ha messo in evidenza i collegamenti esistenti tra attaccamento, sviluppo della capacità riflessiva e metacognitiva e strutturazione della personalità borderline. Fonagy ha ipotizzato che i soggetti borderline possano aver avuto genitori carenti di capacità di mentalizzazione, poco empatici e riflessivi, motivo per cui non svilupperebbero la capacità di rappresentare sentimenti e pensieri dentro se stessi e gli altri infatti mostrandosi rigidi, vulnerabili e con uno stile cognitivo e di conoscenza caratterizzato da ostilità (Lorenzini, Sassaroli, 1995).

Come sosteneva Hegel (1807), il bambino sviluppa il possesso della natura degli stati mentali attraverso la conoscenza della mente dell'altro. L'intersoggettività permette al bambino di percepirsi come "essere pensante" e gli consente di cogliere la capacità riflessiva della propria madre. Come ha ben illustrato Fonagy (1996), se il genitore non è in grado di comprendere i bisogni, le intenzionalità e le attitudini del proprio figlio, quest'ultimo non avrà la possibilità di "trovare se stesso nell'altro" e di percepirsi un soggetto capace di mentalizzare. Secondo

Winnicott (1967), il bambino avverte il bisogno di trovare nella mente dell'altro i propri bisogni, i propri pensieri, la ricerca nell'altro da sé: si tratta di un contenimento e di un rispecchiamento che solo un ambiente interpersonale e soggettivo caratterizzato da empatia sarà in grado di soddisfare. Il bambino che da adulto svilupperà un'organizzazione borderline di personalità non ha ricevuto le risposte appropriate e non ha avuto la possibilità di soddisfare i propri bisogni. Sulla base delle considerazioni avanzate da Fonagy, un percorso psicoterapeutico si pone principalmente l'obiettivo di sviluppare la capacità autoriflessiva e di ridurre la vulnerabilità dell'individuo offrendogli la possibilità di essere e percepirsi maggiormente stabile nelle relazioni. La relazione terapeutica stimola il paziente a prendere in considerazione e a concentrarsi sullo stato mentale altrui offrendogli l'opportunità di sperimentare nell'altro accogliimento e benevolenza. In terapia il paziente impara a riconoscere se stesso e l'altro come esseri pensanti, capaci di provare emozioni e sulla base di questo processo di rispecchiamento, con il supporto empatico del terapeuta, potrà sviluppare una propria identità autonoma ed indipendente. Liotti, dopo aver preso in esame i principali modelli teorici e aver individuato i principali nuclei su cui si fonda il disturbo borderline di personalità, ha avanzato un'interessante ipotesi integrativa basata sulla disorganizzazione dell'attaccamento (DA). Egli sostiene che il DA costituisca un fattore di rischio predisponente lo sviluppo del disturbo (Liotti, 1999). Liotti mette in evidenza come sia possibile individuare nella disorganizzazione dell'attaccamento un processo mentale ed interpersonale unitario che si attua nel contesto delle relazioni di attaccamento da cui scaturisce

riscono sia una rappresentazione dissociata di sé sia una difficoltà nel riconoscere e nel regolare gli stati mentali e le emozioni. Il bambino che sperimenta un attaccamento di tipo disorganizzato tende ad avere rappresentazioni mentali drammatiche, scisse, non integrabili, ogni volta che si attiva in lui il sistema motivazionale dell'attaccamento. Quando determinate esperienze riattivano il sistema motivazionale dell'attaccamento, il paziente mette in atto comportamenti compensativi che lo distraggono allo scopo di prendere le distanze dal bisogno di accudimento che non viene mai soddisfatto. Un'esperienza relazionale correttiva, quale potrebbe essere ad esempio la relazione terapeutica, potrebbe aiutare il paziente a prendere contatto con le proprie emozioni dolorose e a gestirle adottando modalità funzionali al proprio benessere. Dopo aver esaminato i principali contributi teorici provenienti da differenti approcci, proporremo ora l'innovativo approccio terapeutico ideato da Young nel 1990, denominato Schema Therapy, la cui peculiarità e il cui punto di forza consistono nella potenzialità integrativa che trova riscontro nella pratica clinica.

SCHEMA THERAPY: LA PSICOTERAPIA BASATA SUGLI SCHEMI DI PERSONALITÀ

La Schema Therapy rappresenta un approccio terapeutico integrato che è stato proposto da Jeffrey Young negli anni novanta. Deriva dall'integrazione di alcuni modelli teorici tra cui: la teoria dell'attaccamento, quella psicodinamica, il comportamentismo e la teoria della Gestalt. Una revisione di studi condotti sulla Schema Therapy (Masley et al, 2012) ha dimostrato l'efficacia di questo approccio, soprattutto per quanto riguarda il trattamento dei disturbi

di personalità.

Secondo Young (2007) i tratti di personalità patologici o i veri e propri disturbi di personalità avrebbero origine da alcuni schemi che lui ha denominato "schemi maladattivi precoci" (SMP).

Si tratta di costrutti emotivi e cognitivi riguardanti la visione che la persona ha di se stessa e degli altri, che presenta caratteristiche disfunzionali per il soggetto: si struttura nelle prime fasi del ciclo di vita e viene mantenuta per tutta l'esistenza. La maggior parte degli schemi ha origine da situazioni traumatiche o comunque negative che si verificano nell'ambiente in cui la persona ha trascorso la propria infanzia e fanciullezza. Il presupposto teorico su cui si fonda la Schema Therapy è che gli SMP hanno origine dalla frustrazione, durante l'infanzia, di bisogni primari ed emotivi: bisogno di sicurezza, di stabilità, accudimento, autonomia, senso d'identità, di spontaneità, limiti realistici ed autocontrollo (Rafaeli, Bernstein, Young, 2013). Gli SMP si attivano quando il soggetto fa esperienze molto coinvolgenti che risuonano emotivamente con alcuni eventi dolorosi vissuti in passato e che hanno determinato l'insorgenza di tali schemi. L'obiettivo terapeutico perseguito consiste nell'aiutare il paziente dapprima a riconoscere e legittimare la presenza di bisogni primari che sono stati frustrati in passato dai caregiver e, successivamente, a fargli sperimentare, nell'ambito della relazione terapeutica, la soddisfazione di alcuni di essi (reparenting). Il paziente, grazie al reparenting esercitato dal terapeuta, intraprende la strada del cambiamento che gli permetterà di diventare un "adulto sano". Il terapeuta nel "qui ed ora" rimanda alla persona quali schemi o stili di coping vengono attivati nella rela-

zione terapeutica e, insieme a lui, cerca le connessioni tra questi e la storia personale/familiare del soggetto. Il terapeuta cerca di favorire occasioni di crescita psicologica, mostra un atteggiamento empatico di fronte alle reazioni di rabbia e disappunto del paziente e lo rassicura rispetto alla possibilità di esprimere la propria sofferenza all'interno di una relazione di aiuto priva di uno sguardo punitivo e giudicante (Rafaeli, Bernstein, Young, 2013). Secondo gli studi di Young, i pazienti borderline, con estrema rapidità, oscillavano da un'emozione ad un'altra (rabbia, paura, impulsività) e da uno schema all'altro. È stato così introdotto il concetto di "mode" per descrivere l'insieme degli schemi o la loro manifestazione che si attivano nel soggetto in modo inaspettato. Il paziente borderline passa continuamente da un mode all'altro per fronteggiare gli eventi quotidiani; sono stati individuati 5 tipi di mode sottoelencati:

1) BAMBINO ABBANDONATO: rappresenta il bambino interiore che prova dolore, sofferenza. Quando si attiva questo mode il paziente appare fragile, impaurito, spaventato, bisognoso di accudimento, di trovare una figura accudente, si mostra dipendente dagli altri. Idealizza le persone che si prendono cura di lui ed ha paura di essere abbandonato. Quando si attiva questo mode il paziente borderline si comporta in modo impulsivo.

2) BAMBINO ARRABBIATO E IMPULSIVO: quando viene attivato questo mode, la persona improvvisamente diventa rabbiosa ed esprime la propria collera adottando modalità svalutanti, prepotenti e controllanti. È possibile che metta in atto agiti autolesivi. Quando si attiva questo mode è opportuno che il terapeuta intervenga insegnandogli alcune tecniche funzionali alla gestione della

rabbia e volte al soddisfacimento dei propri bisogni.

3) GENITORE PUNITIVO: l'attivazione di questo mode comporta che il paziente si senta punito per i propri comportamenti che vengono giudicati sbagliati e che consistono nell'esprimere i propri bisogni o le proprie emozioni. Questo stato emotivo deriva dall'interiorizzazione di aggressività, ostilità, sottomissione a cui i propri genitori lo espongono da bambino. I pazienti prendono il posto dei loro genitori e per questo tendono a criticarsi, giudicarsi indegni, sbagliati; si puniscono attraverso agiti autodistruttivi.

4) PROTETTORE DISTACCATO: è il mode prevalente nei pazienti borderline.

L'attivazione di questo mode inibisce i bisogni emotivi della persona, fa sì che il soggetto adotti un atteggiamento di sottomissione che lo metta al riparo da eventuali punizioni. Quando questo mode è attivo la persona appare equilibrata, controllata, si comporta in modo adeguato e fa di tutto per soddisfare le aspettative altrui. L'individuo non riesce a stare in contatto con le proprie emozioni, i propri bisogni, non mostra la propria identità in modo autentico.

Quando si attiva il mode Protettore Distaccato è compito del terapeuta indirizzare il paziente ad entrare in contatto con le proprie emozioni ed esprimere così i propri bisogni.

5) ADULTO FUNZIONALE: rappresenta il mode più silente e meno sviluppato nel paziente e costituisce la parte che dovrebbe essere sviluppata e stimolata ad emergere nel corso della terapia. L'adulto sano sa prendersi cura della propria persona riconoscendo le proprie emozioni, i propri bisogni, ponendo dei limiti e riconoscendo se stesso in modo autentico (Young, Klosko, Weishaar, 2007). Un percorso terapeutico

impostato con l'approccio Schema Therapy finalizzato al trattamento del Disturbo Borderline di personalità si articola in 3 fasi principali:

- Il primo step della terapia è basato sull'instaurazione di un legame affettivo con il paziente e sul processo di regolazione emotiva. Il paziente e il terapeuta devono creare un'alleanza in cui il terapeuta si prende cura del Bambino abbandonato del paziente e gli offre sicurezza e sostegno emotivo (Winnicott, 1965). In questo primo step, il terapeuta definisce insieme al paziente gli obiettivi da raggiungere nel setting terapeutico ed insieme iniziano ad analizzare i vissuti e la storia del paziente focalizzandosi in modo particolare sulle esperienze infantili che gli hanno causato sofferenza e favorendo l'espressione delle emozioni legate al tema dell'abbandono.

Solitamente, all'inizio della terapia il paziente fatica ad accedere al mode Bambino abbandonato e mostra resistenza nei confronti di questa istanza pertanto avverte il bisogno di attivare gli altri mode, in particolare il Protettore distaccato. Successivamente il terapeuta incoraggia il paziente a rimanere nel mode Bambino Abbandonato: l'attivazione di questo mode consente la creazione di un legame emotivo con il terapeuta in quanto quest'ultimo sarà ben disposto ad accogliere e a tollerare i sentimenti espressi dal paziente, contrariamente a quanto gli era accaduto da bambino nella relazione con i suoi genitori. L'atteggiamento empatico del terapeuta permette di esercitare la funzione di *reparenting*. Attraverso questo approccio il terapeuta cerca di compensare le esperienze negative che il paziente ha avuto da bambino, creando un "ambiente rassicurante" (Winnicott, 1965) che consenta al

"bambino abbandonato" di evolvere in un adulto sano. Può essere utile proporre ed insegnare al paziente alcune tecniche che gli consentano di gestire le proprie emozioni, la propria sofferenza e che lo aiutino ad evitare di mettere in atto agiti compensativi. Tra le tecniche in questione, si è rivelata utile ad esempio la Mindfulness. Rappresenta un particolare tipo di meditazione che aiuta il paziente a regolare le emozioni (Linehan, 1993); in particolare, essa si è rivelata efficace per l'emozione della rabbia e per la gestione dell'impulsività in quanto, richiedendo una concentrazione sulle emozioni prevalenti nel qui ed ora, consente al soggetto di gestire l'impulso, crea una sorta di spazio riflessivo tra l'impulso e l'azione creando le premesse per non essere travolti dalle emozioni. (www.mindfulnessitalia.org, www.mindfulnessitalia.it).

- La seconda fase della terapia si pone come obiettivo la modificazione dei mode. L'intervento del terapeuta promuove lo sviluppo dell'Adulto funzionale.
- La fase conclusiva della terapia consiste nell'aiutare i pazienti a generalizzare i cambiamenti ottenuti nel corso delle sedute e a sviluppare il proprio senso di autonomia. Da un primo esame della letteratura sulla Schema Therapy emergono alcuni punti di connessione con l'approccio sistemico:
 - attenzione al contesto, all'ambiente familiare di appartenenza all'interno del quale ricercare l'origine della sintomatologia presentata dal paziente e lavorare sul significato che assume all'interno del proprio contesto familiare;
 - assunzione di una prospettiva non patologizzante (Selvini Palazzoli e coll., 1975);
 - favorire l'espressione delle emozioni e

dei bisogni presentati dall'individuo;

- valorizzare le risorse del paziente;
- prestare attenzione al processo terapeutico.

Un'analisi critica della Schema Therapy, attraverso l'adozione di lenti sistemiche, ci mostra quanto l'approccio sistemico relazionale sia attuale e radicato, più di quanto si potrebbe ritenere, anche in tecniche di altro orientamento teorico, dimostrando la propria efficacia nel favorire la comprensione della complessità di certi quadri clinici dal momento che si focalizza sulla matrice relazionale, estremamente potente, nella lettura della genesi della sintomatologia (Mauri, 2013).

