

# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

volume 2015

**L'approccio sistemico integrato  
in evoluzione**

idipsi



Istituto di Psicoterapia  
Sistemica Integrata



# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**L'approccio sistemico integrato  
in evoluzione**



volume 2015

**Direttore Responsabile**

Antonio Restori

**Direttore Scientifico**

Mirco Moroni

**Coordinamento redazionale**

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli

**Redazione**

Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Nadia Locatelli, Fabiana D'Elia, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrini, Valeria Lo Nardo, Paolo Persia

**Comitato Scientifico**

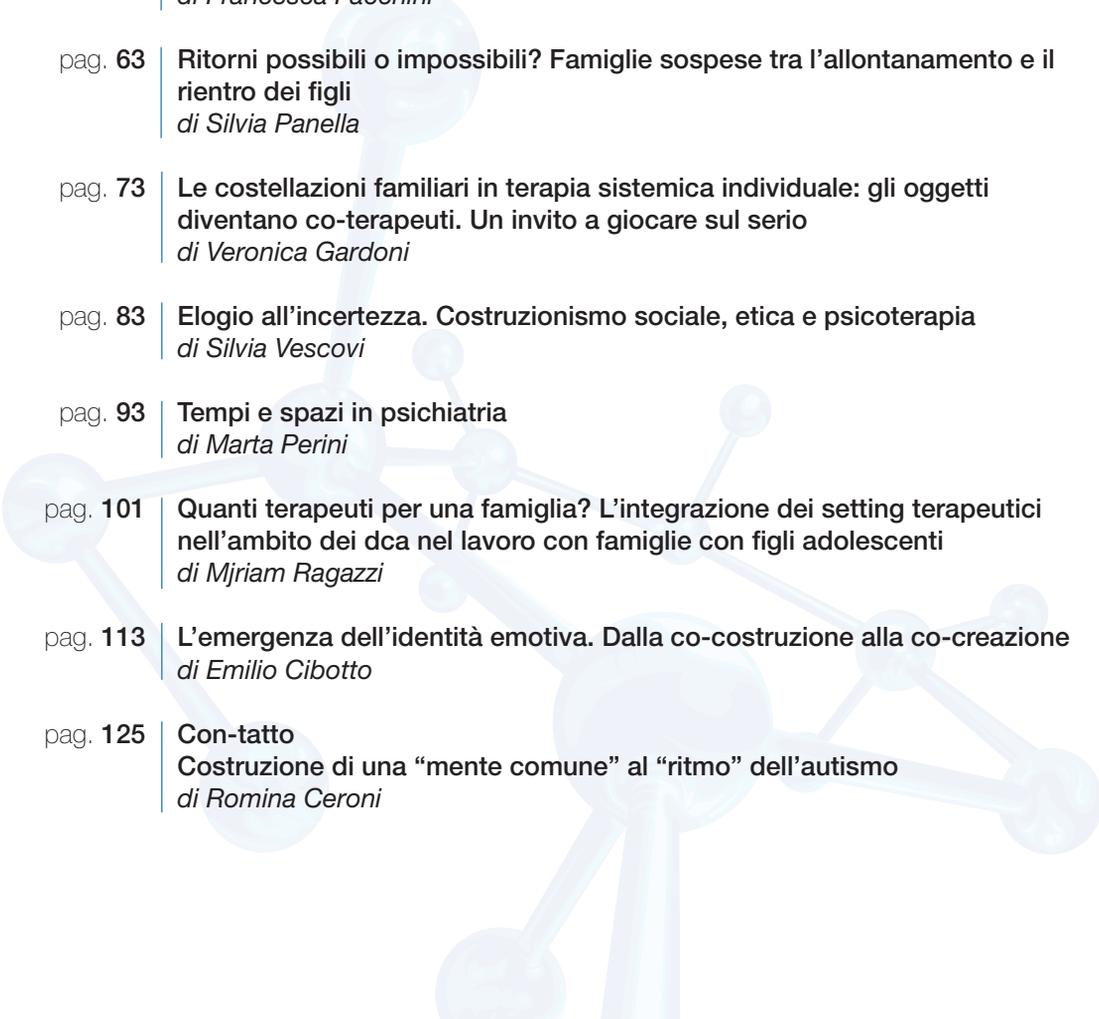
Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Pietro Pellegrini (Parma), Gwyn Daniel (Londra), Vincent Kenny (Dublino), Valeria Ugazio (Milano), Giovanni Liotti (Roma), Giacomo Rizzolatti (Parma), Lucia Giustina (Novara), Vittorio Gallese (Parma),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

**Segreteria organizzativa**

Ilaria Dall'Olmo



# Indice

- pag. 05 | **Editoriale**  
*di Mirco Moroni e Antonio Restori*
- pag. 07 | **La mente in emergenza: due metafore per la formazione**  
*di Fabio Sbattella*
- pag. 19 | **Gruppo, sistema, inter-soggettività: la mente caleidoscopio**  
*di Gianfranco Bruschi, Chiara Castelli, Marina Morini, Alessia Ravasini, Andrea Torsello*
- pag. 33 | **Dal peccato originale di Adamo ed Eva al senso di colpa nei sistemi**  
*di Alberto Cortesi*
- pag. 43 | **La sordità nelle relazioni familiari e nella relazione terapeutica**  
*di Agostino Curti*
- pag. 53 | **Riflessioni sulla terapia di coppia in ambito sistemico**  
*di Francesca Facchini*
- pag. 63 | **Ritorni possibili o impossibili? Famiglie sospese tra l'allontanamento e il rientro dei figli**  
*di Silvia Panella*
- pag. 73 | **Le costellazioni familiari in terapia sistemica individuale: gli oggetti diventano co-terapeuti. Un invito a giocare sul serio**  
*di Veronica Gardoni*
- pag. 83 | **Elogio all'incertezza. Costruzionismo sociale, etica e psicoterapia**  
*di Silvia Vescovi*
- pag. 93 | **Tempi e spazi in psichiatria**  
*di Marta Perini*
- pag. 101 | **Quanti terapeuti per una famiglia? L'integrazione dei setting terapeutici nell'ambito dei dca nel lavoro con famiglie con figli adolescenti**  
*di Mjriam Ragazzi*
- pag. 113 | **L'emergenza dell'identità emotiva. Dalla co-costruzione alla co-creazione**  
*di Emilio Cibotto*
- pag. 125 | **Con-tatto**  
**Costruzione di una "mente comune" al "ritmo" dell'autismo**  
*di Romina Ceroni*
- 

- pag. 133 | **Eteronormatività e identità di genere: un'indagine esplorativa**  
*di Sabina De Olmi, Stefania Pellegrini, Monica Premoli e Pietro Seghini*
- pag. 143 | **Psoriasi: cortisone... e poi? L' approccio sistemico relazionale applicato ad un caso di terapia della psoriasi**  
*di Elisabetta Magnani*
- pag. 153 | **Quando lo psicoterapeuta indossa la giacca del counselor: identità a confronto al Centro per le famiglie del Comune di Parma**  
*di Nadia Locatelli e Fabiana D'elia*



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

L'anno 2015 prevede un doppio impegno editoriale per il nostro Istituto Idipsi: una raccolta di scritti all'interno di un numero unico della rivista Cambiamenti, e un'opera che verrà pubblicata entro la fine dell'anno con un editore che abbiamo già definito e che speriamo ci possa aiutare in una efficace distribuzione. La scelta di concentrare gli sforzi nella realizzazione del primo testo, "manifesto" dell'Istituto, nasce dalla necessità di proporre una prima opera interamente dedicata all'approccio Sistemico Integrato che abbiamo sviluppato a Parma negli ultimi dieci anni di formazione, ricerca e clinica.

In questo sesto anno di pubblicazioni della rivista Cambiamenti troveremo ancora numerosi spunti di riflessione attorno al modello sistemico integrato. Dalla psicologia dell'emergenza, al lavoro clinico nell'ambito della Salute Mentale, all'epistemologia sistemica integrata, al tema dell'identità di genere.. Le aree tematiche discusse sono volutamente molteplici, ma sempre aventi come filo conduttore la ricerca delle applicazioni dei nostri paradigmi. In modo particolare ci interessa sempre esplorare le dimensioni della sensibilità estetica delle relazioni ed il nostro sostare di fronte alle sensazioni, emozioni, pensieri che si attivano in noi durante le esperienze di incontro con l'altro.

*Buone letture*



# La mente in emergenza: due metafore per la formazione

Fabio Sbattella<sup>1</sup>

## Sommario

L'autore propone due metafore articolate, utili per la formazione degli adulti. Si tratta di descrizioni che cercano di illustrare la complessità e la forza della mente umana. Sono destinate a soggetti adulti, che non hanno studiato psicologia e tuttavia desiderano una prima formazione su temi psicologici.

In particolare, le metafore proposte illustrano i rapporti tra mente e cervello e aiutano a capire le reazioni traumatiche. Esse mirano ad agganciare e migliorare le rappresentazioni ingenuie della mente, a partire dalla cultura di base dei soggetti. In alcuni corsi di formazione, esse si sono dimostrate utili ad aggirare le resistenze verso la psicologia, a migliorare la comprensione del lavoro svolto dagli psicologi e a fornire una migliore comprensione dei comportamenti umani in situazioni di emergenza. L'uso di metafore ben strutturate nella comunicazione è proposto in generale come strumento professionale per migliorare la comunicazione, facilitare la comprensione e sviluppare nuovi apprendimenti.

## Parole chiave

Mente, metafora, psicologia dell'emergenza, rappresentazione sociale, auto-organizzazione, trauma psichico.

## Abstract

*The author proposes two articulated metaphors, useful for adult training. The aim of the two descriptions is to illustrate the complexity and strength of the human mind. They are intended for adult subjects, who have not studied psychology and want a first training on psychological issues. Metaphors illustrate the relationship between mind and brain and help to understand the traumatic reactions. They aim to meet and improve the naive representations of the mind, starting with the basic culture of the subjects. In some training courses, they have proved useful to circumvent the resistance to psychology, to improve the understanding of the work done by psychologists and to provide a better understanding of human behavior in emergency situations. The use of well-structured metaphors in communication is proposed in general as a professional tool to improve communication, facilitate understanding and develop new learning.*

## Key words

*Mind, metaphor, emergency psychology, social representation, self-organization, psychic trauma.*

---

<sup>1</sup>Docente di Psicologia Clinica, Università Cattolica Milano; Psicoterapeuta Didatta Idipsi

## PREMESSA

All'interno delle azioni proprie della psicologia dell'emergenza, la formazione occupa un ruolo cruciale. Infatti, la riduzione dei possibili danni fisici e psicologici dovuti a eventi critici e potenzialmente traumatici, è fortemente correlata alla possibilità di realizzare azioni preventive e previsionali prima che le emergenze si realizzino (Sbattella 2009). Tra queste azioni si colloca la formazione, finalizzata a rinforzare le strategie di coping di tutti soggetti potenzialmente coinvolti, aumentare la loro consapevolezza dei rischi, consolidare le relazioni organizzative e personali che possono costituire una risorsa, in caso di necessità. Azioni di formazione sistematica vengono dunque promosse all'interno di territori e di gruppi a rischio, coinvolgendo cittadini generici e gruppi target, volontari e professionisti, gruppi vulnerabili e élite specialistiche. In questi contesti, è a volte chiesto di promuovere formazione anche in ambito psicologico, sensibilizzando tutti i destinatari a riconoscere il ruolo che la mente, propria e altrui, personale e collettiva, svolge sia in termini protettivi che potenzialmente lesivi.

I formatori si trovano così a confrontarsi con target diversi, spesso molto interessati alla psicologia e motivati a usarne praticamente i saperi, che tuttavia dispongono di informazioni generiche su cosa sia la mente umana e la sua complessità.

Accade, dunque, che alcuni di questi eventi formativi si trasformino in proposte d'indicazioni comportamentali, venendo incontro a domande semplici del tipo *“diteci come funziona la mente in emergenza e come possiamo controllarla”*. In altri casi, giovani formatori sperano di poter condividere in breve tempo ampie aree del loro sapere universitario, presentando agli interlocutori de-

cine di *slides* che illustrano sinteticamente il funzionamento del cervello e delle difese intrapsichiche, le varie sindromi post traumatiche o le radici della resilienza. Abbiamo in altra sede discusso (Sbattella 2005) l'opportunità di meglio dosare contenuti e obiettivi, calibrandoli ai reali destinatari delle azioni formative, soprattutto se si desidera realmente promuovere apprendimenti efficaci in termini preventivi, utili sul campo.

Desideriamo in questo lavoro presentare due metafore che abbiamo utilizzato in questi contesti formativi negli ultimi anni e abbiamo verificato essere molto efficaci, per facilitare la formazione rivolta a persone che non posseggano una preparazione universitaria in ambito psicologico.

Ci siamo accorti in anni di formazione che molti dei nostri interlocutori non specialisti inquadravano le informazioni raccolte in modo del tutto diverso rispetto agli intenti dei formatori. Evidentemente, le cornici concettuali e gli assunti di base di cui disponevano erano derivati dalla loro preparazione scolastica, professionale e culturale di base, sempre assai variegata e molto distante da quella di uno psicologo professionista.

Ci è parso dunque indispensabile comprendere meglio questi quadri concettuali di riferimento, per rendere le azioni formative e informative comprensibili e ed efficaci.

Un'azione formativa professionale, d'altro canto non dovrebbe mai essere realizzata se non a partire dall'esame di ciò che i destinatari già pensano e conoscono (Knowles, Holton e Swanson 2008). Soprattutto nell'ambito della formazione degli adulti, le linee d'intervento dovrebbero sempre puntare ad ampliare il patrimonio enciclopedico già sedimentato o trasformare le rappresentazioni già strutturate (una volta

che esse siano diventate note).

La prima domanda da cui ci è sembrato necessario partire è stata dunque: quale rappresentazione hanno i nostri interlocutori della psiche? Cosa pensano che essa sia e funzioni? Da quali saperi/pregiudizi/rappresentazioni sociali sono inizialmente influenzati?

Utilizzando sia osservazioni dirette sia risultati di ricerche sviluppate da altri (Marchetti e Massaro 2002; Antonietti e al. 2013; Iannello Antonietti 2006), siamo giunti alla conclusione che spesso, tra i destinatari di questi eventi formativi ed informativi erano diffuse una o più di queste rappresentazioni e concezioni della psiche:

1. Psiche come insieme di meccanismi deterministici.
2. Mente come insieme di dinamiche misteriose, potenzialmente inquietanti.
3. Mente come insieme di procedure consapevoli, addestrabili e educabili soprattutto con la forza di volontà.
4. Mente come soggettività insondabile, opinabile, indimostrabile.
5. Mente come sovrastruttura linguistica di scarsa importanza, utile tutt'al più a giustificare comportamenti e azioni, nelle relazioni sociali.

Nel primo caso (psiche come insieme di meccanismi deterministici) le persone pensano alla mente come a una macchina semplice e lineare e si aspettano che gli studiosi del settore siano in grado di descriverne le modalità di funzionamento in modo semplice. L'aspettativa, ad esempio, è quella di avere spiegazioni convincenti su "cosa sta dietro a certi comportamenti", "perché alcune persone vanno in panico", "perché Tizio o Caio ha fatto questo o quello". Tali attese sono felicemente risolte da chi offre diagrammi di flusso lineari e anche da chi pre-

senta il cervello come un oggetto concreto, i cui meccanismi sarebbero stati perfettamente compresi dagli scienziati. Rischiano invece di apparire deludenti, ai loro occhi, i contributi che sottolineano la complessità della mente, evidenziano le componenti casuali e stocastiche dei suoi processi, suggeriscono prudenza nel giudicare in modo standardizzato i comportamenti, riflettono sul ruolo che ha l'osservatore nel determinare i fenomeni psichici e comportamentali che crede di descrivere oggettivamente.

Altre persone, all'interno dei contesti che stiamo esaminando, sembrano riferirsi alla mente come insieme di dinamiche misteriose, potenzialmente inquietanti. Convivono, in queste rappresentazioni sociali, frammenti animisti e timori rispettosi per le complessità insondabili. La motivazione prevalente, spesso accompagnata da emozioni miste di fascino e paura, è quella di comprendere come sia mai possibile che emergano la follia, la violenza, il panico, anche all'interno di menti che appaiono agli occhi ingenui come "normali". La curiosità che accompagna l'acuto interesse alla materia è spesso orientata agli aspetti clinici della psicologia ed è finalizzata a conoscere segni e sintomi di alterazione psichica. Il desiderio prevalente è quello di riconoscere la follia altrui e confermare la diagnosi di normalità per se stessi.

Coloro che pensano alla mente come insieme di procedure consapevoli, addestrabili e educabili soprattutto con la forza di volontà, fanno riferimento alla parte conscia dei processi psichici, esperibile personalmente attraverso azioni riflessive e metacognitive. Sono particolarmente interessati a migliorare le proprie capacità di controllo, sul comportamento proprio e altrui.

Non mancano, in questi contesti formativi,

interlocutori del tutto scettici, non solo verso gli psicologi, ma ancor più radicalmente verso il loro oggetto di studio. Per alcuni di essi, la mente coincide con la soggettività, un elemento considerato come insondabile, opinabile, non studiabile in modo scientifico. Per altri, la psiche è concepita come sovrastruttura linguistica (un'invenzione prodotta da gente che si diverte a complicare la vita con le parole) di scarsa importanza, utile tutt'al più a giustificare nelle relazioni sociali comportamenti e azioni. Sono questi i soggetti più difficili da coinvolgere all'interno di quelle azioni formative che sono a volte obbligatorie nel settore della protezione civile. Le loro resistenze si esprimono con aperte squalifiche o profonde incomprensioni, che rappresentano comunque una sfida interessante per i formatori.

## **METAFORE PER COMPRENDERE**

A partire da queste considerazioni, è nata l'idea di mettere a punto ed utilizzare alcune metafore semplici e strutturate, facilmente accessibili e in grado di rappresentare alcuni aspetti cruciali della complessità che caratterizza i processi psicologici in emergenza.

La scelta di ricorrere a un repertorio metaforico ben articolato, è congruente con una concezione del sapere e della sua condizione basata sul valore strutturante delle esperienze sensibili e delle loro rappresentazioni analogiche. Come ricordano Lakoff e Johnson (1998), infatti, le metafore sono strumenti di conoscenza essenziali e molto diffuse, anche a livello scientifico, perché facilitano la conoscenza di ciò che non è noto, attraverso ciò che è noto. In particolare, le metafore possono tradursi in immagini, offrono mappe di orientamento utili a organizzare e collocare le nuove informazioni

che via via sono acquisite (Sbattella, 2012). Le metafore che abbiamo strutturato cercano di utilizzare analogie soprattutto per comunicare la complessità dei processi psichici, l'importanza delle dimensioni relazionali nel determinare i comportamenti individuali, la strutturale funzionalità di comportamenti apparentemente caotici, la pluralità di risorse riparative presenti in ogni contesto traumatico o sconvolgente.

La prima metafora avvicina le situazioni emergenziali alla perturbazione di un formicaio. La seconda paragona le crisi a un blocco dei software su una rete di computer, oppure su un singolo elaboratore. Presentiamo dunque ciascuna metafora e un breve commento a essa.

## **IL FORMICAIO PERTURBATO**

Avete mai avuto occasione, passeggiando in montagna, di osservare dal vivo un formicaio di una colonia di formica *rufa*? Si tratta di collinette di dimensioni significative (anche 50 cm.), fatte di aghi di conifera e rametti, che proteggono l'accesso a un dedalo di piccoli cunicoli e camere sotterranee. Osservandolo da vicino, sarà facile notare che esso brulica di vita.

I biologi dicono che esistono colonie anche di mezzo milione d'individui, in grado di divorare ogni giorno 50.000 insetti e 4.000 larve di parassiti degli alberi. Si tratta sostanzialmente di una piccola società iperorganizzata, paragonabile per molti aspetti a una città di medie dimensioni. Il traffico visibile all'occhio umano, sulla cupola esterna del formicaio, può sembrare notevolmente caotico. Diversi individui s'intersecano, s'incrociano, si fermano, si toccano e poi ripartono. C'è chi trasporta del cibo, chi collabora, chi scavalca gli altri, chi sale e chi scende. Un caos frenetico che tuttavia deve

avere un suo senso. Le prede, infatti (insetti di dimensioni varie), spariscono una dopo l'altra sotto la coltre degli aghi, mentre la collinetta mantiene nel tempo la sua forma armoniosa. All'interno del caos apparente, si possono anche individuare flussi di movimento quasi ordinati e costanti, che si allargano nel territorio circostante. Non sono esattamente file rettilinee con flussi regolari (ovunque infatti, c'è sempre qualcuno che sorpassa, si arresta, si allontana attorno al sentiero invisibile che altri sembrano seguire), tuttavia sono linee direzionali ben riconoscibili.

Non è un caso se l'immagine del formicaio è stata usata per discutere le comunità umane, fin dall'antichità. Si tratta di una società organizzata e laboriosa, di un sistema integrato composto di molti individui che, pur con pochi neuroni ciascuno, svolgono tutti insieme un'efficiente opera di pulizia dei boschi. Un'entità vivente che sa svilupparsi, mantenersi, difendersi, replicarsi. Anche in tempi recenti, i formicai sono stati seriamente studiati per comprendere la mente umana, le società e i rapporti reciproci tra l'una e le altre (Gandolfi 2008).

Volendo paragonare il formicaio a una delle nostre comunità locali, possiamo chiedere: cosa accade quando un evento avverso minaccia l'integrità delle strutture della comunità? Ad esempio, cosa accade quando un terremoto sconvolge una città o un territorio?

All'interno dell'analogia proposta, la domanda diventa: cosa succederebbe se un passante maleducato si permettesse di colpire la cupola esterna con un bastone, distruggendo il lavoro svolto per settimane e mesi da migliaia di piccoli esseri operosi? Sicuramente sarebbe osservabile un rapido aumento del caos. O meglio quello che

agli occhi dell'osservatore potrebbe sembrare il caos apparente. Aumenterebbe la velocità dei movimenti di ogni formica, così come il numero degli individui presso il punto colpito dalla perturbazione. Si vedrebbero soprattutto aumentare i contatti tra le formiche operaie, che convulsamente si cercherebbero tra loro, toccandosi con le antenne. Solo usando una fantasia proiettiva si potrebbe pensare che i piccoli esseri sono emozionati, irritati, sconfortati o confusi. Semplicemente, essi continuerebbero a usare le proprie risorse per ripristinare il proprio posto nel mondo e dunque un contesto ordinato, in cui trovare il proprio collocamento e la propria direzione di vita. Toccandosi tra loro, attraverso scambi olfattivi, i piccoli insetti, infatti, cercherebbero di rimettere a posto le parti della cupola sconvolta e ritracciare con ferormoni le vie di trasporto. Ognuna cercherebbe il punto da cui ripartire, riposizionandosi personalmente lungo il cammino comune, in relazione alle altre. L'apparente confusione sarebbe legata al fatto che tutte, contemporaneamente, si spostano. Ognuna cerca di ricollocarsi rispetto alla posizione delle altre, le quali sono, tuttavia e a loro volta, in movimento. Questo è ciò che accade anche nelle comunità umane colpite da una catastrofe.

La distruzione del territorio corrisponde a uno sconvolgimento dell'organizzazione sociale e ciascun individuo sente il bisogno di ritrovare il proprio posto e il proprio ruolo nella struttura delle interazioni sociali. Ciò che alcuni giudicano come caos, confusione emotiva, iperattivazione individuale, altro non è che una risposta fisiologica alle perturbazioni: un insieme funzionale di tentativi paralleli di ritrovare un nuovo equilibrio comunitario. Ciascun componente del sistema complesso si attiva contempo-

raneamente e autonomamente per fare la sua parte, senza aspettare direttive dall'alto o piani di ricostruzione di ordine complessivo. Partendo dal basso, ogni persona si muove alla ricerca di una ricostruzione dei contesti rispetto ai quali i propri ruoli sociali possono funzionare. Ruoli genitoriali, familiari, professionali: ogni soggetto collabora sempre istintivamente alla ricalibrazione di un sistema comunitario complessivo, che è stato scambussolato.

Per qualcuno, tollerare l'apparente caos complessivo può essere stressante, ma è solo una questione di tempo. I tempi della ricalibrazione, infatti, sono strutturalmente lunghi. Il tempo necessario per ciascuno, per riaffermare le relazioni e i ruoli sociali essenziali (per riprendere il proprio percorso di vita) sono lunghi anche perché tutti, contemporaneamente, sono in movimento, alla ricerca degli altri.

Il paragone del formicaio perturbato potrebbe essere utile anche a chi volesse comprendere le risposte della mente dei singoli individui alle situazioni critiche. Si potrebbe, infatti, paragonare il formicaio in situazione ordinaria all'organizzazione mentale di una singola persona, che quotidianamente elabora idee e ricordi, organizza dati percettivi e nello stesso tempo costruisce e difende la sua struttura e la sua organizzazione funzionale. In tempo ordinario, nella mente umana come nel formicaio, sono attivi flussi di pensieri che vanno e vengono, trasportando idee, emozioni, ricordi, percezioni, apprendimenti.

Contemporaneamente, sono attivi gruppi di lavoro dediti alla difesa psichica, alla costruzione delle strutture di personalità, al mantenimento dell'energia vitale espansiva. Quando un evento esterno, di tipo improvviso e soverchiante, viene a perturbare la

mente, essa reagisce come un formicaio in fibrillazione. Impropriamente si potrebbe dire che la mente o il formicaio impazziscono in questi frangenti. Semplicemente rispondono, con iperattivazione, alla sfida ambientale grave. Per questo motivo, l'esperienza clinica segnala l'emergere d'iperarosal dopo l'incontro con eventi potenzialmente traumatici: la mente umana (che è un sistema complesso e stratificato come un formicaio) cerca di riattivare i suoi processi, recuperare le informazioni che sono andate disperse nel momento di rottura, ripristinare gli ordinari canali di processamento dei dati della realtà, interna ed esterna. Come in un formicaio sconvolto, può accadere di vedere emergere in superficie, dal profondo, risorse nascoste e anche aggressive. Sono come formiche soldato, ordinariamente schierate a difesa nelle camere più profonde.

Anche per la mente umana, come per un formicaio, la ricalibrazione ha bisogno di tempo. Non a caso i clinici chiedono di non fare diagnosi di PTSD se non dopo un mese. Nelle prime settimane dopo un evento potenzialmente traumatico, tutto il sistema mentale è fortemente al lavoro, in un modo che può apparire caotico e disordinato agli osservatori ingenui.

Proteggere un formicaio in queste condizioni significa impedire ulteriori perturbazioni (se possibile) e garantire le condizioni affinché il lavoro di ricostruzione possa essere svolto in autonomia. Come un formicaio, infatti, ogni mente umana è un sistema in grado di auto proteggersi, auto strutturarsi, auto curarsi per buona parte. Proteggere e sostenere una mente colpita da un evento potenzialmente traumatico significa, dunque, sicurizzare il contesto, favorire l'empowerment, facilitare la connessione con gli

elementi e i processi psichici di cui il soggetto necessita. Significa anche ricordare che la parola **trauma**, in psicologia, non si riferisce all'evento avverso in sé (cioè al colpo di bastone che percuote la cupola del formicaio), né alle convulse reazioni "sintomatiche" dei primi giorni e neppure alla rottura delle strutture o all'interruzione dei processi in corso al momento del colpo. "**Trauma**" è la condizione che potrebbe risultare dopo alcune settimane di inefficace azione auto riparativa. Una rottura permanente, legata all'insuccesso della fisiologica e paziente opera di autoriparazione.

Molti ricercatori (Liotti e Farina 2011) discutono oggi perché alcune volte (mediamente nel 20% dei casi), la mente permanga ferita nonostante le sue capacità di autoriparazione, come se fosse un formicaio mai più agguistato da chi lo abita. Alcune ipotesi parlano di un apprendimento al terrore, per cui il sistema mentale reagisce in modo convulso a ogni potenziale minaccia. E' come se il formicaio, ripristinato il funzionamento ordinario, reagisse a ogni nuvola come all'ombra del bastone di cui porta il ricordo. L'ipotesi è, in questi casi, che qualche sentinella di troppo sia rimasta di guardia all'esterno del formicaio e per prudenza, troppo spesso mandi segnali di allarme. Nel caso della mente umana, si tratterebbe, in questi casi, di avviare un processo di guarigione mandando a riposo i processi di allertamento o addestrarli a distinguere i nuovi pericoli dai ricordi traumatici.

Altre teorie ipotizzano che il trauma psichico sia dovuto a elementi o processi che sono stati perduti, smarriti nel caos della situazione iniziale (Van der Hart, Nijenhuis, Steele 2011). Nell'analogia del formicaio, è come se qualche formica con ruoli chiave fosse rimasta bloccata sotto una pietra, nei pres-

si del formicaio e non riuscisse tornare al suo posto. Se queste parti del sistema vivente hanno le chiavi di accesso a qualche magazzino importante (viveri nel caso del formicaio, idee, ricordi e capacità nel caso della mente umana), l'insieme ricostruito funziona a fatica. Guarire il trauma, all'interno di questo scenario, significa facilitare il ritrovamento dei ricordi smarriti, la connessione delle emozioni bloccate, il recupero delle funzioni psicologiche incomplete.

## SOFTWARE E CLOUD

La seconda similitudine che presentiamo è stata fortemente apprezzata in ambiti tecnici e operativi. Davanti a persone preparate in ingegneria, informatica, comunicazione, logistica, gestione risorse, abbiamo proficuamente paragonato la mente umana a un insieme di software e il cervello a un hardware. Si tratta di una metafora che appartiene alla storia della psicologia (Morgan 2012), è considerata superata dalla letteratura scientifica e ha molti limiti.

I computer, infatti, sono solo esecutori di calcoli. Per quanto siano sofisticati, sono pur sempre macchine, che mancano di quella componente vitale, autopoietica e di autoorganizzazione che caratterizza i sistemi viventi (Maturana e Varela 1985).

Consapevoli dunque di usare questa similitudine per motivi didattici e non per modellizzare una realtà ben più complessa, abbiamo trovato funzionale, per certi interlocutori, partire da questo pallido paragone per parlare della forza della mente e delle sue sofferenze. Riportiamo ora il racconto di questa similitudine.

Per comprendere cosa sia la mente in emergenza (e quale sia il ruolo degli psicologi in questi contesti) è indispensabile avere chiaro cosa sia la mente, altrimenti detta

psiche. Il senso comune spesso confonde mente e cervello, forse anche perché alcuni psicologi amano ricordare che ogni processo psichico individuale lascia una traccia o evidenza una corrispondenza a livello di strutture nervose. Far coincidere tuttavia semplicemente mente e cervello è un errore di tipo riduzionista e cercheremo di spiegare il perché. Come primo indicatore, potremmo segnalare che esiste una rivista divulgativa di qualità, che si chiama “Mente & Cervello”. Possiamo anche ricordare che esistono professioni diverse, con percorsi di laurea diverse: gli psicologi (che si occupano della psiche) si formano alla Facoltà di Psicologia mentre i neurologi (che si occupano del cervello) si formano a Medicina. Coloro che si occupano delle connessioni tra mente e cervello si chiamano neuropsicologi o psicobiologici e si specializzano in questi settori venendo o da una preparazione medica o da una psicologica. Per intenderci, parleremo qui del cervello come di un organo biologico che sta nella scatola cranica, costituito da cellule nervose, cellule gliali e molto altro, che funziona con scambi biochimici e piccole cariche elettriche. Parleremo invece della psiche individuale (esiste anche una mente collettiva, di cui non parleremo qui) come un insieme di funzioni precisamente studiabili scientificamente: memoria, ragionamento, emozioni, percezioni, stati di coscienza, linguaggi. Usando un paragone molto approssimativo, ma utile a orientarsi, potremmo dire che la mente è come software, mentre il cervello è come hardware. Alcuni pensano che tutto ciò che è “soft” sia di poco valore, perché leggero come parole al vento, mentre ciò che è “hard” sia veramente importante, perché tangibile, pesante e consistente. Chi s’intende d’informatica ben sa che si tratta di

un grave errore: alcune aziende produttrici di software hanno assunto così valore da giungere a fagocitare grandi aziende produttrici di hardware. Il software dunque (la psiche nel nostro discorso) non va sottovalutato: esso è potente, così come lo è l’hardware.