L'individuazione di punti di connessione tra gli approcci sistemico relazionale e quello di Schema Therapy dà prova del fatto che l'integrazione tra modelli teorici differenti costituisce un valore aggiunto

nella pratica clinica. Per poter essere disposti a lavorare adottando un atteggiamento multidisciplinare ed integrato, sostengono i sistemici, bisogna saper essere irriverenti (Cecchin et al., 1992). In altre parole, l'integrazione tra modelli si raggiunge e si concretizza attraverso l'irriverenza, anche nei confronti dei propri statuti scientifici. Nonostante la terapia sistemica nasca come intervento rivolto prevalentemente alle famiglie e benché le linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi di personalità prevedano il coinvolgimento della famiglia di origine nella psicoterapia con il paziente che esprime disagio esistenziale, la realtà clinica spesso impone di lavorare anche esclusivamente con i singoli individui (www.saluter.it; www.scuolamaraselvini.it). Per questa ragione evidenzieremo, in particolare, i punti di forza della terapia sistemica individuale che possono giovare alla relazione terapeutica con il borderline.

TECNICHE SISTEMICHE	POTENZIALITA' TERAPEUTICHE
DOMANDE CIRCOLARI ED IPOTETICHE (Boscolo e Bertrando, 1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Sfidano la rigidità del pensiero e l'egocentrismo; • Promuovono processi di integrazione vs processi di scissione; • Introducono informazioni, differenze (Bateson, 1977)
RIFLESSIVITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Promuove lo sviluppo dell'intersoggettività e dell'empatia; • Attiva processi di rispecchiamento e contenimento; • Favorisce la visione dell'Altro quale risorsa anziché minaccia.
CONNESSIONE TRA MONDO INTERNO ED ESTERNO (Boscolo e Bertrando, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Promuove processi di integrazione a scapito di quelli di scissione. • Avvia un passaggio di livello del pensiero: dalla modalità tutto/nulla ad una modalità integrata.
PRESENTIFICAZIONE/ DEL TERZO (Bertrando, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Pensiero riflessivo ed empatico.
IRRIVERENZA (Cecchin, 1992)	<ul style="list-style-type: none"> • Flessibilità e apertura al cambiamento • promuove passaggi di livello logici di apprendimento (Bateson, 1977) • aiuta il paziente a trovare una storia che cura (Hilman, 1983)

Nel caso clinico che segue, condotto in setting individuale, ho cercato di applicare i contenuti teorici e pratici trattati, adottando una modalità integrata.

LE RADICI DELLA RABBIA: IL CASO DI ANGELA

Angela è una signora sulla quarantina, caratterizzata da un funzionamento di tipo borderline, inviata alla scrivente per un percorso terapeutico individuale dai Servizi Sociali che hanno in carico il nucleo familiare. Nonostante abbia preso la decisione di separarsi dal marito Carlo, dalla cui relazione sono nati due figli di 9 e 11 anni, manifesta comportamenti impulsivi, aggressivi e controllanti nei suoi confronti (inseguimenti, telefonate di insulti, pedinamenti) a cui sarebbero esposti anche i figli minori, con ripercussioni sul loro umore e soprattutto su quello del figlio maggiore che presenta problematiche di tipo depressivo. Angela prova un'intensa rabbia nei confronti dell'ex coniuge che la porta ad essere impulsiva verso di lui; racconta che lui ha avuto problemi di tossicodipendenza e che lei lo ha seguito durante la presa in carico del Sert, subentrando nella gestione economica familiare. Da quando gli specialisti reputano che lui abbia raggiunto uno stato di discreto compenso psico-fisico, di cui lei non ha fiducia, la loro relazione sarebbe peggiorata divenendo maggiormente conflittuale soprattutto perché Carlo rivendica la propria autonomia. Angela durante i colloqui riferisce di essere in stato confusionale, di provare forte ansia e di alternare stati depressivi a momenti in cui invece prova una rabbia incontrollabile. Nei momenti in cui si sente disperata, si sfoga abbuffandosi di cibo, prediligendo soprattutto dolci. Riferisce che in certi momenti avverte l'impul-

so di "aggreddire se stessa", di farsi del male fisico, ma dice di non essere mai arrivata a tanto. In particolare riferisce di provare un odio accecante che la fa "sragionare" nei confronti dell'ex marito. Sebbene la decisione di separarsi legalmente sia stata presa da lei, riferisce di essersi trovata costretta a muoversi in tal senso dal momento che la vita coniugale era divenuta insostenibile e lei si sentiva criticata, giudicata e non apprezzata dal partner. Attribuisce al marito e all'uso di sostanze la causa della separazione. Chiede di essere supportata in questo particolare momento della sua vita, in cui si definisce "smarrita". Infine esprime le proprie fragilità relative all'area della genitorialità, soprattutto in relazione al figlio che presenta tratti depressivi. Riferisce di provare un forte senso di vuoto, ora che è separata, e di sentirsi sola in quanto la sua famiglia è rimasta nel paese di origine e dove vive attualmente non ha una rete familiare o amicale di riferimento. Nel corso dei primi colloqui ho effettuato l'analisi della domanda e insieme alla paziente ho formulato il contratto terapeutico con l'obiettivo di promuovere nella paziente la consapevolezza circa la problematicità dei suoi comportamenti identificando gli schemi di pensiero disadattivi, favorendo l'espressione delle emozioni e dei bisogni, comprendendo l'origine della rabbia/impulsività ed insegnandole modalità di gestione delle emozioni più funzionali. Ho adottato un approccio di tipo sistemico integrato con la Schema Therapy di cui descriverò i punti salienti. Dal genogramma rilevo che la paziente ha mostrato un atteggiamento ansioso, difensivo e caratterizzato da distacco emotivo nell'espone la propria storia familiare. Dai suoi racconti evinco come la relazione coniugale dei suoi genitori non sia stata serena: il padre è sem-

pre stato poco presente a livello affettivo ed educativo, aveva problemi di alcolismo e spesso lo vedeva agitato ed in stato di alterazione. La madre viene descritta come una persona fragile che non ha saputo proteggere i suoi figli e non avuto la forza di ribellarsi al marito. Emerge la tendenza da parte della paziente a scindere le cose in "buone" e "cattive" e a non contemplare la coesistenza di entrambi gli aspetti in una persona: l'integrazione risulta inammissibile. Esprime la propria sofferenza per questa situazione e la propria rabbia nei confronti della madre per aver subito ed accettato di rimanere in una situazione familiare simile. Afferma di non essersi sentita accolta, amata e riconosciuta dai propri genitori, tanto da considerare i nonni come le principali figure accidenti. Angela afferma che, nonostante il suo vissuto fosse stato caratterizzato da rabbia, dolore, forte senso di solitudine per la mancanza dei genitori, la sua famiglia, e in particolare la madre, cercassero di negarlo preservando l'immagine di una famiglia solida ed unita. Riscontro la presenza del "mito della famiglia unita" e, nei colloqui, emerge anche un importante "non detto", ovvero la sua separazione dal marito è stata taciuta in quanto questo argomento non risulta essere ammissibile per la propria famiglia. Insieme alla paziente individuo alcune connessioni tra la storia familiare e quella della famiglia di origine: in entrambi i nuclei familiari la donna non è stata riconosciuta ed apprezzata per il proprio valore e tuttavia si presenta come la figura che ha un ruolo attivo, controllante ed accidentente nei confronti della figura maschile, percepita come debole e sprovvista di un proprio ruolo e di una propria autonomia. Ho cercato insieme alla paziente di comprendere come, per alcuni aspetti, la infanzia difficile, critica, sia

simile a quella che stanno vivendo i suoi figli, esposti a situazioni di forte tensione per la litigiosità tra lei e il suo ex marito. Mi sono posta l'obiettivo di rendere consapevole la paziente rispetto a certi meccanismi di funzionamento che sono stati messi in atto in passato dai suoi genitori e che oggi vengono da lei riproposti ai figli. Ho riflettuto con lei sul fatto che Angela risulta essere poco empatica nelle relazioni interpersonali e nei confronti dei figli e ho ipotizzato che da bambina non abbia ricevuto contenimento e non abbia vissuto l'esperienza di "essere pensata" dai propri genitori e di "ritrovarsi nei loro pensieri", probabilmente a causa di una loro capacità di mentalizzazione carente (Fonagy, 1996). Ho ipotizzato che il malessere di Angela, la sua rabbia, la sua impulsività e i suoi comportamenti controllanti si siano accentuati proprio nel momento in cui il marito ha iniziato a stare meglio, ad essere più lucido ed attivo. Il raggiungimento di uno stato di compenso da parte del marito potrebbe aver comportato la perdita del ruolo accidentente e controllante che Angela esercitava nella loro relazione e ciò potrebbe aver accresciuto in lei un sentimento d'inadeguatezza e di svalorizzazione. Angela potrebbe aver perso, in particolare, la posizione one-up che occupava nella relazione con il marito (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967). Il controllo, in questa situazione specifica, potrebbe assumere per la paziente il significato di valore: "Se posso controllare ho valore". Non a caso, probabilmente, Angela sceglie un partner che ricerca l'evasione e che è bisognoso di controllo.

Il sistema di significato cui Angela potrebbe aver fatto riferimento potrebbe essere stato il seguente:

- "se tu stai male io ti controllo e quindi valgo"

- “se tu stai bene io non esercito più alcun potere su di te e quindi non valgo” (mancato riconoscimento di un ruolo attivo).

Utilizzando una terminologia sistemica, potremmo ipotizzare che il sintomo manifestato dal marito (disturbo di dipendenza da sostanze) abbia permesso il mantenimento di uno stato di equilibrio, una “omeostasi” del sistema familiare: nel momento in cui vi è stata una remissione della sintomatologia da parte del marito, si è verificato, in effetti, un cambiamento negli equilibri familiari (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967).

E' possibile inoltre ipotizzare che il figlio Martino abbia sviluppato tratti depressivi soprattutto in seguito alla separazione dei genitori, perché ha vissuto come un fallimento personale, prima la loro conflittualità e poi la loro separazione. Secondo tale ipotesi, come sostenuto da Ugazio (2012), la sintomatologia depressiva si pone come un problema di “appartenenza negata” in cui il valore dell'appartenenza al nucleo familiare si contrappone a quello di esclusione dal medesimo. Dai contenuti emersi nei colloqui, ipotizzo che Angela sia cresciuta in un contesto familiare “invalidante” che non le ha permesso di esprimere, riconoscere e soddisfare i propri bisogni, sviluppando così un attaccamento di tipo disorganizzato. Tali esperienze infantili potrebbero aver contribuito alla sua difficoltà di gestire e regolare le emozioni. Facendo riferimento all'approccio teorico Schema Therapy, potrei dire che nel corso del tempo Angela ha strutturato degli Schemi mal adattivi/mode che si alternano con vulnerabilità tra “Bambino abbandonato”, “Bambino arrabbiato ed impulsivo”, “Genitore punitivo”, “Protettore distaccato”. L'oscillazione da un mode

all'altro ostacola l'affermazione del mode “Adulto funzionale”. Facendo riferimento agli insegnamenti di Luigi Cancrini (2006), nel caso clinico esposto ho ritenuto opportuno lavorare sull'emozione della rabbia con la finalità di risalire all'origine di questo stato d'animo che procura malessere ad Angela. Gli interventi terapeutici, addentrandosi nell'infanzia ferita, hanno aiutato, a mio avviso, la paziente a riconoscere e a capire quali siano i “copioni” (Smith Benjamin Lorna, 2004) su cui il comportamento sintomatico si è sviluppato e quali siano gli obiettivi lontani della rabbia e dell'impulsività che la hanno condotta in terapia. Abbiamo riflettuto sulla possibilità che la rabbia avvenute come bersaglio l'ex marito, possa essere rivolta anche verso la figura paterna interiorizzata dal momento che il padre agiva con modalità aggressive quando lei era piccola e, in parallelo, verso la propria madre che non si è occupata di lei, proteggendola, quando in casa si verificavano situazioni di tensione e violenza legate dall'abuso di alcool da parte del padre. Ho restituito alla paziente come le abbuffate possano essere viste come agiti compensativi cui lei ricorre nei momenti di maggiore stress emotivo per prendere distanza dal dolore e dalla sofferenza che prova.

Per utilizzare la terminologia offerta dalla Schema Therapy, ritengo che la relazione di reparenting, venutasi a creare nella relazione con Angela, abbia permesso, in un lasso di tempo considerevole (oltre le dieci sedute), di superare il mode “protettore distaccato” che rappresenta le difese messe in atto dal paziente allo scopo di proteggersi dai vissuti dolorosi ed accedere al “bambino abbandonato”, dando voce all'infanzia ferita e all'espressione dei bisogni non soddisfatti. Soprattutto in questo momento della

terapia si è rivelata molto utile la tecnica descritta da Bertrando (2000) di “presentificazione del terzo” che ci ha permesso di dare voce all'ex marito di Angela ed ai suoi genitori, mettendo in luce i bisogni trascurati e la sua sofferenza, consentendole di entrare in contatto con le proprie emozioni e prendere in considerazione il punto di vista delle altre persone per lei significative, sfidando la sua propensione ad un pensiero egocentrico e ponendo le basi per lo sviluppo dell'empatia. E' stato possibile inoltre, attraverso la formulazione di domande ipotetiche rivolte al passato, al presente e al futuro (Boscolo, Bertrando, 1996) contrastare il mode “Genitore punitivo”, differenziarsi da quest'ultimo e lasciare spazio all' "Adulto funzionale". Facendo riferimento all'approccio della Schema Therapy possiamo affermare che il processo terapeutico ci ha permesso di pervenire alla modificazione dei mode: dal bambino impulsivo, arrabbiato, abbandonato, al genitore punitivo, Angela si è rivolta ad uno schema maggiormente funzionale detto appunto “Adulto funzionale”. Angela ha acquisito maggiore autonomia e, attraverso l'applicazione di tecniche basate sulla mindfulness, ha imparato a gestire la propria rabbia ed impulsività, adottando modalità più appropriate, restando maggiormente in contatto con l'Adulto funzionale che ha sviluppato nel nostro rapporto. E' stato utile inoltre impiegare in terapia “racconti didattici” (Erickson, 1983) al fine di introdurre elementi di cambiamento di prospettiva. Angela ha dimostrato di possedere modalità relazionali più adeguate e ha dato prova di maggiore competenza anche nell'area della genitorialità. E' riuscita, infine, a contenere e gestire la rabbia nei confronti dell'ex marito e ad avviare con lui

un processo comunicativo più rispettoso, divenendo consapevole della disfunzionalità di taluni comportamenti, schemi mentali ed ha compreso che determinate esperienze vissute nella sua famiglia di origine hanno condizionato il suo modo di pensare e di interpretare la realtà.

CONCLUSIONI

L'analisi del caso clinico, unitamente all'ex-cursus teorico, evidenzia come un percorso terapeutico condotto secondo i principi della terapia sistemico relazionale integrata con l'approccio Schema Therapy, offra al paziente borderline la possibilità di un'esperienza relazionale correttiva permettendogli di trovare un ambiente validante capace di accogliere e rispondere ai suoi bisogni. E' stato possibile verificare come l'approccio sistemico relazionale, anche in setting individuale, abbia potenzialità tali da promuovere un processo di cambiamento per la persona borderline. Proponendo una comprensione della realtà di tipo circolare, questo approccio sfida la linearità e il determinismo psichico caratteristico dell'organizzazione borderline di personalità, favorendone l'evoluzione. Centrale, in tutto l'approccio, è il valore dell'integrazione. In un saggio, Bateson (1973) sosteneva che ciò che si deve integrare sono le diverse parti della mente, in particolare quei molteplici livelli di cui un estremo è detto “coscienza” e l'altro “inconscio”. Perché si possa “conseguire la grazia”, le ragioni del cuore debbono essere integrate con le ragioni della ragione” (Bateson, 1976 p.167). Il pensiero di Bateson sembra essere stato formulato ad hoc per le personalità borderline che presentano un problema di integrazione tra differenti parti dell'apparato mentale. Bateson diceva che “quanto viene

suggerito è piuttosto una danza: una danza che, in mancanza di un termine migliore, chiamerei d'integrazione (Bateson, 1997 p.24). L'auspicio è che attraverso l'applica-

zione di un approccio terapeutico integrato si possa offrire al paziente borderline la possibilità di vivere non solo "combattendo" contro parti di Sé ma anche "danzando".



Bibliografia

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizione.
- Bateson, G. (1997). *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizione.
- Bertrando, P. (2000). *Il discorso del terzo. Tecniche di terapia sistemica individuale e di analisi del transfert*. Connessioni-Rivista di consulenza e ricerca sui sistemi umani.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I Tempi del Tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cancrini, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1992). *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Milano: FrancoAngeli s.r.l.
- Hegel, G. (1807). *The Phenomenology of Spirit*. Translated by A.V. Miller. Oxford: Oxford University Press, 1977 (trad. it: *La fenomenologia dello spirito*. Firenze: La Nuova Italia, 1949).
- Erickson, M. H. (1983). *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H. Erickson*. Roma: Casa Editrice Astrolabio-Ubalchini Editore.
- Fonagy, P. (1996). *Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità*. *Kos*, 129, 26-32.
- Gunderson, J., G., Zanarini, M.C. e Kiesel, C.L. (1991). *Borderline personality disorder: a review o data on DSM III-R descriptions*. *Journal of Personality Disorders*, 5,340-352.
- Hillman, J. (1983). *Le storie che curano*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Young, E. J., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2007). *Schema Therapy. La terapia cognitivo comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Edizione italiana Carozza, A., Marsigli, N., Melli, G. (a cura di) Scienze Cognitive e Psicoterapia. Firenze: Eclipsi.
- Kelly, G.A. (1995). *The Psychology of Personal Construct*. New York: Norton.
- Kernberg, O.F., Selzer, M., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C. e Appelbaum, A.H. (1989). *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline*. Roma: Edizioni Universitarie Romane, 1996.
- Linehan, M.M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*.
- *Il modello dialettico*. Trad. it. Di Ascoli M., D'Amore, C. (2001). Milano: Edizione italiana Barone, L. (a cura di) Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (1999). *Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa*. *Psicoterapia*, 5, 16/17:53-65.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (1978). *La nascita psicologica del bambino. Simbiosi e individuazione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Masley, S.A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G., Taylor, M.A. (2012). *A systematic review of the evidence base for Schema Therapy*. *Cognitive Behaviour therapy*, 41, pp. 185-202.
- Mauri, D. (2013). *Schema Therapy e Teoria Sistemica: due teorie della complessità a confronto*. *Rivista Cambiamenti* vol.1/2013. Edicta Edizioni.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1976). *La rappresentazione dello spazio nel bambino*. Trad. it. Firenze: Giunti Barbera.
- Rafaeli, E., Bernstein, D., Young, J. (2013). *Schema Therapy. Fondamenti di base e differenza della terapia cognitive*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F., (1975). *Paradosso e Controparadosso*. Milano: Feltrinelli.
- Smith Benjamin, L. (2004). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Casa Editrice LAS. Edizione italiana a cura di Pio Scilligo.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio Ubalchini Edizioni.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating envi-*

ronment: Studies in the theory of emotional development. London: Hogarth Press.

- Winnicott, D.W. (1967). *Mirror-role of the mother and family in child development.* In P. Lomas (editor, *The Predicament of the family: A Psycho-Analytical Symposium.*

London: Hogarth, pp.26-33).

Sitografia

- www.mindfulnessitalia.org
- www.mindfulnessitalia.it
- www.saluter.it



Narrazione e pragmatica in psicoterapia

Maria Stella Demasi*

Sommario

Il presupposto di partenza di questo lavoro è che uno dei motori principali per il cambiamento, in terapia, sia l'ampliamento della struttura e dei contenuti dei sistemi di credenza divenuti rigidi e maladattivi e per questo alla base di molte condizioni di sofferenza psicologica.

In questo scritto si desidera proporre una riflessione sui processi e su alcune tecniche comunicative della psicoterapia in grado di favorire un ampliamento di tali costrutti, attraverso un'analisi delle dinamiche del processo terapeutico e dei fattori pragmatici.

Parole chiave

Sistemi di credenza, comunicazione, cambiamento, pensiero narrativo, pragmatica, interazione terapeutica.

Abstract

The assumption of this work is that one of the main for the change, in therapy, is the extension of the frame and the contents of the belief systems that have become rigid and maladaptive and for this reason at the base of many conditions of psychological distress.

In this script you want to propose a reflection on the processes and on the communication techniques of psychotherapy able to promote an expansion of such construct, through an analysis of the dynamics of the therapeutic process and pragmatic factors.

Key words

Belief systems, communication, change, narrative thought, pragmatic, therapeutic interaction.

* IV Anno – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata

1.1 STRUTTURAZIONE DELL'ESPERIENZA UMANA IN "SISTEMI DI CREDENZA"

L'uomo non è un ricettore passivo di stimoli ma un essere attivo che organizza e dà senso alla propria esperienza. Egli, sulla base di altre informazioni che appartengono alla sfera delle emozioni del momento, alle risorse cognitive, al sistema di valori del gruppo di appartenenza più prossimo e del contesto socio-culturale di riferimento, costruisce "sistemi di credenza".

Come afferma la Telfener (1992) "Si tratta di costrutti non assoluti né atemporali, costruiti socialmente all'interno di un contesto, in una cultura, in un momento storico, e determinati dai rapporti e dagli stati d'animo". I sistemi di credenza sono dunque delle cornici di pensiero e vissuti emotivi, spesso a valenza inconscia, che riguardano noi stessi, l'esperienza del mondo fuori di noi, le relazioni.

Questi costrutti si delineano e si sviluppano sulla base dei processi evolutivi tipici di ogni fase del ciclo di vita, cioè sulle esperienze e le rappresentazioni che ne derivano.

Essi assolvono due funzioni fondamentali: favoriscono i processi di "economia psichica" e conferiscono senso alla vita.

I sistemi di credenza consentono di non dover processare ogni volta, integralmente, il vissuto emotivo, cognitivo, relazionale e sociale di tutte le esperienze. Ciò contribuisce a mantenere sia un senso di coerenza e continuità interna nel senso di Sé (White, 1992), che nelle relazioni, in termini di legami.

Talvolta però i sistemi di credenza risultano scarsamente evolutivi e caratterizzati da un irrigidimento della gamma di possibili interpretazioni da attribuire alle esperienze e di conseguenza anche di possibili

risorse da attivare per affrontare il cambiamento.

Tale situazione, frequentemente, risulta incompatibile con la complessità dell'esistenza e dei vissuti umani. Ogni fase del ciclo di vita porta con sé nuove esperienze, vissuti emotivi ed affettivi, significati da assimilare e accomodare che necessitano di flessibilità di modo che, di fronte alle difficoltà, sia possibile attingere sia dall'esperienza pregressa che proporre nuove risposte. Diversamente tale restringimento può essere terreno fertile per favorire disadattamenti di natura psicopatologica. Da quanto detto, l'influenza che esercitano i sistemi di credenze può essere considerata ottimale nella misura in cui essi si dimostrano flessibili e passibili di aggiustamenti e riassetamenti.

Le fonti d'informazione in grado di indurre un cambiamento possono essere interne e/o esterne.

I cambiamenti interni possono essere ricondotti all'attività di pensiero narrativo, cioè a quella forma di ragionamento fondato sulla soggettività (R. Grassi, 2002), mentre i cambiamenti esterni riflettono l'influenza delle interazioni, in particolare, con "gli altri significativi".

I cambiamenti interni ed esterni possono essere considerati come un unico sistema a circuito riflessivo, dove il pensiero narrativo influenza i significati da attribuire ai contesti relazionali e le interazioni, a loro volta, possono modificare i processi di pensiero, esitando in una narrazione personale caratterizzata da continuità e da coerenza con il senso di Sé, anche se non tutto avviene in maniera conscia.

Il linguaggio e la comunicazione sono una componente fondamentale per entrambi questi processi di cambiamento.

1.2 CAMBIAMENTI INTERNI: PENSIERO NARRATIVO E LINGUAGGIO

Il pensiero può essere definito come quello “strumento che ci permette di superare difficoltà e problemi rispetto ai quali non abbiamo disponibile una risposta già collaudata” (Giroto, Legrenzi, pag. 7).

Bruner (2009), distingue due forme di pensiero: quello paradigmatico (o logico-scientifico) e quello narrativo, ognuno di essi differisce per principi operativi, per i criteri di validità, per il modo di ordinare l'esperienza e di costruire la realtà. “Questi due modi di pensare, pur essendo complementari sono irriducibili l'uno all'altro” (Bruner, 2009 pag.15).

Il pensiero narrativo si caratterizza dunque per l'impiego di diverse procedure per interpretare la realtà ma non perciò meno “logiche” di un pensiero logico-matematico (Grassi, 2002).

Possiamo definire il pensiero narrativo come lo strumento fondamentale che ci consente di dare un'interpretazione soggettiva agli accadimenti significativi della nostra esistenza, in particolare per quelli emotivi ed affettivi; ciò avviene grazie all'uso di quello che Vygotskij ha definito “linguaggio interno”.

Secondo la sua teorizzazione, questa particolare forma di linguaggio è la “naturale evoluzione” del “linguaggio egocentrico”, descritto da Piaget, tipico dei bambini piccoli non ancora in grado di tener conto del punto di vista dell'ascoltatore. A differenza di Piaget, Vygotskij, ritiene che esso non scompaia con lo sviluppo delle capacità sociali, ma si trasforma, per l'appunto, in linguaggio interno, utile per organizzare le esperienze. La sua particolarità consiste nel fatto che si fonda sul significato personale delle parole e non su quello più propriamen-

te convenzionale (Benjafield J.G., 1995).

Il linguaggio interno favorisce dunque la strutturazione di un pensiero narrativo atto ad elaborare i significati soggettivi e profondi della nostra esperienza, coniugando aspetti emozionali e cognitivi in strutture di senso, un “(...) tentativo della coscienza di osservare con distacco” (J.Hillman, 1983 pag.73) al fine di cogliere gli aspetti estetici dell'esperienza.

1.3 CAMBIAMENTI ESTERNI: INTERAZIONI E LINGUAGGIO

Si deve al lavoro dei ricercatori del Mental Research Institute la produzione di una delle prime opere, in letteratura, a indagare gli effetti pragmatici della comunicazione, cioè i rapporti formali esistenti tra comunicazione e comportamento (Watzlawick, Beavin, D.Jackson, 1967).

La premessa fondamentale degli autori è che la comunicazione, in qualsiasi forma di interazione, possa essere scomposta in due diversi livelli: uno di contenuto, cioè di informazione, l'altro di relazione. Quest'ultimo livello fornisce indicazioni circa l'interpretazione da dare all'informazione è, cioè, una forma di “metacomunicazione”; la stessa espressione può essere interpretata come un comando o un consiglio in funzione della relazione che lega gli attori della comunicazione. Il contesto in cui avviene la comunicazione chiarisce, secondo gli autori, ulteriormente il significato da attribuire alla relazione.