Hardware è dunque, nei computer come nel caso del cervello, un sofisticato sistema integrato di componenti fisiche, all’interno del quale si possono rilevare complessi scambi elettrici. Nel caso del computer, esso è fatto di plastica, metalli, vetro e moltissime connessioni tra le componenti (unità di memoria, elementi circuitati etc.), accuratamente studiate. Poco potrebbe fare tuttavia il migliore hardware (ad esempio un superbo elaboratore acquistato direttamente in fabbrica) se non venisse dotato (e non fosse stato a monte progettato per l’uso) di qualche programma software.

Come può essere definito, invece, il software per non addetti ai lavori? Forse come un insieme di programmi che includono procedure e istruzioni, più o meno coerenti tra loro, che dicono all’hardware come funzionare.

A livelli molto basilari anche giovani studenti possono oggi concepire e scrivere piccoli programmi software, anche senza ricorrere a hardware particolari: si tratta di stringhe d’istruzioni che usano semplici regole logiche e particolari linguaggi. Questo può forse essere detto dei software: sono programmi d’azione basati sulla logica e sul linguaggio. Il linguaggio dunque, può generare azioni significative! Nella nostra analogia, l’insieme complesso e stratificato di software, che costituisce la mente umana, viene acquisito e caricato in memoria tramite i processi di apprendimento formali (scuola, libri etc.) ed informali (interazione quotidiana con la real-

tà e con altri esseri umani).

Le relazioni tra hardware e software sono particolarmente interessanti per quanto riusciamo a capire, noi utenti comuni: ciascuno può stare al mondo senza l'altro, ma ciò non avrebbe molto senso. Un computer senza alcun software (neppure quello di base, che comprende il sistema operativo) sarebbe un inutile soprammobile. D'altro canto, un programma software, più o meno complesso, che non potesse "girare" su una macchina, sarebbe ugualmente poco utile al mondo. Ciascuno dunque sembra essere fatto per l'altro, pur potendo sussistere ed essere studiato in qualche modo senza l'altro. Similmente si potrebbe dire delle relazioni tra mente e cervello.

Questa complementarità può generare situazioni particolari: possono esistere hardware sovra dimensionati (con troppe risorse) rispetto ai semplici software che devono "far girare" abitualmente o viceversa, possono esistere programmi che non riescono a funzionare perché caricati in hardware che non hanno le caratteristiche sufficienti per eseguire tutte le istruzioni richieste.

Ciò si può dire anche in certe situazioni della mente umana: a volte il sistema nervoso ha potenzialità e spazi del tutto inutilizzati, altre volte le persone non funzionano perché vengono loro proposti processi mentali che non sono in grado di gestire con le risorse neurologiche che hanno.

Cosa accade quando un computer dà sintomi di mal funzionamento? Spesso il servizio di assistenza propone di riavviare il computer, rivelando così che anche le "macchine che apparentemente non sbagliano mai" in realtà funzionano con alcuni processi random e qualche errore lo fanno. Se il riavvio non funziona, possono essere formulate diverse ipotesi. Potrebbe esserci

un problema di "hardware" (paragonabile a un problema organico e neurologico, volendo parlare di cervelli) oppure di software (cioè di funzionamento degli apprendimenti o di esecuzione dei ragionamenti o dei modelli d'azione).

Gli psicologi clinici sono paragonabili a esperti di "software", capaci di individuare problemi di funzionamento mentale. A volte, per migliorare le prestazioni mentali, basta concedersi una dormita: è come se il sistema complessivo avesse bisogno di "svuotare la cache". In questi casi, le fatiche mentali sono legate alle molte ore di lavoro protratto, durante le quali la mente si è impegnata in tanti e diversi processi, che sono rimasti parzialmente aperti.

Altre volte la mente non funziona a causa d'idee o emozioni disfunzionali, suggerite o apprese negli scambi esterni. Si tratta come di "virus informatici": processi mentali, informazioni, linguaggi che interferiscono con altri programmi o addirittura escludono l'accesso ad alcune componenti dell'hardware (la tastiera del computer, la capacità di proferir parola nella persona umana). Ne sono un esempio i ragionamenti controfattuali, spesso presenti nelle sindromi post traumatiche. Tali schemi di ragionamento pongono domande insolubili (del tipo: "cosa sarebbe successo se mi fossi comportato diversamente da quello che ho fatto?"), che creano un rimuginio e mandano in "loop" i sistemi mentali.

Altre volte i problemi non sono dati da programmi malevoli, ma da interferenze tra software non compatibili tra loro o che usano le medesime risorse dell'hardware o che vanno a cercare risorse che quello specifico hardware non possiede più. In questi casi è necessario a volte aggiornare i software, inserire o riposizionare dei file, collegare nuo-

ve componenti hardware e così via.

Nel caso di malfunzionamenti psichici questo significa a volte dover recuperare ricordi, modificare idee o modi di pensare o gestire le proprie emozioni e relazioni.

Comprendere se il malfunzionamento di un computer sia dovuto a problemi di hardware o di software (o anche dall'interazione tra i due livelli) è probabilmente più facile che fare una simile diagnosi differenziale in caso di malfunzionamento mentale. Le connessioni tra mente e cervello sono ancora difficili da comprendere per noi umani. Facendo perno sul paragone che stiamo usando, possiamo dire che la situazione è complicata dal fatto che esistono software in grado di emulare elementi di hardware. Con opportuni programmi, si può far credere allo stesso elaboratore di essere un lettore musicale, una console di gioco, un disco di memoria esterno, una calcolatrice tascabile e molto altro. Si possono anche creare tasti virtuali, cioè immagini simboliche che, una volta "virtualmente premute con un clic" hanno effetti concreti sull'hardware, come se fossero tasti reali.

Simili fenomeni avvengono nella mente umana: immagini, ricordi e simboli (come sono le parole) sono in grado di agire sull'hardware al punto da suscitare il pianto, alterare l'attività elettrica cerebrale, creare conseguenze registrabili a livello di pressione sanguigna, di respirazione, di secrezione ormonale etc.

Volendo applicare questo paragone al funzionamento della mente in emergenza, in che modo esso può aiutarci a comprendere i fenomeni in atto?

Innanzitutto ricordando alle persone più critiche che la psicologia non è fatta di parole al vento, realtà superflue in contesti dove sembrano prioritarie le azioni "concrete

e pesanti". Opportuni schemi di ragionamento, linguaggi, comunicazioni emotive, possono profondamente incidere sulla ricalibrazione emotiva, cognitiva e comportamentale delle persone e dunque sulle loro capacità di fronteggiare le crisi e ricostruire. Attraverso la metafora hardware/software si potrebbe anche rendere comprensibile ai non addetti ai lavori l'azione degli psicologi: alcuni dialoghi, in funzione diagnostica, servono a comprendere il funzionamento mentale dell'altro, altri a valutare l'eventuale presenza di processi emotivi e/o cognitivi (software) disfunzionali, altri ancora a facilitare il processamento delle informazioni o degli apprendimenti necessari in un contesto nuovo.

Infine, abbiamo usato questa similitudine per ribadire l'importanza delle attenzioni relazionali in emergenza: così come gli attuali computer utilizzano ampiamente memorie e programmi dislocati in "cloud", così la mente umana conta su gli altri. Parti delle memorie personali sono depositate nei luoghi e negli oggetti. La loro distruzione o sparizione, in contesti drammatici, causa forti disfunzionalità alle menti "software" che contano su di essi per funzionare. Per questo motivo va posta molta attenzione al recupero degli luoghi e degli oggetti in emergenza, al loro uso e all'introduzione di nuovi artefatti. Come appare con grande evidenza soprattutto con gli anziani, la migrazione forzata e la perdita repentina dei propri oggetti più importanti, può mettere in crisi il funzionamento mentale anche di base.

Alcuni "programmi mentali" hanno inoltre bisogno di altre persone, perché concepiti in termini intersoggettivi, come se fossero "in cloud". La perdita di queste persone importanti causa dei gravi blocchi al funzionamento mentale. Facilitare il ricongiun-

gimento relazionale e/o l'elaborazione dei lutti dovuti a perdite improvvise significa ripristinare le condizioni affinché anche i singoli possono nuovamente tornare a "funzionare". Al termine di questa presentazione vogliamo sottolineare ancora una volta l'importanza di calibrare, in ambito formativo, queste similitudini alla cultura degli interlocutori. Solo agganciandosi alle più forti conoscenze dell'altro si possono realizzare alcune trasformazioni delle rappresentazioni, in termini di apprendimento. Chi non conoscesse realmente un formicaio o avesse vaghe e confuse conoscenze in-

formatiche, rischierebbe di recepire questi discorsi come semplici ed eteree allegorie. La costruzione di metafore<sup>2</sup> basate sulle due similitudini che abbiamo proposto, risulta persuasiva solo quando uno dei termini della similitudine è ben conosciuto (Perelman 1981)

Esse si prestano ad articolazioni narrative capaci di dare senso alle azioni sul campo e di comunicare a terzi il senso stesso del lavoro psicologico. La loro ricchezza può facilitare il lavoro euristico, partendo dall'idea che alcuni elementi della similitudine non siano stati ancora esplorati.

---

<sup>2</sup>Una metafora si genera dal collegamento sintetico degli elementi delle due realtà connesse con l'analogia. Nei casi esposti, sono metafore le immagini di "formiche soldato che difendono le parti profonde della mente", "sentinelle del trauma psichico", "cittadini del formicaio", "ragionamenti malware", "cervello che stacca la spina" etc..

## Bibliografia

Antonietti, A., Cantoia, M.E.A., (2012) Indagare le concezioni ingenuie su mente e corpo, *Psicologia e Scuola*, N. Febbraio, pag. 1-8

Antonietti A., Cantoia M.E.A. (2013) Per i bambini la mente è diversa dal cervello. *Psicologia e Scuola* N.6 pag. 11 – 16.

Iannello P., Antonietti A. (2006) Rappresentazioni della mente. *EDUCatt Università Cattolica*.

Gandolfi A. (2008) *Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità* Bollati Boringhieri, Torino.

Knowles M.; Holton E.F. III, Swanson R.A. (2008) *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*. Franco Angeli, Milano.

Lakoff, G., Johnson, M. (1998) *Metafora e vita quotidiana*. Bompiani, Milano.

Liotti G., Farina B. (2011) *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina, Milano.

Marchetti A., Massaro D. (2002) *Capire la mente. La psicologia ingenua del bambino*. Carocci, Roma.

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

Morgan G. (2012) *Images. Le metafore dell'organizzazione*. Franco Angeli, Milano.

Perelman C. (1981) *Il dominio retorico: retorica e argomentazione*. Einaudi, Milano.

Sbattella F. (2005) *Competenze in psicologia dell'emergenza: verso una definizione di ruoli e saperi*. *Nuove Tendenze della Psicologia*, vol. 3/2, p. 261-281.

Sbattella (2009) *Manuale di Psicologia dell'emergenza*. Franco Angeli, Milano.

Sbattella, F. (2012). *Reframing, metafore e relazioni*. *Cambiamenti* N. 2/2012 pag 2-14.

Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K. (2011), *Fantasma del sé. Trauma e trattamento della dissociazione traumatica*. Raffaello Cortina Editore Milano.



# Gruppo, sistema, inter-soggettività: la mente caleidoscopio

Gianfranco Bruschi<sup>1</sup>, Chiara Castelli<sup>2</sup>, Marina Morini<sup>3</sup>, Alessia Ravasini<sup>4</sup>,  
Andrea Torsello<sup>5</sup>

## Sommario

Gli autori del presente lavoro intendono portare l'attenzione sulla proposta di un percorso psicoterapeutico di gruppo che trae riferimento da un modello di Psicoterapia Sistemica Integrata. I contributi della psicoterapia sistemica alle terapie di gruppo pongono l'accento sul gruppo come sistema, allo stesso modo della famiglia e di altri sistemi di relazioni. Viene così delineato un concetto di gruppo come matrice di relazioni nuove, rispetto a quelle storicamente vissute dai soggetti partecipanti, improntate nel qui ed ora, nel presente di una mente immanente, come intesa da Gregory Bateson (1976). Il gruppo diventa contesto in cui le identità dei soggetti coinvolti si regolano con nuove alterità e rispecchiamenti, provocando operazioni di assimilazione per mantenere coerenza identitaria e di accomodamento per apportare le modifiche di relazione con il sé e con il mondo, accrescendo la complessità della persona. La prospettiva di una visione soggettiva dell'esperienza terapeutica di gruppo, porta a considerare la scoperta dei neuroni specchio come chiave interpretativa di un processo continuo di scambi di informazioni differenti, per somiglianza o per diversità, per avvicinamento o allontanamento, immaginabili come un caleidoscopio che attraverso la luce permette di vedere angolazioni e colori diversi, che si moltiplicano all'infinito, riferite allo stesso materiale riflessivo.

## Parole chiave

Gruppo, sistema, inter-soggettività, modello integrato, mente, processo mentale

## Abstract

*The authors of this paper intend to bring attention to the proposal of a group psychotherapeutic process that draws reference from a Systemic Psychotherapy Integrated model. The contributions of systemic psychotherapy in group therapies emphasize the group as a system, just as the family and other relations systems. In this way, a concept of group as a starting point for new relationships, different from those experienced in the past by the participants, is defined. These kind of relationships take shape in the here and now, in the present of an immanent mind, as interpreted by Gregory Bateson (1976). The group becomes the context in which the identities of those involved*

---

<sup>1</sup>Didatta Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata email: gianfranco.bruschi@gmail.com

<sup>2</sup>Allieva IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata email: K.castel@yahoo.it

<sup>3</sup>Allieva IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

<sup>4</sup>Didatta Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata email: alessia.ravasini@libero.it

<sup>5</sup>Allievo IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata email: drtorselloandrea@gmail.com

*interplay with new otherness and reflections, causing operations of assimilation and accomodation in order to mantain identity's consistency and arrangement and to modify the relation between oneself and the world, enhancing the self-complexity. The perspective of a subjective view of the experience of group therapy, lead to consider the discovery of mirror neurons as the key to understanding a continuous process of exchanges of different information, for similarity or difference, for approaching or removal, conceivable as a kaleidoscope that, through the light, allows to see different persectives and colors which multiply limitless, relating to the same reflective material.*

**Key words**

*Group, system, intersubjectivity, integrated model, mind, mental process*



## PREMESSE TEORICHE ALLA PSICOTERAPIA SISTEMICA INTEGRATA DI GRUPPO

Il gruppo in psicoterapia sistemica riveste diverse funzioni nell'ambito del contesto di inter-soggettività: l'altro come limite e confronto con realtà sociale, gruppo come guida di riferimento, apprendimento emotivo situato in un qui ed ora, in un contesto ricostruito dai significati scambiati nell'interazione gruppale, differenziazione di diverse posizioni che diviene possibile in un gruppo attraverso l'espressione inter-soggettiva, l'altro che diviene regolatore delle emozioni per il solo fatto che esiste e che ci si deve confrontare con lui.

L'informazione che circola nell'interazione è energia per la persona, come la luce solare lo è per le foglie degli alberi, così lo spazio vuoto della relazione è tensione ed energia nel gruppo e in qualsiasi rapporto umano: in qualche modo potremmo dire che è una differenza di significati costruita e mediata attraverso il linguaggio, che a sua volta crea differenza in una coscienza che è incarnata, situata in un contesto spazio temporale storico e prospettico nelle relazioni.

Il gruppo inoltre, è situato nello spazio interpersonale per cui percepiamo le relazioni come qualcosa che vediamo dal nostro punto di vista e in successione temporale, in base ai quali facciamo le nostre distinzioni. Quando siamo dentro al gruppo come sistema le nostre distinzioni diventano relative e il nostro solo uno dei mondi possibili. Il rispecchiamento in relazione di tali mondi aiuta la "calibrazione" in senso batesoniano dei significati attribuiti incessantemente alla nostra esperienza, per differenza o per imitazione ripetuta dell'esperienza.

### **Persona, gruppo e contesto**

L'essere individui ci pone inevitabilmente in

posizione di soggetto dell'azione e del significare ciò che vediamo dal nostro punto di vista, anche l'altro che abbiamo di fronte. Lo stesso facciamo con il tempo nel quale siamo collocati: il passato che viene significato nel linguaggio è legato all'oggi con vincoli di coerenza personale e non di verità, per cui il qui ed ora dell'incontro di differenti punti di vista cambia contesto e permette di ri-attribuire nuovi significati.

«Comunemente si crede che esista un mondo oggettivo cui siamo costantemente legati, ma da cui al contempo ci distinguiamo, in quanto soggetti di esperienze relative a quello stesso mondo. La nozione di soggettività diviene così una linea di demarcazione, una sorta di definizione per contrasto, da cui traiamo il nostro ubi consistam, il solido fondamento della nostra individualità personale» (V. Gallese, 2010).

Le categorie anguste di significato, nelle quali siamo abituati a incasellare logicamente la nostra esperienza, discreta e parziale, in un contesto spazio-tempo di confronto di gruppo possono essere messe in gioco quando le osserviamo negli occhi degli altri e la nostra mente le riflette come uno specchio di varie forme e colori.

La relazione si costruisce nella differenza, si potrebbe dire, che si rinnova e si organizza continuamente, dalle cellule staminali agli esseri umani che continuano le relazioni che sono, a loro volta, in continua trasformazione.

Il contesto sembra quindi la chiave di tutto. Contesti presenti, passati, futuri, appresi, inventati, presenti... Allucinati, dimenticati, distorti ... Sfondi della nostra esperienza vissuta che fanno da impalcatura all'attribuzione di senso.

Nel contesto di gruppo lo sviluppo dell'identità come epistemologia, come "ap-

prendimento 2" (Bateson, 1976) che diventa da opportunità un vincolo (costruito storicamente e linguisticamente nella storia delle relazioni), rompe i soliti schemi e porta a dover prestare attenzione al rapporto con gli altri e a quello che succede nel contesto di gruppo stesso. Si recupera la dimensione processuale dell'identità, nel processo circolare di conoscenza e apprendimento 1, 2 e 3, in cui il 3° livello permette di rivedere le premesse sull'imparare ad imparare e quindi un cambiamento di paradigma o epistemologia individuale (Giordano, Curino, 2013). In altre parole la forma si fa processo (Madonna, 2013).

### **Gruppo come sistema - mente batesoniana**

I fenomeni di un contesto relazionale di gruppo possono essere osservati come un processo mentale, considerando quanto descritto da Bateson con i 6 criteri di "mente" al quale possiamo aggiungere anche il 7°: la distribuzione della conoscenza nelle parti del sistema deve essere necessariamente ineguale (Giordano, Curino, 2013).

Ricordiamo i 6 criteri di mente di cui parla Bateson (1976):

Criterio 1: aggregato di parti interagenti.

Criterio 2: l'interazione è attivata dalla differenza.

Criterio 3: il processo mentale richiede energia collaterale.

Criterio 4: il processo mentale richiede catene di determinazione circolari.

Criterio 5: nel processo mentale gli effetti delle differenze devono essere considerati come trasformati (cioè versioni codificate) della differenza che li ha preceduti.

Criterio 6: la descrizione e la classificazione di questi processi di trasformazione rivelano una gerarchia di tipi logici im-

manenti ai fenomeni.

Il 7° criterio dice che nel processo mentale l'informazione deve essere distribuita in modo non uniforme fra le parti interagenti. L'autore riflette sull'utilità della distribuzione diseguale dell'informazione in un sistema, chiedendosi se questa segretezza non sia fatta per essere rivelata ad un certo tempo e che questo tempo sia riconosciuto quando l'informazione di contesto cambia.

Questa utilità può rendere conto dello sviluppo dell'embrione, ma anche dei riti sacri o religiosi in diversi passaggi del ciclo vitale o del cambiamento in terapia. La differenza di sapere viene considerata come fattore di unità e flessibilità nei sistemi, mantenimento di confini interni attraverso un'ignoranza riflessiva. Come il "sacro" appare in relazione con la non conoscenza del tutto.

Si tratta di un costrutto molto utile se vogliamo ipotizzare l'organizzazione dei sistemi viventi come un processo continuo attivato e regolato dalla differenza di informazione che i diversi organismi (o anche cellule singole) sono in grado di apprezzare. Se non vi fossero differenze distinguibili non vi sarebbe informazione e quindi nemmeno processo di conoscenza o apprendimento in un contesto. Lo possiamo vedere nei processi di crescita biologica che si realizzano negli organismi viventi anche i più semplici, come ci ricorda E. Morin (Manghi S., 2009).

Se consideriamo il linguaggio lo stesso possiamo dire quando i discorsi sono già conosciuti: il processo si blocca, non c'è cambiamento o se c'è questo non è spontaneo ma forzato da un'interazione istruttiva esterna o interna all'individuo. Come dice Kenny (1999, articolo su Oikos.org) si tratta di "discorsi morenti". Se invece le differenze di punti di vista, di conoscenza, di esperienza emotiva e cognitiva ci sono e possono

essere messe una accanto all'altra (abduzione, analogia, riflesso, doppia descrizione, ecc.) le persone partecipanti al discorso possono accedere ad un livello di "discorso vivente", attivato dalla differenza e regolato dal contesto di apprendimento della terapia di gruppo. La regolazione avverrebbe per calibrazione successiva e reciproca in una sorta di coordinazione dei significati.

Rispetto a calibrazione e retroazione, Bateson (1976) fa l'esempio della carabina che permette di mirare un bersaglio con aggiustamenti retro-attivi (retroazione, cioè in base alla scoperta di errori) fino ad arrivare alla posizione giusta per sparare e fare centro. Diverso è il caso della calibrazione nel quale di fronte al lancio di un piattello occorre affidarsi ai propri sensi e tentare di colpire senza avere la possibilità di auto correggersi, presupponendo un lungo esercizio per imparare. Il contesto di apprendimento in questi due tipi di azione cambia: nella retroazione c'è la possibilità di fissarsi su ogni singolo atto e auto correggersi per massimizzare consapevolmente il risultato, come nelle macchine. Nella calibrazione questa possibilità non c'è e occorre affidarsi alla formazione sensibile, estetica, di un aggiustamento progressivo interiore. Le condizioni di partenza cambiano ogni volta, come nelle relazioni umane.

Nell'apprendimento si forma la triade tra due eventi successivi ed un terzo che può o no dare rinforzo alla successione, determinando anche il conferimento di un valore positivo e quindi di una memoria utile (abduzione). In ambedue i casi sopra esposti c'è una triade, ma le condizioni per un rinforzo cambiano.

### **Inter-soggettività e gruppo terapeutico**

Interessanti connessioni possono crearsi tra i 7 criteri visti (specie l'ultimo) e il costrutto di

inter-soggettività. Nel gruppo terapeutico la conoscenza reciproca interattiva possiamo dire che avvenga per differenza nel rapporto sé-altro. «La costituzione dell'identità sé-altro è cruciale per lo sviluppo di forme più articolate e sofisticate d'intersoggettività. Questa relazione d'identità, trasversale a tutte le forme di relazione interpersonale, è stata definita come sistema della molteplicità condivisa (shared manifold, Gallese, 2006). Secondo quest'ipotesi, è il sistema della molteplicità condivisa che rende possibile il riconoscimento degli altri umani come nostri simili, che promuove la comunicazione intersoggettiva, l'imitazione e l'attribuzione d'intenzioni agli altri, o almeno le forme più elementari di tale attribuzione, nonché la comprensione del significato delle sensazioni ed emozioni esperite dagli altri» (Gallese, 2010).

Il gruppo terapeutico costituisce dunque un sistema comunicante emotivamente interconnesso come una totalità sistemica: «il meccanismo che abbiamo definito come 'simulazione incarnata' (embodied simulation, Gallese 2006, 2007b). Un meccanismo che, secondo questa ipotesi, ci conferirebbe la possibilità di comprendere direttamente e senza mediazioni teoriche molteplici aspetti dell'agire ed esperire altrui, per così dire, 'dall'interno'. (...) È un processo funzionale che caratterizza la vita mentale, in quanto produttore di contenuti ricchi di significato. Ma è altresì incarnato non solo in quanto sub-personalmente realizzato a livello neuronale, ma soprattutto perché utilizza preesistenti modelli delle interazioni tra il sistema cervello-corpo e il mondo» (Gallese, 2010).

Il gruppo esercita un ruolo significativo nel processo di socializzazione, fornendo un contesto condivisibile di sostegno e possi-

bilità di cambiamento (Yalom, 1997).

Le sue funzioni terapeutiche e trasformativo, come sottolinea Galluzzo (2007), sono legate alla possibilità di mettere in relazione descrizioni differenti dello stesso fenomeno (informazione = differenza, Bateson, 1976), favorendo l'emergere di nuove storie attraverso il riconoscimento delle risorse. L'introduzione di un terapeuta come facilitatore, catalizzatore e perturbatore delle dinamiche gruppali (Asen 2002) stimola la «co-creazione di un linguaggio più adeguato ad affrontare i problemi e l'evoluzione del gruppo verso nuovi significati grazie alla conversazione» (Anderson, Goolishian, 1992). I partecipanti apprendono aspetti importanti e trasformativi di se stessi attraverso il riconoscimento condiviso, nei contesti generati nel processo terapeutico di gruppo.

## **ASPETTI METODOLOGICI E STRUMENTI**

### **Applicazioni del modello nei Centri di Salute Mentale**

I gruppi terapeutici sperimentali attivati nell'anno 2014 presso il CSM Est di Parma sono stati due: uno dedicato a utenti del Centro di Salute Mentale Est con difficoltà relazionali e di gestione delle emozioni e l'altro dedicato a familiari di utenti del CSM Est con patologia dell'area psicotica e bipolare. Entrambi i gruppi hanno avuto il loro avvio tra marzo e aprile concludendosi in dicembre, per un totale di 15 incontri a cadenza quindicinale con una pausa in estate. Durante gli incontri sono stati utilizzati diversi strumenti fra cui la schematizzazione del processo che faceva attivare nei pazienti pensieri negativi e che abbiamo chiamato con i partecipanti al gruppo in modo metaforico "Bolla dei pensieri".

La creazione di questo nome, avvenuto a

termine della costruzione dello schema, deriva dalla consapevolezza, prodotta durante l'incontro, che una volta individuati i meccanismi di produzione di alcuni pensieri, essi, se riconosciuti, si possono controllare perché funzionano come bolle di sapone che attraverso la loro trasparenza, modificano la nostra visione del mondo ma che allo stesso tempo, si possono far scoppiare con un soffio di vento.

La definizione dello schema in metafora ha aiutato a dare un diverso tono di colore al meccanismo e a ridimensionare il sentimento di impotenza che provocava ai partecipanti quando il circuito si attivava. La metafora infatti, è importante per la conoscenza e definizione della realtà e struttura la nostra attività quotidiana (Lakoff, Johnson, 1998) richiamando nuove realtà e creando nuove conoscenze tramite la concretizzazione dei significati.

La metafora in terapia può essere utilizzata per stimolare i pazienti a riflettere per risvegliare dubbi su alcune convinzioni negative, creare nuovi schemi relazionali, individuare soluzioni ai problemi (Casula, 2002), quindi ci sembrava particolarmente appropriato in questo caso.

Per la costruzione dello schema abbiamo proceduto proponendo ai pazienti di provare a disegnare insieme su un cartellone lo schema della dinamica che porta "allo stare male".

Dallo schema sono emerse poco per volta diverse parole chiave che si connettevano fra di loro creando un preciso movimento che poteva sembrare un vortice e che si muoveva in senso circolare: ogni passaggio riportava passo a passo a quello precedente dando l'impressione di non poterne fermare la progressione.

L'educazione e il senso di responsabilità

portavano i pazienti a “fare troppo” nel tentativo continuo di rispondere e controllare gli eventi. Non sempre però, il far troppo, poteva funzionare: quando questo accadeva compariva il senso di colpa e senso di inefficacia che produceva malessere e solitudine. Nel caso in cui invece il “far troppo” portava al successo, l’esito a favore del soggetto ingabbiato in questa dinamica interna, poteva essere comunque negativo: il troppo lavoro portava ad esaurire le energie e quindi a stare comunque male.

Si sono aperti molti spunti di riflessione, come ad esempio la consapevolezza che spesso quando si fa troppo ci si aspetta una ricompensa che poi non arriva, rimanendo delusi.

Ma quando tutto questo può essere bloccato? Forse solo quando ci si rende conto che serve “conservare se stessi” e non prendersi carico di tutto: sembra quasi che nel momento in cui si riesca a discriminare tra le responsabilità proprie e quelle degli altri le cose vadano meglio.

Nasce la consapevolezza che tutti quei pensieri non siano altro che una “bolla” creata dall’educazione che è stata impartita e poi da noi stessi.

## **Applicazioni del modello in Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo**

Nel giugno del 2014 presso il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo, in collaborazione con il Day Hospital dell’ospedale Maggiore di Parma, nell’ambito del progetto Argonauti<sup>6</sup>, sono stati avviati incontri di gruppo a cadenza settimanale con durata di un’ora ciascuno con una utenza che proveniva sia dalla Clinica Psichiatrica ospedaliera, dal Day Hospital e dalla popolazione, dimessa da tali servizi, proveniente dal territorio di Parma e Provincia.

La strutturazione di uno spazio di gruppo è avvenuta progressivamente, attraversando i vari livelli di complessità e connessione tra gli operatori del comparto medico-infermieristico e l’equipe di psicologi e psicoterapeuti appartenenti al progetto Argonauti, sviluppando, nel divenire della pratica clinica, un assetto di spazi e routines dinamici e ricorsivamente organizzati. Basti pensare come, inizialmente, il conduttore del gruppo era un solo psicologo, successivamente, per approssimativamente un anno, è stato affiancato stabilmente da due colleghe, una psicologa e una counselor; ultimamente la conduzione si è nuovamente modificata ed

---

<sup>6</sup>Il progetto “Argonauti” all’interno dell’SPDC dell’AUSL di Parma è partito in via sperimentale il 1 luglio 2012, attivato dal Dott. Antonio Restori, facendo seguito alla proposta del responsabile del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di avviare percorsi di affiancamento dell’area della Psicologia Clinica alle attività dell’SPDC. Il gruppo di lavoro del progetto Argonauti in questi due anni si è mosso, insieme agli operatori del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, promuovendo sostanzialmente un’attività capace di stimolare nuovi significati e nuove narrazioni alla sofferenza delle persone ricoverate, al fine di restituire una collocazione storica e relazionale alla crisi che potesse permettere non solo all’individuo di orientarsi temporalmente e spazialmente nella sua storia di vita, ma che consentisse anche una lettura dei bisogni della persona più allargata, considerando nella presa in carico non solo il paziente ma il paziente-in relazione con le figure per lui significative.

L’idea è stata quella di pensare a una “cura” non più unicamente per il singolo, ma piuttosto per il suo contesto-famiglia, in modo da ottimizzare e incrementare quegli aspetti di resilienza funzionali ad un aumento del benessere e ad una riduzione delle ricadute. L’attivazione prevede tre mezzogiornate a settimana in cui vengono svolti colloqui individuali o familiari con i pazienti identificati dall’equipe medica.

Dalla primavera 2014 il progetto si è arricchito con l’attivazione dei gruppi psicologici del mercoledì mattina in SPDC; inoltre da giugno sono partiti i gruppi di auto-mutuo-aiuto con i pazienti dello SPOI e del DayHospital. Gli psicologi specializzandi in psicoterapia attivi sul progetto sono cinque, con frequenza di un massimo di un’annualità ciascuno.

è composta da uno psicologo, in continuità dal giugno 2014, affiancato da un membro dell'equipe Argonauti su turnazione settimanale in quanto l'esperienza clinica si è svolto in contesto di formazione-tirocinio per specializzandi in psicoterapia. Si evidenzia come nel tempo si sia modificato il setting: per il primo anno il gruppo si è tenuto presso una sala lungo il corridoio del Day Hospital, mentre dal Dicembre 2015 si svolge presso la sala da pranzo della Clinica Psichiatrica.

Ciò che ha da sempre caratterizzato il contesto di gruppo proprio del SPOI è stata una pressoché totale assenza di informazioni diagnostiche sui partecipanti, e l'unica liaison con il sistema di cura era, ed è, sul livello della partecipazione: in un buon numero di sedute erano e sono presenti uno psichiatra specializzando e/o un infermiere, concedendo un ampliamento delle possibilità interattive tra i vari membri che partecipavano al gruppo.