Quando il livello relazionale non è sufficientemente chiaro si determina confusione anche sul piano del contenuto; questa situazione, frequentemente, è la causa alla base delle manifestazioni comportamentali di tipo psicopatologico.

Nei primi anni '80 Vernon E. Cronen, Ken-

neth M. Johnson, John W. Lannamann, hanno pubblicato un articolo che rappresenta, come messo in evidenza nello stesso titolo, “una prospettiva teorica alternativa” rispetto a quella proposta dai ricercatori di Palo Alto.

Gli autori affermano che un certo grado di confusione tra livelli, o come loro la definiscono “riflessività”, è sempre presente in ogni forma di comunicazione in quanto, frequentemente, anche i contenuti del discorso possono modificare le relazioni. Nella conversazione, la confusione tra i livelli, normalmente, è gestita attraverso gli aggiustamenti di definizione e ridefinizione di significato che avvengono lungo tutto “l’arco temporale della conversazione” (Cronen, Johnson, Lannamann, 1982 pag. 9).

La comunicazione diventa problematica nel momento in cui vi è rigidità nella definizione di ciò che deve essere considerato come contesto utile attraverso cui interpretare le interazioni. Tali rigidità sono un prodotto della cultura e dell’esperienza che si strutturano in “metaregole” (Cit.).

Leonardi e Viaro (1990), nel loro lavoro, ampliano ulteriormente il concetto di contesto affermando che: “Il contesto di una conversazione non è definito solo dall’ambiente e dalle circostanze in cui questa avviene, ma dalla conoscenza reciproca precedente tra i partecipanti, dalle informazioni che ognuno ha circa gli altri, dalle competenze generali di sfondo che ogni partecipante ha e che gli consentono di trarre inferenze da quanto viene detto” (Leonardi, Viaro, 1990, pag 54).

Nella prospettiva proposta dagli autori si enfatizzano, come aspetti fondamentali che intervengono nella conversazione, la competenza linguistica (grammatica e lessico), quella conversazionale che richiama alle

competenze sociali, le abilità interattive e cognitive.

Da quanto fino ad ora detto, emerge come la comunicazione sia un fenomeno molto complesso che va ben oltre il semplice scambio di informazioni. La comunicazione, in particolare, con “gli altri significativi” è un fenomeno relazionale che contribuisce alla continua definizione e ridefinizione di noi stessi e della relazione. Gli “effetti” delle interazioni con le persone significative, come ci ricordano Cronen, Johnson e Lannamann, non si esauriscono nel qui ed ora della relazione ma possono persistere nel tempo in funzione del loro potere di generare modelli o metaregole che guideranno la definizione delle future interazioni.

2.1 PSICOTERAPIA: LA COMUNICAZIONE COME STRUMENTO PER PERTURBARE E AMPLIARE I SISTEMI DI CREDENZA

Come detto in precedenza, talvolta i sistemi di credenza risultano scarsamente evolutivi con ricadute sulla possibilità di individuare alternative e risorse utili per affrontare le difficoltà che normalmente costellano la vita di ognuno. Talvolta, questa situazione può essere terreno fertile per favorire disadattamenti di natura psicopatologica.

L’obiettivo della psicoterapia è proprio quello di perturbare i sistemi di credenza al fine promuovere una maggiore fluidità e possibilità evolutive.

Tale processo di cambiamento è nei fatti una forma di apprendimento, come lo definirebbe Bateson (1977), un “Apprendimento di tipo 3”; esso si caratterizza per il fatto di operare una sostituzione delle premesse e una generale riorganizzazione che trascende il contesto. E’ ciò che generalmente viene ad assumere la definizione di “caratte-

re personale”, cioè quell’insieme di premesse che, come dice l’autore, “(...) risparmiano all’individuo la necessità di esaminare gli aspetti astratti, filosofici, estetici ed etici di molte sequenze della vita” (Bateson, 1977, pag. 350). Questa forma di apprendimento rappresenta l’accesso a una nuova epistemologia personale.

Nell’ottica qui sviluppata, la psicoterapia può essere definita come quella forma di cura accreditata scientificamente (Sbattella, 2014, comunicazione personale) che utilizza la comunicazione come tecnica per ampliare i sistemi di credenza rigidi, che risultano disfunzionali, agendo sui fattori di cambiamento propri del pensiero narrativo e delle interazioni.

Si tratta in sostanza di utilizzare la comunicazione in terapia come una forma d’arte in grado di integrare i livelli della coscienza e dell’inconscio della mente (Bateson, 1977). Nella tradizione della scuola di Palo Alto si fa riferimento a questo processo di cambiamento col termine di “ristrutturazione”: “Ristrutturare significa cambiare l’atteggiamento o punto di vista concettuale e/o emozionale in relazione al quale una situazione viene vissuta, e porla entro un’altra cornice, che si adatta ai ‘fatti’ della stessa situazione concreta in modo altrettanto valido, se non più valido, e che perciò muta l’intero significato”(Watzlawick, Weakland e Fisch, 1983, pag.112).

2.2 CO-COSTRUZIONE DI NUOVE CORNICI DI SIGNIFICATO: PSICOTERAPIA E PENSIERO NARRATIVO

Una parte molto importante nel processo di cambiamento è rappresentata dai cambiamenti sul piano del pensiero narrativo che attribuisce senso all’esperienza a partire dai

significati profondi e soggettivi che quell’esperienza produce.

Uno dei canali privilegiati per accedere a questo livello è l’uso, in terapia, delle narrazioni, delle metafore degli aforismi, le fiabe, le storie mitologiche e le parabole religiose. Il loro utilizzo, nel contesto terapeutico, può risultare molto efficace al fine di veicolare, in maniera implicita, quelle che il terapeuta pensa possano rappresentare nuove ipotesi, visioni o tentativi di soluzioni della situazione problematica.

Gordon (1992), definisce metafora tutte le fonti narrative in grado di fornire nuove informazioni all’ascoltatore in termini di nuove rappresentazioni della situazione. Il loro potere risiede nel fatto che riescono ad attivare nell’ascoltatore una ricerca “transderivazionale”, si tratta cioè di una ricerca di senso e significato, di quanto viene ascoltato, a partire, attingendo dai propri “modelli di mondo”. Individuare delle connessioni tra i propri modelli e la narrazione ascoltata può favorire la ricerca di analogie e suggerimenti diretti o indiretti per gestire la situazione problematica che si sta affrontando.

Al fine di favorire la corrispondenza tra i due modelli di mondo, quello narrato e quello del cliente, occorre che il terapeuta proponga metafore che posseggano la medesima “struttura” della situazione problematica portata dal cliente. Ciò è realizzabile rendendo i personaggi e gli eventi narrati come equivalenti o “*isomorfi*” agli individui e agli eventi reali, mantenendo altresì i rapporti e le successioni temporali (Cit).

L’obiettivo è includere nella storia, sulla base delle nostre ipotesi, alternative e suggerimenti che possono favorire processi di cambiamento. E se alla fine, ciò che il cliente ascolta non si accorda col suo modello, potrà comunque fare esperienza del

fatto che esistono possibilità di soluzioni da esplorare (Cit.)

2.3 CO-COSTRUZIONE DI NUOVE CORNICI DI SIGNIFICATO: L'INTERAZIONE TERAPEUTICA

Come affermato in precedenza, comunicazione è relazione, in essa vi è una continua definizione e ridefinizione di noi stessi e delle modalità di stare in relazione. Per tale motivo rappresenta il contesto privilegiato dove operare riflessioni su se stessi, sulla propria epistemologia, sul proprio modo di stare in relazione.

La relazione terapeutica, nell'ottica qui proposta, integra e supera il concetto di "alleanza di lavoro" in una prospettiva cibernetica di secondo ordine, dove il terapeuta entra in gioco con la propria storia, fatta di aspetti personali e di saperi teorici, delineando così, nel setting terapeutico del qui ed ora, un autentico intreccio di storie che dà vita a una nuova co-costruzione specifica a quell'interazione.

Il processo di co-costruzione prevede per il clinico il mantenimento di una doppia posizione: interna ed esterna alla relazione mentre il paziente partecipa con le proprie modalità relazionali, il bagaglio di premesse, il proprio modo di stare in empatia e risonanza, le abilità cognitive.

La relazione terapeutica rappresenta dunque una co-costruzione di senso e significati all'interno di uno specifico setting ed esperienza relazionale che, come messo in evidenza precedentemente, può modificare o creare nuove "metaregole" generalizzabili anche alle altre interazioni.

2.4 CO-COSTRUZIONE DI NUOVE CORNICI DI SIGNIFICATO: LINGUAGGIO IN PSICOTERAPIA SISTEMICA

“Se la si considera da un punto di vista linguistico, la terapia è un gioco sottile di ermeneutica e retorica. Intendiamo, per “ermeneutica”, il lavoro di interpretazione e ipotizzazione che uno degli interlocutori di un dialogo compie rispetto alle affermazioni dell'altro e, per “retorica”, il lavoro di costruzione delle proprie affermazioni da parte di ciascun interlocutore nei confronti dell'altro” (Boscolo, Bertrando, 1996, pag. 128, 129). Nell'approccio sistemico si fa uso di tecniche tipiche della retorica, come l'uso di narrazioni metafore con l'obiettivo di “(...) ampliare l'orizzonte dei clienti e generare nuove mappe, nuove storie” (Boscolo, Bertrando, 1996, pag.131).

In ogni comunicazione è possibile distinguere termini denotativi da quelli connotativi. I primi forniscono indicazioni, veicolano un significato intellettuale con valore informativo; i termini connotativi invece hanno un alto valore evocativo sul piano delle emozioni, immagini, valori ecc.

In terapia è fondamentale che il terapeuta cerchi di comprendere al meglio il modo in cui, abitualmente e in quel contesto specifico, il cliente interpreta il mondo, confrontando frequentemente le interpretazioni e le accezioni a cui si riferiscono i termini, in modo tale da concordare sulla medesima esperienza (Gordon, 1992), diversamente la comunicazione rischia di essere improduttiva e fuorviante.

All'interno dell'approccio sistemico si è sempre posta molta attenzione al fenomeno comunicazione e ai suoi effetti connotativi tanto da introdurre specifici accorgimenti linguistici in coerenza con l'impianto epistemologico.

Già a partire dalle discussioni tra i membri dell'équipe, nei pre e post seduta, si pone molta attenzione all'uso che viene fatto del

linguaggio in riferimento ai clienti. Esso deve essere privo di definizioni rigide o etichette diagnostiche, pertanto si evita, durante i confronti, l'uso del verbo "essere" in riferimento al cliente, utilizzando al suo posto quello di "mostrarsi" o "apparire": non "il Signor X è aggressivo" ma "il Signor X "mostra un atteggiamento aggressivo" (Boscolo, Bertrando, 1996). Ciò a rimarcare che l'atto comunicativo è il prodotto di un'osservazione soggettiva che, se utilizzato impropriamente, rischia di reificare quanto si afferma.

L'attenzione al linguaggio espressa dai membri della scuola milanese è divenuta strumento specifico di lavoro con le famiglie già in apertura di colloqui. La domanda iniziale, rispetto alle cause della consultazione assume infatti una forma del tipo: "Che cosa l'ha condotta qui?- Che cosa ha da raccontarci?" evitando accuratamente l'impiego del termine "problema".

L'obiettivo è di non utilizzare un linguaggio a connotazione patologica: la comunicazione che viene utilizzata, con la famiglia in terapia, è sempre protesa alla "depatologizzazione".

A tal fine anche le successive domande mirano a liberare il cliente dalle definizioni di ruolo che intorno a lui si sono strutturate che, come direbbe Bateson (1976), non sono altro che esiti di apprendimento di tipo 2, passibili di ulteriore cambiamento (tipo 3). Il linguaggio depatologizzante mira a far emergere altre descrizioni che contemplino le componenti relazionali, in una prospettiva circolare, del disturbo per cui chiedono una consulenza, e le possibilità evolutive.

Una delle tecniche molto utilizzate a tal fine è quella dell'impiego di "parole chiave" (Boscolo, Bertrando, 1996). Esse sono "parole dotate di un elevato grado di polisemia, che

danno cioè al terapeuta la possibilità di evocare nel modo più efficace due o più significati attinenti alla parola stessa (...). Sono, in altri termini, parole ponte. Creano stati di ambiguità, indicano, segnalano ma non denunciano" (cit. pag. 136, 137).

Le parole chiave sono ambigue nella misura in cui possono celare giustificazione o no e riconnotano l'evento in uno spazio temporale che, il linguaggio diagnostico, porta invece a dilatare (Cit.). Infine essendo polisemica la parola chiave può attivare aspetti inconsci e ridefinizioni, può ampliare il campo semantico. Un classico esempio di parola chiave è "sciopero" al posto di malattia o sintomo, utilizzata per definire una situazione caratterizzata da ritiro sociale. L'uso del termine sciopero favorisce una connotazione diversa da quella fornita da un termine tecnico e diagnostico in quanto veicola sia l'aspetto di azione e volontarietà, di chi sciopera, sia gli effetti dello scioperare sugli altri.

3.1 ASPETTI PRAGMATICI NELLA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA: DIFFERENZA E INTERESSE

Bateson (1984) in "Mente e Natura" sostiene che gli apprendimenti possono avere luogo solo quando si rilevano notizie di differenza.

Questa attività può risultare gravemente compromessa quando i sistemi di credenza sono saturi. Compito del terapeuta allora è quello di riformulare la visione del problema portato dal cliente proponendo un nuovo "codice" in grado di provocare differenze e contraddizioni nei presupposti e nelle premesse già esistenti e di accrescere l'interesse verso trame alternative (White, 1992 pag.107).

Un importante canale per evidenziare dif-

ferenze, suscitare interesse, stimolare nuovi interrogativi e riflessioni è rappresentato dall'impiego in terapia di specifiche domande che consentano una definizione più ampia della situazione problematica.

Solitamente, infatti, come osserva White (1992), le descrizioni del cliente si limitano al rapporto tra il problema e il modo in cui esso viene vissuto dalla persona. Occorre dunque ampliare il contesto indagando gli aspetti comportamentali, emotivi, fisici e relazionali.

Nell'approccio milanese un ruolo centrale a tal proposito è stato attribuito all'utilizzo delle domande circolari. Queste hanno come obiettivo quello di favorire retroazioni in termini di informazioni all'interno del sistema, in modo tale da ampliare le alternative e le chiavi di lettura di un'esperienza o vissuto (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 2004).

Altre forme di domande sono quelle ipotetiche che introducono ipotesi e alternative rispetto alla situazione, e le domande sul futuro che inducono a prospettare ipotesi e previsioni nel tempo (Cit.).

L'impiego di domande piuttosto che interpretazioni consente al cliente di poter fare nuovi collegamenti e al clinico di operare delle ridefinizioni dei contenuti emersi in strutture di senso: delle parafrasi ristrutturanti (Nardone, 2004).

3.2 ASPETTI PRAGMATICI NELLA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA: IMMAGINI MENTALI ED EMOZIONI

"Il modo in cui immaginiamo la nostra vita è anche il modo in cui ci apprestiamo a viverla, perché la maniera in cui ci diciamo cosa sta accadendo è il genere per il cui tramite gli avvenimenti diventano esperienza. (...) Una terapia riuscita è quindi una collaborazione fra narrazioni, una revisione della storia in

una trama più intelligente, più immaginativa (...)" (Hillman, pag. 21, 29). L'immaginazione, insieme alle emozioni e all'intelletto, nella loro interdipendenza, rappresentano il bagaglio di risorse personali utili per mezzo del quale affrontare le vicissitudini della vita (Bettelheim, 1984).

L'immaginazione e l'utilizzo delle immagini nella nostra cultura, solitamente vengono enfatizzate come risorse solo nel periodo infantile. Esse però ricoprono un ruolo fondamentale lungo tutto l'arco della vita. Spesso le esperienze significative da un punto di vista emotivo e relazionale diventano proprio "immagini di riferimento". L'immaginazione consente di armonizzare il pensiero e può costituire una porta di accesso, in forma rielaborata, di materiale che altrimenti rimarrebbe inconscio, basti pensare ai grandi benefici che se ne ricavano, in termini di ristrutturazione, negli impieghi in contesti particolarmente problematici e traumatici (Sbattella, 2012).

Da quanto detto, si evidenzia l'importanza di utilizzare in terapia una forma comunicativa ad alta valenza connotativa al fine di favorire il passaggio di informazioni che evocano e ristrutturano le immagini di riferimento e le emozioni.

Ecco dunque che la fiaba, i miti, le metafore, gli aforismi rappresentano canali di comunicazione esclusivi in quanto sono immediatamente evocativi di immagini e di emozioni.

3.3 ASPETTI PRAGMATICI NELLA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA: L'INCONSCIO

Sidney Rosen, (1983), in conformità col pensiero di Milton Erickson, enfatizza il fatto che i valori e gli schemi di riferimento, propri di ognuno, appartengono all'inconscio, ed è per tale motivo che i cambiamenti più

rilevanti si ottengono quando il terapeuta riesce ad agire sull'inconscio, come dice l'autore, attraverso "suggestioni terapeutiche" (Cit. pag. 18).

Si tratta, cioè, di storie narrate mentre il paziente è in stato di trance che, nell'approccio ericksoniano, equivale a dire in uno stato naturale di concentrazione sulle sensazioni interne a scapito delle percezioni e degli stimoli esterni. Ciò non ha nulla a che vedere con la perdita di controllo, è, piuttosto, qualcosa di simile ad un sogno ad occhi aperti o all'effetto sperimentato quando si è assorbiti da un bel film.

3.4 ASPETTI PRAGMATICI NELLA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA E IMMAGINE DI SÉ

Come afferma White (1992), la presenza di un sintomo, soprattutto quando si protrae per diverso tempo, spesso entra a far parte dell'immagine di Sé.

In considerazione di ciò uno dei presupposti fondamentali sui quali White ha fondato il proprio approccio terapeutico è quello dell'"Esteriorizzazione del problema".

Secondo la tecnica ideata dall'autore, occorre separare il problema dalla persona attraverso l'"esteriorizzazione" cioè oggettivizzandolo come qualcosa che sta all'esterno da sé, come se avesse vita, volontà e iniziative proprie; ciò consente alla persona e agli altri membri della famiglia di poterlo osservare, e farne esperienza, senza subirla, cosicché possa essere inserita all'interno di altre narrazioni.

Secondo l'autore "aiutando i componenti della famiglia a separare se stessi e le loro relazioni dal problema, il processo di esteriorizzazione offre loro la possibilità di descrivere se stessi, gli altri e le loro relazioni, da una prospettiva nuova e non saturata dal

problema" (White, 1992).

Da questa nuova prospettiva è possibile individuare aspetti della vita che rappresentano situazioni uniche dove, cioè, si è riusciti a non rimanere vittime del problema. Esperienza questa che può rappresentare un ottimo incentivo per la ricerca e la riscoperta delle risorse che l'hanno resa possibile.

Spesso i falliti tentativi di risolvere il problema, la loro persistenza, conferma la presenza di qualità o aspetti personali e relazionali negativi. White (1992), pone l'accento sull'importanza di porre domande che possano aprire nuove possibilità, in chiave maggiormente positiva, nella definizione di sé: "In che modo pensi che queste scoperte possano influenzare il tuo atteggiamento verso te stesso?" (White, 1992, pag. 36).

La terapia: si configura allora come contesto dove sperimentare una relazione significativa, che consenta di accedere ad un'immagine di sé più positiva.

3.5 ASPETTI PRAGMATICI NELLA COMUNICAZIONE TERAPEUTICA: RISPETTARE I TEMPI DEL CAMBIAMENTO

Parlare di rispetto per i tempi del cambiamento implica la coordinazione del tempo individuale con il tempo del paziente in una danza terapeutica (Boscolo, Bertrando, 1993).

"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" (Cit. pag.111).

La danza terapeutica necessita di un clima di fiducia e intesa affinché determinate tematiche possano essere introdotte al momento opportuno. Tale sensibilità viene definita dagli autori "Timing".

"Introdurre troppo precocemente un deter-

minato contenuto può creare resistenza, così come trascurare un argomento significativo può diminuire l'interesse e la tensione nel dialogo da parte del cliente. (...) Il semplice rilevamento delle retroazioni verbali e analogiche può non essere sufficiente per intuire se il cliente dà un significato (e quale) ai messaggi del terapeuta ((Boscolo, Bertrando, 1996, pag. 120).

Alcune costruzioni molto radicate o particolarmente cariche da un punto di vista emotivo hanno bisogno di tempo per essere accolte e "assimilate", diversamente il rischio è di creare nel cliente angoscia eccessiva che può diventare iatrogena (Telfener, 1998).

CONCLUSIONI

A conclusione di questo lavoro, sembra opportuno riassumere i punti principali della tesi sostenuta.

Il presupposto da cui si è partiti è che un vettore fondamentale per il cambiamento in psicoterapia è l'ampliamento della struttura e dei contenuti dei sistemi di credenza.

Il processo terapeutico è stato qui inteso in una prospettiva cibernetica di secondo ordine, come fondato sulla co-costruzione, nell'atto comunicativo a prevalenza verbale, di una nuova e più funzionale storia o narrazione di se, delle relazioni e del problema per il quale si chiede la terapia.

A questo punto del lavoro, la riflessione si è snodata lungo due vie. La prima verso un'analisi delle dinamiche del processo terapeutico, l'altra verso i suoi aspetti pragmatici.

La dinamica del processo terapeutico si esplica attraverso una co-costruzione a due livelli: uno interno e l'altro esterno, in un sistema a circuito riflessivo, dove il pensiero narrativo influenza i significati da attribuire ai contesti relazionali e le interazioni, a loro volta, possono modificare i processi di pen-

siero, esitando in una narrazione personale caratterizzata da continuità e da coerenza con il senso di Sé. I cambiamenti interni si riferiscono all'ampliamento dei sistemi di credenza sul piano del pensiero narrativo, quella forma di pensiero, cioè, che coglie gli aspetti estetici dell'esperienza, attraverso i suggerimenti veicolati mediante quello che potremmo definire il canale comunicativo d'elezione: le narrazioni, le fiabe, le metafore. I cambiamenti esterni riflettono l'influenza della relazione terapeutica intesa come contesto privilegiato dove operare riflessioni su se stessi, sulle proprie credenze sul proprio modo di stare in relazione.

Sono stati individuati diversi aspetti pragmatici che possono avere un ruolo determinante nel processo terapeutico.

Introdurre nella comunicazione un nuovo codice per mezzo delle domande, al fine di promuovere differenze e contraddizioni sui presupposti e nelle premesse già esistenti e introdurre nuove riflessioni.

Favorire mediante la comunicazione processi immaginativi ed emozioni avvalendosi dell'impiego di termini ad alta valenza connotativa che consentano il passaggio di informazioni che possano ristrutturare le immagini di riferimento e i correlati emozionali. Utilizzare la comunicazione come strumento per accedere all'inconscio al fine di fornire suggerimenti indiretti per rileggere la situazione problematica; partendo dal presupposto che le informazioni che transitano al di sotto del livello di coscienza rappresentino i cambiamenti più significativi.

La comunicazione è relazione, la terapia allora si configura come il contesto privilegiato dove sperimentare una relazione significativa, che consenta di sviluppare un'immagine di se più positiva e competente. La comunicazione deve tener conto e avere

profondo rispetto per i tempi del cambiamento del cliente che possono non coincidere con quelli del terapeuta. Si tratta della coordinazione dei tempi del terapeuta e di

quelli del cliente, in una danza terapeutica, diversamente il rischio è quello di creare un'angoscia eccessiva che può risultare iatrogena.



Bibliografia

- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bettelheim B. (1997). *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe*. Milano: Feltrinelli.
- Benjafield J.G. (1995). *Psicologia dei processi cognitivi*. Bologna: Il Mulino.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Boscolo L., Bertrando P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P. (2004). *Clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bruner J. (2009). *La mente a più dimensioni*. Bari: Laterza.
- Epston D., White M., Murray K. (1998). *La terapia come ri-scrittura della propria storia: Rose, la revisione della sua vita, e un commento*. In McNamee S., Gergen K., a cura di, *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Giroto V., Legrenzi P. (2004). *Psicologia del pensiero*. Bologna: Il Mulino.
- Gordon D. (1992). *Metafore terapeutiche. Modelli e strategie per il cambiamento*. Roma: Astrolabio.
- Grassi R. (2002). *Narrazioni in entrata, narrazioni in uscita: reso contarsi in psicologia clinica*. In: Montesarchio G., a cura di, *Colloquio in corso*. Milano: Franco Angeli.
- Hillman J. (1984). *Le storie che curano. Freud, Jung, Adler*. Milano: Raffaello Cortina.
- Leonardi P., Viaro M. (1990). *Conversazione e terapia. L'intervista circolare*. Milano: Raffaello Cortina.
- McNamee S., Gergen K. (1998). *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Nardone G., Salvini A. (2004). *Il dialogo strategico. Comunicare persuadendo: tecniche evolute per il cambiamento*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Rosen S. (1983). *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H. Erickson*. Roma: Astrolabio.
- Sbattella F. (2012). *Reframing, metafore e relazioni*. *Cambiamenti*. 5 – 16 (12).
- Telfener U. (1992). *La terapia come narrazione, un'introduzione*. In: *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.
- Telfener U. (1998). *Rischio iatrogeno ed epistemologia*. In Ceruti M., Lo Verso G., a cura di, *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Vernon E., Cronen Kenneth M., Johnson John W., Lannamann (1982). *Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa*. Family Process. Vol.20.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick, Weakland, Fisch, (1983) *In Rosen S. La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H. Erickson*. Roma: Astrolabio
- White M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.

Emozionarsi nelle azioni di Tutele delle Vittime: Una ricerca tra gli agenti della Polizia di Stato preposti al soccorso delle donne maltrattate

Gloria Passarella⁵

Sommario

L'articolo discute le caratteristiche distintive della violenza domestica, analizzando le dinamiche individuali, di coppia e familiari in essa coinvolte. In un'ottica sia di comprensione che

di intervento, l'autore sostiene l'utilità del modello connessionista di matrice sistemica e dell'integrazione tra logiche lineari e circolari. Dopo aver presentato i risultati di un'indagine esplorativa, volta ad indagare i vissuti emotivi degli agenti della polizia di stato preposti al soccorso

delle donne maltrattate, propone l'idea che sia utile affrontarli nell'ottica della resilienza e creare contesti relazionali in grado di supportare la negoziazione e la co-costruzione di nuovi significati, anche a fronte del bisogno comune di dare senso alle dinamiche violente e di integrare i loro vissuti.

Parole chiave

Violenza, Donne Maltrattate, Denuncia, Polizia, Emozioni, Resilienza.