La non selezione dei partecipanti, la compresenza di più figure appartenenti al sistema di cura, la volontarietà nella presenza dell'utenza, la libertà di potersi inserire e uscire in ogni momento dal setting di gruppo, la scelta da parte dell'utenza del tema proprio di ogni seduta hanno rappresentato fin da subito una modalità sperimentale di approccio alla clinica gruppale e un tratto distintivo di tale pratica in un contesto tanto specifico e con una popolazione tanto diversificata.

Addentrando, ora, negli aspetti precipui dell'intervento proponiamo un assioma che ha caratterizzato il qui e ora del gruppo: non possiamo che essere in relazione, in quella dimensione di ipseità e alterità a cui nulla si sottrae, che tutto anticipa (Bateson, 1976; Bianciardi, 2008). L'incontro con un grup-

po aperto caratterizzato da proprietà di tale complessità ha concesso un affaccio su di una realtà dinamica in cui aspetto saliente è risultato il carattere dialogico dell'esser-ci. Nel multi-verso delle narrazioni che si intrecciavano in un dialogo aperto incentrato sulle sofferenze e i vissuti, sulle emozioni che vi si accompagnavano e sulla generatività di nuove storie possibili sui medesimi contenuti è avvenuto progressivamente con il formalizzarsi di un setting che ha privilegiato come strumenti di accompagnamento nelle sedute gruppali il reframing, l'uso della metafora e il *reflecting* team tra gli psicologi presenti in seduta e tra psicologi e gruppo stesso.

I processi di analisi e rilettura (reframing) dei vissuti e delle emozioni che hanno sotteso l'incorporamento (Gallese, 2007) dell'esperienza hanno rappresentato il fulcro degli interventi di conduzione e facilitazione da parte degli psicologi tali da generare, nello scambio dialogico e interattivo tra i partecipanti, una possibile condivisione di parti di storie, di possibili strategie funzionali al fronteggiamento di stati psicopatologici, garantendo un empowerment ed un recupero di agency da parte degli individui rispetto alla propria storia e al proprio progetto di vita. Tali processi sono stati avviati utilizzando di sovente una riflessione che mosso dallo psicologo, avveniva sia con che tra i membri del gruppo. Il reflecting team, tecnica utilizzata nell'approccio socio-costruzionista (Andersen, 1987), è stata declinata progressivamente in una modalità che vedeva ogni membro del gruppo essere potenzialmente un elemento con cui riflettere su quanto emergeva di volta in volta nel contesto di gruppo, permettendo ad ognuno di essere soggetto-oggetto della riflessione stessa, in una trama che intrecciava sempre più sto-

rie e possibili modalità nuove di emersione dall'acquitrino della sofferenza. Ognuno, difatti, ha potuto concedersi di riflettere su quanto udiva fuori e dentro di sé, evocando, in forma virtuale e dialogica, nuove modalità più efficaci di risposta alle difficoltà esperite, riportando a una dimensione di azione e controllo possibile su emozioni e contenuti di sovente abnormi, soverchianti e indefinite. Ridefinire i confini della propria sofferenza è stata una proprietà emergente del processo di gruppo, in cui ognuno, secondo le proprie capacità e modalità, ha legittimato sé nell'incontro con l'altro e l'altro nell'accostamento a sé.

Il gruppo è divenuto nel divenire delle sedute, dove alcuni dei partecipanti oramai presenziano chi dal luglio 2014, chi dal dicembre 2015, un luogo di incontro, una **Agorà** intima e cangiante in cui sostare per scorgere, in sicurezza, le proprie e altrui difficoltà, creare dialoghi e transazioni emotive in cui lo scambio e la condivisione hanno rappresentato i vettori per riappropriarsi di ciò che appariva compromesso, di quanto non poteva e non era compreso dalle relazioni più quotidiane e significative, per riaprire gli occhi su di un mondo relazionale nuovo, rispettoso e affatto squalificante. La metafora è stata quel terreno in cui, con estrema complessità e altresì difficoltà, si è irrobustito il processo di incontro tra le differenti soggettività, creando uno spazio di rilettura comune, in cui ognuno potesse riconnettersi con il proprio corpo (Casulla, 2002), con le proprie narrazioni, con le

proprie emozioni riducendo il rischio di reificazione e isolamento. Questo processo di proiezioni analogiche si riferisce all'organizzazione delle nuove esperienze, creando nuovi domini di conoscenza ed esperienza. In questi casi si parlerà di metafore non convenzionali, le quali sono strettamente attinenti ai modi personali, ma pure grupपालi, di pensare o di comprendere certi aspetti del reale nei termini di altri e, in quanto portatrici di un "nuovo modo di vedere le cose", costituiscono un importante elemento nella modificazione creativa del significato e del sistema concettuale dell'individuo (Lakoff, Johnson, 1998). Questo ha permesso un aumento nel controllo percepito di alcuni vissuti intrisi di sofferenza o anche solo la possibilità di confinare emozioni che spesso risultavano o del tutto sconosciute, ridotte a un punto, potremmo dire, o talmente vaste da non essere racchiudibili in uno sguardo introspettivo. La metafora è stata un costrutto che progressivamente si è mutata in un processo metaforico, certamente difficile e incompiuto, che ha consentito agli psicologi e al gruppo una perturbazione che originasse un nuovo e poliedrico ancoraggio alla realtà (Gordon, 1992) delle storie che si intrecciavano di seduta in seduta, promuovendo un benessere raccolto anche nella unicità di ciascun qui e ora, dalla semina che il gruppo, di volta in volta, avesse mutato in frutti.

### **L'esperienza dei Gruppi multifamiliari<sup>7</sup>**

I Gruppi multifamiliari si presentano come

---

<sup>7</sup>Esperienza iniziata nel 2008 e conclusasi nel 2012, con un numero medio dei partecipanti di 8-10, principalmente padri e madri, mariti e mogli e qualche sorella, con cadenza quindicennale, della durata di un'ora e mezzo, i conduttori erano due terapeuti della famiglia, un educatore counsellor familiare e un infermiere professionale. Il gruppo era aperto ed era ammesso l'ingresso di nuovi membri nel corso del suo sviluppo. Gli invii avvenivano da parte dei medici del Centro di Salute Mentale.

un insieme di persone con storia, un insieme di famiglie che hanno già una loro storia di relazioni e che sono disposte a intrecciarsi con altre famiglie. Attraverso l'analisi delle storie che i membri delle famiglie raccontano e si raccontano, è possibile individuare i valori, i principi a cui si sentono vincolati, i modi in cui si definiscono e definiscono gli altri, l'identità del gruppo e le spiegazioni che danno delle loro relazioni. La finalità del gruppo non può che essere allora centrata sulla costruzione e sulla ricostruzione di relazioni.

Queste relazioni sono possibili solo a condizione di rappresentare la propria sofferenza e condividerla col gruppo che assume su di sé il difficile ruolo di mente allargata, amplificando così le possibilità di individuare risorse e fornire speranze (Piperno R., 1999). Lo scopo, quindi, è volto a far emergere, condividere e potenziare la componente virtuosa e sana dei nostri pazienti che quotidianamente passa silenziosamente sotto i nostri occhi e che gli stessi familiari ignorano o sottovalutano, perché accecati dal dolore e dalla rabbia che nasce dalla frustrazione di vivere quotidianamente accanto al disturbo psichico. Un'altra finalità è quella di creare un luogo emotivo dove confluire ogni esperienza significativa, dove è possibile piangere, arrabbiarsi, ma anche raccontare i progressi verso la propria autonomia e cercare riconoscimento e valorizzazione delle proprie qualità, dove le relazioni crescono attraverso il confronto con gli altri e diventano più mature attraverso lo scambio di pensieri, emozioni, esperienze.

Una premessa condivisa dei conduttori riguarda la caduta del mito del conduttore come osservatore esterno e neutrale a favore di una concezione che reintegra il conduttore nel gruppo e lo

corresponsabilizza nella funzione di co-costruire contesti di significato e nuove storie. La considerazione, da parte dell'osservatore, della propria osservazione, gli mostra la relatività del proprio punto di vista rispetto a tutti quelli possibili; ma gli mostra anche l'ineludibilità dei vincoli che l'essere un sistema biologico, psicologico e sociale pongono alla possibilità e capacità di osservazione.

### **Strumenti**

Restori (2014, p.8) ci ricorda che "Lo strumento più prezioso che abbiamo a disposizione è il nostro corpo in relazione: essere consapevole del corpo nel corpo (*kayanupassana*), delle sensazioni nelle sensazioni (*vedananupassana*) e della mente nella mente (*cittanupassana*); è da qui che scaturisce l'arte, la creatività". Questa è la premessa da cui partiamo: il nostro corpo rappresenta lo strumento principale con cui raccogliamo le informazioni affidandoci alla nostra sensibilità percettiva per agire movimenti che possono creare armonie dove i tempi sono interrotti, bloccati, a volte spezzati, o disarmonici. Se si è aperti e presenti a sé si colgono le informazioni che quel sistema (famiglia o gruppo) contiene, ma se la mente è piena di idee, non si ha spazio per il nuovo. Se si utilizza il pensiero come referente nelle relazioni, si rischia di saturarle e, considerato come l'attaccamento rallenta l'intelligenza e come un piccolo gesto funziona come una matrice nel nostro cervello che amplifica dei movimenti, è importante affidarsi a quello che si è percepito nel corpo senza fidarsi troppo degli strumenti mentali, che precedono la soluzione della vecchia mente. La presenza mentale attraverso l'attenzione delle nostre sensazioni nel corpo dà forza e apre: in tal senso

l'essere centrati permette di non identificarsi, sbilanciarsi e/o proiettare. Risulta utile cogliere la tossicità di alcuni abiti (abitudini) mentali che addormentano la consapevolezza e ci ipnotizzano disconnettendoci dal proprio corpo (Ravasini A., relazione nel 5 ° Residenziale Idipsi - "Il corpo in relazione"). Restori A. (op. cit.) fa una rassegna degli strumenti che lo psicoterapeuta può utilizzare - reflecting team (Andersen, 1987), reframing (White, 1992), uso delle metafore (Casula, 2002, Erickson, 1983, Gordon, 1992), sculture (Satir, 1964, Caillé, 2005, Vallario, 2011), simulate, costellazioni familiari (Hellinger, 2005, 2006, 2007) - e che possono rappresentare interventi utili da proporre all'interno dei gruppi considerando la premessa iniziale di come il proprio sentire rappresenta il corpo che muove, in rispetto del timing e delle sue intuizioni, gli strumenti che permettono di far suonare i diversi elementi del gruppo in una loro sensibilità estetica.

### **META-RIFLESSIONE DA PARTE DEI CONDUTTORI**

Uno strumento, a livello meta-riflessivo, utilizzato per coordinarsi tra gruppi di lavoro e allargare il confronto tra terapeuti operativi in contesti clinici differenti è stata l'intervisione. Sono state condivise in particolare le diverse riflessioni sulle esperienze fatte: i terapeuti hanno infatti adattato il proprio modello di lavoro alle esperienze con i gruppi; il modello si è, inoltre, integrato in base alla esperienza clinica e al contesto professionale in cui ci si trovava. E' emerso come ci fossero degli aspetti di risonanza comune rispetto ad alcune premesse e quindi l'idea era di potersi confrontare circa le curiosità, i modelli e le esperienze dei terapeuti, soffermandosi sugli aspetti riguardanti il ruolo

di conduttore ed i ruoli che si sono assunti all'interno di questi gruppi e ragionando sull'esistenza di un meta-modello che può avere una struttura comune e condivisa.

Le tematiche su cui i conduttori si sono confrontati sono state:

- Quale è stato il ruolo che si è sentito all'interno del gruppo. E, i partecipanti, che ruolo potrebbero aver attribuito ai conduttori?
- Rispetto ai gruppi e alle esperienze diverse (gruppi chiusi/aperti, durata diversa, premesse diverse), secondo i terapeuti, in che modo il modello sistemico-relazionale è stato utile per lavorare con questi tipi di gruppi e in che modo.
- L'esperienza di co-conduzione: quali risorse e quali criticità.

### **CONCLUSIONI**

Sono state diverse le esperienze di gruppi portate nel contributo, svolte in contesti organizzativi differenti, con premesse diverse, con problematiche differenti e fasi diversi del ciclo di vita. Ci è sembrato interessante riflettere sulle premesse comuni con cui ci si è inseriti nelle diverse esperienze, adattando con ampia flessibilità il modello sistemico integrato. In tal senso ci è sembrato possibile parlare di meta-modello proprio perché il modello si può adattare nei diversi contesti in cui viene incarnato, ma sembra esserci un meta-modello, un modello del modello, che trova una riflessione comune e condivisa.

Restori (op. cit., p.16) ricorda che "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.” Cigoli e Andolfi (2004) in tal senso aiutano a distinguere tra meta-modello e modello: “Il primo è una cornice di pensiero, che a sua volta influenza la costruzione di modelli di pensiero il cui scopo però è la verifica empirico-clinica.”

Dentro a queste premesse, “gli strumenti che utilizziamo sono intesi come nuove possibili lenti di osservazione, danze terapeutiche, attraverso cui fare nuove esperienze di conoscenza del mondo e consapevolezza di sé” (Restori, op. cit., p. 16). Gli strumenti portati in

questo contributo sono solo alcuni, consci che la nostra punteggiatura è solo uno dei tanti possibili modi di descrivere un processo più complesso di cui siamo stati parte.

La consapevolezza di avere e di usare strumenti che fan parte di modelli di intervento e di pratica clinica, che richiedono di essere calibrati nei diversi contesti clinici, aiuta a sviluppare una sensibilità estetica dei diversi modi con cui è possibile essere in relazione e, al contempo, osservare il processo di cui s'è parte.



## Bibliografia

- Andersen T. (1987). Riflessioni sul riflettere con le famiglie. In McNamee, S., Gergen, K. (a cura di) (1998). *La terapia come costruzione sociale*. Franco Angeli: Milano.
- Anderson H., Goolishian H., (1992). I sistemi umani come sistemi linguistici: implicazioni per una teoria clinica, *Connessioni*. 2, 1-29
- Asen E. (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3-16.7
- Andolfi M., Cigoli V. (2004). *La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Bateson G. (1996). *Questo è un gioco. Perché non si può mai dire a qualcuno: «Gioca!»*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bateson G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bianciardi M. (2008). Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale, *Connessioni*. 20, 157-172.
- Casula C., (2002). *Giardinieri Principesse Porcospini - Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. Milano: Franco Angeli.
- Gallese V. (2007). Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività, *Rivista di Psicoanalisi*, LIII, 1, 197-208.
- Gallese V. (2010). Neuroscienze e fenomenologia. *Enciclopedia Treccani terzo Millennio*.
- Galluzzo W. (2007). Approccio sistemico alla terapia di gruppo. *Psicobiattivo*, 27, Milano: Franco Angeli.
- Giordano C., Curino M.G. (2013). *Terapia Sistemica di Gruppo*. Roma: Alpes Italia.
- Gordon D. (1992). *Metafore terapeutiche. Modelli e strategie per il cambiamento*. Roma: Astrolabio.
- Kenny V. (26.03.99). *Verso un'Ecologia della Comunicazione - Discorsi Viventi e Discorsi Morenti in Psicoterapia*, 2015. Articolo sul web: [www.oikos.org](http://www.oikos.org)
- Lakoff G., Johnson M. (1998). *Metafora e Vita Quotidiana*. Milano: Bompiani.
- Manghi S. (2009). *Il soggetto ecologico di E. Morin*. Trento: Erickson.
- Madonna G. (2013). *La psicoterapia attraverso Bateson*. Milano: Franco Angeli
- Piperno R. (1999). Oltre la "psicoeducazione": un gruppo multi-familiare con parenti di pazienti psicotici secondo un modello sistemico-relazionale. *Terapia Familiare*, 60.
- Restori A. (2014). L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato. *Cambiamenti*. 1, 7-17.



# Dal peccato originale di Adamo ed Eva al senso di colpa nei sistemi

Alberto Cortesi<sup>1</sup>

## Sommario

In che modo i sistemi definiscono i problemi che devono essere affrontati? Quali epistemologie utilizzano per fronteggiare i problemi? Questo articolo intende fornire delle risposte a questi quesiti mettendo al centro dell'attenzione la dimensione emozionale della colpa e del senso di colpa. In particolare cercherà di argomentare come il superamento della modalità etero-attributiva della colpa possa costituire la base di un'epistemologia diversa da quella tradizionale che può essere utilizzata con profitto soprattutto nei contesti caratterizzati da una significativa conflittualità.

## Parole chiave

Emozioni, sistemi, colpa, senso di colpa, epistemologia, auto-attribuzione, etero-attribuzione

## Abstract

*How do the systems define the problems that need to be addressed? What epistemologies systems use to address the problems? This article aims to provide answers to these questions by putting the focus of the emotional dimension of blame and guilt. In particular, try to argue that overcoming mode hetero-attribution of guilt can be the basis for an epistemology different from the traditional that can be used profitably, especially in contexts characterized by a significant conflict.*

## Key words

*Emotions, systems, blame, guilt, epistemology, self-attribution, hetero-attribution*

---

<sup>1</sup>Didatta Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata email:acortesi@inwind.it

## LE EMOZIONI NELL'APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE

La letteratura sistemica, almeno fino agli '80, si è occupata in modo del tutto marginale delle emozioni.

In effetti, l'origine della scuola sistemica è rintracciabile nella teoria dei sistemi (Von Bertalanffy, 1969) e della cibernetica (Wiener, 1968) applicata alle macchine (come si sa le macchine non si...emozionano) e all'essere umano.

La "scatola nera", esemplificazione della cibernetica, pone attenzione al rapporto tra ciò che entra nel sistema (input) e ciò che ne esce (output), ovvero i comportamenti comunicativi.

A questo approccio, definito anche come prima cibernetica, è subentrato quello relativo alla seconda cibernetica che ha spostato il centro dell'attenzione sulle modalità con le quali la realtà e i relativi significati sono costruiti dall'osservatore. Pertanto, nemmeno nel passaggio dalla prima cibernetica, centrata sul tema della comunicazione, alla seconda cibernetica, centrata sulla costruzione dei significati, si osserva uno spostamento significativo sulle emozioni.

Occorre aspettare gli anni '90 per trovare i primi contributi che prestano attenzione anche alle emozioni dell'osservatore.

Fruggeri (1992) descrive quanto e come la dimensione emozionale possa costituire una importante risorsa: *«Le emozioni del terapeuta sono indicatori della relazione di questi col paziente in quanto costituiscono degli indicatori di come il terapeuta stesso partecipa attraverso i propri sistemi di valutazione alla costruzione del processo interattivo con i membri familiari»*.

Matteo Selvini (2006) tenta di definire le ragioni che possono plurideterminare le emozioni del terapeuta in modo che questi pos-

sa utilizzarle come guida per la definizione delle ipotesi.

Ugazio (1998 e 2012) compie un'opera straordinaria tentando di definire in un'ottica sistemica genesi e funzionamento di alcune delle principali psicopatologie (disturbi fobici, ossessivi, alimentari, depressivi) e dei nessi con alcune emozioni (ansia, depressione, rabbia, mortificazione).

L'attenzione alle emozioni compare in altri approcci teorici: basta pensare alla rilevanza del transfert e del controtransfert nella psicoanalisi e al cognitivismo (Ekman, 2009) che, tra l'altro, definisce un ventaglio di emozioni tra quelle primarie (gioia, tristezza, paura, rabbia, sorpresa, interesse, disgusto) e quelle secondarie (vergogna, senso di colpa, invidia, gelosia) contaminate dalle funzioni cognitive.

La scoperta dei neuroni a specchio (Rizzolatti e Gallese 1996), ovvero il meccanismo neurofisiologico che permette agli altri esseri umani di entrare in relazione con gli altri, di comprendere il significato delle azioni altrui, di imitarle e di afferrare le intenzioni che ne sono alla base, offre una base neurobiologica attraverso cui spiegare concetti di natura psicologica e segna un punto di non ritorno per molti approcci psicoterapeutici che, in effetti, hanno messo al centro dell'attenzione la dimensione relazionale e le relative componenti emozionali.

In effetti, nel convegno SIPSIC del 2011 (La psicoterapia in evoluzione; nuove idee a confronto) molti degli interventi proposti da esponenti delle scuole italiane di psicoterapia sembravano disputarsi l'incorporazione dei contributi derivati dalla scoperta di neuroni a specchio.

Tra questi l'Istituto IDIPSI, che ha avuto l'onore di invitare a questo convegno lo scienziato che ha fatto questa scoperta (Gia-

come Rizzolatti), propone la coniugazione dell'epistemologia sistemica con l'attenzione per il corpo e le emozioni.

## **COLPA, SENSO DI COLPA ED ESPIAZIONE**

In questo scritto l'attenzione verterà su una particolare emozione: *“la colpa, ovvero il senso di colpa”*.

Del tema della colpa già se ne era occupato il primo libro della Bibbia, la Genesi, attraverso la narrazione del peccato originale (colpa) di Adamo ed Eva. Dio proibisce ad Adamo e a Eva di mangiare il frutto dell'albero “della conoscenza del bene e del male” ma essi, seguendo il consiglio del serpente, lo mangiano divenendo così consapevoli di sé stessi e delle cose. Per punizione, Dio li caccia dall'Eden, li priva dell'immortalità e li condanna ad affrontare i dolori e le difficoltà dell'esistenza.

Da questa narrazione, Dio e le divinità diventano dispensatori di punizioni e sollievi, di malattie e di guarigioni.

Innumerevoli civiltà hanno adottato la pratica del sacrificio umano per irretire le divinità e renderle nuovamente propizie.

Solo con il positivismo, e relative scoperte scientifiche, il legame tra colpa e malattia si allenta, ma non ancora si dissolve: come se nell'inconscio collettivo permanessero residui. Come spiegare altrimenti le affermazioni del cardinale Siri, nel non lontano 1987 (intervista a “Il Sabato”): *«[L'Aids] è un castigo di Dio, evidentemente, perché prima non c'era. [...] È una malattia terribile che colpisce il peccato direttamente. Purtroppo la malattia si espande da costoro agli altri, innocenti, e così li hanno sulla coscienza. [...] Il mondo ha progredito soprattutto nei sette peccati capitali. Dio per risposta ci ha mandato l'Aids»*.

La colpa costituisce un concetto cardine della teoria psicoanalitica, ovvero quello del conflitto intrapsichico; lo stesso Freud (1915) affermò: *«Il Super-lo impone all'lo inerme, che è in sua balía, criteri morali rigorosissimi è in generale il rappresentante delle esigenze della moralità, e d'un tratto ci rendiamo conto che il nostro senso morale di colpa esprime la tensione fra l'lo e il Super-lo»*.

La colpa, e il senso di colpa, costituiscono un'emozione radicata nella psiche umana che guida in modo rilevante il comportamento degli individui.

Il senso di colpa è descrivibile (Klass, 1987) come una sensazione negativa che coinvolge la disapprovazione di propri pensieri, sensazioni o azioni.

Questa emozione che si accompagna alla sensazione di aver commesso un errore, come quando si trasgredisce una norma, tende ad attivare comportamenti riparativi.

Le persone assumono, in base alla propria personalità e al contesto relazionale nel quale sono coinvolte, degli *stili attribuzionali* (Di Blasio e Vitali, 2001) della colpa.

Gli stili auto-attribuzionali consistono nella propensione ad attribuire a sé e al proprio comportamento la causa di quello che accade, gli stili etero-attribuzionali agli altri.

## **COLPA, SENSO DI COLPA E SISTEMI RELAZIONALI**

La letteratura sistemico relazionale apparentemente sembra poco interessata alla colpa o al senso di colpa; apparentemente, perché è qui intenzione mettere in luce quanto, in realtà, giochino un rilevante ruolo nella definizione della domanda di interventi di natura psicologica e nelle possibili risposte.

Per Bateson (1984) l'informazione è costi-

tuita da una differenza rilevabile nel mondo esterno.

Tra le varie informazioni che un essere umano può rilevare, vi può essere la percezione di un problema.

In questa accezione, un problema diventa tale solo quando si rileva una differenza.

Differenza che ci può essere, ad esempio, tra un alunno che apprende con successo e un alunno che apprende con difficoltà (disturbo specifico di apprendimento), tra un membro familiare che si alimenta in modo abnorme e altri che si alimentano normalmente. In effetti, se tutti gli alunni apprendessero poco, o tutti i membri familiari si alimentassero in modo abnorme, non ci sarebbe differenza, quindi non ci sarebbe informazione e, in ultima analisi, non ci sarebbe problema; ma nel momento in cui si evidenzia un'informazione, l'essere umano tenta di dare un senso a quanto osserva.

Questo tentativo, in genere, si appoggia su un errore epistemologico, giacché l'umano ragiona per lo più utilizzando il concetto di causalità lineare propria del mondo delle cose, ovvero del *Pleroma* (Bateson, 1976), e non la causalità circolare degli esseri viventi, ovvero della *Creatura* (Bateson, 1976).

La conseguenza di ciò si traduce nel tentativo di identificare delle cause unilaterali per spiegare i problemi, ma attribuire una causalità lineare coincide con l'attribuzione di colpe.

L'insegnante, a fronte dell'alunno che apprende poco, si deve districare in una dicotomia nella quale dovendo scegliere se auto-attribuire a sé la causa/colpa ("sono incompetente") o attribuirla ad altri ("sono i genitori che non motivano/seguono il figlio"), probabilmente sceglierà l'etero-attribuzione.

Nello stesso modo, il genitore tra la scelta di auto-attribuire la causa/colpa ("*Non sono un buon genitore*") ed etero-attribuir-la ("*Sono gli insegnanti gli incompetenti*"), probabilmente sceglierà l'etero-attribuzione.

Ciò potrà comportare l'attivazione di una relazione conflittuale, carica di tensione tra genitori e insegnanti di cui spesso sarà il figlio/alunno a farne le spese.

Ogni parte tenterà di identificare potenziali alleati attraverso cui coalizzarsi contro l'altra parte. A tale scopo insegnanti e/o genitori si possono rivolgere a un sistema di cura (per es. uno psicologo) affinché si schieri dalla loro parte.

Un'esemplificazione si può trarre dal caso di invio "semispontaneo" qui sotto riportato (Cortesi 2013, pp. 13):

*«(...) arriva al servizio N.P.I.A. la richiesta di una mamma di valutare il figlio che, come riferiscono gli insegnanti, si comporta male a scuola. (...) I genitori si rivolgono allo psicologo senza condividere le ragioni della scuola. La motivazione che ha attivato i genitori non pare essere quella di aiutare il figlio, che ritengono non abbia problemi, ma di contrastare la definizione della scuola ("Il bambino è problematico perché si comporta male"), tentando di stabilire una "coalizione" (Minuchin, 1974) con lo psicologo. Con queste premesse lo psicologo, se accettasse di occuparsi di questa situazione, entrerebbe a far parte di questo sistema non per soddisfare la richiesta, mancante, di aiutare il bambino, ma coalizzandosi, a prescindere dalla propria volontà, con una delle due parti a detrimento dell'altra; in effetti, se confermasse che il bambino è problematico darebbe ragione agli insegnanti e torto ai genitori, se non confermasse darebbe ra-*

*gione ai genitori e torto agli insegnanti; in ogni modo si cristallizzerebbe la tensione scuola- famiglia a detrimento del figlio-alunno».*

Tornando all'altra esemplificazione, nella logica dello stile etero-attributivo, il membro familiare con disturbo alimentare contesterà chi lo controlla o critica per il suo comportamento alimentare, mentre gli altri membri familiari potranno identificarlo come malato. Ciò comporterà l'attivazione di una relazione conflittuale tra i membri familiari. Un possibile esito potrà essere quello di rivolgersi a un sistema di cura con attese diversificate: i membri familiari di curare il malato, il membro familiare di essere lasciato in pace.

Pertanto, il sistema di cura sarà forzato ad esprimere posizioni e punti di vista che lo sbilancino a coalizzarsi da una parte o l'altra.

Il terapeuta sistemico, consapevole dei rischi che comporta l'assunzione di una posizione di coalizione, può assumere una posizione di "neutralità" per prevenire una probabile disputa per l'attribuzione della colpa, come suggerisce una delle tre linee guida descritte da Selvini-Palazzoli et altri (1980) per la conduzione delle sedute di terapia della famiglia «(...) noi poniamo ogni cura nel cogliere e neutralizzare al più presto qualsiasi tentativo di coalizione, seduzione o relazione privilegiata che un membro o un sottogruppo della famiglia tenti di fare con noi».

Un possibile ruolo del terapeuta può essere riassunto dal pensiero di Bateson (1976, pp. 232):

*«(...) la terapia è un tentativo di mutare le abitudini metacomunicative del paziente. Prima della terapia il paziente pensa e agisce in base a un insieme di regole per la costruzione e la comprensione dei mes-*

*saggi; dopo una terapia riuscita, il paziente opera in base a un diverso insieme di regole».*

In altre parole il terapeuta, al fine di favorire la metabolizzazione del senso di colpa, potrà operare per ridefinire l'epistemologia frequentemente utilizzata da famiglia o singolo; ovvero, uscire dalla logica della causalità lineare "*c'è un problema e quindi occorre trovare una causa, ovvero un colpevole*", per abbracciare quella che afferma "*c'è una differenza che crea un problema e quindi occorre allearsi per affrontarlo*".

E' un po' il tentativo che attua White (1992) con la tecnica dell'esternalizzazione del sintomo che consiste nella trasformazione del sintomo in caratteristiche esterne: ovvero separare la persona dal suo problema, che viene trasformato in un personaggio autonomo contro cui deve essere ingaggiata la battaglia, e sollevarla assieme al suo sistema relazionale dalla dimensione colpa in modo da ridurre la tensione ed ampliare le possibilità di soluzione che spesso, per mancanza di un'adeguata distanza emotiva, non possono essere viste.

Nei casi qui esemplificati, il mancato apprendimento può diventare la "*signora dislessia*" e il disturbo alimentare "la *signora malattia*" che entrano a far parte della famiglia come membri immaginari e non come aspetti qualificanti del soggetto sintomatico ("*è dislessico*", "*è anoressico*"). E' contro questi membri immaginari che i diversi componenti della famiglia, compreso il membro portatore del sintomo, possono coalizzarsi. Le esemplificazioni qui presentate, relative a difficoltà dell'apprendimento e alimentari, non sono state selezionate in modo casuale, poiché presentano caratteristiche che facilitano, più di altre, l'attivazione di dinamiche conflittuali:

- le difficoltà di apprendimento poiché riguardando una terra di mezzo nella quale il sistema scuola e il sistema famiglia, governati da logiche diverse, si confrontano e spesso configgono;
- i disturbi alimentari, poiché si riferiscono a dinamiche familiari (Ugazio, 1998 e 2012) caratterizzate dall'azione del costrutto bipolare vincente-perdente che di sua natura innesca momenti competitivi.

I contesti interattivi relativi a determinate problematiche e caratterizzati dall'utilizzo di un'epistemologia causale lineare favoriscono, come già evidenziato, l'attivazione di una dinamica conflittuale che mette in gioco, in una prospettiva cognitivo-evoluzionista (Liotti e Monticelli, 2008) il sistema motivazionale di rango (competizione) con l'effetto di complicare il quadro complessivo e di allontanare la possibilità di identificare soluzioni positive.

Se l'obiettivo è di trovare delle soluzioni positive, diventa necessario adoperarsi per attivare il *sistema motivazionale cooperativo* (Liotti e Monticelli, 2008) che, tra l'altro, permette l'accesso a quella dimensione intersoggettiva che distingue la specie umana da quella animale e che contraddistingue il funzionamento di quella parte del cervello più evoluta, ovvero quella neocorticale (McLean, 1970).

Il cervello neocorticale, che presiedendo le funzioni del pensiero e del linguaggio, sostiene le competenze narrative dell'essere umano.

Lo strumento della *narrazione*, secondo l'ottica decostruzionista (Lai 1988), potrebbe aiutare le persone a decostruire un'identità unica e rigida in modo di potere cambiare le narrazioni (White, 1992) che organizzano le interazioni con il mondo e così

favorire il superamento di stati di disagio.