Abstract

The article discusses the distinctive characteristics of domestic violence, analyzing the dynamics of individual, couple and family involved in it. Considering both the understanding and intervention, the author supports the usefulness of connectionist model of systemic matrix and also the usefulness of integration between linear and circular logics. After presenting the results of a exploratory survey aimed to investigate the emotional experiences of officers of the state police responsible for the rescue of battered women, the author proposes the idea that it is useful to address them in view of the resilience and create relational contexts that can support the negotiation and the co-construction of new meanings, even in the face of the common need to make sense of the violent dynamics and to integrate their experiences.

Key words

Violence, Battered women, Complaint, Police, Emotions, Resilience.

⁵IV Anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata - E-mail: gloria.passarella@libero.it

RIFLESSIONI INTRODUTTIVE

Una definizione ampia di violenza domestica include tutti i comportamenti in cui la forza fisica è utilizzata per ferire e controllare il partner e/o altri familiari, le attività sessuali forzate, la distruzione della proprietà e tutti quei comportamenti che non utilizzano la forza fisica ma che hanno lo scopo di incutere terrore nella vittima denigrandola, ovvero tutte quelle azioni che sono emotivamente dannose come la minaccia di morte o di far del male, limitando le normali attività o le libertà e negando la possibilità di accedere alle risorse (Malagoli Togliatti & Mazzoni, 2009). E' un comportamento intenzionale che si esprime in un clima di coazione morale basato sul biasimo, il sopruso, lo sfruttamento, la prepotenza e, dal punto di vista psicologico, i caratteri più evidenti sono la svalutazione, il controllo e l'isolamento. E' un atto di forza e di potere, ha un significato relazionale e sociale. Sebbene le donne possano essere violente nelle relazioni con gli uomini, e la violenza si ritrovi talvolta nelle relazioni con partner dello stesso sesso, le ricerche dimostrano che il carico maggiore della violenza all'interno della coppia è sostenuto dalle donne. E' un fenomeno ampio, che si verifica in tutti i paesi, a prescindere dal gruppo sociale, economico, religioso o culturale e non è esclusivo delle situazioni familiari multiproblematiche. I centri antiviolenza di tutta Italia nel 2013 hanno accolto 18521 donne, 2815 in Emilia Romagna e 148 nella provincia di Piacenza (<http://www.sociale.regione.emilia-romagna.it>). Le donne che hanno dichiarato di aver subito violenza almeno una volta nella vita, nel 2006, sono state più di sei milioni e il 93% non ha denunciato il fatto all'autorità giudiziaria (Istat, 2006). Com'è possibile? Perché le donne

non denunciano, cosa le ostacola e cosa le potrebbe aiutare? Questo lavoro si propone di approfondire lo studio delle dinamiche individuali, di coppia e familiari che contribuiscono a creare e mantenere la violenza tra i partner, tentando di capire come si può trattare la violenza maschile in termini sistemici, a fronte della diffusa lettura lineare che ne viene data, anche sulla scorta dell'approccio giudiziario. Inoltre, all'interno di questa cornice, è stata svolta un'indagine esplorativa finalizzata alla comprensione dei vissuti emotivi degli agenti della polizia di stato preposti al soccorso delle donne maltrattate, nell'idea che siano una risorsa da sostenere e nutrire e che sostenere loro significhi aiutare anche coloro che soffrono direttamente in queste relazioni violente.

PROCESSI DI COSTRUZIONE E MANTENIMENTO DELLA VIOLENZA

La violenza è un dolore legato, in parte, al contesto relazionale attuale e, in parte, alle relazioni di almeno tre generazioni. Un tema complesso, forse quello che ha messo la teoria sistemica più a dura prova già a partire dalla prima cibernetica. All'interno del sistema le componenti erano viste come unite da nessi di causalità circolare e tutti i comportamenti dipendevano da tutti i membri della famiglia. Bateson (1974) vedeva la violenza come strettamente connessa ai rapporti di potere che considerava, come tutti i rapporti lineari, mitici. Dal momento che, in un contesto di causalità circolare nessun componente del sistema può avere un potere unilaterale sull'altro, il potere veniva considerato un'illusione. Da qui è nata l'idea secondo la quale Bateson negava la possibilità

dei rapporti di potere e non considerava l'esistenza della violenza. Secondo Bertrando e Milanesi (2003), è probabile che molti equivoci derivino da una lettura superficiale dei suoi scritti che

tra l'altro non erano troppo chiari a proposito di queste tematiche. Alcuni commentatori ne hanno dedotto che la visione sistemica di Bateson non è adatta ad occuparsi del potere, o perché vede le cose dal punto di vista dell'epistemologia, mentre il potere e la violenza rientrano nell'area dell'esperienza e delle emozioni, o perché Bateson propone una visione di livello più astratto e relativa all'ecosistema, mentre essi fanno parte di una visione individuale e soggettiva. Ciò nonostante, Bateson era consapevole del fatto che il potere è una forza motivante per l'uomo e che metterlo in gioco comporta il rischio di distruggere non solo gli individui ma l'ecosistema stesso. Quindi, anche nella teoria sistemica di Bateson è possibile che in un sistema ci sia un eccesso di potere e l'idea che il potere sia un mito vale più come esortazione a non credere nel potere, che come descrizione della sua inesistenza. Tuttavia, la visione femminista ha fortemente criticato quella circolare poiché quest'ultima veniva considerata come la giustificazione ad ogni comportamento violento. Se non è possibile individuare una causa unidirezionale, lineare, non è neanche possibile attribuire delle responsabilità, quindi le vittime sono viste come corresponsabili (Goldner, 1985). L'articolo propone l'idea che sia etica e necessaria una visione lineare-causale ma, allo stesso tempo, sostiene la possibilità di integrare posizioni diverse. Più in particolare, il piano del contenuto si ritiene riferibile alla responsabilità di chi agisce il potere e il piano del processo viene visto come connesso alla compren-

sione e alla narrazione. Si tratta di livelli logici diversi tra i quali è possibile muoversi con irriverenza (Cecchin, Lane, & Ray, 2003). Comprendere non vuol dire giustificare e, alla luce di questa considerazione, diventa importante prestare attenzione alla riflessività emozionale di chi si interfaccia con questa tematica e alla sua consapevolezza, considerando che quest'ultima è la relazione con tutto ciò che in essa si può sentire attraverso le emozioni (Restori, 2010). La violenza infatti fa paura, rabbia, sorprende, sdegna e facilmente conduce a polarizzazioni che allontanano dalle radici interdipendenti del suo essere. Il background familiare fornisce i significati che le persone portano nelle relazioni future, e il fatto che la violenza venga agita dipenderà anche dal modo in cui questi significati vengono espressi attraverso le azioni nel qui e ora della coppia. È tipico degli uomini maltrattanti mostrare che la donna è al centro della loro vita. Questo la fa sentire dipendente perché, probabilmente, nessun altro le ha mai detto di essere così importante (Galante, 2012). Dopo una storia di carenze, i momenti di attenzione possono corrispondere a un bisogno talmente profondo che il rischio della violenza può apparire meno importante. Lei dipenderà in toto dal suo compagno e, parallelamente, resterà isolata dalla famiglia, dalle amicizie e dai suoi affetti. Diventare vittima è un processo graduale e la donna si accorge della propria posizione quando è già molto coinvolta. A questo punto, mette in atto delle strategie per cercare di gestire il rapporto, ma sono strategie che non le appartengono e le utilizza solo per cercare di controllare in qualche modo la violenza. Non si riconosce più neanche come persona e non vede la relazione come la vedono gli al-

tri dall'esterno. Si ripete che l'uomo la ama e che si comporta in un certo modo perché è insicuro, quindi cerca di accontentarlo in tutto. Le cose spesso peggiorano e l'accettazione lo autorizza a volere sempre di più, a controllarla sempre

di più perché il suo obiettivo è il dominio nella relazione. Si tratta di un coping emotivo, accomodativo o preventivo di evitamento e modifica dei comportamenti che possono far precipitare le condotte aggressive, un coping in cui i gesti di violenza assumono un significato soggettivo accettabile, ad esempio gelosia o nervosismo. Accanto alla positività dell'abusante, la vittima riduce le sue capacità di autocompassione, autonomia e salvaguardia personale. Questo permette lo sviluppo di un continuum di tolleranza dell'abuso e l'instaurarsi di un processo di normalizzazione e accettazione del comportamento dell'altro, che compromette le strutture cognitive ed emozionali del sé, generando meccanismi di negazione e alterazione della realtà, confusione tra paura e attrazione, rabbia e amore, e impedendo una presa di coscienza del pericolo. Le donne si vergognano dei maltrattamenti subiti, si considerano responsabili per ciò che accade e si sentono in colpa perché molte sono cresciute nell'idea di dover rispettare e servire gli altri, mettendo le proprie esigenze all'ultimo posto. Ammettere i maltrattamenti significherebbe ammettere di essere una fallita come donna e madre, oltre che come figlia. La relazione si sviluppa ed emergono dipendenze reciproche. Sono storie caratterizzate da "complementarietà conservative" (Ravensenga & Bruschi, 2013) ovvero legami nei quali, come in uno specchio, i due partner proiettano i pensieri e le azioni verso l'altro, che rimanda messaggi confermant

il testo di relazione chiuso che c'è tra i partecipanti. Sono legami traumatici paragonabili ad elastici, che nel tempo si estendono lontano da chi abusa e, successivamente, tornano indietro. Anche quando l'abusante viene allontanato, le donne continuano ad avere problemi psicologici come le persone che vivono importanti traumi con una reazione post-traumatica da stress. Dal punto di vista delle donne, la dinamica violenta può essere considerata un doppio legame, una forma di relazione che rende impossibile l'individuazione di una cornice stabile, o una situazione simile al triangolo drammatico (Liotti, 2001) in cui l'uomo violento si pone come l'unico che può garantirla dalla violenza da lui stesso agita. Lui la fa sentire importante ma allo stesso tempo le agisce violenza, la tiene vicino a sé ma la maltratta. È un'esperienza potenzialmente traumatica perché minaccia la sopravvivenza o l'integrità fisica del soggetto. Il partner, all'interno di una relazione di reciproca fiducia, la tradisce e diventa una persona dalla quale deve difendersi. Il trauma viola quella percezione insieme del sé e dell'altro che secondo Bateson (1989) è l'affermazione del sacro. Sono forme di dipendenza molto lontana dall'inter-dipendenza necessaria a risolvere un conflitto che, a differenza della violenza, appartiene comunque all'area delle competenze relazionali (Rumiati & Petroni, 2001). Sono difese, fonti di sicurezza sostitutive rispetto all'instabilità delle istituzioni relazionali tradizionali, come la famiglia, che tendono a costruire legami affettivi incostanti o deboli, ambivalenti o conflittuali (Guerreschi, 2011). Gli uomini abusanti spesso si legano ossessivamente alle compagne per la paura di essere abbandonati, similmente a un copione che hanno vissuto durante l'infanzia. La loro incapacità a gestire la

paura del rifiuto li spinge a strategie sempre più coercitive e di controllo sull'altro, infatti i momenti in cui la donna è più a rischio sono quelli che precedono o seguono la separazione (Bornstein, 2006). Quando la donna tenta di lasciarli, loro fanno di tutto per recuperare il rapporto e se torna rinforza il ciclo della violenza. Circa metà di questi uomini ha vissuto violenza nella famiglia d'origine e ancora di più sono quelli che hanno assistito alle violenze del padre sulla madre. La psicologia evoluzionistica e la sua versione cognitivista aiutano a comprendere l'agire violento attraverso la concettualizzazione dei sistemi motivazionali del comportamento interpersonale, sostenendo che la disorganizzazione predice la disposizione ad essere oggetto

di violenza da parte del caregiver e la possibilità di esserlo nelle relazioni affettive adulte o di agire la violenza stessa (Iannucci, 2005). Non c'è alcuna bestia dentro di loro, la violenza ha una storia e un significato e per capirla dobbiamo guardare alla persona che agisce in un contesto (Zamperini, 2014). Nel qui e ora, la teoria della gestione coordinata dei significati vede la violenza come un pattern d'interazioni sociali che si sviluppano dentro e attraverso i processi comunicativi. D'Aniello (2014) sostiene, ad esempio, che le donne utilizzano la relazione come contesto per la definizione di sé e per salvaguardarla negano le istanze personali, mentre gli uomini pongono come contesto dominante il proprio sé. La coppia avvia così scambi linguistici tali per cui il sé della donna viene continuamente svalutato, mentre quello dell'uomo acquista un'importanza sempre maggiore. Più diminuisce l'importanza del suo sé e aumenta quello dell'uomo, più si crea un pattern in cui l'uomo detiene più potere. Questi scambi lin-

guistici si consolidano e rendono stabile il pattern precedentemente stabilito, arrivando al punto che la comunicazione richiede la sottomissione

della donna. Una volta che la violenza è stata "legittimata" nella relazione, diventa sempre più difficile interromperla.