Il modello trigerazionale (Bowen, 1979; Boszormenyi-Nagy, Framo, 1971; Andolfi, 1995, 1998) fornisce un possibile percorso per fuoriuscire dalla disputa tra le parti del sistema, diluendo la colpa tra più generazioni, lavorando sull'idea che il comportamento di un membro familiare possa essere legato non tanto alle emergenze o bisogni della famiglia in cui vive, ma di quelli sperimentati nella sua famiglia d'origine.

### COLPA, SENSO DI COLPA E SISTEMI ISTITUZIONALI

Dopo aver affrontato nel paragrafo precedente come l'attribuzione della colpa può generare situazioni problematiche che possono essere fronteggiate caso per caso (dimensione clinica), ora si intende descrivere una via di fronteggiamento istituzionale che può valere non solo per il caso singolo, ma per l'insieme dei casi che afferiscono ai sistemi sociali.

I sistemi sociali inizialmente tendono a rifiutare le istanze della minoranza perché, conformisticamente si identificano con l'opinione maggioritaria senza metterla in discussione. (Moscovici, 1981).

Le minoranze sono vissute dalla maggioranza per lo più con sospetto, se non in modo negativo, e spesso vengono a loro attribuiti comportamenti deplorabili e/o colpevoli.

Come affermano Goolishian, Anderson e Winderman (1986) «*Sono i problemi condivisi nella comunicazione che definiscono e demarcano il sistema*» ad es. basta pensare a come la maggioranza vive gli emigrati e gli omosessuali; li ritiene colpevoli di qualche aspetto connotato negativamente, rispettivamente per le usanze e costumi idiosincratici o per l'orientamento sessuale considerato innaturale.

In questo modo, i problemi condivisi dalla maggioranza sanciscono la frammentazione dei sistemi (italiani vs extracomunitari, eterosessuali vs omosessuali).

Tuttavia, la frammentazione dei sistemi rappresenta un problema non solo per le minoranze, ma anche per le maggioranze nel momento in cui, rendendosi conto che non possono eliminare le minoranze o le differenze, o che comunque queste hanno ragioni plausibili, comprendono che una strada conveniente può essere quella dell'integrazione e del superamento dell'attribuzione di colpe.

Il mondo scolastico costituisce sempre di più un luogo di incontro e di scontro tra maggioranze e minoranze e proprio per questo è diventato, pur tra innumerevoli difficoltà, un crogiuolo di trasformazioni sociali. In che modo l'istituzione scuola, che ha il compito istituzionale di trasmettere saperi e educazione, fronteggia le situazioni in cui non raggiunge i propri scopi e quindi entra in una dimensione problematica?

Una possibile via è che gli insegnanti cerchino i colpevoli.

Se ciò accade, come si già spiegato precedentemente, è probabile che si generi competizione tra insegnanti e genitori nell'etero attribuzione di colpe ed eventualmente, cerchino una coalizione rivolgendosi al sistema di cura.

Una via alternativa, complementare e più complessa, è che le istituzioni attraverso processi di decostruzione e costruzione cambino il modo di affrontare e considerare i problemi.

E' quello che storicamente, dall'unione della nazione ad oggi, è accaduto: le istituzioni sono intervenute a più riprese per affrontare in modo sistematico e strutturale i problemi che strada facendo si sono evidenziati in-

troducendo nuove leggi che, grazie ai loro effetti, hanno generato cambiamenti.

La progressione di questi processi di cambiamento è qui sotto descritta.

- Nel 1800 un problema sentito era costituito dall'analfabetismo di una parte significativa della popolazione, specialmente per quella che, appartenente ai ceti meno abbienti, non poteva/voleva permettersi l'istruzione:
- ecco che la legge Coppino (1877) istituisce l'istruzione obbligatoria da 6 a 9 anni e così affronta l'analfabetismo dei meno abbienti; rimane però aperto il problema dei soggetti diversamente abili che non possono fruire adeguatamente di questa opportunità in quanto non apprendono sufficientemente;
- ecco che la legge 1859 (1962) istituisce le classi speciali per "tardivi e falsi minorati psichici, per minorati psichici o fisici, per ambliopi e sordastri" e così affronta le difficoltà di accesso all'apprendimento: rimane però aperto il problema dell'integrazione sociale di questi soggetti;
- ecco che la legge 104/1992 istituisce l'opportunità di integrazione dei soggetti "handicappati" (abolizione delle classi speciali e introduzione dell'insegnante di sostegno) e così affronta il problema della loro integrazione: rimane però aperto il problema di quei soggetti che, pur non handicappati, non apprendono come ci si attende;
- ecco che la legge 170/2010 istituisce le misure compensative e dispensative a favore dei soggetti DSA con disturbi specifici di apprendimento e così affronta i loro disagi: rimane però aperto il problema dei soggetti non DSA con difficoltà di apprendimento;

- ecco che la direttiva Miur (2012) definisce le misure di inclusione dei soggetti (BES) con Bisogni Educativi Speciali (bambini con disturbi evolutivi specifici, svantaggio socioeconomico, linguistico, culturale) e così affronta i loro disagi: rimane però aperto il problema dei fannulloni o bamboccioni?

## CONCLUSIONI

Questo contributo ha cercato di evidenziare come esistano modalità di fronteggiare i problemi alternative a quelle tradizionali.

L'epistemologia tradizionale si basa su una visione lineare della causalità che tende a ripercuotersi anche nel modo nel quale sono inquadrati i problemi: si evidenzia un problema, si ricerca la causa e spesso le relative colpe etero-attribuite, si appronta un intervento.

Prevede azioni che affrontano i problemi per tentare di risolverli, come nei casi qui esemplificati:

- per i disturbi di apprendimento potrebbero consistere in interventi di natura riabilitativa;
- per i disturbi alimentari potrebbero consistere in interventi di natura psicofarmacologica, psiconutrizionale, di medicina interna, psicoterapeutica.

L'epistemologia alternativa qui proposta tenta di introdurre una visione diversa: si evidenzia un problema, si costruisce una visione condivisa dello stesso scivola via da etero-attribuzioni di colpe e si appronta un intervento.

La costruzione di una visione condivisa del problema, che costituisce già di per sé un intervento, può avvalersi di diverse linee di

conduzione come quelle presentate in questo scritto:

- superamento della visione lineare;
- neutralità;
- narrazione;
- esternalizzazione del sintomo;
- modello trigerazionale
- valorizzazione dei sistemi motivazionali cooperativi.

Questa epistemologia può intervenire in soccorso a quelle situazioni per cui quella tradizionale non è sufficiente o, addirittura, rischia di produrre effetti iatrogeni (come nell'esempio riportato di Cortesi, 2013).

E' importante chiarire che non s'intende anteporre un'epistemologia ad un'altra: molte situazioni, ma non tutte, possono essere affrontate efficacemente anche con quella tradizionale.

Sta nell'etica del terapeuta effettuare delle scelte operative tra diverse epistemologie e quindi alla sua responsabilità individuare quelle più adeguate al caso specifico, per dirla con Bianciardi (2010) *«Allo stesso modo, il concetto di «cura» appare oggi fuorviante in quanto inscritto in una logica lineare che implica il ritenere possibile che il terapeuta sia separato dal sistema ed agisca su di esso in modo istruttivo; ma ciò permette di introdurre il concetto di «cura della cura», ossia di attenzione a come il processo che definiamo «cura» evolve nel tempo».*

E' interessante osservare come talvolta, ed è il caso dei disturbi di apprendimento come riportato nel precedente paragrafo, un'epistemologia alternativa possa essere praticata non solo a livello clinico, ma anche istituzionale.

## Bibliografia

- Andolfi M., Angelo C., (1985) *Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale* - in *Terapia Familiare*, 19, 17-23,
- Andolfi M. (1988) *La famiglia trigerazionale* – Bulzoni
- Bateson G. (1984) *Mente e natura* – Adelphi
- Bateson G. (1976) *Verso un'ecologia della Mente* – Adelphi
- Bianciardi M. (2010). *Evoluzione del pensiero sistemico e pratica clinica*. in *Riflessioni sistemiche*, 2, pp.201 [www.aiems.eu/archivio/files/riflessioni\\_sistemiche\\_completo.pdf](http://www.aiems.eu/archivio/files/riflessioni_sistemiche_completo.pdf)
- Boszormenyi-Nagy I., Framo J. L., (1971). *Terapia intensiva della famiglia*. Bollati Boringhieri, Torino,
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Astrolabio
- Cortesi A. (2013). *Interventi Sistemici e Sistemi di Intervento praticati in un Servizio per Minori* in *Cambiamenti*, 3, pp. 9-20
- Di Blasio P., Vitali R., (2001). *Sentirsi in colpa*. Il Mulino
- Ekman P. (1992). *Facial expression of emotion: New findings, new questions*. In *Psychological Science*, 3, 34-38
- Freud S. (1915). *Introduzione alla psicoanalisi*. Edizioni varie
- Fruggeri L., (1992). *Le emozioni del terapeuta* in *Psicobiettivo*, 3, pp. 23-34
- Goolishian H.A., Anderson H., Winderman L. (1986). *Sistemi determinati dal problema: trasformazione in terapia familiare*. In *Journal of Strategic and Systemic Therapies* Winter, 5 (4)
- Klass, E. T. (1987). *Situational approach to assessment of guilt: Development and validation of a self-report measure*. In *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 35-48.
- White M. (1992) *La terapia come narrazione*. Astrolabio
- Lai U. (1988) *Disidentità*. Feltrinelli
- Liotti G. e Monticelli F. (a cura di) (2008). *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico*. Cortina
- Mac Lean P. D. (1970) *The triune brain, emotion, and scientific bias*. In F.O. Schmitt (ed.), *The neurosciences: Second study program*, pp. 336-349. New York: Rockefeller University Press
- Moscovici S. (1981). *Psicologia delle minoranze attive*. Bollati Boringhieri
- Rizzolatti G. et al. (1996). *Premotor cortex and the recognition of motor actions*. In *Cognitive Brain Research*, Vol.3 n.2, pag.131-141
- Selvini, M. - *Introduzione al tema "controtransfert" e risonanze nelle sedute individuali e nelle sedute familiari*. Relazione al Convegno di Salice Terme 27 ottobre 2006
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1980). *Hypothesizing-circularity-neutrality*, in *Family Process*, 19, 73-85; trad. it., *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*, in Selvini M. (1985), *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*, La Nuova Italia Scientifica
- Ugazio V., (1998 1e; 2012 2e.) *Storie permesse storie proibite* – Bollati Boringhieri
- Von Bertalanffy L. *General System Theory* trad. it., (2004) *Teoria generale di sistemi* Mondadori



# La sordità nelle relazioni familiari e nella relazione terapeutica

Agostino Curti<sup>1</sup>

## Sommario

L'obiettivo del presente contributo è quello di esplorare il tema della sordità nelle relazioni familiari e terapeutiche, dal punto di vista della teoria sistemica. Prendendo spunto dall'impatto che ha sulla famiglia la nascita di un bambino sordo, l'autore analizza la forma delle relazioni che si costruiscono con la persona sorda durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta, con particolare attenzione alla fase della strutturazione dell'identità, un percorso fortemente influenzato dai sistemi dell'ambiente in cui il soggetto vive. Partendo dall'idea che quella sorda è una vera e propria cultura, caratterizzata da una specifica lingua e dall'appartenenza ad una comunità, propone poi un contributo innovativo sulle relazioni terapeutiche con la persona sorda, prendendo in considerazione il caso del paziente sordo con un terapeuta anch'egli sordo e del paziente sordo con un terapeuta udente, sottolineando le differenze di approccio e metodologia.

## Parole chiave

Sordità, Cultura, Identità, Comunicazione, Relazione, Terapia

## Abstract

*The purpose of this work is to explore the theme of deafness in the family and therapeutic relationships, from the systems theory perspective. Taking a cue from the impact that the birth of a deaf child has on the family, the author analyzes the different kind of relationship that are built with the deaf person during childhood, adolescence and adulthood, with particular attention to the phase of structuring of identity, a course strongly influenced by the systems of the environment where the person lives. Starting from the idea that the deaf one is a true culture, characterized by a specific language and belonging to a community, the author offers an innovative contribution about the therapeutic relationship with the deaf person, considering the case of a deaf patient with a therapist deaf himself and also of a deaf patient with a hearing therapist, underlining the differences of approach and methodology.*

## Key words

*Deafness, Culture, Identity, Communication, Relationship, Therapy*

---

<sup>1</sup>Allievo IV anno Istituto Di Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: agostinocurti@alice.it

## LA SORDITÀ

Quando si parla di sordità si parla di un fenomeno complesso. Importante è quindi specificare il significato dei termini usati: deficit fa riferimento alla riduzione più o meno grave dell'udito; *handicap* rappresenta l'insieme degli impedimenti e dei limiti che la persona incontra nel partecipare alle attività sociali e, pertanto, qualcosa di non oggettivamente misurabile. Quindi il deficit rimanda all'aspetto fisico della sordità ed è qualcosa di fisiologico, mentre l'*handicap* rimanda al suo aspetto sociale ed è eliminabile solo dalla volontà sociale.

La parola *disabilità*, infine, fa riferimento ad un concetto di natura complessa che deve essere "declinato al plurale" nel rispetto delle differenze, tenendo presente che oggi molti disabili si considerano portatori di una specifica cultura e, a volte, persino di una propria lingua. Oggi l'OMS propone un modello biopsicosociale, secondo il quale la disabilità rappresenta l'interazione fra gli elementi interni alla persona e gli elementi del contesto in cui essa vive, affermando l'inadeguatezza sia del modello medico (sordità intesa solo come perdita uditiva) che del modello sociale (sordità come problema creato dalla società e non attribuito all'individuo).

## LA PERSONA SORDA NELLE RELAZIONI FAMILIARI

### *Impatto della sordità sulla famiglia*

La nascita di un bambino sordo rappresenta un evento potenzialmente disadattivo per la maggior parte delle famiglie, siano esse composte da individui sordi o udenti, poiché innesca la messa in gioco di dubbi, paure, speranze e aspettative riposte sui propri figli e provoca inevitabilmente stress. Le modalità con cui la famiglia affronterà

tale evento influiranno notevolmente sia sullo sviluppo del bambino che su quello della famiglia stessa.

Nelle famiglie di sordi, il momento diagnostico non è sempre traumatico. Nelle famiglie di udenti, invece, la situazione è più complessa, anche perché, se non ci sono precedenti di sordità in famiglia, si tende a non considerare la possibilità che possa nascere un bambino con quel tipo di deficit. La nascita di un bambino sordo rompe il delicato equilibrio della famiglia ed essa avrà bisogno di aiuto per ricostruire l'omeostasi che consentirà a tutti i membri di adattarsi alla nuova situazione e proseguire nel percorso di crescita personale.

Per molti genitori la diagnosi di sordità è un sollievo (per fortuna non è ritardato!): la disperazione subentra quando lo specialista dichiara che il bambino non potrà guarire dalla sordità e per farlo sentire bisognerà sottoporlo a terapie o interventi chirurgici. Le reazioni dipendono dalla personalità del genitore, dal livello culturale, dalla storia di vita, dall'ordine di nascita del bambino: in ogni caso la ferita è profonda e la sordità può essere vissuta come una vera e propria lesione dell'integrità fisica e psicologica. Crollano le aspettative sulla perfezione del bambino e lo scontro con la realtà è molto duro.

Prima della nascita di un individuo, all'interno della sua famiglia, esisterebbe una sorta di "immagine anticipatrice", una proiezione dei desideri dei genitori sul figlio, la cosiddetta **ombra parlata** (Aulagnier, 1984). Questa immagine è ciò che guiderebbe la relazione madre-figlio, sebbene essa non coinciderà mai con l'ombra che esiste prima del bambino. La diagnosi di sordità, non essendo immediata (in genere si fa mesi o anni dopo la nascita), va a far crollare le

gratificazioni dei genitori avute fino a quel momento e li obbliga a confrontarsi con le angoscianti fantasie della gravidanza. L'immagine perduta del bambino sano richiederà la sua sostituzione con quella più realistica del bambino deficitario e ciò renderà necessaria una vera e propria elaborazione del lutto. Secondo il modello di Shontz (1967) le fasi di questo processo sono cinque e sono molto simili a quelle descritte dalla Kubler-Ross (1969).

È importante prestare attenzione alle reazioni psicologiche dei genitori di fronte alla diagnosi, perché queste influenzeranno la loro capacità di provvedere alle nuove necessità del bambino. Ai genitori si dovrebbe far capire che, nei bambini, la sordità non è ancora un handicap, ma uno stato che comporta la condivisione del problema e richiede un percorso di adattamento reciproco. I genitori non devono avere la sensazione di essere soli di fronte a qualcosa di troppo grande per loro.

### *La relazione con il bambino sordo*

È il bambino il primo a dover accettare la propria sordità, provando sulla sua pelle la sensazione di sentirsi diverso. I genitori hanno un ruolo fondamentale in questo passaggio: più il genitore percepisce il bambino diverso da sé, più il bambino, di riflesso, si sentirà diverso dal genitore.

La scelta dello stile educativo da adottare può mettere i genitori in seria difficoltà, in quanto molti pensano che l'assenza di linguaggio verbale sia un fattore molto limitante e tendono a mantenere gli scambi con il bambino ad un livello molto elementare, inadeguato alla crescente complessità delle interazioni sociali. Per quanto riguarda lo stile disciplinare, i genitori tendono ad oscillare fra due poli: possono essere autoritari e

controllanti, limitando l'autonomia del bambino, oppure possono cadere nel permissivismo totale. Comportamenti di questo tipo sono altamente distruttivi, in quanto portatori sia di scarso interesse che di basse aspettative riguardo il futuro successo dei figli. Il modello ideale è quello di una madre e di un padre autorevoli (e non autoritari!) che esercitino il proprio ruolo attraverso regole sempre motivate. Ovviamente, una premessa fondamentale di tutto ciò è la capacità di comunicare bene, e senza troppo disagio, con il figlio sordo.

Per quanto riguarda la relazione di attaccamento madre-figlio, se questa non risulta sicura, il piccolo sarà a rischio di problematiche di natura sociale anche gravi, spesso correlate a incertezza, ansia e angoscia da separazione. Purtroppo i comportamenti disfunzionali dei genitori sono frequenti, soprattutto se a livello emotivo non c'è ancora stata accettazione dell'handicap. La madre potrebbe provare "invidia" per lo specialista oppure i genitori potrebbero riversare su di lui rabbia e frustrazione. All'opposto, potrebbero sovra-stimolare il bambino, imponendogli esercizi anche a casa per fargli recuperare il tempo perduto. Non c'è motivo per pensare che il bambino sordo non possa riuscire ugualmente nel processo di individuazione/separazione dalla madre: solo, questo processo avverrà con interruzioni e discontinuità maggiori rispetto al bambino udente. I genitori sordi sono in qualche modo "avvantaggiati" perché, conoscendo le problematiche della sordità, utilizzeranno spontaneamente il contatto corporeo e la lingua dei segni sin dalla nascita del bambino.

### *La relazione con l'adolescente sordo*

Il distacco dell'adolescente sordo dai ge-

nitori e lo spostamento degli investimenti affettivi all'esterno della famiglia si scontra con l'atteggiamento iperprotettivo dei genitori stessi, conseguente alla diagnosi di sordità. Il soggetto in età evolutiva deve poter provare a modificare i limiti imposti dalla famiglia, ma se non gli è mai stata data alcuna responsabilità, egli potrebbe anche non sapere che questi limiti esistono. Nel caso contrario, il genitore potrebbe approvare incondizionatamente tutti i comportamenti del figlio, mettendo a rischio, in assenza di un sano confronto, la strutturazione della sua stessa coscienza personale.

I genitori udenti di ragazzi sordi hanno un compito molto difficile: favorire la doppia integrazione dei figli, a livello sociale e familiare. Dovranno, prima di tutto, accettare e accogliere in famiglia qualcuno che non condivide il loro codice comunicativo (e sappiamo quanto la comunicazione sia importante per l'organizzazione e la costruzione dell'identità dell'adolescente) e poi aiutarlo ad inserirsi nel contesto sociale.

Le famiglie in cui genitori e figli sono sordi hanno meno difficoltà comunicative e relazionali.

Desselle (1994) ha effettuato una ricerca sulla correlazione fra metodi di comunicazione usati in famiglia e sviluppo dell'autostima nell'adolescente sordo. Nelle famiglie in cui i genitori usano la comunicazione totale (linguaggio verbale, linguaggio normale e segni), i ragazzi sordi ottengono punteggi di autostima maggiori; inoltre i figli dei genitori che padroneggiano la lingua dei segni hanno autostima maggiore dei figli di genitori meno abili con questa forma di comunicazione.

Il ragazzo sordo avrà una maggiore stima di sé se la sordità viene considerata non una sua personale mancanza, ma un attributo

del sistema familiare. Adeguarsi alle capacità comunicative del membro svantaggiato rappresenta la strategia migliore da adottare per perseguire un buon funzionamento familiare, facendo sentire l'adolescente sordo totalmente integrato nel sistema.

I genitori, soprattutto il padre, di solito diventano bersaglio di critiche da parte dell'adolescente: quando il figlio è sordo, questa dinamica viene aggravata dal fatto che, molto spesso, il padre ha avuto un ruolo marginale, delegando alla madre tutto ciò che riguardava la sordità. Un eccessivo legame madre-figlio sordo potrebbe ostacolare la ridefinizione dei confini dei sottosistemi. Le regolazioni delle distanze, infatti, non devono verificarsi solo fra famiglia e ambiente sociale, ma anche all'interno del sistema. Gli aggiustamenti delle distanze riguardano tutte le generazioni: tra genitori dell'adolescente e nonni potrebbero riproporsi e aggravarsi vecchi conflitti oppure questi potrebbero risolversi definitivamente. Il controllo dei genitori, insieme alla conoscenza di informazioni riguardanti i figli, è molto importante nell'influenzare le scelte degli adolescenti: più un adolescente percepisce il controllo positivo dei genitori e più parla con loro, più si sente sicuro e meno probabilità ha di correre rischi o di cadere in stati depressivi. Una comunicazione aperta ed efficace è fondamentale per questo controllo. È anche vero che, in questa fase di vita, i ragazzi tendono a parlare di più con gli amici, per cui molte informazioni finiscono per rimanere inaccessibili ai genitori, creando delle situazioni potenzialmente rischiose. Un altro elemento importante nella comunicazione fra genitori udenti e figli sordi è la condivisione di un canale comunicativo: se il canale non è condiviso (es. un messaggio udibile opposto ad uno visuale), la comu-

nicazione può diventare frustrante e creare problemi.

La difficoltà in più dell'adolescente sordo sta nello scegliere con quale mondo identificarsi, se con la comunità Sorda o con la cultura udente della sua famiglia. Passare dall'una all'altra richiede sforzo e capacità di adattamento, nonché il possesso di strumenti adeguati per entrambi i mondi e non è raro vedere adolescenti sordi diventare ostili nei confronti dei propri genitori udenti a cui magari attribuiscono l'origine del loro problema. Elaborare tali sentimenti di rabbia non è facile e questo può ostacolare il processo di costruzione dell'identità che passa attraverso l'identificazione con il genitore dello stesso sesso, percepito come diverso e irraggiungibile. Il sordo cerca di conoscere persone con il suo stesso problema, per non sentirsi sempre in minoranza ed è in quel momento che entra in contatto con la comunità Sorda. Sono i ragazzi sordi, figli di genitori sordi, quelli che crescono in un ambiente in cui la sordità è considerata una condizione naturale, ad avere meno problemi di "conflitto di identità". Tuttavia, non sono esenti da difficoltà nella relazione con i pari, a causa delle limitazioni comunicative e dei problemi di accettazione della disabilità.

### *La relazione con l'adulto sordo*

Quando un adulto diventa sordo profondo o totale, la caduta in depressione è molto frequente. Mentre un sordo fin dalla nascita non sente la mancanza dell'udito perché non ha mai sperimentato come si sente, per un udente la perdita della capacità uditiva viene vissuta come un dramma personale di notevole importanza. L'individuo inizia a sperimentare la sensazione di vivere in un paese straniero ma, conservando una cul-

tura "udente", fa molta fatica ad avvicinarsi alla società Sorda. Ne risulta una crisi di identità non indifferente che può portare ad utilizzare meccanismi di negazione e di abbandono di ogni speranza, o, al contrario di rabbia e ricerca di una soluzione. D'altra parte, la perdita dell'udito di un membro della famiglia ha ripercussioni sul gruppo familiare stesso, influenzando i membri in modo differente. In particolare, ha un effetto negativo sulla comunicazione intrafamiliare, generando malintesi e tensioni.

All'interno di una coppia la sordità di uno dei membri mina fortemente la stabilità del rapporto, con effetti potenzialmente devastanti. L'obiettivo, quindi, è ritrovare un equilibrio comunicativo, ma il percorso non è facile.

## **LA PERSONA SORDA NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA**

I problemi psicologici più frequenti nelle persone sorde possono essere suddivisi a seconda dell'età del soggetto e della fase della vita che la persona sta attraversando (Carchio, 2009).

In *età evolutiva*, i bambini sordi iniziano a divenire consapevoli della propria diversità e non è anomalo che sviluppino un disturbo d'ansia; in età *adolescenziale*, i ragazzi sordi solitamente manifestano molta rabbia, in quanto devono costruire la propria identità in presenza di un "deficit" e possono avere difficoltà nei legami relazionali, quindi il rischio di isolamento è molto elevato. A questo può conseguire lo svilupparsi di disturbi depressivi, d'ansia, ossessivo-compulsivo, in taluni casi, disturbi del controllo degli impulsi; nei *rapporti di coppia*, le persone sorde possono avere difficoltà, sia per una scarsa conoscenza di se stessi e delle proprie caratteristiche personali sia perché, spesso, il matrimonio avviene in giovane

età, come fuga da situazioni familiari poco soddisfacenti o da situazioni di istituzionalizzazione. Questo porta facilmente a separazioni o a convivenze difficili, caratterizzate da problemi psicologici legati frequentemente a disturbi dell'umore; nell'**ambito lavorativo**, i ritmi possono essere poco confacenti alle difficoltà comunicative della persona sorda che spesso è emarginata dalle conversazioni tra colleghi, ma anche dalle comunicazioni riguardanti le attività da svolgere. A causa di ciò, frequentemente, la persona sorda sviluppa disturbi dell'umore di importante entità o tratti psicopatologici quali quelli paranoici.

#### ***La relazione terapeutica con il paziente sordo: paziente sordo e terapeuta sordo***

Per un sordo e la sua famiglia, i vantaggi dell'aver un terapeuta anche lui sordo sono molteplici. In primo luogo, il paziente potrebbe sentirsi più libero di esprimersi, senza paura che i suoi comportamenti vengano letti come patologici. Inoltre, è possibile che i due condividano il fatto di essere cresciuti in una famiglia udente e questo crea una maggior comprensione. Per la famiglia, il terapeuta sordo può rappresentare un'immagine vincente e positiva di evoluzione di vita di una persona sorda come è il loro familiare, portando una sensazione di sollievo.

Una relazione positiva con un terapeuta sordo, non solo può agevolare il corso della terapia, ma diventa fondamentale per la definizione di una propria identità Sorda. Al contrario, la mancanza di un'alleanza terapeutica, oltre che portare all'abbandono del percorso, può rappresentare la volontà inconscia del paziente di interrompere l'esplorazione della propria identità Sorda, ritirandosi all'interno di una cultura udente con

cui non potrà mai identificarsi del tutto, con effetti ovviamente negativi.

Il transfert, in una relazione terapeutica fra sordi, può manifestarsi in diverse forme: il paziente può arrivare ad idealizzare il terapeuta, imitandolo, oppure svalutandolo attraverso la proiezione ("Lei è sordo come me e, quindi, non può aiutarmi"); può sviluppare aspettative "magiche" su ciò che il terapeuta può fare oppure può usarlo come "modello" chiedendogli informazioni sulla sua vita per decidere cosa fare della propria. Anche le manifestazioni contro-transferali possono essere varie: vanno dall'invidia per il paziente che è cresciuto in un ambiente più comprensivo al rischio di farsi trascinare dal paziente in un NOI (sordi) vs LORO (udenti).

Un terapeuta sordo può vivere le difficoltà del proprio paziente sordo come fossero le proprie e sviluppare un eccessivo atteggiamento protettivo o identificarsi completamente con lui. La condivisione della disabilità rappresenta, per alcuni, un impulso positivo a rispecchiarsi e relazionarsi con un'altra persona, per altri, che non accettano la disabilità stessa, può costituire un ostacolo insormontabile per la costruzione della relazione. Ma a determinare una relazione ottimale fra terapeuta e paziente sordo, non è tanto la condizione uditiva del terapeuta, quanto la sua esperienza, la sua affidabilità e la sua sensibilità.

#### ***La relazione terapeutica con il paziente sordo: paziente sordo e terapeuta udente***

Un paziente sordo potrebbe sfruttare l'opportunità di lavorare con un terapeuta udente per sperimentare quanto si sente a suo agio all'interno della "cultura dominante". Inoltre, il terapeuta udente avrà maggiori probabilità di interagire efficacemente con

i familiari quando anche loro sono udenti. Nella maggior parte dei casi, se il paziente è culturalmente Sordo, avrà qualche resistenza nel rivolgersi ad un terapeuta udente: se il paziente percepisce atteggiamenti compassionevoli nei suoi confronti, infatti, può avere un transfer molto negativo. Un modo per aggirare l'ostacolo potrebbe essere quello di affrontare subito il problema di eventuali esperienze negative con udenti che il paziente può proiettare sul terapeuta e che suscitano in lui rabbia e frustrazione. In ogni caso, i sentimenti che emergono dalla riflessione sulla propria sordità sono determinanti per il procedimento della terapia. La più importante reazione transferale che il terapeuta udente deve affrontare è la tendenza del paziente a vederlo come membro di una "maggioranza oppressiva", con conseguente aggressività nei suoi confronti. Al contrario, egli potrebbe venire idealizzato, sia semplicemente in quanto clinico (e quindi esperto), sia in quanto udente: la soluzione consiste nel parlare apertamente col cliente di tale idealizzazione e nel rinforzare la sua autostima, in modo che il clinico appaia semplicemente come un essere umano che, in quanto tale, è anche fallibile. A livello di controtransfert, il clinico udente che ha a che fare con pazienti sordi può sentirsi sopraffatto da richieste eccessive e frustrato per i tempi più lunghi che richiede questo lavoro; il rischio di burn-out è alto, soprattutto quando non si può contare sul supporto adeguato di colleghi che operano nel medesimo campo.

Per lo psicoterapeuta udente, una buona conoscenza della sordità come disabilità sensoriale è condizione necessaria, ma insufficiente, per comprendere la persona sorda. Conoscere la sordità, infatti, non significa conoscere il sordo.

La relazione terapeutica è inevitabilmente asimmetrica, perché il terapeuta si trova in un ruolo di potere rispetto al paziente (possiede maggiori conoscenze, stabilisce le regole, la cadenza e la modalità degli incontri, ecc.). Esserne consapevoli aiuta a ridurre progressivamente il divario e a favorire l'empowerment del paziente. Tale potere può facilitare il processo terapeutico o, al contrario, creare un muro invalicabile: se il paziente ha una scarsa competenza nella lingua parlata e segnata, lo specialista può assumere il controllo arrivando a prendere decisioni al suo posto, convinto di farlo per il suo bene; nel caso in cui il terapeuta sia sordo, la tentazione autoritaria può assumere i tratti apparentemente più benevoli del paternalismo, con l'obiettivo di proteggere il paziente da delusioni e frustrazioni (nascondendo invece il desiderio di controllo del terapeuta).

La diversa abilità nella lingua parlata è l'ostacolo più grosso da superare per le persone sorde che, spesso, arrivano dallo specialista con un senso di inferiorità e un atteggiamento di sottomissione. Diventa importante spiegare gradualmente al paziente quale modello si intende seguire e con quali finalità, per arrivare ad una vera condivisione. Per rendere utile una psicoterapia con un cliente sordo è necessario: stimolarne l'autoconsapevolezza, aiutarlo a considerare la sordità come uno dei possibili modi di essere al mondo, possedere le giuste conoscenze e competenze, rafforzare il cliente, valorizzare le differenze culturali (Glickman, 2009). Se si instaura una "relazione sufficientemente buona", essa può rappresentare una base di fiducia per offrire al paziente sordo la possibilità di generalizzare tale esperienza positiva in nuovi contesti esterni che possono così offrire nuove

impensate occasioni di apprendimento e riconoscimento personale.