LA DENUNCIA E LA DIFFICOLTA' AD INTERROMPERE IL RAPPORTO

Le violenze che avvengono all'interno di un contesto di coppia, sono fra i reati meno denunciati. Nel 2006 l'ISTAT ha condotto la prima indagine nazionale sulla sicurezza delle donne interamente dedicata al fenomeno della violenza. L'indagine è stata svolta, mediante intervista telefonica, su un campione di 25.000 donne di età compresa tra i sedici e i settanta anni. I risultati evidenziano come il 93 % di coloro che hanno dichiarato di aver subito violenza dal partner, non lo ha denunciato alle forze dell'ordine. In Emilia Romagna lo ha fatto solo il 5,1%. La denuncia è uno strumento ambiguo e le donne possono trovarsi in una situazione di doppio legame, nel senso che tendono a essere ritenute responsabili di ciò che accade sempre e comunque. Una parte della letteratura esistente su questo tema (Creazzo, Pipitone & Vega Alexandersson, 2008) sostiene che, se la donna non denuncia può essere accusata di una grave inadeguatezza, di mancanza di consapevolezza o di responsabilità nei confronti di sé stessa e soprattutto dei figli. Di contro, quando denuncia può accadere che le venga detto di lasciar perdere perché in fondo si tratta di bravi padri di famiglia, perché i problemi si devono risolvere in casa o perché è meglio evitare il frustrante meccanismo di presentazione e ritiro della denuncia. Può succedere che personale tecnico poco for-

mato minimizzi la narrazione della donna, anche se questo oggi avviene molto più raramente che

in passato. Esistono anche costi concreti dell'atto di denunciare, come la possibilità che l'abusante venga a conoscenza della denuncia e incrementi le violenze a fronte degli strumenti di protezione che non sempre sono sufficienti. Occorre poi considerare il costo di un'azione che mantiene una situazione aperta per anni. Può accadere che la sentenza sia pronunciata dopo molto tempo, quando le cose sono cambiate, quindi difficilmente si percepisce come risorsa concreta. L'ostacolo più grande che le donne devono superare per uscire allo scoperto è che devono diventare consapevoli del loro ruolo di vittime. E anche quando le diventano, il processo di uscita dalla violenza non è mai lineare e questo, da una parte, rafforza la loro sensazione di impotenza e, dall'altra, è frustrante

per coloro che le devono aiutare. Spesso fanno molti tentativi di lasciare l'uomo, ma la paura le riporta sempre indietro e motiva gran parte dei loro comportamenti. Un contesto poco supportivo è un grosso ostacolo al tentativo di lasciare il rapporto. Può succedere che le donne vengano colpevolizzate, non credute e sollecitate a tornare indietro per cercare di farlo funzionare. In altri momenti le donne possano rifiutarsi di credere che il compagno possa ferirle gravemente, faticando a valutare i rischi e i pericoli della sua reazione. Anche la vergogna influenza il modo in cui viene gestita la violenza, poiché impedisce di cercare aiuto all'esterno della relazione. Per svelare l'abuso devono anche superare il vissuto di impotenza, il processo di negazione dei fatti e la speranza che riescano a guarire il loro uomo. Le parole delle donne e degli uomini

che hanno contribuito alla realizzazione di alcuni libri testimonianza, scritti per denunciare la violenza e aiutare coloro che non ne sono ancora usciti, sono esemplificativi dei concetti sopraesposti. Lucia, ad esempio, racconta "...come un'atleta davanti all'asticella del salto in alto: *ho alzato il livello della convivenza con il rischio, ogni volta un pò di più. Ora capisco dov'è stato l'errore più grande: partivo dal concetto sbagliato, e cioè che lui, in fondo, non mi avrebbe mai fatto del male...*" (Annibaldi & Fasano, 2014, p. 100). Oppure Maria "...*quelle attenzioni mi riempivano di orgoglio, mi rendevano speciale. Unica. Almeno per una persona: lui. E sembravano sanare le mie fragilità. Ho scoperto solo dopo anni che quel mio volermi accucciare accanto ad un uomo è un mio problema antico: riproducevo ed ereditavo l'atteggiamento arcaico di mia madre e, a sua volta, di mia nonna, che fino all'ultimo si era fatta picchiare da mio nonno, mentre lui le urlava in faccia: non sai fare niente, sei un' incapace*" (La 27esima Ora, 2013, p.17). Ileana "*Avevo mille dubbi. E anche sensi di colpa. Forse qualcosa nel mio comportamento poteva averlo spinto a tanta rabbia scatenata. E poi mi vergognavo. Cosa avrei raccontato alle tante persone che incontravo ogni giorno?*" (Ibidem, p. 23). Elena "*Mi ha picchiata, schiavizzata, violentata, umiliata, annientata. Mi ha quasi uccisa. Pensavo che la colpa fosse mia. Che lo soffocavo con il mio amore*". (Ibidem, 31). Giovanna "*Ogni volta ripiombavo nel meccanismo io ti salverò*" (Ibidem, p.80). Francesco "*Le ho messo le mani al collo, stavo vivendo una relazione difficile, non riuscivo a venirne fuori. Avevo davvero tanta paura. Ed è scattata l'unica strada per me percorribile, perché così mi è stato insegnato fin*

da piccolo. Sono cresciuto in una famiglia in cui mio padre picchiava mia madre, mio zio picchiava mia zia, ho visto queste cose, ne ho ricordo, da bambino le rifiutavo ma non sapevo come difendermene” (Ibidem, p. 105). Sara *“Per i carabinieri le botte erano un problema che si doveva risolvere in famiglia e tu pensi sempre: se smetti di dare fastidio, se diventi invisibile, lui non ti picchierà”* (Ibidem, p.37). Infine, quando la donna rompe il segreto, la reazione emotiva dell’ascoltatore è importante e quest’ ultimo deve essere abbastanza forte da sostenere il peso della storia. Alle vittime servono aiuti interiori ed esteriori per abbandonare la situazione di abuso, ma per accedere alle risorse interiori, devono poter contare su risorse esterne e risulta cruciale il ruolo della relazione con l’operatore preposto all’aiuto (Creazzo, Pipitone & Vega Alexandersson, 2008).

LA RICERCA TRA GLI AGENTI DELLA POLIZIA DI STATO

Tutti gli studi, che sono stati condotti a livello internazionale dal 1980 in poi, mostrano come le attività svolte dalle forze di polizia siano altamente stressanti (Cannavici, 2008). Le fonti di stress e burn-out dipendono molto dalla sezione di assegnamento ma, l’approccio più comune in letteratura è quello che distingue gli stressor legati al contenuto del lavoro dagli stressor legati al contesto (Patterson, 2001). Tra i primi rientrano le situazioni molto impegnative dal punto di vista emotivo, l’aver a che fare con gli incidenti, gli abusi e la violenza. Mentre, per quanto riguarda i secondi, vengono individuati lo stile di direzione, le relazioni distaccate, l’inadeguatezza del sostegno sociale, le norme sull’espressione emotiva e il clima di genere. La cultura

informale della polizia di stato scoraggia la libera espressione dei sentimenti. Mostrare distacco nei confronti delle proprie emozioni rappresenta una parte importante dell’identità dei poliziotti e costituisce anche un’aspettativa sociale nei loro confronti. Le emozioni, infatti, non sono semplicemente fenomeni intrapsichici ma sono costruzioni sociali e, in questo senso, è il mondo sociale che definisce ciò che è esprimibile attraverso le risorse culturali e linguistiche. Inoltre, tra i poliziotti vi è il timore di ammettere ed esprimere le problematiche psicologiche e di essere giudicati negativamente nel farlo. Questa cultura è stata descritta come caratterizzata da un bias mascolino e alle agenti di sesso femminile viene chiesto più frequentemente di occuparsi di stressor vicari, come violenze e abusi sessuali, aumentando in questo modo la loro possibilità di soffrire di disturbi psicologici. Questa tendenza viene spiegata anche facendo riferimento ad una presunta maggiore sensibilità delle donne per questo tipo di reati e ad una loro maggiore capacità empatica verso le vittime. Se da una parte, i poliziotti sono a rischio di sviluppare un disturbo post traumatico da stress o una condizione di stress traumatico secondario, dall’altra, si nota anche come questi termini vengano talvolta abusati (Fenoglio, 2010). Accade talvolta che manifestazioni come la rabbia, la paura, l’amarezza, il senso di disorientamento e il pianto invece che essere adeguatamente considerate reazioni normali a condizioni altamente stressanti, vengano fatte rientrare nelle manifestazioni patologiche con il rischio di indurre il senso di malattia. Quindi, sembrerebbe che la cultura interna alla polizia di stato tenda a promuovere un’immagine dei poliziotti come persone sicure,

equilibrate, con le emozioni sotto controllo e che gran parte della letteratura su questo tema le inquadri all'interno di 3 contenitori concettuali ovvero stress, burn-out e trauma, rilevando di più l'aspetto patologico delle emozioni piuttosto che il valore che rappresentano.

La ricerca svolta e qui di seguito presentata, aveva l'obiettivo di indagare i vissuti emotivi degli agenti di polizia che intervengono nei casi di violenza di coppia. Il campione è rappresentato

da cinque agenti della polizia di stato della questura di Piacenza, mentre la metodologia utilizzata ha previsto un'intervista semi strutturata e audio registrata ed un questionario di rilevazione delle variabili indipendenti. Le variabili prese in considerazione sono state: età, sesso, stato civile, anni di servizio, ruolo attuale, ruoli pregressi ed esperienza in ambito di tutela delle donne maltrattate. Dalle domande di apertura è emerso che tutti gli intervistati sono operativi da più di 25 anni e sono intervenuti in casi di maltrattamento familiare innumerevoli volte, alcuni in un migliaio

di occasioni. E' uno degli interventi più frequenti, soprattutto per chi presta un servizio di volante. La tipicità dell'intervento e le emozioni prevalentemente provate dagli agenti sembrano connessi

al reparto di appartenenza. Molte narrazioni permettono di evidenziare come, tra gli episodi accaduti durante i turni di volante, i casi in cui sono coinvolti i bambini e i casi di omicidio sono quelli in grado di scatenare le emozioni più forti. Eccone alcuni esempi: *"Due conviventi, lei resta incinta, lui è contrario, litigano, la picchia apposta con un cacciavite e gli uccide il feto. Quando siamo entrati c'era sangue dappertutto, ti puoi immaginare, sangue nel corridoio,*

sui muri cioè non pensavo che un corpo umano potesse avere così tanto sangue dentro. Un intervento di quelli che si ricordano, anche perché la mia compagna era al quarto mese di gravidanza e..."

Il bambino avrà avuto tre anni. Mi ha preso il pantalone, vedi mi emozionano ancora adesso. Mi ha detto "meno male che sei arrivato, sai che il papà picchia tanto la mia mamma?". Mi è preso sai un magone, adesso che sono padre, mi è preso, vedi adesso. Per me è stata una coltellata.

A distanza di giorni, questi vissuti cerchi di seppellirli perché comunque ci pensi. Quando passo

in quella via lì, anche dopo tutti questi anni, la prima cosa che mi viene in mente è questo omicidio del feto. Rimane la tristezza, non mi ricordo neanche il nome della ragazza a cui è stato ucciso il figlio col cacciavite in pancia. Pensi a come è andata a finire, chissà se le farebbe piacere rivedere quel poliziotto che la accarezzava intanto che aspettava l'ambulanza. Pensi a queste cose qui, credimi, son brutte situazioni e secondo me non c'è stipendio che ti possa ripagare.

In polizia viene pagato il grado e quindi chi lo fa, lo fa per passione, altrimenti non avrebbe senso.

I vissuti emotivi provati da chi lavora negli uffici sono ugualmente rilevanti, anche se talvolta non vengono riconosciuti o subito ammessi. Questi agenti accolgono le donne che arrivano da loro esauste, spesso dopo anni di maltrattamento, chiedendo di fare una denuncia o di essere aiutate a trovare una soluzione ai propri problemi. Sono gli stessi agenti che ascoltano anche i testimoni e i compagni maltrattanti. Ecco alcuni esempi: *Il mio lavoro in questi 15 anni non è stato solo prendere le denunce e*

mandarle al pm. Ho ascoltato le donne e ho valutato di volta in volta se c'era la necessità di portarle a riflettere sulla possibilità di una denuncia o su una possibilità diversa. Dal mio punto di vista, la denuncia non risolve la situazione. La vittima non è solo quella che prende le botte, ma le botte le assorbe nella sua testa e la distruggono. Quindi con quale forza tu gli dici che è stato condannato? Adesso ricomincia! Poi vado a casa e penso a come può essere accaduto che una donna per venti anni si sia fatta buttare la pasta in faccia, per dieci anni abbia dovuto mangiare per terra davanti ai figli, sia stata violentata. Quando ho fatto di tutto

per metterla in sicurezza, poi queste cose mi rigirano in testa. Mi fa imbestialire. E' una cosa che proprio non riesco a concepire. Non esiste, nella mia testa non esiste. Mi fa una rabbia incredibile.

Uno degli episodi che mi ha colpita di più riguarda un uomo. Mi racconta di aver subito a sua volta dei maltrattamenti, di aver visto la mamma picchiata dal papà e di aver subito abusi. Non ti dimentichi quando uno ti vomita addosso la sua storia mentre lo porti in carcere. Chi sta peggio? Quella che ha preso le botte o quello che è arrivato a dargliele per tutto quello che ha vissuto?

A volte sono anche queste le situazioni. Come fai a dimenticarti queste cose? Non ce la fai. Questa persona viene da me e mi dice che ha bisogno di essere controllata. Ma come ti controllo? Mi colpisce la disattenzione verso l'uomo. Ci occupiamo di curare l'Abele, però non ci preoccupiamo di capire perché Caino continua ad accanirsi. Il sistema fa acqua da tutte le parti e il nostro lavoro viene vanificato la maggior parte delle volte, viene vessato,

viene sottovalutato.

Rispetto alla possibilità di condividere i propri vissuti, emerge come non esistano occasioni, figure, momenti strutturati e pensati per accogliere gli agenti che vivono quotidianamente esperienze così importanti come quelle riportate. "Più di una volta ho pensato di rivolgermi ad uno psicologo. Non è giusto che lo Stato faccia vivere quello che abbiamo vissuto io e i miei colleghi. Raramente parlo del mio lavoro anche se adesso sono un fiume in piena. Parlarne è difficile e spesso la gente non ti capisce. Abbiamo un'équipe di psicologi e psichiatri a Roma, ma noi siamo a Piacenza. Viene fatto un test di ingresso, una visita psicologica all'inizio. Io l'ho avuta nell'85 e da allora nessuno mi ha più calcolato. Potrei chiedere di andare a colloquio giù, con il rischio che mi vengano tolte pistola e tesserino. Lo Stato non contempla che un poliziotto abbia bisogno di un supporto psicologico".