Per i terapeuti che lavorano con persone sorde e che non conoscono la lingua dei segni, l'unica soluzione è avvalersi dell'aiuto di un interprete che sia esperto di entrambe le lingue e di entrambe le culture. Egli dovrebbe essere una persona altamente competente che sappia di psicologia e metodi terapeutici, affidabile e riservata, ma non fredda e distaccata, attenta ad interpretare anche contenuti emotivamente pesanti, senza però farsi coinvolgere troppo (per non rischiare di essere visto come un "terapeuta collaboratore").

Non esiste uno specifico metodo terapeutico adatto per tutte le persone sorde, poiché l'approccio scelto non dipende semplicemente dalla presenza della disabilità uditiva. Purtroppo, l'accesso alla terapia più idonea è spesso ostacolato dalla mancanza di contesti e operatori adeguati, nonché dalla scarsa consapevolezza delle esigenze delle persone sorde.

### *La famiglia di un bambino sordo e la relazione con lo psicologo*

I genitori udenti di bambini sordi, soprattutto nel periodo immediatamente successivo alla diagnosi, hanno bisogno di un sostegno psicologico che però, spesso, non chiedono. Quando lo fanno, frequentemente si mettono alla ricerca di qualcuno che si prenda cura di loro e fanno sentire il terapeuta un "salvatore"; se il terapeuta accetta la "nomina" possono crearsi dei rapporti di reciproca dipendenza che ostacolano la crescita e il cambiamento. La dipendenza può generare anche rancori reciproci che non vengono espressi: il terapeuta si sente in dovere di "salvare" i genitori e questo gli procura stress, mentre i genitori sono portati

a considerarlo onnisciente e non pensano di avere il diritto di arrabbiarsi con lui. L'obiettivo più importante è riuscire a mantenere o a rafforzare l'amor proprio dei genitori. Lo specialista deve sentirsi responsabile "nei confronti" e non "per" il paziente. Se il rapporto è pieno di calore, privo di giudizio, se il terapeuta è coerente e ricettivo, il risultato sarà la maturazione psicologica. Lo psicologo non può eliminare la sordità ma può renderne più facile l'accettazione. Deve essere pronto a ricevere e contenere la collera dei genitori. Non deve concentrarsi tanto sull'interpretazione, quanto sulla creazione di un'atmosfera supportiva, in cui la famiglia si senta "tenuta".

### **CONCLUSIONI**

I sordi, come del resto gli udenti, non sono tutti uguali. Ognuno ha una sua personalità, costruita e sviluppata in base agli stimoli ricevuti, soprattutto in famiglia, durante l'infanzia e l'adolescenza. Il terapeuta che si rapporta con la persona sorda non può non tener conto di questi aspetti, poiché essi sono determinanti nella definizione dell'identità del soggetto sordo e nella costruzione del suo senso di appartenenza alla comunità Sorda. È proprio questo maggiore o minore senso di appartenenza che guiderà il paziente sordo nella scelta di un terapeuta anch'egli sordo o, piuttosto, di un terapeuta udente. A partire da quella scelta, le modalità di lavorare insieme e di costruire la relazione terapeutica saranno inevitabilmente differenti.

Oggi giorno gli individui sordi possono accedere a tutta la gamma delle terapie psicologiche e psicoterapeutiche, tuttavia, ai fini della loro efficacia, sono necessarie attenzione e sensibilità da parte degli

operatori nella scelta degli strumenti e delle metodologie più adeguate. Particolare attenzione deve essere dedicata alla famiglia della persona sorda, sia a livello di sostegno e accompagnamento al mo-

mento della nascita di un bambino sordo, sia durante il percorso terapeutico con il paziente sordo, quando la famiglia può diventare una risorsa nel percorso di educazione, riabilitazione ed integrazione.



## Bibliografia

- Aulagnier, P. (1984). *L'Apprenti-historien et le mitre sorcier. Du discours identifiant au discours délirant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bosco, E. (2015). *Psicoterapia con le persone sorde*. Roma: Carocci editore S.p.A.
- Cappanera, M. (2012). *Psicologia della sordità*. Roma: Aracne editrice S.r.l.
- Cappanera, M. (2010). *Oltre il silenzio*. Roma: Aracne editrice S.r.l.
- Carchio, R. (2009). Linguaggio in circostanze atipiche. Dispensa del corso di laurea magistrale in Teoria e tecnologia della comunicazione. Milano: Facoltà di Psicologia dell'Università di Milano-Bicocca.
- Carta, S., Fadda, S. (2007). *Sordità e Salute mentale*. Roma: Edizioni Kappa.
- Caselli, M.C., Maragna, S., Volterra, V. (2006). *Linguaggio e sordità*. Bologna: Il Mulino.
- Cecchin, G., Lane G., Ray, W.A. (1997). *Verità e pregiudizi – Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Curti, A. (2006). Competenza sociale e sordità. Tesi di Laurea in Psicologia. Università di Parma.
- Curti, A. (2012). Sordità e salute psichica. *Cambia-menti*, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, 1/2012, 31.
- Desselle, D. (1994). Self-Esteem, Family Climate and Communication Patterns in Relation of Deafness. *America Annals of Deaf*, 139 (3), 322-328.
- Gitti, G. (2013). sordo o Sordo? Milano: Franco Angeli.
- Glickman N.S. (2009a). The Development of Culturally Deaf Identities. In N.S. Glickman, M. A. Harvey (Eds.), *Culturally Affirmative Psychotherapy with Deaf Persons*. New York: Routledge.
- Glickman N.S. (2009b). What Is Culturally Affirmative Psychotherapy?. In N.S. Glickman, M. A. Harvey (Eds.), *Culturally Affirmative Psychotherapy with Deaf Persons*. New York: Routledge.
- Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Luterman, D. (1979). *Il Counseling per i genitori dei bambini audiolesi*. Milano: Edizioni Tecniche.
- Maragna, S. (2008). *La sordità. Educazione, scuola, lavoro e integrazione sociale*. Milano: Editore Ulrico Hoepli.
- Maragna, S., Marziale, B. (2012). *I diritti dei sordi. Uno strumento di orientamento per la famiglia e gli operatori: educazione, integrazione e servizi*. Milano: Franco Angeli s.r.l.
- Marziale, B., Massoni, P., Caselli M.C. (2009). *La sordità, prima informazione e consulenza*. Roma: Edizioni Kappa.
- Milton, H.E. (1983). *La mia voce ti accompagnerà*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Palazzoli, M., e Telfener, U. (1983). *La terapia sistemica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Rinaldi, P., Di Mascio, T., Knoors, H., Marschark, M. (2015). *Insegnare agli studenti sordi. Aspetti cognitivi, linguistici, socio-emotivi e scolastici*. Bologna: Il Mulino.
- Shontz F. (1967). Reaction to Crisis. *Volta Review*, 69: 405-411.
- Tomassini, R. (1999). *Echi dal silenzio. L'adolescenza nelle famiglie con figli sordi*. Roma: Meltemi editore srl.

# Riflessioni sulla terapia di coppia in ambito sistemico

Francesca Facchini<sup>1</sup>

## Sommario

Attraverso una disamina dell'evoluzione della terapia di coppia, l'autrice prende in esame il rapporto tra la teoria sistemica e la terapia di coppia, passando per il "Modello di Milano". Una volta analizzato lo stato dell'arte della terapia coniugale sistemica, l'autrice approfondisce alcune delle sfide principali del lavoro quotidiano con le coppie, ossia l'utilizzo di una cibernetica di secondo livello e il controverso legame tra obiettivi ed esiti.

## Parole chiave

Terapia di coppia, teoria sistemica, seconda cibernetica, vincoli, finalit , cambiamento

## Abstract

*Through an examination of couple therapy evolution, the author examines the relationship between systemic theory and couple therapy, crossing the "Milan Model". Once analyzed the current literature about systemic couple therapy, the author goes deep in some of the main challenges of daily work with couples: the use of a second-order cybernetic and the controversial link between goals and outcomes.*

## Key words

*Couple therapy, systemic theory, second-order cybernetic, constraints, finality, change*

---

<sup>1</sup>Allieva IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata email:quattromenda@gmail.com

## INTRODUZIONE

*“Sembrirebbe di vivere in una società libera, senza limiti, dove tutto è concesso, eppure la coppia trova sul suo cammino lacci che difficilmente riesce a sciogliere”*  
(Giommi, 2010)

Sempre più frequentemente sono le coppie a chiedere aiuto, sia in ambito pubblico che in ambito privato. La terapia coniugale costituisce ad oggi più del 50% delle richieste di terapia prese in carico da clinici di orientamento sistemico-relazionale. L'intento di questo articolo è quello di osservare come la terapia di coppia sia cambiata nel corso degli anni, per arrivare ad una riflessione sullo stato dell'arte e sulle dinamiche attuali. Il modo di incontrare la sofferenza delle coppie è infatti molto cambiato, coerentemente con i mutamenti socio-culturali che hanno investito la coppia e la famiglia negli ultimi 50 anni. Anche internamente alle scienze psicologiche, ci sono state grandi e piccole rivoluzioni, che si sono susseguite anche in base alle richieste veicolate dall'utenza. Ad oggi, la clinica di coppia deve affrontare numerose sfide. Tra queste mi sono soffermata su due in particolare, a mio parere centrali per chi lavora secondo le teorie sistemiche. Ho riflettuto su vincoli e possibilità di chi accoglie le coppie nel proprio studio, ma non ha a disposizione i classici strumenti di supervisione della terapia, come lo specchio unidirezionale o l'equipe. Successivamente, mi sono soffermata su quale sia la correlazione tra terapia di coppia e cambiamento, in una cibernetica di secondo livello.

## COME È CAMBIATA LA TERAPIA DI COPPIA NEL CORSO DELLA STORIA E IN RELAZIONE ALLA TERAPIA

## FAMILIARE?

*“Si rischia di considerare intercambiabili terapeuti di coppia o di famiglia che hanno training diversi, per esempio uno cognitivo e l'altro sistemico, come se l'aver un training sistemico non costituisse un valore aggiunto rispetto al gestire situazioni complesse e trigenerazionali”*

(Telfener, 2002)

La relazione di tipo logico tra la terapia di coppia e la terapia familiare è spesso equivocata. C'è chi considera la terapia di coppia un sottotipo di terapia familiare. C'è chi la considera invece una evoluzione, pensando a come le famiglie sono sempre più “famiglie a due”. Chiedersi se la terapia di coppia sia una evoluzione della terapia familiare, o viceversa, è come chiedersi se sia nato prima l'uovo o la gallina. Volgendo lo sguardo indietro possiamo far risalire le prime sedute di counselling matrimoniale al 1936, molto prima della nascita della terapia familiare, ma il suo riconoscimento nel mondo accademico arriva ben dopo. Come scrissero Gurman e Fraenkel (2002): *“la terapia di coppia è un'area della psicoterapia longeva nella pratica, ma giovane nella tradizione”*. Il mancato riconoscimento di questa disciplina può essere stato influenzato, tra le altre cose, dallo scarso contatto con la psichiatria e con le sovvenzioni farmaceutiche, alla base della ricerca. Tant'è che, da quando la ricerca ha messo in evidenza la correlazione tra il malessere relazionale della coppia e la comparsa di sintomi individuali quali ansia, depressione, suicidio o malattie croniche (Whisman, 1999, Kiecolt-Glaser e Newton, 2001) le cose sono cambiate e la clinica rivolta al disagio coniugale ha iniziato ad avere una sua autorità. Un altro motivo dell'apparen-

te invisibilità della terapia di coppia è legato alla diffusione della terapia familiare. Quando, alla fine degli anni '70, la terapia familiare ebbe il suo "periodo d'oro", la terapia di coppia riconobbe l'importanza dei contributi teorici sulla famiglia e ne venne fortemente influenzata. In breve tempo finì per essere completamente assorbita e annessa alla terapia familiare, facendo sì che –almeno fino ai giorni nostri– la terapia di coppia perdesse il suo status. Negli anni d'oro della sistemica le voci che posero un certo interesse verso la terapia di coppia furono molteplici, tra cui quelle di Don D. Jackson (*"The Mirages of Marriage"*, 1968) Virginia Satir (*"Conjoint Marital Therapy"*, 1965), Murray Bowen e Jay Haley (*"Marriage Therapy"*, 1963), ma la storia non li ricorda certo per questo! Ad oggi, dopo più di cinquant'anni di lavoro accademico e clinico, la terapia di coppia ha trovato la sua visibilità e credibilità e, guardando all'evoluzione che ha avuto in rapporto al mondo della sistemica e a quel riconoscimento tanto agoniato, la rivista *"Family Process"* (Gurman & Fraenkel, 2002) mette in risalto come la ribalta della terapia di coppia ***"abbia ironicamente portato un nuovo interesse anche nei confronti della terapia sistemica"***, come a voler "sotterrare l'ascia di guerra" che aveva contraddistinto il rapporto tra le due e che aveva visto la terapia sistemica avere la meglio.

### **LA TERAPIA DI COPPIA CHE RUOLO HA AVUTO NELL'EVOLUZIONE DEL "MODELLO DI MILANO"?**

*"Forse si può pensare che la terapia sistemica nasca proprio da un gesto di disubbidienza, così come quella psicoanalitica, viceversa, da un gesto di reverenza"*

(Toffanetti, 2004)

La rinascita dal basso della terapia di coppia ha avuto un ruolo preponderante anche nell'evoluzione del "Modello di Milano". I fattori di continuità e di innovazione di questo modello sono stati messi in luce da Toffanetti e colleghi (2004), i quali hanno esaminato le cartelle cliniche di 30 anni di attività del "Centro di Terapia della Famiglia" di via Leopardi, evidenziando come i cambiamenti siano stati tanti, ma in particolar modo siano avvenuti all'interno di queste categorie:

***I. chi chiede la terapia:*** nonostante la costante preponderanza della figura femminile, l'inviante diventa sempre più la moglie e meno la madre.

***II. qual è il problema presentato:*** dagli anni '90 vi è una crescita dei problemi denominati "Conflitti di coppia" e "Conflitti familiari", che diventano nell'ultimo triennio degli anni '90 addirittura la metà dei casi trattati. Analogamente si riscontra la diminuzione delle grandi sindromi psichiatriche che affluiscono ad altri ambiti di trattamento (pubblici) e con altre modalità (farmacologiche o integrate).

***III. qual è il formato iniziale della terapia:*** a partire dagli anni '90, oltre ad un aumento considerevole del formato coppia, vi è una discesa del formato famiglia e un'ascesa lenta ma costante del formato individuale. Ciò fa riflettere su come, a un certo punto del suo percorso, il Centro Milanese abbia ritenuto necessario prendere le distanze dal proprio pregiudizio, ossia accettare l'idea di offrire la terapia al sistema familiare che si presentava in seduta, anche se non era al completo. Un altro dato importante riguarda la semantica dei problemi e ciò che i pazienti ritengono sia di pertinenza della terapia sistemica. In termini di frequenze globali si può notare come i figli siano gli elementi principalmente definiti problemati-

ci all'interno di un quadro familiare disagiato (il paziente designato per cui si richiede la terapia è stato nel 26,5% dei casi la figlia femmina, nel 24,3% dei casi il figlio maschio e nel 23,4% la coppia). Il fatto che quasi un quarto degli invianti a un certo punto inizi a spostare il focus del problema da una persona ad una relazione –come fanno coloro che segnalano la coppia come paziente designato- fa riflettere. Innanzitutto tale evidenza è indicativa del fatto che la consapevolezza che la coppia sia l'asse fondante la famiglia, inizia a trovare spazio nella mente collettiva. Conseguentemente si inizia a correlare che i disagi dei figli, o del sistema esteso, siano conseguenti a una disfunzionalità della relazione tra i partner. Il dato che riporta l'aumento delle richieste riguardanti i conflitti di coppia, descrive anche un aumento dei disturbi d'ansia e una notevole diminuzione di casi di disturbi deliranti, alimentari e di personalità. Che la tendenza dei problemi presentati dai clienti del Centro Milanese escluda le tre aree psichiatriche classiche, per fare spazio al disagio della quotidianità, rimarca l'impallidire della prospettiva circolare nei sistemi sanitari e psichiatrici, sostituita da modelli di stampo biologico e deterministico. Non volendo rinunciare al requisito della non-direttività della relazione terapeutica, il Modello di Milano si trova così a proporre un modello di terapia come "rituale" e non come "cura dall'alto". Rituale che trova un significato e uno spazio più facilmente con le coppie in cui la domanda terapeutica non è ascrivibile ad un ambito biologico, ma è squisitamente relazionale. La terapia di coppia, a mio parere, ha rappresentato una risposta ecologica ad un modello che faticava a trovare un substrato sociale con cui condividere le proprie premesse.

## **AD OGGI, COME SI PONE LA SISTEMICA NEI CONFRONTI DELLA TERAPIA DI COPPIA?**

*“Operare una distinzione è scientifico, vedere la complementarità è sistemico”*

(Telfener, 2002)

Per poter rispondere a questa domanda, è d'obbligo volgere uno sguardo alla letteratura di riferimento e a ciò che è stato scritto nelle principali riviste italiane di psicologia sistemica, negli ultimi dieci anni. Nello specifico faccio riferimento alle riviste: “Connessioni” (Rivista di consulenza e ricerca sui sistemi umani, edita dal Centro Milanese di Terapia della Famiglia); “Psicobiettivo” (Rivista quadrimestrale di Psicoterapie a confronto, diretta da Luigi Onnis); “Terapia Familiare” (Rivista interdisciplinare di ricerca e intervento relazionale, edita dall'Accademia di Psicoterapia della Famiglia di Roma), “Rivista di Psicoterapia Relazionale” (Rivista semestrale edita dall'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale di Roma) e “Cambia-menti” (Rivista ufficiale dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata di Parma). Analizzando la letteratura di tali testate si può osservare come la sistemica abbia approfondito principalmente i motivi che spingono le coppie in terapia. Così come è avvenuto agli albori della sistemica, quando ancora si ragionava per diagnosi, allo stesso modo lo sguardo che è stato rivolto alla coppia cerca di identificare e catalogare qual è “il suo male”, che tipo di sintomo la affligge. Così si vanno costruendo teorie riguardanti “la crisi di coppia” e, parallelamente, vengono stilati criteri per effettuare una “diagnosi di trattabilità” della coppia stessa. A braccetto con queste letture, vi è poi il tentativo di costruire dei veri e propri protocolli e tecniche di presa in carico del-

la coppia, costruiti in stile comportamentista (*“Terapia con le coppie, un protocollo consolidato”*, Ghezzi, 2004; *“Tecniche di presa in carico nella terapia con la coppia”*, Covini, 2013). Questi contributi si rifanno a un tipo di cibernetica di primo livello, con uno sguardo binoculare: da un lato rivolto alle relazioni in senso comportamentista e dall’altro teso alla ipercognitivizzazione di tutto ciò che viene portato in terapia. Lo sguardo sulla crisi della coppia è stato in alcuni casi allargato in un’ottica meno deterministica. Eguier, ad esempio, descrive come le conseguenze cliniche derivino anche dal tipo di *“fenomenologia della crisi”* che il terapeuta abbraccia (*“La crisi della coppia: tre ipotesi teorico-cliniche alternative”*, 2010). Invita pertanto a parlare di *“circostanze”* piuttosto che di *“cause”*, ad accettare l’entropia insita in ogni sistema vivente e a considerare ciò che arriva dopo la crisi come più significativo di ciò che l’ha preceduta. Un altro tipo di posizione che la sistemica ha assunto nell’affrontare la clinica di coppia, è quello proposto dal gruppo de *“La Cattolica”* (*“Curare la relazione di coppia. L’incontro tra pratica clinica e ricerca empirica”*, Cigoli e colleghi, 2003), i quali sottolineano come la pratica clinica debba incrociare lo sguardo della ricerca empirica e dei sistemi di cura psichica, in quanto il contesto che li genera ne è performante tanto quanto il contesto che genera il malessere della coppia. Essi mettono a confronto i sistemi di cura facenti riferimento alla *“Evidence-Base Medicine”* chiamati *“Empirically Supported Treatments”* (E.S.T.) con approcci clinici di altra natura (psicodinamico, sistemico, cognitivo ecc) i quali, pur nella diversità, sono accomunati dalla ricerca di senso della relazione terapeutica, a partire dalla domanda di cura. Gli E.S.T.

mirano ad offrire specifici trattamenti -sotto forma di *“pacchetti di tecniche”*- per specifici problemi, sanciti dai risultati della ricerca scientifica sperimentale con cui cercano di tenere il passo. Ciò che, secondo Cigoli e colleghi, principalmente distingue i due approcci è il tipo di etica. Gli E.S.T. propongono un’etica basata sull’efficacia e sull’utilità, *“nella difesa dell’utente –sia esso singolo, coppia o famiglia- rispetto all’uso selvaggio, quasi magico e di plagio della psicoterapia”*. Gli *“altri modi”* (cioè presupposizioni teorico-epistemologiche, metodologiche e tecniche di incontro) che per comodità chiamerò NON E.S.T., invece basano la clinica sulla reciprocità, la responsabilità e l’efficienza, guidati da un modo di fare ricerca necessariamente ecologico (nel senso di contesto terapeutico reale e non di simulazione sperimentale), fenomenologico e esploratorio (nel senso di attenzione a ciò che accade nella relazione e aperto alla ricerca di senso). Cigoli e colleghi descrivono quindi un ri-orientamento della ricerca in cui la psicoterapia è la variabile indipendente, mentre le variabili intervenienti sono per lo più comuni ai vari modelli e relativi al processo terapeutico nell’incontro con la coppia: la focalizzazione del problema, la formulazione degli obiettivi, la costruzione dell’alleanza di lavoro, il superamento delle situazioni di impasse o crisi, le modalità di chiusura dell’incontro.

### **FARE TERAPIA DI COPPIA SENZA UTILIZZARE GLI ELEMENTI STRUTTURALI CLASSICI DELLA SISTEMICA, COSA COMPORTA?**

*“I terapeuti familiari sono una massa disordinata.*

*Il salto quantistico dalla loro specializzazione originaria alla terapia della famiglia*

*si è dimostrato un vino troppo forte per alcuni di essi,  
che nella solitudine degli studi privati stanno già meditando un altro salto,  
questa volta dall'ortodossia della terapia familiare  
a metodi di cura che ancora non hanno nemmeno un nome"*  
(Fisch, Watzlawick, Weakland, Bodin, 1978)

La terapia di coppia sistemica nasce e si consolida nelle pratiche e nelle teorie con un impianto metodologico ben preciso: due terapeuti nella stanza di terapia, preferibilmente di sesso diverso e, alle loro spalle, uno specchio unidirezionale che li separa (o li unisce?) dai colleghi, facenti parte della cosiddetta "equipe", che lavora secondo prassi ben definite. Tale impianto è stato raramente messo in discussione o rivisitato, anche perché la costruzione di tale impianto può essere considerato come coincidente con la nascita stessa della teoria sistemica (Bertrando, 2002). Questa sua stessa natura, però, rende la teoria sistemica alquanto problematica per chi volesse fondarvi una pratica, senza avere a disposizione gli elementi necessari e sufficienti per ricostruire tale setting. La presenza di una equipe e, ancora di più, di uno specchio unidirezionale, è oramai un lusso per chi si avvicina alla terapia della coppia o della famiglia. Nell'ambito privato, e purtroppo anche nel pubblico, le risorse economiche non permettono la disponibilità di tale impianto, per cui chi condivide un pensiero sistemico si trova a lavorare senza poter operativizzare i processi che nascono da tali premesse di pensiero. Sarebbe lecito pensare che, laddove manca la forma, si possa compensare con la sostanza. Ossia, che nonostante le diversità del "contenitore", si possa agire in

modo sistemico qualora ne si condividano i contenuti. Partire da tale premessa metterebbe però il clinico a rischio di reificazione e lo farebbe ricadere in un'ottica di primo livello. Lavorare con una cibernetica di primo ordine e perdere la ricchezza dell'osservazione del sistema osservante, di cui il terapeuta fa parte, è il principale rischio di chi lavora senza gli elementi strutturali di osservazione della terapia. Il clinico ha necessariamente uno sguardo e un ascolto interno al sistema, e senza l'aiuto dell'equipe o di un collega, deve fare il doppio sforzo di essere contemporaneamente, o alternativamente, dentro e fuori la stanza di terapia, davanti e dietro la scena relazionale. Questo entrare e uscire, questo osservare ed osservarsi, che tanto richiamano il *"move in and move out"* whitakeriano, è un lavoro molto difficile, ma è anche ciò che protegge il clinico da svariati rischi, come quello della triangolazione, o più in generale, l'ubiquitario rischio della iatrogenesi. Per poter attuare questo processo riflessivo e ricorsivo è necessario che il clinico porti con sé, dentro la stanza di terapia, voci e sguardi esterni. Se infatti la coterapia permette al clinico di avere un punto di osservazione interno, ma laterale al proprio, il clinico che lavora da solo deve ricercare al di fuori della sua stanza, coterapeuti da portare con sé, dentro la propria mente e dentro la Mente del sistema. Questo processo, che richiama il libro sulle gesta di Erickson (1983) *"La mia voce ti accompagnerà"*, può essere declinato in vari modi, in base alla creatività del singolo, il quale può avvalersi dell'imprescindibile rete di sostegno o attraverso l'uso della tecnologia. L'essere soli e avere la responsabilità del processo di terapia, è un peso non da poco. La responsabilità del processo è tutta sulle spalle del clinico ed è legata al qui

e ora del suo stare in relazione con i coniugi. Stare con l'immanenza del proprio sentire, quindi anche con l'incertezza, costringe il clinico alla consapevolezza del proprio limite e alla profondità della propria responsabilità. Ogni scelta del clinico di fronte alla coppia non può prescindere da una riflessione sull'eticità di ciò che sta facendo e della posizione che sta assumendo. La mancanza di una struttura di sostegno può, da questo punto di vista, essere un *malus* qualora il clinico dovesse non vedere una possibilità alternativa (e più etica) a ciò che sta portando, ma può essere parimenti un bonus in quanto lo costringe ad essere presente e pienamente partecipe ad ogni valutazione e ad ogni passaggio del suo agire. Ciò non vuol dire che esista una scelta "giusta" contro una "sbagliata", in quanto ogni contributo va ad inserirsi all'interno di un sistema che il clinico non può controllare. Come scrissero Bianciardi e Telfener (1995): *"il clinico propone, ma la relazione dispone"*. Pertanto, lavorare in modo sistemico, senza avere a disposizione gli elementi strutturali classici della sistemica, comporta una sfida da percorrere parallelamente su due binari.

**Il binario della creatività:** trovare nuovi modi, nuovi artefatti, nuove soluzioni per affrontare le difficoltà e i limiti del contesto, senza rinunciare alla ricchezza del processo, trasformando ciò che può sembrare un limite, in una risorsa per il rinnovamento.

**Il binario della rigidità:** rinunciare alla laboriosità della struttura, al fascino erudito dei contenuti e stare solo in relazione, in modo etico e responsabile. Facendo ciò che ogni sistemico dovrebbe porre alla base del proprio pensiero, ma ancora di più, al centro del proprio lavoro, poiché, come diceva Bateson (1979): *"la relazione viene prima, precede"*.

## QUALE CAMBIAMENTO POSSIBILE? OBIETTIVI ED ESITI IN TERAPIA DI COPPIA

*"Qui sta il nocciolo della sfida del lavoro con la coppia:*

*occorre lasciarsi provocare da questo suo "essere altro"*

*e provare a riconoscere la sua specificità"*

(Caillé, 2004; Cigoli, 2001)

La terapia di coppia differisce da quella familiare e da quella individuale non solo per le caratteristiche strutturali del sistema, ma anche per molti degli elementi costitutivi del processo terapeutico, tra cui gli obiettivi e gli esiti dell'intervento. La terapia di coppia raramente prevede un sintomo da estinguere o un ambito di fragilità specifico su cui lavorare, per cui gli obiettivi terapeutici sono molteplici e meno chiari. I coniugi arrivano in terapia sull'onda della stanchezza di un meccanismo che si è inceppato e la richiesta che fanno al clinico è spesso controversa. Numerose volte la domanda presentata riguarda la struttura del sistema e investe una specifica decisione: continuare a stare insieme o separarsi. Altre volte, il conflitto di coppia e la relativa domanda terapeutica sono solo la punta dell'iceberg di un malessere più sotterraneo e individuale. Il clinico si trova pertanto a lavorare con registri plurimi: uno esplicito e uno implicito, uno coniugale e uno individuale, uno richiesto e uno temuto. Di conseguenza, la domanda rispetto alla correlazione tra psicoterapia e cambiamento diventa ancora più controversa, nell'ambito di coppia, e porta con sé un altro interrogativo: che cosa si intende per "successo terapeutico"? Dante Ghezzi (2004) insegna che un successo terapeutico lo si osserva quando *"a seguito del lavoro terapeutico si assiste ad una ripresa*

*di competenze nel rapporto oppure allo sviluppo della capacità, prima bloccata, di uscire da un legame logorante, attraverso la separazione*". Ragionando in termini di sistemi, pertanto, mi chiedo: il vero cambiamento morfogenetico è che la coppia si separi? O che rimanga insieme, superando i motivi che hanno spinto i coniugi in terapia? Se invece volessimo formulare gli obiettivi in termini processuali, e non più strutturali, che tipo di cambiamento dovremmo ricercare? Un cambiamento nell'area emotiva, piuttosto che nella definizione della relazione, nella progettualità, nel posizionamento, un generico aumento di consapevolezza...? I cambiamenti possono essere i più svariati, ma il problema è che non sempre vengono accolti o riconosciuti. Molte coppie, come scrissero Andolfi e Angelo (1980), chiedono ai clinici di *"aiutarle a muoversi, restando ferme"*. Ma "restare fermi" cosa significa? Significa restare in terapia? In crisi? In conflitto? Insieme? Il fatto ad esempio che una coppia decida di concludere una terapia, senza concordarlo con il terapeuta o senza aver raggiunto un evidente cambiamento, significa che "si è mossa"? Possiamo considerarlo un fallimento dei "nostri obiettivi" o un successo, in termini di libertà? Bateson (1979) direbbe che i "nostri obiettivi" altro non sono che "brevi archi di circuito" e che dovremmo imparare a fidarci meno del pensiero finalistico e dare più ascolto ai processi inconsapevoli che ne sono il presupposto, poiché altrimenti metteremmo a repentaglio

le *"proprietà autocicatrizzanti del sistema"*. (Manghi, 1991) Andolfi e Angelo (2013) propongono una riflessione sul legame tra cambiamento e il tipo di posizione che assume il terapeuta all'interno del sistema. Essi descrivono un nuovo modo di stare di fronte ad una coppia, in cui non è necessaria la neutralità o la coerenza con quanto si propone in termini di salute mentale o modelli alternativi. Questa "nuova concezione" predilige una posizione non costantemente ad un metalivello. Ciò che viene suggerito al terapeuta è di rimanere coerente con se stesso e con i propri confini, accettando che non vi è possibilità di previsione degli effetti del proprio intervento. Secondo gli autori, l'unica conseguenza prevedibile è la tendenza della coppia ad opporsi ai cambiamenti. Essi sostengono che, se la famiglia propone un copione, tirarsene fuori non ha alcuna utilità terapeutica. Ciò che è utile, è che il terapeuta si ponga sia come "attivatore" delle dinamiche, sia come "osservatore", costruendo un triangolo relazionale in cui "essere" la differenza e in cui "osservare" le differenze. Questo è ciò che gli autori chiamano "il terzo pianeta", ossia il luogo di confronto e di integrazione in cui si genera la storia terapeutica e in cui la coppia può fare nuovi apprendimenti, in modo ecologico. Questo è il luogo in cui può avvenire il cambiamento. Del terapeuta, prima. Che immerso nel sistema di coppia apprende un nuovo linguaggio, un nuovo copione, un nuovo sentire. Dei coniugi, poi.

## Bibliografia

- Andolfi, M., Angelo, C. (2013). Il sistema terapeutico, ovvero il terzo pianeta. *Terapia familiare*, 100, 135-155.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura. Un'unità necessaria.* (trad. it. di G. Longo). Milano: Adelphi.
- Bertrando, P. (2002). La scatola vuota. Usi della teoria sistemica. *Connessioni*, 11, 37-51.
- Bianciardi, M., Telfener, U. (1995). *Ammalarsi di psicoterapia.* Milano: Franco Angeli
- Cigoli et all. (2003). Curare la relazione di coppia. L'incontro tra pratica clinica e ricerca empirica. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 17, 5-26.
- Covini, P. (2013). Tecniche di presa in carico nella terapia di coppia. *Terapia familiare*, 101, 9-36.
- Eiguer, A. (2010). La crisi della coppia: tre ipotesi teorico-cliniche alternative. *Psicobiettivo*, 2, 65-77.
- Erickson, M. (1983). *La mia voce ti accompagnerà.* Milano: Astrolabio.
- Ghezzi, D. (2004). Terapia con le coppie. Un protocollo consolidato. *Terapia familiare*, 74, 11-41.
- Giommi, D. (2010). 1997-2006: Bibliografia ragionata su Coppia e terapia familiare. *Terapia familiare*, 93, 57-63.
- Gurman, A., Fraenkel, P. (2002). History of couple therapy: a millennial review. *Family Process*, 41.
- Haley, J. (1963). Marriage therapy. *Archives of General Psychiatry* 8: 213-234.
- Jackson, D., Lederer, W. (1968). *The mirages of marriage.* New York.
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Newton, T.L. (2001). Marriage & Health: His and Hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Manghi, S. (1991). Il colore dell'albero: Gregory Bateson, il potere, l'ecologia. *Oikos*, 4, 53-75.
- Satir, V.M. (1965). *Conjoint marital therapy* (pp. 121-133). In B.L. Greene (ed.), *The psychotherapies of marital disharmony.* New York: The Free Press.
- Telfener, U. (2002). Dalla terapia familiare alla sistemica. *Connessioni*.
- Toffanetti et al. (2004). Fattori continui e fattori discreti nell'evoluzione del modello di Milano. *Terapia familiare*, 76, 41-61.
- Whisman, M.A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders. Results from the National Co-morbidity Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 701-706.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. (1978). *La prospettiva relazionale. I contributi del Mental Research Institute di Palo Alto dal 1965 al 1974.* Roma: Astrolabio.



# Ritorni possibili o impossibili? Famiglie sospese tra l'allontanamento e il rientro dei figli

Silvia Panella<sup>1</sup>

## Sommario

L'articolo proposto ha, come scopo, quello di avviare una riflessione sul complesso tema della tutela dei minori e più nello specifico, di quei minori che appartengono a nuclei familiari ri-uniti a seguito di un precedente allontanamento dei figli dal sistema famiglia. Un tema questo su cui ad oggi mancano, sia a livello nazionale che internazionale, ricerche volte ad indagare l'esito del processo di riunificazione. I pochissimi studi presenti risultano insufficienti al fine di delineare efficaci linee guida e prassi operative consolidate.

L'autrice affronta tale argomento proponendo al lettore un possibile modello di intervento, quello attuato all'interno di L.In.F.A, un progetto territoriale nato nel Comune di Langhirano (Pr) nel 2012 per volontà di Asp Distretto Sud Est. L'obiettivo del progetto è fornire un sostegno a questo tipo di famiglie, alla luce della condizione storica, politica, sociale ed economica che sta attraversando il nostro Paese e che ha un'ovvia ricaduta sui servizi socio-assistenziali ed educativi presenti sui territori.

## Parole chiave

Minori, Allontanamento, Tutela, L.In.Fa, Asp, Langhirano

## Abstract

*The proposed article has the purpose of starting a reflection about the complex theme of child protection and, more specifically, of those minors that belong to reunited households after a previous parting of the children from the family system. This is a theme on which, both nationally and internationally, there are not many researches that investigate the result of the reunification process. The very few present studies prove to be insufficient at the scope of outlining effective guidelines and well-established operational practices.*

*The author addresses this topic by proposing to the reader a possible intervention model, the one that has been carried out within L.In.F.A, a regional project originated in the Municipality of Langhirano (PR) in 2012 by the will of Asp Distretto Sud Est. The scope of this project is to supply a support to this type of families, in the light of the historical, political, social and economical situation experienced by our country and that has an obvious repercussion on the social care and educational services that are present in our region.*

## Key words

*Minors, previous parting of the children, child protection, L.In.F.A, Asp, Langhirano*

---

<sup>1</sup>Allieva IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata email: [silvia.panella@alice.it](mailto:silvia.panella@alice.it)

Questo articolo nasce dalle riflessioni circa la mia personale esperienza lavorativa all'interno di L.In.F.A (Luogo Incontro Famiglie Aperte), un progetto nato nel 2012 per volontà di ASP-Distretto Sud Est in collaborazione con Cooperativa Connessioni. L.In.F.A si configura come un "luogo" di accompagnamento per nuclei familiari che sono stati ri-uniti a seguito di un precedente allontanamento dei minori dal sistema famiglia. La premessa fondante del progetto si situa nella consapevolezza che accanto ad un bambino allontanato c'è una famiglia di origine nella quale, se i Servizi non intervengono in modo assiduo ed efficace, i fattori di rischio rilevati a motivo dell'allontanamento, si ripeteranno nel tempo uguali a se stessi. Partendo da una tale premessa, la tutela del minore può essere intesa come la messa in atto di molteplici forme di sostegno alla famiglia per aiutarla ad uscire dalla crisi: quella stessa famiglia che arreca danno e sofferenza al bambino ne rappresenta, al contempo, la sua fondamentale risorsa. Con questo non si intende però reificare l'idea perfetta (Cecchin, Apolloni, 2003) secondo cui la famiglia di origine è sempre meglio di qualsiasi altra soluzione. Esistono infatti casi di grave abuso in cui la separazione risulta essere l'unica via percorribile per la messa in atto della tutela del minore. Inoltre il concetto di ri-unificazione familiare non deve essere interpretato come il mero rientro fisico del minore presso la sua famiglia biologica, piuttosto come l'insieme di azioni finalizzate a proteggere, rafforzare, ricostruire i legami tra il bambino allontanato e la sua famiglia, e contempla la possibilità che il rientro del figlio nel nucleo originario non sia attuabile né tanto meno auspicabile. Le istituzioni hanno il dovere e la responsabilità di attuare quelle forme di

aiuto che possano garantire al minore di fare ritorno nella sua famiglia, ogni qualvolta questa sia stata in grado di cambiare, di tornare ad essere un luogo di affetto, crescita e benessere per i propri membri. Le poche ricerche esistenti evidenziano diversi aspetti fondamentali per la facilitazione e l'esito di un buon rientro (Farmer, 2010). La ricerca di Biehal (2006) ha sottolineato l'importanza di alcuni fattori in grado di facilitare un positivo rientro in famiglia, ovvero l'accurata pianificazione e realizzazione di interventi intensivi, la definizione di obiettivi mirati con i genitori, e in alcuni specifici casi l'utilizzo di interventi comportamentali e/o la stipula di un contratto. Un'ulteriore ricerca condotta da National Family Preservation Network (2003), rileva alcuni elementi cruciali da non sottovalutare, come ad esempio la presenza di sentimenti ambivalenti nei genitori rispetto al rientro dei minori ed evidenzia come sia fondamentale valutare quanto la famiglia sia pronta a riprendere con sé i propri figli. Il rientro del minore nella sua famiglia di origine è un evento particolarmente stressante e complesso, tanto quanto il suo allontanamento: entrambi questi eventi sono strettamente interconnessi. Affrontare il ritorno a casa significa riconoscere, sia per il bambino che per i suoi genitori, il fallimento di quella che a suo tempo è stata la separazione. La sofferenza connessa a questa rielaborazione, con il trascorrere del tempo emerge e viene espressa. Giunto questo tempo il bambino ha bisogno di essere rassicurato che con tutta probabilità non si verificherà un nuovo allontanamento: solo agendo in tale modo è possibile superare questo momento di crisi e gettare le basi per un rientro duraturo. Affinché tutto questo si possa realizzare, è auspicabile che le diverse Istituzioni che si occupano della tutela dei minori e delle loro

famiglie - *neuropsichiatria, servizio sociale, servizi sanitari per adulti* – siano capaci di lavorare in stretta sinergia tra loro, anche avvalendosi di una supervisione rispetto alle situazioni che hanno in carico al fine di avviare progettazioni in cui utenti e servizi possano essere co-protagonisti del cambiamento (Miodini, Borelli, 2005). Il lavoro di rete tra servizi impatta profondamente sull'identità delle famiglie multiproblematiche che possono passare dall'essere percepite e percepirsi come inadeguate e portatrici di bisogni, all'essere viste e vedersi come capaci di mobilitare risorse e capacità che, grazie ad un efficace lavoro di accompagnamento e sostegno, possono permettere loro di riconoscersi come competenti. Se si intraprende insieme alla famiglia un percorso volto all'identificazione delle risorse, all'incoraggiamento, all'assunzione di una posizione di consapevolezza verso quegli aspetti che è plausibile modificare, e di accettazione verso quelli che non è possibile cambiare, la famiglia darà un significato e un senso alle avversità, riuscendo a leggere in modo costruttivo quanto accaduto e nutrirà fiducia nella possibilità di superare le difficoltà e gli ostacoli. Inoltre contestualizzare l'esperienza e normalizzarla permette di accrescere la resilienza, dal momento che impedisce la patologizzazione della sofferenza (Filippi, 2012).

Trattare il tema della famiglia, e più nello specifico della famiglia multiproblematica, analizzarne la struttura e l'organizzazione significa inevitabilmente, accettare la "*sfida della complessità*" (Ceruti, 1988) che impone agli operatori, attraverso un costante processo di deutero-apprendimento, di modificare ininterrottamente gli interrogativi e i tipi di domande che si pongono nel momento in cui osservano l'oggetto di in-

dagine. Sarà così possibile rintracciare l'esistenza di una struttura, sebbene non convenzionale, laddove un occhio poco attento scorge solo caos. Come sostiene Louis Le Moigne (1988): «*molti fenomeni percepiti inizialmente come complessi (quasi intellegibili o non correttamente rappresentabili) sembrano divenire improvvisamente comprensibili non appena i modellizzatori cambiano codice per descriverli o per decifrare il codice attraverso il quale li leggono*». La *famiglia multiproblematica* può essere definita come un sistema interagente nel quale più membri manifestano sintomi di disagio psicosociale in un determinato arco di tempo. Sono nuclei in cui, i vari componenti, sono in contatto con un'ampia varietà di servizi, enti della comunità, agenzie e istituzioni, ai quali viene richiesto di attuare interventi multipli e sul lungo periodo (Malagoli Togliatti, Rocchietta Tofani, 2002). Se al manifestarsi delle difficoltà si risponde effettuando percorsi che prevedono una presa in carico individuale, ci si limiterà ad una lettura riduttiva e parziale dei comportamenti messi in atto che non riuscirà ad essere in alcun modo esplicativa di quanto accade nel sistema. Adottare una visione ricorsiva e complessa permette di avere uno sguardo in grado di osservare la patologia del nucleo in un arco temporale ampio, così da includere e considerare la possibile cronicizzazione e l'incistarsi delle difficoltà, in una prospettiva che contempi la possibilità di una trasmissione intergenerazionale della multi problematicità, pur non rimanendo incastrata in un'ottica lineare. Il rapporto tra fattori di rischio e fattori di protezione, pur non essendo mai interpretabile secondo una causalità lineare, deve ricoprire un ruolo centrale in qualsiasi intervento in modo da interrompere il circolo vizioso della sofferen-

za, e al contempo permettere di potenziare le capacità di resilienza della famiglia. Porre l'accento sulla resilienza permette di cambiare il punto di osservazione, di passare cioè da una visione centrata sul danno ad una visione focalizzata sul potenziale positivo e di recupero del sistema (Walsh, 2008). Il progetto L.In.F.A, si fonda su queste premesse: fornire un supporto in quelle aree che possono rappresentare un fattore di rischio o bisogni emergenti, attraverso un lavoro multidisciplinare e azioni di prossimità. Allo stesso tempo cerca di esaltare quelle che appaiono essere le risorse del nucleo. Il presupposto di partenza è che la condizione di disagio possa essere considerata transitoria se affrontata in ottica integrata, ossia capace di non scindere le diverse dimensioni implicate -ma affrontandole nella rispettiva specificità- di ricondurle ad una progettualità familiare condivisa, partecipata, capace di *ri*-attivare quelle risorse interne necessarie al *ri*-configurare un equilibrio familiare funzionale alla rimozione dei principali fattori ostativi il benessere e lo sviluppo di ogni singolo componente del nucleo. Verso tale prospettiva il progetto prevede la messa in rete, l'integrazione, il coordinamento e la sinergia di servizi ed azioni differenti per target: ossia specificatamente rivolte ai diversi attori del nucleo familiare (genitori, figli minori) per dimensione (sociale, psicologica, relazionale) e per competenza (Servizi Sociali Territoriali, équipe di progetto, scuola, etc.). Il fine del progetto non è di fatto quello di sostituirsi alla famiglia, piuttosto stimolare e sollecitare nuove forme di comunicazione, integrazione e collaborazione tra la famiglia e le altre agenzie educative e di socializzazione presenti sul territorio. I progetti individuali si costruiscono con le famiglie a partire da una condivisione del *hic et nunc*, da una

lettura partecipata dei nodi critici e da una riflessione sulle possibili soluzioni proposte dai diretti interessati. Questo è reso tangibile da uno dei principi cardine del pensare sistemico: gli individui ed in particolare le famiglie sono strutture dinamiche e non statiche o croniche. Questo spinge l'operatore ad interrogarsi sul proprio lavoro, prestando attenzione alle sue modalità di agire che spesso, paradossalmente rispetto a quelli che sono gli intenti, portano a reificare tali strutture, correndo così il rischio che l'intervento invece che favorire il naturale cambiamento del sistema risulti iatrogeno. Tale sperimentazione è sempre in divenire, è in uno stato di perenne cambiamento poiché cambiano i bisogni dei ragazzi e delle famiglie; questo comporta che ci sia un processo di inevitabile trasformazione e ampliamento delle offerte che il progetto può fornire. Quello che nel tempo deve rimanere un punto fermo seppur nella continua trasformazione, è la visione sistemica che sta alla base del progetto. All'interno di questo frame il SAP (Sportello di Ascolto Psicologico) si configura come uno "spazio" di ascolto della persona, un "luogo" dove sentirsi accolti in modo non giudicante ed essere orientati nell'analisi del problema e nella comprensione dei propri vissuti. Lo Sportello d'Ascolto Psicologico è pensato per tutti i componenti del nucleo familiare che hanno necessità di essere supportati, ma vuole essere anche un luogo dove far convergere le narrazioni di tutte le figure di riferimento che partecipano all'alleanza educativa con i genitori (scuola, servizi sociali e sanitari, associazioni sportive, etc.). Lo strumento d'elezione è il colloquio clinico e in relazione alle situazioni prese in esame lo psicologo potrà avvalersi di ulteriori strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, le attività

di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico.

La famiglia Schianchi<sup>1</sup>, in carico ai Servizi Sociali dal 2003, è uno dei nuclei inseriti all'interno del progetto. È costituita da Giuseppe (65 anni), Eloise (36 anni, di origini Nigeriane), Alessandro (14 anni, nato da una precedente relazione occasionale della madre), Maddalena (13 anni), Dario (12 anni) e Gioele (6 anni). Il Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPIA) diagnostica ad Alessandro un disturbo misto della condotta e della sfera emozionale. Il nucleo, fortemente multiproblematico presenta scarse competenze genitoriali e difficoltà a mantenere l'abitazione in condizioni igieniche consone ad ospitare dei minori. Nel 2006 sarà l'esacerbarsi di questi aspetti a creare le condizioni per l'allontanamento. A seguito di tale decreto, Alessandro verrà ospitato e poi respinto da diverse comunità del territorio, mentre Maddalena e Dario resteranno insieme nella stessa casa famiglia costruendo un legame significativo con i genitori affidatari. Nel 2009 nascerà Gioele, l'ultimo dei figli. Nel 2012, visto il positivo percorso di cambiamento dei genitori verrà stabilito un nuovo progetto per la famiglia e l'inserimento del nucleo a L.In.F.A. Nel 2013 il nucleo subisce uno sfratto e il Servizio decide di mettere a disposizione della famiglia l'abitazione Casa L.In.F.A., un appartamento pensato per i nuclei in emergenza abitativa. Tale appartamento, situato sopra al luogo in cui avvengono le attività pomeridiane con i ragazzi, permette una relazione di prossimità maggiore con la famiglia. Il trasferimento del nucleo in tale sede viene regolamentato da un contratto, le cui clausole vengono

stabilite dall'équipe multidisciplinare. Il suddetto contratto prevede, tra gli altri vincoli, che i coniugi si presentino con regolarità agli incontri con il SAP. Il percorso con Giuseppe ed Eloise è durato all'incirca un anno. I coniugi sono stati seguiti da una me e da un collega in incontri settimanali. Per quanto riguarda il tipo di intervento effettuato, questo si differenzia da altre tipologie di prese in carico più canoniche per il suo essere in un certo senso coatto. Tale condizione, molto diffusa nel lavoro con famiglie multiproblematiche implica che il terapeuta abbia sempre ben presente, nel proseguo del percorso, il coesistere all'interno della relazione di aspetti di aiuto e di controllo (Cirillo, 1990). Un intervento siffatto deve essere pertanto condotto tenendo bene a mente che non si può limitare a scoprire e portare alla luce solo quelle che sono le dinamiche relazionali e le informazioni relative alla struttura del sistema famiglia; deve essere anche in grado di identificare il ruolo svolto dagli operatori dei diversi servizi coinvolti sul caso. Le relazioni disfunzionali sono infatti riconoscibili in quanto si manifestano come ridondanze. È quindi impresa ardua utilizzare le informazioni sulle modalità relazionali del sistema senza contribuire a mantenere tali situazioni disfunzionali o essere assorbiti nel gioco familiare. Inoltre come evidenziano anche gli studi presenti in letteratura (Malagoli Togliatti, Rocchietta Tofani, 2002), il contesto abitativo, nelle famiglie multiproblematiche spesso insicuro e incerto, rappresenta un elemento molto delicato che può divenire prodromico di un futuro infausto. In una condizione come quella descritta manca la percezione del tempo, non

---

<sup>2</sup>Il nome della famiglia è stato modificato per rispetto del segreto professionale.

può esistere un futuro inteso come migliore. L'impossibilità di poter disporre di un'entrata economica stabile si associa alla capacità di auto-amministrazione e di gestione di una casa. Questo ha un'inevitabile ricaduta anche sul senso di identità personale, soprattutto del capo famiglia, che porta dentro di sé il conflitto tra le aspettative che la società ha nei suoi confronti e la sua capacità di soddisfarle, oltre che l'incapacità di soddisfare le necessità di base della sua famiglia. Dal momento del trasferimento si assiste infatti ad un cambiamento che riguarderà sia le dinamiche interne alla famiglia che la relazione tra i genitori e l'équipe multidisciplinare. Tale processo di cambiamento, tutt'ora in corso e sotto stretto monitoraggio dagli operatori, ha sollevato molteplici e profonde riflessioni ed interrogativi riguardanti sia l'agire educativo, che temi come la tutela del minore e l'etica degli interventi con famiglie multiproblematiche che, vista la complessità della situazione e la condizione di perenne incertezza e cambiamento delle dinamiche del sistema, faticano a trovare una risposta soddisfacente e univoca. Negli adulti della famiglia descritta gli aspetti di aiuto e controllo (Cirillo, 2009) sono molto presenti. Questo rende difficile l'intervento perché ciclicamente, a periodi di grande apertura e affidamento della famiglia al sistema L.In.F.A, seguono periodi di totale chiusura ed evitamento. Noi operatori corriamo il rischio di esporci e colludere con il gioco della famiglia, siamo in difficoltà nel mantenere il nostro ruolo. Spesso corriamo il rischio di sbilanciare il nostro intervento, a volte favorendo momenti di intensa prossimità, altre volte mettendo in atto azioni di presa di distanza e immobilità. Quello che stiamo cercando di fare oggi è concentrare il più possibile il focus sui ragazzi, stabilen-

do per loro degli obiettivi e dei piani educativi precisi. Crediamo che sia importante per loro, soprattutto per i più grandi che stanno entrando nell'adolescenza, avere la possibilità di uscire e sperimentarsi anche al di fuori del contesto L.In.F.A, in attività che possano stimolarli e appassionarli (ad esempio pallavolo per Maddalena, calcio per Alessandro) in contesti comunque protetti e con cui siamo in rete. Inoltre cerchiamo di supportarli anche nel loro percorso scolastico e nelle loro scelte formative. Ciò nonostante restano aperti diversi interrogativi. Nel processo di riunificazione, la valutazione delle capacità genitoriali deve essere effettuata in modo attento e consapevole. Spesso le famiglie si mostrano entusiaste e combattive prima del rientro dei figli ma quando questi tornano, gestire la quotidianità e le sue difficoltà può essere un'impresa ardua. Inoltre, perché questo modello possa essere efficace non basta solo pensare in termini sistemici ma bisogna anche agire in tale direzione. A volte muoversi in tale direzione risulta complesso. La tanto auspicata sinergia tra la moltitudine di servizi coinvolti risente anche dei cambiamenti politici che avvengono in ambito locale. Inoltre i servizi stessi, nel tentativo di entrare in relazione fra loro, sembrano servirsi di regole simili a quelle utilizzate all'interno delle famiglie.

Un ulteriore elemento di complessità è dato dai "*tempi del tempo*" (Boscolo, Bertrando, 1993), i tempi di un tiranno con cui ci si è in perenne guerra. Un tempo che si sviluppa su due assi contrapposti: quello sincronico e quello diacronico. Il primo è il tempo della quotidianità sia della prassi operativa che degli accadimenti che avvengono nel qui ed ora della vita della famiglia. È un tempo in cui esiste solo la dimensione del presente. Il secondo è il tempo dell'équipe, di una vi-

sione che pur gettando lo sguardo al futuro si trova ad essere sempre in ritardo, sempre perdente rispetto al tempo sincronico che non lascia scampo.

La riunificazione familiare è un tema su cui, negli ultimi anni, le Istituzioni sia politiche che sociali hanno a lungo dibattuto. Tale tema ha acceso molti interrogativi ed è esitato nella promulgazione e modificazione di norme giuridiche ma su cui, purtroppo, ancora oggi mancano evidenze significative. Queste carenze complicano l'operato di coloro che si occupano di welfare, così come rendono meno sicura la prassi operativa di chi quotidianamente svolge il proprio lavoro in ambito sociale (assistenti sociali, psicologi, educatori). Quello che emerge dalle conclusioni dei pochi contributi esistenti è la coerenza nell'indicare la necessità di un approccio autorevole che sia però al contempo basato su una relazione empatica. Tale dato lascia tuttavia aperti numerosi interrogativi. Sarebbe infatti necessario disporre di una casistica più ampia e diversificata in modo tale da avere una descrizione più dettagliata su quali tipi di intervento, rapportati alle specifiche situazioni, risultano essere più efficaci, per ridurre i rischi e facilitare un positivo rientro in famiglia. Questo permetterebbe di far emergere le pratiche operative più efficaci in termini di metodi di lavoro degli operatori sociali, di strutture e di innovazioni. Inoltre sarebbe auspicabile un'indagine volta a fare luce sugli esiti a lungo termine che la riunificazione ha sui minori e sulle loro famiglie, così da discernere con maggior certezza i casi in cui il processo di riunificazione non vada attuato. Questo potrebbe permettere il raggiungimento dell'obiettivo comune di tutela del minore, nel rispetto delle sue esigenze e delle sue specificità di bambino.

Inoltre il tema della riunificazione è strettamente connesso a quello dell'adeguatezza delle cure genitoriali e questo implica risolvere il dilemma circa quali siano i criteri che permettono di definire “*sufficientemente buone*” le cure genitoriali. Tale valutazione risulta essere molto delicata e dovrebbe prevedere un confronto tra figure professionali diverse che lavori in appoggio e supervisione all'assistente sociale. Nell'ambito della tutela minori la presa in carico del minore stesso e della sua famiglia non può prescindere da un approccio integrato tra i Servizi. Se l'obiettivo da perseguire è appunto quello della tutela del bambino, ogni azione che viene effettuata non può non tenere conto del fatto che intorno al minore vi è un sistema al cui interno sono presenti delle figure adulte di riferimento. Per perseguire questo obiettivo risulta imprescindibile fare riferimento al concetto batesoniano di **struttura che connette**: in cui i sistemi in gioco sono molteplici, articolati e complessi (Moi, 2010).

Perché si realizzi questo, risulta necessario che ci siano maggiori risorse a disposizione per aiutare genitori e figli nelle delicate fasi preliminari alla riunificazione e per sostenerli nel periodo successivo. Per aiutare le famiglie che hanno subito un allontanamento e promuovere il ritorno

a casa dei minori servono indubbiamente tempo, competenza e passione ma anche prassi operative fondate sulla multidisciplinarietà così da fare emergere quella mente comune (Bateson, 1979), che risulta essenziale in situazioni di così elevata complessità. Un argomento così delicato qual'è la tutela dei minori non può esulare da una riflessione sull'etica, o meglio, sull'agire etico inteso come responsabilità di chi agisce all'interno delle Istituzioni. La sfida, che è

anche sfida dal punto di vista etico, è quella di arrivare alla condivisione di un paradigma non più fondato su una logica escludente “o” “o” (o il minore o i suoi genitori) ma invece profondamente radicato su una logica “e” “e” (il minore ed i suoi genitori), fortemente embricata e sostenuta da evidenze, nella consapevolezza che il dominio esplorato (le relazioni umane e le dinamiche familiari) non è associabile o trasponibile al dominio delle scienze matematiche e fisiche. Una visione che sia sistemica, che si accosti alla lettura di una realtà così complessa, perché costituita da una molteplicità di sistemi al contempo interagenti, ma differenti per mandato e visione, deve accostarsi all’oggetto osservato in termini di responsabilità epistemica. All’interno di un modello costruzionista, l’osservatore e l’oggetto osservato sono in connessione.

Questo implica l’aver consapevolezza che quelle che costruiamo sono sempre mappe, differenti dal territorio (Bateson, 1979). Sono frutto di premesse co-costruite nel tempo, sono lenti con cui noi leggiamo una Realtà più ampia. Il tenere a mente questi aspetti nella prassi quotidiana, ci permette di avvicinare l’altro con rispetto, per la sua alterità e la sua individualità. Il rispetto permette di entrare in contatto con l’altro da sé con la curiosità cecchiniana che deriva dalla consapevolezza che la mia lettura è solo e soltanto una delle infinite letture possibile. Infine vi è l’umiltà, intesa non come atteggiamento morale ma scientifico (Bateson, 1979), che permette quell’apertura al confronto, quella disponibilità alla supervisione che è presupposto fondante del pensare in termini di storie (Bateson, 1979).



## Bibliografia

Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Editore.

Bateson, G. (1979). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi Editore.

Biehal N.(2006). Reuniting *looked after children with their families: A review of the research*, London, National Children's Bureau.

Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati-Boringhieri.

Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). *Idee Perfette: hybris delle prigioni della mente*. Milano: Franco Angeli Editore.

Ceruti, G. (1988) La hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità. In Bocchi & Ceruti, *La sfida della complessità*, Milano: Feltrinelli Editore.

Cirillo, S. (1990) a cura di *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Farmer, E. (2010). *Figli di nuovo a casa*. Lavoro sociale, Vol.10, n.2, 173-193, Trento: Edizioni Erickson.

Filippi, F. (2012) *Potenziare le abilità relazionali nell'incontro dei servizi con le famiglie*. In Cambiamenti, Vol.2, 65-79, Parma: Edicta Edizioni.

Le Moigne, L. (1988). *Progettazione della complessità e complessità della progettazione*. In Bocchi & Ceruti, La sfida della complessità, Milano: Feltrinelli Editore.

Malagoli Togliatti, M., Rocchietta Tofani, L. (2002) *Famiglie multiproblematiche. Dall'analisi all'intervento su un sistema complesso*. Roma: Carocci Editore.

Miodini, S., Borelli, S. (2005). *Il sostegno alla famiglia d'origine prima, durante e dopo l'affidamento familiare: gli interventi necessari e le possibili integrazioni fra servizi*. Prospettive assistenziali, n.151, [http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA\\_Indice/151/151\\_il\\_sostegno\\_alla\\_famiglia\\_d'origine.html](http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/151/151_il_sostegno_alla_famiglia_d'origine.html) (consultato in data: 16/10/2015)

Moi, G. (2010). Approccio Sistemico Relazionale, Minori, Famiglie e Rete dei Servizi: possibili connessioni. In Cambiamenti, Vol.3, 5-7, Parma: Edicta Edizioni.

National Family Preservation Network (2003). *Intensive family reunification service protocol*, Buhl, ID, National Family Preservation Network.

Walsh, F. (2008). *La resilienza familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.



# **Le costellazioni familiari in terapia sistemica individuale: gli oggetti diventano co-terapeuti. Un invito a giocare sul serio**

Veronica Gardoni<sup>1</sup>

## **Sommario**

L'elaborato accoglie l'invito di Bateson a introdurre libertà, creatività e novità in psicoterapia. L'autrice avanza l'ipotesi che gli oggetti in terapia, agendo come un terzo, possano colmare l'assenza della co-terapia in terapia sistemica individuale, permettendo al terapeuta di decentrarsi e di introdurre nuove danze, ipotesi e aperture nel sistema. L'elaborato non promuove l'ennesima "oggetto-terapia", ma riflette sul potere perturbativo dell'approccio sistemico che considera gli oggetti come espedienti per provocare dei movimenti processuali. Verrà descritto un caso clinico di in cui si propone l'esperienza delle Costellazioni Familiari: le dinamiche familiari rappresentate da "pupazzetti" faciliteranno consapevolezza maggiormente emotive e corporee.

## **Parole chiave**

Gioco, terapia sistemica individuale, oggetti, Costellazioni Familiari, co-terapia, creatività

## **Abstract**

*The paper welcomes Bateson invitation to get serious and insert freedom, creativity and newness to psychotherapy. The author brings up the theory that the objects can become co-therapist because, acting as a third, allow the therapist to decenter and begin new movements, system openings and observation lenses. The paper does not promote another object-therapy, focusing instead on the unsettling power of the systemic approach, that use objects as expedients to start a trial process. They are used in Family Constellations in individual therapy, to develop a better physical and emotional awareness. The paper will also describe a clinical study where the introduction of the Individual Family Constellations, with object, encouraged new meanings.*

## **Key words**

*Game, individual systemic therapy, objects, Family Constellations, co-therapy, creativity*

---

<sup>1</sup>Allieva III anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata – email:veronica.gardoni@hotmail.it

## L'ANALOGIA TRA IL GIOCO E LA PSICOTERAPIA

D. Winnicott (1896-1971) si è a lungo interessato agli oggetti transazionali, come origine del vivere creativo, e all'analogia tra il gioco e la psicoterapia. Secondo Winnicott (1974, p. 79) la psicoterapia «ha luogo dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta». Il terapeuta deve essere in grado di giocare e mettere in condizione il paziente di giocare, in quanto «proprio mentre gioca il paziente è creativo» (ivi, p. 102). «Il gioco può essere una forma di comunicazione in psicoterapia; il gioco facilita la crescita e pertanto la sanità» (ivi, p.84). Anche per G. Bateson (1904-1980) il gioco è un tema caro. Attraverso il gioco infatti, l'individuo diventa consapevole dei vari ruoli e dell'esistenza di varie categorie di comportamento. Secondo Bateson (1996, p. 54), «nel colloquio terapeutico, non accade nulla [...] fino a che entrambe le persone non si mettono in un certo senso a giocare sul serio», ovvero quando scoprono «nuove possibilità di pensiero e di codificazione dei messaggi. Altrimenti, [...] si rimane bloccati nelle regole all'interno del gioco come i giocatori di canasta<sup>2</sup>» (ivi, p. 149). Il gioco introduce libertà, novità, creatività (intesa come costruzione di nuovi elementi o ri-costruzione dei vecchi), flessibilità e incertezza nel processo terapeutico. Il gioco permette di sperimentare nuove soluzioni e aiuta il terapeuta a

considerare le definizioni della realtà come temporanee e mutevoli.