L'auspicio futuro è di avere uno psicologo in ogni questura. Non viene perdonato il lato umano, il poliziotto deve essere un robot, non deve essere preso da elementi di umanità che possono influire sulla psiche e traumatizzare. Se non sei in grado di gestire questa emozione, stai a casa per il tempo necessario che ti serve a guarire. Se non guarisci non sei più idoneo a fare il poliziotto.

Tutto ciò si inserisce all'interno di una cornice ancora più ampia, poiché il filo rosso delle interviste sembra essere una specifica polarità semantica (Ugazio, 2012). La polarità "azione-emozione" sembrerebbe la rappresentazione mentale che il contesto intersoggettivo della polizia di stato abbia reso rilevante e la dimensione all'interno

della quale i poliziotti si posizionano. Il fare sarebbe contrapposto al sentire, l'essere all'agire, l'emozione alla professionalità. In molti casi gli agenti dicono che dovrebbero essere freddi e la freddezza viene vista come sinonimo di lucidità, velocità, neutralità e professionalità. A volte dicono, e altre volte si intuisce, che non sempre riescono a essere distaccati. Soprattutto dopo l'intervento ci pensano. Quelli che intervengono nell'immediatezza dell'accaduto sono aiutati dall'adrenalina, ma terminato il suo effetto subentra il dolore, la frustrazione, l'impotenza, la solitudine e la rabbia. Quelli che lavorano in ufficio e ascoltano le donne, spesso si portano a casa le loro storie. *"Nei primi minuti dell'intervento devi essere molto freddo, devi avere una dinamica mentale veloce", "Vesti una divisa, devi reagire", "Non ho l'insensibilità professionale che forse dovrei avere, il mio lavoro non mi permette di", "Un bravo operatore è quello che rimane neutro, perché ti schermi tu come persona e sei più incisivo, anche se non è sempre facile", "Essere neutro significa ascoltare la persona, dargli tutti gli aiuti possibili e fare in modo che la tua emotività non vada ad agganciarsi alla sua, le tue emozioni sono un dispendio di energia", "Le emozioni sono un loop, nei primi casi che seguivo ci ho sbattuto tante volte il naso, i casi diventavano personali e mi sentivo dire chi te lo fare, non vedi, non ti spetta, il contrasto era doppio, interno ed esterno", "La priorità assoluta è aiutare l'altro, le mie emozioni vengono in un secondo momento", "Lei come si sente? lo faccio il poliziotto".* E' come se fossero alla ricerca di una giusta distanza, in bilico tra quello che credono che si dovrebbe fare e quello che più spesso riescono effettivamente a

fare. Per di più in un clima di solitudine. Una ricerca comune portata avanti singolarmente. Una ricerca anche di senso. Attraverso la *tag clouds*, è stato possibile riconoscere la parola-chiave delle risposte alle domande dell'intervista. Grazie ad un'immagine generata tramite il servizio Wordle (Feinberg, 2013), si nota che l'occorrenza più frequente in ognuna delle cinque interviste è la parola "perché": *"Faccio tutto quello che serve per rintracciare il colpevole, poi mi chiedo perché". "Quando svanisce l'effetto dell'adrenalina, ti chiedi il perché di tanta violenza", "Perché l'essere umano arriva a esercitare così tanta violenza?", "Come può una persona arrivare a dire che sente la necessità di essere controllata? Perché?", "Perché le donne rimangono a subire? Perché chiedono il nostro intervento e poi non denunciano?", "Torni dopo uno o due anni e trovi la medesima situazione. Ti chiedi perché".*

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Incontrare la violenza significa incontrare tante storie di donne e uomini che si integrano, dovendo cogliere le radici interdipendenti di dinamiche individuali, di coppia e familiari, pur senza sottovalutare la responsabilità di chi agisce l'atto violento. Darle voce implica rimanere in ascolto delle emozioni che evoca, diventare consapevoli dei pregiudizi che l'accompagnano e andare oltre i giudizi che pesano e lasciano soli, in un meccanismo in cui le posizioni di ciascun attore sono ugualmente comprensibili poiché fanno parte dello stesso gioco familiare. Un gioco difficile da denunciare. E' importante un'integrazione tra logiche lineari e circolari e utile un modello connessionista di matrice sistemica, in quanto riconosce la complessità del reale

e possiede la capacità di strutturare nodi e reti a diversi livelli, semantico, affettivo, relazionale e organizzativo (Moroni, Restori & Sbattella, 2012). L'attenzione ai vissuti degli operatori dovrebbe essere prioritaria tanto quanto quella alle vittime, anche ma non solo, a beneficio di queste ultime. Le donne potrebbero avere l'impressione che gli agenti sono in grado di sopportare meglio il peso delle loro storie poiché possono dividerlo, e l'indicazione data dalle linee guida regionali dell'Emilia Romagna (2013) di lavorare in rete potrebbe trovare un'efficace traduzione anche in questo senso. Gli agenti della polizia di stato devono confrontarsi con il tema delle emozioni su due fronti. Da una parte, devono aiutare la vittima e talvolta anche l'autore della violenza a gestire le loro emozioni, oltre che a garantire la sicurezza e il rispetto della legge e, dall'altra parte, devono gestire i propri vissuti, nonostante la cultura militare induca a vedere in essi un segno di scarsa efficacia. Se c'è una discrepanza tra l'emozione e il comportamento è rischioso perché la prima lavora in modo sotterraneo, scatenando agiti non mediati dal pensiero e producendo esiti nefasti per la salute. Le osservazioni raccolte ci permettono di affermare, coerentemente a una parte della letteratura esistente sui soccorritori (Fenoglio, 2010), che i vissuti emotivi degli agenti sono una parte inevitabile, integrante e potenzialmente positiva dell'intervento. Gli operatori, per non esserne travolti, dovrebbero imparare a riconoscerli nelle loro specificità, ad accettarli e a comunicarli. Per questo, serve uno spazio mentale che li collochi in uno specifico contesto relazionale che, a sua volta, riconosca le emozioni e non le disconfermi. Inoltre, la rilevanza che la conversazione assegna a ciascuna polarità semantica può

essere negoziata, così come si può aprire la possibilità che nuovi significati emergano nella comunicazione. Riteniamo preziosa quella parte della ricerca contemporanea che è attenta alle risorse della resilienza (Sbattella, 2009), e che sottolinea l'importanza di concentrarsi sui fattori protettivi, riflettendo sul fatto che la cultura di appartenenza potrebbe offrire chiavi di lettura e di significazione sia sul tema della violenza che su quello dei vissuti degli operatori. È attraverso le relazioni, costruite mediante il linguaggio e collocate in un contesto culturale, che vengono strutturati e condivisi gli strumenti mentali che conferiscono un senso agli eventi poiché il significato attribuito all'esperienza è sempre derivato da una costruzione sociale e i termini utilizzati rappresentano precisi strumenti di significazione perché rimandano a determinati assi semantici e quindi propongono diversi orizzonti di senso. Sebbene i dati raccolti siano di ordine qualitativo e relativi ad un campione non rappresentativo, essi sembrano suggerire che sarebbe utile lavorare per creare contesti relazionali nei quali gli agenti della polizia di stato possano co-costruire e negoziare i processi di significazione e riteniamo che sarebbe adeguato strutturarli già a partire dalla scuola di polizia. Una formazione intesa come proposta di spiegazione potrebbe non bastare di fronte al disorientamento e ai tanti perché connessi al tema della violenza. Nessuna tecnica persuasiva può ristrutturare visioni del mondo e del sé andate in crisi. "La costruzione dei significati emerge, con il giusto tempo, attraverso dialoghi, dibattiti, integrazioni di punti di vista tra più intelligenze in gioco. Se così non fosse, intuizioni o conversioni personali rischierebbero di essere incomprese e il soggetto che, isolatamente, propone nuovi modi di

pensare, finirebbe per essere stigmatizzato” (Sbattella, 2009, pag. 116). Rispetto al sentire degli agenti, gli estremi della polarità semantica individuata nelle interviste potrebbero avvicinarsi, potrebbe avvenire un reframing per cui riconoscere e ammettere di sentirsi stanchi, spaventati, frustrati, arrabbiati, emozionati, potrebbe essere visto come segno di forza. Come per le donne maltrattate il raggiungimento della consapevolezza e l’apertura verso l’esterno sono fondamentali per uscire dalla violenza, allo stesso modo, per gli operatori deputati al loro soccorso, il riconoscimento e la condivisione dei vissuti possono rappresenta-

re la condizione per raggiungere un miglior benessere. Lavorare sulla resilienza significa lavorare sulle risorse e sulla prevenzione. Il gruppo stesso potrebbe essere una risorsa, se permettesse l’emergere di logiche inclusive. Come si è avuto modo di constatare, le emozioni sono esperienze normali, parti integranti dell’intervento e non necessariamente traumatiche. Un contesto di relazioni e significati di questo tipo potrebbe anche veicolare ai poliziotti il messaggio che la loro persona è parte di un sistema più ampio, che li vede e li considera importanti, a fronte delle sensazioni di inutilità e solitudine che sono emersi.



Bibliografia

- Annibaldi, L., & Fasano, G. (2014). *Io ci sono, la mia storia di non amore*. Milano: Rizzoli.
- Ballio, L., Coppola, A., De Cesare, C., De Leo, C., Fasano, G., Frenda, A., Gandolfi, S., Pica, P., Querzè, R., Serafini, M., Tebano, E., Ulivi, S., & Villa, M. (2013). *Questo non è amore. Venti storie raccontano la violenza domestica sulle donne*. Venezia: Marsilio.
- Bateson, G. (1974). *Scattered thoughts for a conference on broken power*. *Coevolution Quarterly*, 4, 26-27.
- Bateson, G., & Bateson, M. C. (1989). *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*. Milano: Adelphi.
- Bertrando, M., & Milesi, A. (2003). *Violenza in famiglia: una prospettiva sistemica*. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 2, 105-120.
- Bornstein, R. F. (2006). *The complex relationship between dependency and domestic violence. Converging psychological factors and social forces*. *American Psychologist*, 61, 6, 595-606.
- Cannavici, M. (2008). *Lo stress nelle forze di polizia*. *Polizia e Democrazia*, 121, 16-18.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray Wendel, A. (2003). *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Milano: Franco Angeli.
- Creazzo, G., Pipitone, E., & Vega Alexander-sson, A. M. (2008). *La propensione alla denuncia delle donne accolte: chi denuncia e chi non lo fa*. In Creazzo, G. (Ed), *Scegliere la libertà: affrontare la violenza. Indagine ed esperienze dei centri antiviolenza in Emilia-Romagna* (pp. 107-118). Milano: Franco Angeli.
- D'aniello, L. (2014). *La Gestione coordinata dei significati applicata alla violenza nella coppia*. *Psicoterapia Sistemica*. *State of Mind - Il Giornale delle Scienze Psicologiche*, Articolo 40812. Ricavato il 20 luglio 2014, da <http://www.stateofmind.it/2014/03/cmm-gestione-significati>
- Feinberg, J. (2013). *Wordle*. Servizio ricavato il 20 ottobre 2014, da <http://www.wordle.net>
- Fenoglio, M. T. (2010). *Le emozioni dei soccorritori*. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 4, 46-80.
- Galante, R. (2012). *Perché non lo lascio: Storie e psicoterapie di donne legate a uomini maltrattanti*. Torino: Antigone Edizioni.
- Goldner, V. (1985). *Feminism and family therapy*. *Family Process*, 24, 31-47.
- Guerreschi, C. (2011). *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?* Milano: Franco Angeli.
- Iannucci, C. (2005). *Motivazioni che si intersecano nella violenza familiare*. *Psicobiettivo*, 25, 1-25.
- ISTAT (2006). *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Ricavato il 2 luglio 2014 da <http://www.istat.it/salastampa/comunicati/calendario/20070221/testointegrale.pdf>
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Cortina.
- Malagoli Togliatti, M., & Mazzoni, S. (2009). *Verso un modello multifattoriale per la comprensione dei legami intimi violenti*. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 11, 17-41.
- Moroni, M., Restori, A., & Sbattella, F. (2012). *Integrare e connettere. Il modello sistemico Idipsi tra persona e territorio*. *Cambiamenti*, 1, 9-18.
- Patterson, G. T. (2001). *The relationship between demographic variables and exposure to traumatic incidents among police officers*. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2. Ricavato il 23 settembre 2014, da <http://www.massey.ac.nz>
- Ravasenga, P., & Bruschi, G. (2013). *Teoria e clinica della sofferenza psicologica nelle relazioni affettive significative: un contributo sistemico integrato*. *Cambiamenti*, 2, 5-16.
- Regione Emilia-Romagna (2013). *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime della violenza di genere*. Ricavato il 25 luglio 2014, da <http://sociale.regione.emiliariomagna.it/linee-di-indirizzo-regionali-per-l'accoglienza-di-donne-vittime-della-violenza-di-genere>
- Restori, A. (2010). *La consapevolezza nelle relazioni di aiuto*. *Cambiamenti*, 1, 6-9.
- Rumiati, R., & Pietroni, D. (2001). *La negoziazione. Psicologia della trattativa: come trasformare un conflitto in opportunità di sviluppo personale, organizzativo e sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sbattella, F. (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Milano: Franco Angeli.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri
- Zamperini, A. (2014). *La bestia dentro di noi. Smascherare l'aggressività*. Bologna: Il Mulino.



Finito di stampare nel giugno 2015 da

EDICTA
EDIZIONI