## L'ASSENZA DELLA CO-TERAPIA IN PSICOTERAPIA SISTEMICA INDIVIDUALE

L'approccio sistemico<sup>3</sup> si interessò solo alla fine degli anni '80 alla terapia sistemica individuale, ma come scrive Telfener (2008, p. 30): «Non credo che tra terapia individuale e familiare ci sia una differenza sostanziale. Preferisco incontrare individui singoli, ma in seduta presentifico molte persone e poco mi occupo di ciò che avviene solo tra le orecchie di un solo individuo». La co-terapia non è una tecnica, ma un modo di impostare l'intervento e di muoversi nella stanza di terapia (Liotti, Farina, Rainone, 2005). «Consente ai terapeuti di uscire da quelle condizioni di inaiutabilità in cui si può incorrere quando i vissuti risuonano nel terapeuta in un modo da non consentire l'evolversi del processo» (Colombari, 2013, p. 68). Essere in co-terapia, rappresenta un ampliamento di prospettiva e permette la costruzione di un sistema Altro da quello terapeuta-paziente. Inoltre, aiuta la co-costruzione del cambiamento per il paziente e permette ai terapeuti il supporto e l'apprendimento reciproco. Come fare quindi in terapia individuale, dove la presenza della co-terapia e dello specchio unidirezionale non sono previste? Secondo Boscolo e Bertrando (1996), il terapeuta può incorrere nel rischio

---

<sup>2</sup>«Immaginiamo dapprima due giocatori che iniziano una partita a canasta secondo un normale insieme di regole. Finché queste regole vigono e non sono contestate dai due giocatori, il gioco non muta, cioè non interviene alcun cambiamento terapeutico. (In effetti molti tentativi terapeutici falliscono per questo motivo). Possiamo immaginare, tuttavia, che a un certo punto i due giocatori di canasta smettano di giocare e intavolino una discussione sulle regole. Il loro discorso è ora di un tipo logico diverso da quello del loro gioco; possiamo immaginare che, alla fine della discussione, essi si rimettano a giocare, ma con regole diverse» (Bateson, 1976, p. 234).

<sup>3</sup>Per approfondimenti si veda: Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata (1975); Cecchin (1987); Sbattella (1987); Cecchin, Lane, Ray (1992); Boscolo, Bertrando (1993); Bertrando (2004), Moroni, Restori, Sbattella (2012).

di “cadere” dentro la relazione, perdendo la distanza necessaria per apportare differenze. Accade infatti che, soli nel proprio studio, si venga invasi dalla sensazione che sia tutto “troppo” o “troppo poco”. Dov’è l’équipe dietro lo specchio? Dove sono i maestri che guidano le riflessioni? Dove sono i colleghi che suggeriscono interventi? L’orientamento sistemico ci allena «quando lavoriamo da soli, a uscire dall’immediatezza della relazione con il cliente per rifugiarsi momentaneamente dietro un virtuale specchio unidirezionale e analizzare la relazione fra il cliente e noi stessi. [...] La formazione sistemica favorisce un processo di internalizzazione e introiezione dell’équipe e delle sue “voci”, che rappresenteranno una polifonia nella mente del terapeuta» (ivi, p. 71). La conversazione terapeutica sarà un’incessante andirivieni tra dentro e fuori, in cui la realtà e la terapia verranno osservati da un punto di vista decentrato. (Barbetta, Casadio e Giuliani, 2012).

### **GLI OGGETTI DIVENTANO CO-TERAPEUTI: IL TERZO IN TERAPIA**

Nell’aiutare il paziente nel processo di scoperta di altre realtà e di nuove letture del sistema relazionale, una delle tecniche più interessanti ed efficaci usate in psicoterapia è la presentificazione del terzo (Boscolo, Bertrando, 1996), attraverso le domande circolari (Bertrando, 2004) e la tecnica della sedia vuota (Perls, 1977). Quest’ultima, è considerata un vero e proprio preambolo al metodo delle Costellazioni Familiari in terapia individuale: il paziente sarà incoraggiato ad osservare sé stesso e le ripetizioni relazionali del sistema di cui fa parte, come se gli proponessimo di seguirci “dietro lo specchio”. Potrà dare vita ad emozioni a volte così diverse, tra chi sta

guardando la terapia dietro lo specchio e chi ne sta facendo parte. Il sistema relazionale che si verrà a creare sarà quindi a tre elementi (terapeuta, cliente, terzo) a cui si andranno ad aggiungere l’équipe interna del terapeuta, le sue “voci” e quelle del cliente. «Si può dire che la prospettiva sistema porta l’incontro di due persone, cliente e terapeuta, ad essere fittamente popolato» (Boscolo, Bertando, 1996, p. 72). Il terzo, che sia oggetto, pensiero o foglio, può essere considerato alla stregua di un co-terapeuta, che apporta differenze, nuove ipotesi e aperture nel sistema. L’oggetto metaforico diventando il centro dell’interesse, agisce come un co-terapeuta che permette al terapeuta di lasciare il centro del sistema terapeutico e di osservare ciò che succede all’esterno (Goldbeter-Merinfeld, 2014). Il buddismo la chiama “posizione del testimone” o “discriminazione dello spettatore e dello spettacolo”: l’attenzione si libera da pensieri discriminanti (Goleman, 1982). Il terapeuta potrà cambiare il suo angolo visuale se riuscirà a «giocare con sé stesso, con le proprie immagini e le proprie associazioni legate alle emozioni implicite o esplicite della famiglia» (Andolfi, Angelo, 1987, p. 76). «Per giocare, anziché far giocare, è necessario che il terapeuta sposti il baricentro della propria competenza e si “conceda” al rapporto senza ancorarsi su posizioni statiche, basate più sull’“astenersi” che sul partecipare alla costruzione emotiva dello scenario terapeutico» (ivi, p. 71).

### **GLI OGGETTI TERAPEUTICI**

Si racconta che gli oggetti nello studio di M. Erickson fossero circa quattrocento ed egli li utilizzava per costruire metafore ipnotiche terapeutiche (Musacchi, 2015).

L'oggetto in terapia<sup>4</sup> può prendere qualsiasi forma possa aiutare a rendere maggiormente visibili i legami e le emozioni sottostanti. Compito del terapeuta sarà aiutare il paziente a connettere gli aspetti emersi in nuovi significati. «Chiamiamo oggetti terapeutici gli strumenti, le attività, “i giochi” e le procedure [...] che ricorrono alla comunicazione iconica. [...] Gli oggetti di per sé non sono la terapia. Nelle mani di un buon terapeuta sono efficaci nell'ordinare le interazioni e ridurre l'entropia del sistema relazionale» (Bruni, Defilippi, 2011, p. 202). Gli “oggetti fluttuanti”, così chiamati da Caillé e Rey (2005), occupano uno spazio intermedio, sono un terreno di gioco e un luogo di passaggio. Giocare con un oggetto in terapia vuol dire trasformarlo in metafora, in indicatore di relazione, in incontro, in spazio emotivo, in squilibrio tensivo. L'introduzione degli oggetti offre un rinnovamento sistema in quanto facilita il passaggio da una conoscenza cognitiva ad una comprensione emotiva (Biafora, Donati Marello, 2014), consentendo nello stesso tempo, un ancoraggio concreto alla realtà. L'uso degli oggetti in terapia rappresenta solo un espediente per provocare un movimento processuale. «La tecnica diventa arte quando l'ordine apre lo spazio alla creatività. E la psicoterapia è un'arte, che si apprende solo praticandola [...]. C'è poi sempre in agguato il rischio di pensare che più tecniche possediamo, meglio riusciamo a gestire le avversità» (Restori, 2014, p. 8).

## **LE COSTELLAZIONI FAMILIARI DI BERT HELLINGER**

B. Hellinger ha sviluppato negli anni '80 la tec-

nica delle Costellazioni Familiari. In un contesto gruppale, il cliente, sceglie fra i partecipanti al gruppo un rappresentante per ogni membro della famiglia e uno per sé stesso. Li disporrà nella stanza in modo intuitivo, guidato da ciò che sente, e lascerà che essi agiscano. Il terapeuta chiederà loro come stanno in quella posizione e li potrebbe invitare a muoversi o a pronunciare semplici ma potenti frasi, permettendo l'accesso ad un livello profondo dell'anima. I sentimenti e le relazioni emerse, potranno finalmente avere per il cliente dignità di esistere. Le Costellazioni Familiari si basano sul concetto di “campo cosciente” (altresì chiamato da Shelldrake “campo morfogenetico” e da Jung “inconscio collettivo”), attraverso cui i partecipanti accedono alla coscienza delle persone che rappresentano, percependone sentimenti, condizioni fisiche, emozioni e relazioni. Hellinger (2004) chiama “irretimento” il fenomeno per cui i nuovi arrivati in famiglia percepiscono, accolgono e vivono energie, sentimenti e comportamenti dei propri antenati, restandovi attaccati tutta la vita. Si tratta spesso di “non-detti”, di sensi di colpa o di membri allontanati ingiustamente (Carlotti, 2013). La visione dei sistemi familiari di Hellinger postula l'esistenza di “ordini dell'amore” e “ordini dell'aiuto” (Moretti, Poggioli, 2015).

## **LE COSTELLAZIONI FAMILIARI IN TERAPIA INDIVIDUALE**

I primi ad applicare la tecnica delle Costellazioni Familiari in terapia individuale sono stati J. R. Schneider e S. Schneider (2014), collaboratori di Hellinger, che usarono dei

---

<sup>4</sup>«In letteratura, l'uso degli oggetti terapeutici spazia dalla teoria della Gestalt alla Biosistemica, con numerose applicazioni in strumenti, quali: Sceno-test (Servizi Palazzoli, 1964), Family Sculpture (Bogliolo et al., 2012), Familienbrett (Ludewing et al., 2000), Sandplay Therapy (Kalf, 2003).

“pupazzetti”<sup>5</sup> al posto dei partecipanti al gruppo. L’introduzione delle Costellazioni non avviene quasi mai nei primi colloqui, ma quando il tempo è opportuno e il terapeuta sente che il corpo ormai freme, sommerso com’è di parole. Il paziente viene invitato a scegliere i “pupazzetti” che rappresenteranno sé stesso e la sua famiglia e a collocarli a seconda di come sente le relazioni. In questo processo dialogico inizialmente muto, paziente e terapeuta inizieranno a sintonizzarsi. Siccome i “pupazzetti” non parlano, sarà compito del terapeuta immedesimarsi nelle relazioni e facilitare una visione d’insieme. Il paziente a sua volta, può osservare sé stesso nel sistema e «tutto ciò che accade nella famiglia può svolgersi davanti ai suoi occhi come in un film» (ivi, p. 20). Diventa a questo punto interessante porre domande circolari e introdurre “mondi possibili” alla storia presentata. Ad esempio: Come si collocherebbe tra cinque anni? Come si sentirebbe sua madre se lei si spostasse? Chi seguirebbe suo padre se si allontanasse? Dove collocherebbe il sintomo? Con il sistema davanti agli occhi, risulterà più immediata la lettura dell’interdipendenza tra le parti e più evidente il retroscena sistemico dei problemi. Le Costellazioni offrono il vantaggio di distogliere il paziente dalla sua descrizione del problema, allontanandolo «da pensieri che “girano in tondo”, da giudizi, da fantasie e dalle corrispettive drammatizzazioni degli schemi relazionali. Ciò mostra al cliente [...] che il contesto del problema, come pure la soluzione desiderata, è da contemplare in modo diverso di quanto

non si sia fatto fino a quel momento» (ivi, p. 21). Proporre al paziente l’esperienza delle Costellazioni significa condurlo al punto di accesso principale per il cambiamento di cognizioni ed emozioni: il corpo. Il divenire consapevoli assume un significato prevalentemente corporeo (Mauri, 2014). Talvolta, «le parole sono bloccate. [...] Allora iniziamo a lavorare con il corpo. Non appena il corpo si scoglie, iniziano a fluire anche le parole, in una circolarità e ricorsività perfetta» (Vescovi, 2014, p. 54). Riacquista importanza l’integrazione delle diverse parti dell’essere umano (Carlotti, 2014), come direbbe Bateson (1976): la mente individuale è immanente nel corpo e l’uomo va ricollocato in un tutto interconnesso.

#### *Caso clinico: un dolce per Teresa*

Teresa ha 20 anni e mi chiede uno spazio dove poter riflettere su una grave situazione familiare. Teresa ha due fratelli, uno di 25 anni e l’altro di 37, sposato con un figlio. I genitori si sono separati quando lei aveva 16 anni, dopo anni di violenti litigi. La madre dopo la separazione ha sofferto notevolmente ed era Teresa ad occuparsi di lei e delle faccende domestiche. Il padre è stato allontanato dalla famiglia dopo aver minacciato di morte i figli, con cui non ha più contatto. In quegli anni, Teresa non ha potuto fermarsi a riflettere su ciò che stava accadendo e nessuno era in grado di vederla. Con l’inizio dell’università, Teresa si accorse che non le piaceva frequentare posti affollati, sentiva imbarazzo se veniva guardata o interpellata, aveva una bassa autostima

---

<sup>4</sup>«E’ necessario che abbiano (1) una grandezza tale da poter essere portati con sé e spostati agilmente, (2) una distinzione fra maschi e femmine, (3) meno caratteristiche possibili, (4) una distinzione fra bambini e adulti, (5) colori diversi

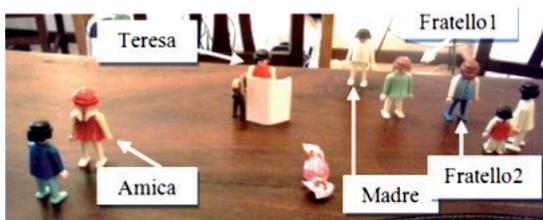


Figura 1



Figura 2



Figura 3

e una forte rabbia verso i maschi. Stiamo lavorando insieme da quasi un anno sul rispetto dei suoi tempi e sullo stare in contatto con le sue emozioni. Le risorse di Teresa le hanno permesso di rimettersi in gioco, riscrivendo una storia diversa da quella della “ragazza condannata ad essere problematica”. Ho introdotto le Costellazioni Familiari dopo otto mesi dal nostro primo incontro, quando sentivo che il corpo, soprattutto il mio, necessitava un livello di comprensione differente. Ha reagito con un sorriso, accettando di *giocare sul serio*. La forte alleanza terapeutica ha costituito un terreno di *gioco* sicuro e affidabile. Teresa ha più volte spostato i “pupazzetti” prima di trovare la loro “giusta” posizione. La invitavo a porre attenzione alle relazioni, domandando ad esempio: Tua madre a chi è più vicina? Dove rivolge lo sguardo? Cosa farebbe tuo fratello se tu ti spostassi? Come starebbe tua madre se la guardassi? Teresa si sente isolata, al suo fianco solo l’università, ovvero il futuro, rappresentato da un cavallo (Figura 1). La madre è collocata dietro a tutti, rivolge lo sguardo alla figlia e al secondogenito, a cui è più vicina fisicamente. Quest’ultimo è a fianco del fratello maggiore, il quale ha il corpo e lo sguardo in direzione della moglie e del figlio. Teresa sceglie di inserire anche la sua migliore amica, ma la sente lontana. Il padre è lontanissimo, quasi fuori scena. Lo introduco e la Costellazione cambia (Figura 2): la famiglia si compatta, mentre il padre

dà le spalle e guarda altrove. Solo il fratello maggiore e la madre sono rivolti verso di lui, guardandolo. Il secondogenito è voltato verso il fratello maggiore, come a cercare protezione. Teresa invece, è direzionata verso la madre e arretra un poco per sostenerla. Il ruolo di Teresa che aiuta gli altri e che non viene vista, è evidente. Le chiedo allora come le piacerebbe che la sua famiglia si disponesse. Teresa vorrebbe essere circondata e protetta dai familiari (Figura 3). Mi immedesimo in lei e le riferisco la mia sensazione di oppressione, come se tutte quelle persone attorno mi occupassero la visuale e mi togliessero aria. Teresa riflette, conferma e colloca la costellazione nel passato: era ciò di cui aveva bisogno a 16 anni. Riconosce che il presente è diverso, più arioso, e ritorna alla prima Costellazione (Figura 1). La distanza dalla madre e dai fratelli viene riconnotata come crescita, evoluzione e nello stesso tempo costante presenza. Sotto lo sguardo della madre (che finalmente la vede) può provare a fare i suoi passi e correre verso il futuro. Teresa parla della necessità di guardarsi e accettarsi. Traducendo le parole in metafora, ci immaginiamo una sorta di specchio posto davanti a lei e scegliamo un biglietto di carta per rappresentarlo. Sento il mio corpo non rilassato alla vista della nuova rappresentazione: lo specchio, essendo più alto del “pupazzetto”, assomiglia infatti ad uno scudo. Da questa suggestione, emerge

come lo scudo le serva per non vedere e per non farsi vedere. “Dolcezza” è il nome che abbiamo dato all’opportunità che l’altro (amicizia o amore) si avvicini e che lei lo lasci avvicinare; l’abbiamo rappresentata con una caramella (Figura 1). Decidiamo insieme di rimpicciolire lo specchio/scudo, tagliando a metà il pezzo di carta. Attraverso questo gesto simbolico, che le amplia gli orizzonti, per la prima volta Teresa si vede non passivamente incatenata alla storia della sua famiglia, ma artefice delle esperienze che vivrà e pronta ad accorgersi se qualcosa di “dolce” le si sta avvicinando. Quando un giorno mi disse che era riuscita, dopo dieci anni, a truccarsi, guardarsi allo specchio e piacersi, ci siamo commos-

se entrambe. Teresa esce dallo studio un po’ scossa dall’esperienza: non aveva mai rappresentato visivamente la sua famiglia e non aveva mai riflettuto in questi termini su se stessa. Non è certo esaustivo il lavoro svolto. Diversi personaggi non sono stati sufficientemente indagati, altre informazioni potevano emergere, ma in quel momento il “campo” ci ha condotte su quella strada e lì sono emerse differenze, lì il sistema è uscito perturbato. Non escludo la possibilità di riproporre il lavoro sulle Costellazioni per andare oltre. Nelle sedute successive infatti, capiterà che Teresa ricordi alcune posizioni o immagini emerse durante la costellazione e che le utilizzi come metafore o riflessioni per costruire il suo cambiamento.



## Bibliografia

- Andolfi M., Angelo C. (1987), *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Barbetta P., Casadio L., Giuliani M. (2012), *Margini. Tra sistemica e psicoanalisi*, Antigone, Torino.
- Bateson G. (1996), *Questo è un gioco*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi Edizioni, Milano.
- Bertrando P. (2004), *Il discorso del terzo. Tecniche di terapia sistemica individuale e di analisi del transfert*, in Connessioni, 15, 63-81.
- Biafora V.G., Donati Marelo C. (2014), *Presupposti di ricerca: il vissuto del terapeuta nell'utilizzo degli oggetti fluttuanti*, Notiziario della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale, a cura di Bruni F, novembre/dicembre 2014.
- Bogliolo C., Capone D., Puleggio A., Genovesi I. (2012), *Dalla scultura alla rappresentazione spaziale della famiglia*, Armando Editore, Roma.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993), *I tempi del tempo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Boscolo L., Bertrando P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bruni F, Defilippi P.G. (2011), *Gli oggetti in psicoterapia relazione. Indicazione e modelli di intervento*, in Caillé P., Rey Y., (2005), *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*, Armando Editore, Roma.
- Carlotti E. (2013), *Lutti, depressione, dipendenze, dall'amore che fa ammalare all'amore che guarisce attraverso le Costellazioni di Bert Hellinger*, Cambia-menti, 1, 39-51.
- Carlotti E. (2014), *Il corpo in psicoterapia nella seconda cibernetica*, Cambia-menti, 2, 69-82.
- Colombari B. (2013), *I movimenti nella relazione tra i terapeuti: la co-terapia*, Cambia-menti, 2, 61-73.
- Cecchin G. (1987), *Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: an invitation to curiosity*, Family Process, 25, 405-413.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.L. (1992), *Irri-verenza*, Franco Angeli, Milano.
- Goldbeter-Merinfeld E. (2014), *Il lutto impossibile: il modello terzo pensante in terapia familiare*, Franco Angeli, Milano.
- Goleman D. (1982), *Esperienze orientali di meditazione*, Savelli, Roma.
- Hellinger B. (2004), *Riconoscere ciò che è. La forza rivelatrice delle costellazioni familiari*, Feltrinelli Editore, Milano.
- Kalff D. M. (2003), *Sandplay: a psychotherapeutic approach to the psyche*, Tenemos Press, Cloverdale, CA.
- Liotti G., Farina B., Rainone A. (2005), *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*, Laterza, Bari.
- Ludewing K., Wilken U. (2000), *Das Familienbrett*, Hogrefe, Göttingen
- Mauri D. (2014), *Il corpo consapevole: verso una relazione incarnata attraverso un processo di co-costruzione*, Cambia-menti, 1, 41-52.
- Moretti M., Poggioli D. (2015), *Manuale di costellazione familiari individuali*, Alpes Italia, Roma.
- Moroni M., Restori A., Sbattella S. (2012), *Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio*, Cambia-menti, 1, 7-16.
- Musacchi R. (2015), *L'uso creativo degli oggetti in psicoterapia biosistemica*, in De Sarlo P., Fiumara R., *Biosistemica: la scienza che unisce metodi e applicazioni*

*in campo clinico e sociale*, Franco Angeli, Milano.

Perls F., (1977), *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia*, Astrolabio, Roma.

Restori A. (2014), *L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato*, Cambia-menti, 1, 7-16.

Sbattella F. (1987), *Il piacere di giocare. Le funzioni dell'attività ludica*, L'albero ad elica, 47-52.

Schneider J.R., Schneider S. (2014), *Costellazioni Familiari e Sistemiche nelle sessioni individuali con le figurine*, Alci Edizio-

ni, Udine.

Selvini Palazzoli M., (1964), *Lo Sceno-test di G. v. Staabs*, Bollettino di Psicologia Applicata.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin L., Prata G. (1975), *Paradosso e contro paradosso*, Feltrinelli, Milano.

Telfener U. (2008), *Riflessioni sulla terapia individuale sistemica*, Connessioni, 20, 28-52.

Vescovi S. (2014), *Sul potere della parola, l'arte di fare psicoterapia*, Cambia-menti, 4, 43-56.

Winnicott D.W. (1974), *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma.





# **Elogio all'incertezza.**

## **Costruzionismo sociale, etica e psicoterapia**

Silvia Vescovi<sup>1</sup>

### **Sommario**

Il presente contributo intende essere una riflessione da un'ottica post-moderna sull'incertezza che accompagna la pratica psicoterapeutica e che rappresenta anche una delle qualità intrinseche ed ineliminabili dell'essere umano. Dopo avere collocato il costruzionismo sociale in una precisa cornice culturale e sociale riassunta sotto il termine di "post-modernismo" e delineato le caratteristiche di tale modello e del suo incontro con la scuola sistemica, viene rilevato quanto esso offra l'opportunità di riflettere sul tema della molteplicità del reale, del linguaggio che costruisce la nostra realtà con esiti del tutto indefinibili. In tale ottica, e se accogliamo la psicoterapia come pratica etica anziché scientifica o medica, la posizione di inevitabile incertezza che ne deriva va di pari passo con l'etica, anzi si può dire che esse siano inscindibili. Viene altresì delineata la figura del terapeuta costruzionista che, a partire dalla posizione di non esperto, si assume la responsabilità etica ed epistemica di quello che dice, fa, crea e costruisce con le sue parole nell'interazione con il paziente e degli effetti che questa co-creazione produce.

Il contributo presenta inoltre in estrema sintesi un'esperienza personale dell'autrice che intende mettere in luce quanto le parole e le narrazioni co-costruite aiutino a forgiare realtà più utili e foriere di benessere e cambiamento per il paziente.

### **Parole chiave**

Incertezza, etica, responsabilità costruzionismo sociale, costruzione, relazione

### **Abstract**

*Assuming that uncertainty is an intrinsic quality of the human being that cannot be removed, this contribution aims to reflect on the uncertainty involving the practice of psychotherapy from a post-modern perspective. The paper is divided into three parts. The first part deals with placing social constructionism in a specific cultural and social framework that can be referred to as "post-modernism". The second part describes the peculiarities of this model and its connections with the systemic school. The third part offers the opportunity to reflect, on the one hand, on the topic of the multiplicity of reality and, on the other hand, on the indefinable outcomes of the language creating our reality. Bearing this in mind, if we consider psychotherapy as an ethical rather than a scientific or medical practice, the inevitable uncertainty resulting from this assumption, is so tightly connected with ethics, that cannot be separated from it. Moreover, the paper deals with the role of the*

---

<sup>1</sup>Allieva III anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Interata, email: vescovi.silvia@libero.it.

*constructionist therapist. As a non-expert, s/he is ethically and epistemically responsible of what s/he says, undertakes, creates and builds with her/his own words in the interaction with the patient and of the outcomes that this co-creation will produce. Finally, this contribution briefly describes a personal experience of the author aiming to highlight how co-built words and narratives can help the patient shaping a reality that is targeted at well-being and changing.*

**Key words**

*Game, individual systemic therapy, objects, Family Constellations, co-therapy, creativity*



## Key Words

*Uncertainty, ethics, responsibility, social constructionism, to build, relationship*

*Cercherò di addomesticare il disordine agganciandolo all'ordine, ampliando la prospettiva, eppure mi godrò la libertà di una prospettiva sfuggente, in cui non c'è finalità di sguardo, in cui nulla è totalmente chiaro e domani un nuovo percorso darà un nuovo percorso.*

(A.R. Ammons, "Corson's Inlet")

## IL SECOLO DELL'INCERTEZZA

*Io sono realmente come mi vede lei - Ma ciò non toglie, cara signora mia, che io non sia anche realmente come mi vede suo marito, mia sorella, mia nipote e la signora qua (...). Vi vedo così affannati a cercar di sapere chi sono gli altri e le cose come sono, quasi che gli altri e le cose per se stessi fossero così o così.*

(tratto da Pirandello, "Così è (se vi pare)"  
Atto I, sc. II)

Se ampliamo lo sguardo e collochiamo la nascita del costruzionismo sociale in un sistema più vasto e complesso che comprenda la letteratura, l'arte, la musica, la filosofia, le scienze umane, è inevitabile notare il clima di grande incertezza che il crollo delle scienze positivistiche aveva lasciato dietro di sé. Il mondo non è più razionalità, regolarità, causalità, ma si rivela imprevedibile, molteplice, ambiguo. Il Novecento è il secolo delle avanguardie; del cubismo e dell'astrattismo in pittura e della dodecafonia in musica. Si teorizza la non rappresentabilità della realtà e l'arte non è più lo specchio o fotografia del mondo; anche nel cinema si osserva una frattura totale con il passato e si danno spazio ai paradossi, ai flash back,

ai dilemmi oscuri che si agitano nelle menti umane. E' la realtà che si maschera di una vana illusione di oggettività di Pirandello, che dipinge i suoi personaggi alle prese con il disvelamento di questa terribile scoperta, come Vitangelo Moscarda, protagonista di "Uno, nessuno e centomila" che ogni persona che incontra vuole che lui sia «marito o banchiere, un usurajo per gli altri, uno stupido qui per mia moglie» (1926, p.12). «La realtà non ci fu data e non c'è, ma dobbiamo farcela noi, se vogliamo essere: e non sarà mai una per tutti, una per sempre, ma di continuo e infinitamente mutabile (1926, p. 88)». O la signora velata di nero, emblema dell'inconoscibile e del mistero, che compare al termine di "Così è (se vi pare)" che è sia la seconda moglie del sig. Ponza ma anche la figlia della signora Frola.

E' questo il terreno che alimenta quelle radici post-moderne che contaminano la psicologia e la psicoterapia di stampo socio-costruzionista.

## COSTRUZIONISMO SOCIALE E POST-MODERNISMO

Kenneth Gergen ci descrive il costruzionismo sociale come un ampio movimento culturale, di critica sociale ed elaborazione epistemologica sorto negli Stati Uniti negli anni Ottanta del secolo scorso, che raccoglie i contributi dell'ermeneutica fenomenologica, del costruttivismo, dell'interazionismo simbolico e dalla filosofia del linguaggio per integrarli nella costruzione di un nuovo paradigma conoscitivo che venga portato avanti da coloro che, come lui, vogliono "essere audaci, rompere le barriere del senso comune proponendo nuove forme di teorie, di interpretazione, di intellegibilità" (Gergen, 1999). Con questo obiettivo, il costruzionismo sociale sposta l'accento

sui significati generati dalle persone allorché interagiscono tra loro, negoziando, e costruendo sempre nuove ridefinizioni della realtà. Ogni descrizione della realtà è una forma di azione sociale, frutto di operazioni e criteri radicati nel contesto culturale, storico, socio-economico in cui viviamo e ha inevitabili effetti pragmatici: la comunicazione e il linguaggio non *rappresentano* la realtà, la *creano*. Mc Namee (2012) parla in prevalenza di “pratiche linguistiche” includendo così non solo il linguaggio verbale, ma anche il non verbale, le interazioni con il proprio ambiente in generale. La concezione tipicamente postmoderna (termine con il quale si circoscrive il periodo che va dagli anni '70 del secolo scorso ad oggi e definisce la crisi della modernità) secondo cui la conoscenza non è una riproduzione oggettiva della realtà, può essere considerata una delle premesse fondamentali del costruzionismo sociale.

Bertrando e Toffanetti (2001) osservano che Gergen considera il post-moderno come la “pars destruens” di una visione del mondo e il costruzionismo sociale come la “pars costruens”. “Nella prospettiva costruzionista, i significati e le identità nascono in un contesto fin dal principio relazionale. Il sé cresce all'interno degli scambi e delle conversazioni in cui siamo inseriti e l'identità è il risultato delle narrazioni che all'interno di tali danze conversazionali ognuno di noi scrive” (ibidem).

## **MODELLO SISTEMICO E COSTRUZIONISMO SOCIALE**

*«Passeggiando un giorno per New York con il mio maestro (Heinz Von Foerster, ndr) siamo passati davanti alla sede del New York Times, noto quotidiano americano, sul cui portone d'ingresso*

*c'è la scritta 'Tell it as it is'. - Guarda che ingenuità - ha commentato lui - sarebbe stato più corretto se avessero scritto 'It is as you tell it'-» (Telfener, 2011, p. 14)*

L'incontro avvenuto agli inizi degli anni Ottanta tra i terapeuti sistemici e la Cibernetica di Secondo Ordine è stato per molti aspetti “dirompente” (Fruggeri, 1998). L'idea che ha scosso il mondo sistemico è che l'osservatore non è esterno al processo della conoscenza, ma partecipa attivamente a costruire il sistema osservato e rapportandosi ad esso, ne modifica la comprensione e la relazione. Dopo la rivoluzione epistemologica della Seconda Cibernetica il modello sistemico si trova davanti, da una parte, alla possibile rideclinazione in senso costruttivista radicale, in cui il terapeuta rimaneva imprigionato nelle premesse epistemologiche che gli impedivano di conoscere il paziente e che lo portavano a ripiegarsi su se stesso, sui propri linguaggi, pregiudizi; dall'altra varie possibili rielaborazioni teoriche che riuscissero ad articolare la prospettiva costruttivista e quella cibernetica, la chiusura organizzativa dell'individuo singolo (Maturana e Varela, 1985) e la natura sociale e interattiva dei processi di costruzione della realtà (Fruggeri, 1998). L'integrazione sistemico-costruzionista si colloca in corrispondenza di questo snodo teorico e storico.

In Italia, il modello sistemico di Milano si trovò a dialogare con facilità con la cornice di pensiero proposta dal costruzionismo sociale statunitense (cf. Hoffman, 1990). Tale movimento, così come la Cibernetica di Secondo Ordine apre la strada ad una possibile interpretazione della psicoterapia in senso soggettivistico. Anche il riconoscimento degli effetti del linguaggio aveva fatto parte dell'impalcatura sistemica sin dal

gruppo di Palo Alto: la teoria dell'osservatore aveva poi messo in discussione il ruolo del terapeuta come staccato dal sistema, mettendo in luce gli effetti delle sue descrizioni e delle sue osservazioni. Generando così un atteggiamento di costante autoriflessione e responsabilità epistemologica. Pertanto, il socio-costruzionismo, rimarcando il valore pragmatico del linguaggio, radicalizza alcune istanze già presenti nel modello sistemico dopo la Cibernetica di Secondo Ordine. Entrambi i contributi hanno portato alla luce quanto il terapeuta non sia portatore soltanto di una responsabilità tecnica, ma anche epistemologica, trovandosi a dover riflettere sulle proprie emozioni, sui propri pregiudizi, credenze, idee, valori in modo da poter valutare le conseguenze che sul piano sociale hanno i suoi interventi nei confronti del paziente e del suo sistema (Fruggeri, 1998). Cecchin e altri (1997) osservano che i terapeuti sistemici hanno da sempre prestato attenzione a come porsi in rapporto al paziente, ma tale interesse era limitato alle azioni del terapeuta e quasi non ci si curava di ciò che il terapeuta poteva sentire o pensare del cliente. Questo perché il presupposto era la neutralità, intesa come saper prendere le distanze e rispettare tutte le posizioni allo stesso modo. Focalizzando l'attenzione sul terapeuta, sul suo linguaggio e sui suoi modelli teorici si pone in risalto il dovere del terapeuta di riflettere sui propri sistemi di riferimento anche dal punto di vista dei processi sociali che contribuisce a costruire (si veda il concetto di "autoriflessività" di Lynn Hoffman).

### **INCERTEZZA ED ETICA**

De Koster e altri (2004) osservano che nella pratica psicoterapica il terapeuta è chiamato a mettere in discussione se stesso, ad ab-

bandonare la posizione di esperto, di osservatore oggettivo e conoscitore della realtà. La terapia diviene quindi «un'azione condivisa tra paziente e terapeuta in cui entrambi hanno uguale spazio di partecipazione (...), paziente e terapeuta insieme costruiscono il contesto interpersonale. L'accento è posto sulla conversazione dialogica, piuttosto che sulla diagnosi oggettiva» (ibid. p. 77).

Bauman (1993), il sociologo che più ha partecipato alle riflessioni proposte dal post-modernismo, osserva che il passaggio da una società "eteronoma", che vede la morale come creata da un'autorità esterna e che sceglie di non assumersi la responsabilità delle proprie azioni, ad una società autonoma, avviene attraverso la consapevolezza che la morale è creata dall'uomo e si basa unicamente sulla volontà di chi l'ha creata e, pertanto, può essere modificata in qualsiasi momento. Tale passaggio richiede che l'atto morale venga ricollocato nell'assumersi la responsabilità delle proprie decisioni, «passando da un contesto di certezze, ad un contesto di incertezza – di 'indecidibilità', direbbe Derrida – che ripositiona il fondamento della decisione, sposta l'orizzonte stesso del comprendere su cui si basa colui che decide, e modifica in modo critico la qualità morale della decisione medesima» (Morales Martinez e Sanchez, 2012 p. 40).

«Ciò che rende l'lo morale è la 'necessità di fare' e non la conoscenza di ciò che deve essere fatto. E ciò è evidenziato dal fatto che nessuno può mai essere sicuro di avere agito in modo giusto, ma può solo essere sicuro di avere agito a partire dalla necessità responsabile di agire di fronte all'altro, visto che è proprio questa incertezza il contesto morale che permette di prendere una decisione» (ibid. p. 40).

«L'lo morale si muove, sente e agisce nel

contesto dell'ambivalenza ed è lacerato dall'incertezza (...). L'incertezza è destinata ad accompagnare per sempre la condizione dell'«lo morale» (Bauman, 1993, p.19 ed.it). Pertanto, lo psicoterapeuta inserito in una cornice post-moderna sentirà la necessità di «essere per l'altro» senza il beneficio di «sapere sull'altro», del quale non potrà mai conoscerne in anticipo l'esperienza, né decidere la direzione più giusta per la sua vita. «Aporia e incertezza sono strettamente collegate in psicoterapia, per cui questa non si può intendere come basata su teorie generali: ciò che definisce una psicoterapia postmoderna è l'impossibilità di un esito prestabilito. Una psicoterapia postmoderna dovrebbe aprire gli spazi per una 'riflessione scomoda' che comporti sacrifici e rischi, prestando attenzione al proprio impatto etico e politico» (Curti, 2014 p. 50).

## L'ETICA DELLA COSTRUZIONE SOCIALE

Bianciardi e Sanchez (2012) osservano che «assumersi la responsabilità di garantire una 'cura' che non si basa su nulla di concreto (il farmaco, la manipolazione...), bensì unicamente su ciò che non ha, né può avere, realtà materiale (il sogno, la parola, il desiderio, la relazione...), significa porsi al centro di una problematica etica che va ben al di là delle questioni deontologiche» (p. 15). E ancora: «mentre la responsabilità moderna era una responsabilità *pragmatica* in ordine a una realtà supposta oggettiva, la responsabilità postmoderna è una responsabilità epistemica in quanto non riguarda l'azione bensì il *come* costruiamo le nostre "realtà" all'interno delle relazioni per noi significative» (ibid. p. 14).

Parte della critica al costruzionismo sociale riguarda il rischio che il mondo possa sfociare nel nichilismo e in un relativismo to-

tale. In accordo con Gergen, De Koster e altri (2004) osservano che è «la conoscenza negoziata a permettere lo sviluppo di valori e principi condivisi e l'investimento nell'interazione e nell'azione comune. Dato che non esiste un'unica verità, le nostre scelte si devono basare su dei valori, e dobbiamo assumerci la responsabilità di ciò che diciamo e di ciò che facciamo» (ibid, p. 73).

«I confini delle nostre narrative sono costruiti grazie a vincoli e potenziali politici, economici, sociali e culturali, e dunque la nostra scelta di narrativa non è illimitata, ma avviene nell'ambito di contesti preesistenti. Questa narrativa o senso di sé sorge non solo attraverso il parlare con gli altri, ma è il nostro parlare con gli altri» (Lax, 1989, p. 92). Compito del terapeuta è unirsi al paziente nella costruzione di storie alternative, possibili, diverse ma non troppo perché l'obiettivo deve essere la prosecuzione della conversazione, di ricercare nuove modalità e per aumentare la possibilità di scelta (cfr. Von Foerster).

Umberta Telfener (2012) afferma che per «agire» l'etica si debba prima di tutto analizzare la dialogica, intesa come lo scambio linguistico che impegna almeno due persone; è l'uso che del linguaggio si fa per costruire la propria identità e mantenerla nel tempo nel rapporto con l'altro; ma è anche la modalità attraverso cui si generano apprendimento e nuove cornici semantiche.

L'accesso al linguaggio ha reso l'uomo libero di costruire 'realtà' immaginarie, virtuali, desiderate o sognate: il linguaggio inaugura la possibilità di narrare e ri-narrare a se stessi versioni sempre nuove e cangianti della propria esperienza (Bianciardi, 2010).

Le scelte che si compiono su questioni in linea di principio indecidibili e il dialogo che si mette in campo permettono di incar-

nare l'etica e di mantenerla come cornice sotterranea. L'etica diventa quell'ambito in cui siamo noi ad assumerci la responsabilità delle nostre decisioni. Se consideriamo la proposta di Von Foerster di non vedere l'etica come una sovrastruttura ma come un atteggiamento nell'intersoggettività, ragionare di clinica significa ragionare di quale atteggiamento tenere nella relazione con l'altro che proprio a noi ha chiesto aiuto (Telfener, 2012). E ancora Telfener propone di chiamare relazionale tale atteggiamento verso l'etica, il che esclude totalmente la possibilità di chiamarsi fuori, di fare una diagnosi da un luogo privilegiato di osservazione senza occuparsi delle conseguenze. La responsabilità del terapeuta diviene una responsabilità soggettiva e personale ed è in questo senso che la psicoterapia deve essere intesa come pratica 'etica'.

### **UNA STORIA: "RINO E LA LEGITTIMAZIONE DEL DOLORE"**

Riporto in breve un percorso di colloqui di sostegno psicologico ad un anziano ospite di una Casa Residenza Anziani che mi ha visto coinvolta in qualità di psicologa della struttura.

Rino ha 87 anni e da 2 anni è ricoverato in casa protetta. Da 5 anni non cammina e si muove in sedia a rotelle. Quando l'ho conosciuto, al suo ingresso in struttura, era spesso malinconico e non amava alzarsi da letto; faticava, come molti anziani ospiti della struttura, ad adattarsi alla nuova vita, lontano dalla propria casa ma al tempo stesso era cosciente che fosse una scelta necessaria e presa, come lui stesso ha confermato, in totale libertà e d'accordo con l'unico figlio. Rino non presenta deterioramento cognitivo. Ha lavorato per tutta la vita, amando il suo lavoro di autotraspor-

tatore che tanto tempo lo costringeva fuori casa, notte e giorno. La moglie, persa 10 anni fa, è descritta come buona, amorevole e altruista. Da 15 anni Rino soffre di insufficienza renale acuta, che lo costringe a sottoporsi a dialisi 3 volte alla settimana. Qualche mese fa, una grave infezione ad un piede ha reso necessaria l'amputazione della gamba sinistra.

Il personale infermieristico, non appena Rino era rientrato dall'ospedale, ha subito notato in lui un umore molto depresso. Rino stesso, dopo pochi giorni, ha chiesto di parlare con la psicologa della struttura. Quando mi è stata comunicata questa volontà, sapevo di addentrarmi in un territorio a me sconosciuto. Non avevo mai avuto modo di confrontarmi con qualcuno che avesse subito un evento traumatico di questo tipo; potevo solo immaginare la portata di questa sofferenza con il pregiudizio che sarebbe stato assai difficile trovare le parole giuste e l'opportuna delicatezza per costruire una prospettiva diversa. Quando sono entrata nella sua stanza per il colloquio richiesto e l'ho visto sdraiato sul letto, mi è apparso subito in uno stato di profonda agitazione; con un tono di voce monocorde che somigliava ad un lamento continuo e penoso, mi diceva che non capiva perché stesse così male, dato che in ospedale gli pareva di avere superato bene l'operazione e il suo umore era buono, perché non dormisse la notte, perché avesse disgusto quando provava a guardare la sua gamba che non c'era più. Le parole ridondanti erano per lo più negazioni: "*non so*", "*non capisco*", "*mai più*" e "*inutile*" era l'aggettivo che più spesso pronunciava, in riferimento alla gamba, ma anche alle sue preghiere, alle invocazioni alla moglie, alla sua esistenza in generale. Qualche infermiere, per tranquillizzarlo, gli

diceva che stava male “per una questione psicologica” e che prima o poi gli sarebbe passato tutto. Altri, compreso il figlio, gli facevano notare, e lui stesso aveva accolto di buon grado tale narrazione, che **“la gamba tanto non gli serviva più!”** ed era questo che Rino soleva ripetermi anche nei colloqui successivi a cadenza settimanale, quasi a sottolineare come ingiustificabile il malessere che sentiva. Quando uscivo dalla stanza, le sue affermazioni per salutarmi oscillavano tra **“speriamo che le tue parole mi aiutino”** a **“non c’è più nulla da fare!”**.

Prevalsa un’incomprensione, una non accettazione del crollo che sentiva di avere subito dal rientro in ospedale. Il lavoro con lui si è limitato ad accogliere i suoi stati d’animo, senza giudicarli e a portarlo alla legittimazione della sua angoscia, ansia, disperazione, agitazione notturna: **“Ha perso una gamba! È come se avesse perso qualcuno di caro! Il corpo siamo noi, come si può non disperarsi?”** Rino è riuscito con pazienza a fare sua l’idea, costruita insieme in un clima di assoluta incertezza e di senso di vanità che talvolta ha rischiato di sovrastare anche me, di avere subito un lutto. In effetti, tutte le emozioni, gli stati d’animo che si animavano dentro di lui erano perfettamente e naturalmente correlati a questo evento traumatico. **“Come quando ho perso mio fratello”**. Grazie a questa sorta di accettazione, Rino ha iniziato a perdonarsi per essere crollato, a legittimare il suo malessere profondo, a dargli voce e a comprenderlo; a passare dall’affermazione **“tanto non mi serviva”** e quindi a colpevolizzarsi e a non capire il motivo del suo dolore a **“non mi serviva, ma mi manca”**. Inevitabile è stato il fluire dei ricordi legati alla salute fisica e alle attività amate: la pesca, la bicicletta, l’automobile. Il senso di disgusto, di ribrezzo

provato inizialmente sembrava scomparso e più Rino accettava la sua condizione, più iniziava a nutrire rimuginazioni sull’ineluttabilità o meno dell’intervento, sulla necessità o meno di tagliare una parte così ampia dell’arto; forse questo era indice di un cambiamento di punto di vista, che legittimava il dolore della perdita e la nostalgia. In circa due mesi di colloqui settimanali, insieme a Rino sono riuscita a costruire una nuova possibilità di reinterpretare la realtà, ho lasciato a lui la decisione di quale modo di vedere la realtà preferisse, se **“tanto la gamba non mi serve più”** il che presupponeva una sofferenza quasi inutile, senza senso a **“ho subito un lutto”**, che implicava l’accettazione di sentimenti negativi e, cosa a mio avviso più importante, di un tempo necessario per potersi riprendere.

## CONCLUSIONI

Attraverso un approccio che ricorda il monito di Von Foester, che siamo tutti ciechi finché non vediamo che non possiamo vedere, quindi incentrato sulla consapevolezza dell’ineluttabilità dell’incertezza, le persone che si rivolgono nei momenti difficili ad un terapeuta possono essere messe nelle condizioni, come scrissero Gergen e Kaye (1998):

*«di costruire la realtà da diversi punti di vista, liberandole così dall’oppressione di credenze narrative limitanti e dalle conseguenti sofferenze. In tal modo sono poste nelle condizioni di superare i vincoli imposti dal loro stesso affidarsi ad un certo repertorio di significati ed a liberarsi dalla fatica che deriva dall’imporre le proprie credenze a se stessi e agli altri. Per alcuni, emergeranno con chiarezza nuove soluzioni ai problemi; per altri si genererà*

*un repertorio di significati narrativi più ricco (...): un atteggiamento che lascia presagire quella tolleranza all'incertezza, quella libertà di esperienza che deriva dall'accettazione di una relatività di significato senza vincoli» (p. 190).*

In questa cornice l'etica della terapia come costruzione sociale riguarda, accogliendo le definizioni di McNamee (2012), che cosa il terapeuta può costruire conversando con il cliente, assumendo un atteggiamento di "impegno relazionale", che implica essere responsabili della relazione e delle "pratiche linguistiche" in cui terapeuta e cliente si impegnano; riguarda il come essere attenti a un processo che apra possibilità percorribili e potenzialmente nuove. Riguarda il riconoscere che come terapeuti non possiamo che avere "potere con" ma non "potere su",

che possiamo "essere per l'altro" senza il beneficio di "sapere sull'altro" e che irrinunciabile è sia "sapere di sapere" (sapere che il nostro sapere è costruito) e "sapere di non sapere" (essere consapevoli che il nostro conoscere non descrive le caratteristiche del reale) (Bianciardi, 2009).

*«Sappiamo che il nostro vivere partecipa a intrecciare con-testi com-plexi ove tutto si embrica e si connette. Ma non sappiamo come ciò avvenga né possiamo prevederne gli effetti. Non possiamo saperlo sia perché stiamo partecipandovi dall'interno ed essendo una delle parti in gioco, sia in quanto il partecipare di ciascuno è un cercare senza sosta la mano dell'altro, senza mai poterla afferrare saldamente e una volta per tutte»*

(Bianciardi, 2010 p. 200).

## Bibliografia

Bauman, Z. (1993). *Post modern Ethics*. Blackwell Publishers, Oxford UK and Cambridge, USA. Trad. it. (1996) *Le sfide dell'etica*. Milano: Feltrinelli.

Bertrando, P. e Toffanetti, D. (2001). *Storia della terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.

Bianciardi, M. (2009). *Psicoterapia come etica. La responsabilità post-moderna nella pratica clinica*. Torino, 9-10 Ottobre 2009. Convegno Internazionale. Episteme. Centro Psicoterapia della famiglia. Consultato il 20 Settembre 2015 su <http://win.associazioneculturaleepisteme.com/convegni.php>

Bianciardi, M. (2010). *Evoluzione del pensiero sistemico e pratica clinica*. In *Riflessioni Sistemiche*, 2, 191-202. Consultato il 2 Ottobre 2015, su [http://www.aiems.eu/archivio/2\\_numero.html](http://www.aiems.eu/archivio/2_numero.html)

Bianciardi, M. e Sanchez, F.G. (2012). *Presentazione*. In: Bianciardi, M. e Sanchez F.G., a cura di, *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e sensibilità clinica*. Torino: Antigone Edizioni.

Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1997). *Verità e pregiudizi: un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Ed. Cortina.

Curti, A. (2014). *Irriverenza ed etica*. In *Cambia-menti*, vol 1/2014 p. 43-56.

De Koster, K., Devisè, I. Flament, I., Loots, G. (2004). *Due applicazioni, una prospettiva, molti costrutti: implicazioni del costruzionismo sociale per la ricerca scientifica e la terapia*. *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica*, 1, 71-77

Fruggeri, L. (1998). *Dal costruttivismo al costruzionismo sociale: implicazioni teoriche e*

*terapeutiche*. *Psicobiiettivo*, vol. XVIII, n. 1, 37-48.

Gergen, K.J e Kaye, J. (1998). *Oltre la narrativa nella negoziazione del significato terapeutico*. In: Mc Namee, S., Gergen, K., a cura di, *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli. Gergen, K.J. (1999). *An Invitation to Social Construction*. London: Sage

Martinez, R.M. e Sanchez, F.G. (2012). *Approccio postmoderno e etica della responsabilità in psicoterapia*. In: Bianciardi, M. e Sanchez F.G., a cura di, *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e sensibilità clinica*. Torino: Antigone Edizioni.

Pirandello, L. (1926). *Uno, nessuno e centomila*. Milano: Garzanti Editori, 1993.

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

Mc Namee, S. (2012) *Responsabilità relazionale e etica nella clinica postmoderna*. In *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e sensibilità clinica*. Torino: Antigone edizioni

Lax, W. (1989) *Il pensiero post-moderno nella pratica clinica*. In: Mc Namee, S., Gergen, K., a cura di, *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli.

Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Telfener, U. (2012). *Le scelte cliniche tra indecidibili e indeterminabili*. In: Bianciardi, M. e Sanchez F.G., a cura di, *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e sensibilità clinica*. Torino: Antigone Edizioni.

# Tempi e spazi in psichiatria

Marta Perini<sup>1</sup>

## Sommario

Il presente articolo espone un excursus cronologico in merito ad interventi psichiatrici attuati a livello Nazionale, per concentrare poi l'attenzione su tre Reparti Italiani di emergenza psichiatrica (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, SPDC): Parma, Reggio-Emilia e Modena. Nel descrivere tali specifici contesti, l'autrice utilizza informazioni raccolte tramite interviste semi-strutturate<sup>2</sup> effettuate ai Direttori dei tre Reparti sopracitati. Per il Reparto di Parma le stesse informazioni vengono integrate con i punti di vista di alcuni Utenti, raccolti, direttamente in Reparto, tramite osservazione naturalistica e conduzione di colloqui.

La descrizione dei tre Servizi viene arricchita da ulteriori contributi, di medici e pazienti, raccolti in occasione di una Settimana della Salute Mentale<sup>3</sup>, alla quale ha avuto seguito un'intervista semi-strutturata<sup>4</sup>, di approfondimento, effettuata al Dr. Tibaldi.

Evidenziati i limiti e le risorse dei contesti sopraelencati, al fine di favorirne un'apertura verso possibili sviluppi futuri, l'autrice ne propone un confronto con recenti evidenze cliniche inerenti la *recovery* di persone con sofferenze psichiatriche, e del loro contesto di vita.

## Parole chiave

Tempo e spazio, psichiatria, SPDC, ricoveri ripetuti, recovery, Dialogo Aperto

## Abstract

*This article explains a chronological excursus about psychiatric interventions implemented at National level, and then focuses on three Italian Departments of psychiatric emergency (Psychiatric Diagnosis and Care, SPDC): Parma, Reggio-Emilia and Modena.*

*In describing these specific contexts, the author uses informations collected through semi-structured interviews with the Directors of the three Departments mentioned above. For the Department of Parma the same informations are integrated with the points of view of some Patients, collected directly, in Department, through naturalistic observation and conducting interviews.*

*The description of the three Services is enhanced by additional contributions, of doctors and patients, collected during a Mental Health Week, which had followed by a semi-structured in-depth interview with the Dr. Tibaldi.*

*Highlighted the limits and the resources of the above contexts, in order to promote openness to*

---

<sup>1</sup>Allieva II anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: perini\_marta@libero.it

<sup>2</sup>Appendice 1

<sup>3</sup>Màt di Modena, 17-23 ottobre 2015

<sup>4</sup>Appendice 2

*future developments, the author proposes a comparison with recent clinical findings regarding the recovery of people with psychiatric sufferings, and their life context.*

**Key words**

*Time and space, psychiatry, SPDC, revolving door, recovery, Open Dialogue*



## ARCHI DI CONOSCENZA SUL PASSATO E SUL PRESENTE DELLA PSICHIATRIA IN ITALIA

### *Archi di conoscenza dalla Letteratura*

Fino al 1978, in Italia, i pazienti psichiatrici erano visti come persone pericolose, da tenere reclusi in appositi ospedali (manicomi) lontani dalla società. Dal canto suo, la Sanità guardava alle patologie psichiatriche tramite lenti bio-mediche<sup>5</sup> che alimentavano l'identità sociale dei pazienti psichiatrici come di corpi cronicamente malati e dipendenti da farmaci (Basaglia, 2012), in un'ottica non tanto curativa quanto piuttosto preventiva/contenitiva.

In tale contesto assistenziale il paziente viveva restrizioni spaziali ed anche temporali: gradualmente tendeva ad identificarsi con una propria parte del *qui ed ora*, malata (Basaglia, 2012) e priva di prospettive.

Nel 1978, in linea con gli sviluppi teorici e pratici europei<sup>6</sup>, Franco Basaglia perturbò tale prassi di reclusione ed invalidazione: basandosi su un'aggiornata eziopatogenesi della "malattia mentale", di carattere *multi-fattoriale*, Basaglia diede forma all'omonima Legge con la quale avviò la chiusura dei manicomi e favorì il riavvicinamento dei pazienti psichiatrici alla società.

Coerentemente con ciò si diffuse il *modello bio-psico-sociale* che, come emerge dal "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale"<sup>7</sup>, favorì una graduale differenziazione dei servizi psichiatrici italiani: ad oggi, in base all'evoluzione della patologia e al suo specifico "Piano di Trattamento

Individuale", (in base quindi ai trattamenti e alle figure professionali necessitati) il paziente viene inviato al Servizio Territoriale più adeguato.

Lo stesso documento, ponendo <<una maggiore attenzione alle *famiglie* nell'ambito dei programmi di cura>> (p.7), enuncia un'ulteriore estensione degli spazi di intervento.

Tale presente assistenziale, attento a molteplici dimensioni della patologia psichiatrica, sembrerebbe aprire possibili prospettive per i pazienti e per i loro contesti di vita.

Viene da chiedersi: <<Il modello bio-psico-sociale ed il suddetto "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" come sono stati adattati alle diverse realtà italiane?>>.

### *Archi di conoscenza dal contesto di tirocinio: osservazioni e interviste*

Attualmente, i pazienti psichiatrici in fase acuta, in Italia vengono inviati al Reparto SPDC di riferimento, in genere di rapido accesso in quanto collocato all'interno del presidio ospedaliero cittadino. Tale sviluppo verrebbe in qualche modo "compensato" dal mantenimento di forme di isolamento di natura fisica (come le porte esterne rigorosamente chiuse a chiave) e da altre di natura psico-sociale.

Fra queste ultime vi è lo scarso stupore del Personale di fronte a pazienti con "ricoveri ripetuti" ("*revolving door*"), un fenomeno originatosi a seguito della chiusura degli

<sup>5</sup>Il modello bio-medico vede il comportamento patologico come cronicamente determinato dall'alterazione di funzioni bio-chimiche (Hansell, Damour, 2007) da curare principalmente con trattamenti farmacologici.

<sup>6</sup>Sviluppi inerenti l'assistenza psichiatrica "comunitaria" (Basaglia, 2012).

<sup>7</sup>Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, 2013.

	REVOLVING DOOR					
	SPDC Parma		SPDC Reggio-Emilia		SPDC Modena	
	≤ 2 ricoveri	≥3 ricoveri	≤ 2 ricoveri	≥3 ricoveri	≤ 2 ricoveri	≥3 ricoveri
Anno 2012					10%	6%
Anno 2014		5,4%		7,57 %		
Anno 2015						
-1°semestri		6 %				
-Primi 9 mesi				5,1 %		

Tab.1 Percentuali dei revolving door comunicati dai Reparti di SPDC di Parma, Reggio-Emilia e Modena.

Ospedali Psichiatrici e che, dai dati raccolti<sup>8</sup>, risulta tuttora presente (Tab.1).

Viene da chiedersi: <<Come mai, se il sistema di cura è attento a molteplici bisogni, un utente, già noto al Servizio, viene accolto nuovamente senza stupore?>>.

Una risposta comune farebbe riferimento ad alcune situazioni cliniche complesse, per le quali non si riuscirebbe ad elaborare un Piano di Trattamento Individuale adeguato. In alcune circostanze verrebbe altresì riscontrato un circolo vizioso alimentato da scarsa consapevolezza e scarsa *compliance* da parte del paziente.

Un ulteriore ruolo verrebbe svolto da contesti familiari/socio-relazionali poveri di risorse, alle volte bisognosi loro stessi di sostegno (materiale e/o psichico), oppure poco presenti.

Queste risposte vanno a confermare la necessità di offrire interventi specifici, differenti fra loro ma coordinati e funzionalmente integranti.

Spinta dalla curiosità (Cecchin, 1988), l'autrice ha raccolto informazioni<sup>1</sup> in merito alla natura degli interventi attivati nei tre Reparti

di riferimento.

Effettivamente, i trattamenti farmacologici, tuttora detentori di primato, nel tempo sono stati integrati con altri trattamenti “a valenza riabilitativa”, quali la psicomotricità e lo shiatsu, per i quali il Reparto SPDC di Parma avrebbe attivato specifici professionisti. Un'altra integrazione dei trattamenti “corporei” (“*bio*”), attivata da parecchi anni in tutti e tre i Reparti, è rappresentata dai colloqui individuali e di gruppo gestiti da personale infermieristico e da specializzandi psichiatri. Si tratta di incontri *psico-educativi coscientemente* finalizzati (Bateson, 1977) ad incrementare la consapevolezza del paziente su se stesso (limiti e risorse) e sulla propria malattia (fattori, terapia e potenziali conseguenze), al fine ultimo di favorire la *compliance* e la prevenzione di future ricadute.

Nonostante gli sviluppi citati, il fenomeno del *revolving door* sembra mantenere un ruolo di sintomo sociale: cosa continua a mancare?

Dai colloqui individuali e di gruppo (e <sup>2</sup>), a livello verbale e non verbale (Watzlawick,

<sup>8</sup>Dati forniti dai Direttori dei SPDC di Parma, Reggio-Emilia e Modena, Reparti con differenti modalità di raccolta dati.

Beavin, Jackson, 1971), i limiti degli stessi interventi parrebbero connessi a carenze di natura *psico-sociale*; fra queste vi sarebbero la mancanza di una buona relazione terapeutica e la mancanza di un supporto al contesto familiare.

In merito al primo aspetto sembra che, non di rado, il paziente da parte del Personale percepisca scarsa fiducia, disponibilità e chiarezza comunicativa. Tali fattori tenderebbero a mantenere il paziente nel ruolo di passivo “ricevente” (di indicazioni e/o farmaci)<sup>9</sup> e, ostacolandone il processo di *empowerment*, ne rinforzerebbero una omeostatica condizione di rassegnazione e di ritiro sociale<sup>10</sup>. A tal proposito, il Reparto SPDC di Modena conferma un insufficiente ascolto degli utenti ed una frequente difficoltà nella decodifica dei loro sintomi, limiti che la stessa Direttrice si auspica di poter affrontare ristabilendo, al più presto, una collaborazione con psicologi-psicoterapeuti (collaborazione interrotta da anni ed auspicata anche dal Direttore del Reparto di Reggio-Emilia).

Il Servizio di Parma si distingue per la presenza di uno psicologo strutturato (seppur per 12 ore settimanali), il quale integrerebbe le attività del Reparto, grazie anche all'attivazione di un gruppo di specializzandi in psicoterapia: gli *Argonauti*.

Per informazioni dettagliate sugli Argonauti si rimanda alla letteratura<sup>11</sup> ma si vuole qui sottolineare l'ottica sistemica del loro intervento: integrando i colloqui sopraccitati con altri, svolti secondo un modello psicoterapeutico di tipo sistemico, concedono

agli Utenti tempi e spazi che questi ultimi possono scegliere se sfruttare. Si tratta di momenti nei quali possono dar voce al loro vissuto emotivo, presente ma anche passato, spesso taciuto e di ostacolo al futuro (Bertrando, Boscolo, 1993). Al contempo, gli Argonauti, collaborando e condividendo informazioni con il Personale del Reparto, ma anche con gli operatori di altri Servizi e con il medico-psichiatra di riferimento sul territorio, favoriscono una larga e lunga “*continuità terapeutica*”.

In merito al supporto al contesto di riferimento (spesso fonte di incomprensioni, rifiuti, accuse), dalle interviste<sup>1</sup> emergerebbe la prassi di invitare tali familiari, “al bisogno”, a partecipare a specifici gruppi A.M.A. (Auto Mutuo Aiuto). Raramente, e solo nel contesto di Parma, verrebbero effettuati specifici invii ad un Centro di Terapia della Famiglia. Nonostante i significativi cambiamenti effettuati dai Servizi Psichiatrici (a partire dal 1978), la dimensione psico-sociale degli interventi pare ricevere tuttora poco ascolto e poche risorse, carenza che tende a riflettersi in Reparto con una distanza medico-paziente poco estetica (Keeney, 1985) e poco funzionale.

## **ARCHI DI CONOSCENZA SUL PRESENTE E SUL FUTURO DELLA PSICHIATRIA**

### *Archi di conoscenza dalla Letteratura: la Recovery*

Considerati i limiti sopraccitati si propone un'ipotesi di intervento alternativa, basata sulle lenti della Recovery.

---

<sup>9</sup>Basaglia, 2012

<sup>10</sup>Bellack, Drapalski, 2012

<sup>11</sup>Filippi, Panella, Torsello, 2013.

Consistente in un processo di “ripresa in mano della propria vita” (Okpaku, 2009), la recovery prevede una graduale ristrutturazione del Sé, intervenendo su molteplici dimensioni che l’OMS ha raggruppato in tre macro-aree di funzionamento (da conservare o da recuperare)<sup>12</sup>: l’area delle relazioni interpersonali, quella dell’indipendenza abitativa e quella lavorativa.

Di origine bio-psico-sociale, il concetto della recovery non vede la malattia psichiatrica come qualcosa di cronico e, al contempo, riconosce il paziente come attivo esperto di sé e della propria malattia (Anderson, Goolishian, 1998). In tale clima di fiducia il medico ascolta il paziente al fine di comprenderne meglio il presente e garantirne le terapie più adeguate (Denhov, Topor, 2011). Peculiare è il ruolo riconosciuto alla motivazione del paziente a tornare a vivere, così come anche alle possibilità di quest’ultimo di rimettere in gioco le proprie capacità (Davidson et al., 2005). Ecco perché, nel percorso di recovery si pone molta attenzione alle relazioni, in particolare a quelle familiari: queste ultime, implicate nella “fase dell’ammalamento”, in fase di recovery possono costituire una fondamentale fonte di costante contatto sociale, sostegno emotivo e aiuto pratico<sup>13</sup>.

### ***Applicazioni in clinica***

Diversi sono gli interventi di recovery già attivati. Il “Dialogo Aperto” (Open Dialogue, OD)<sup>14</sup>, ad esempio, è un processo di cura che ha stravolto le dimensioni spazio-tem-

porali di intervento: a livello spaziale previene l’istituzionalizzazione intervenendo direttamente nel contesto familiare, per altro, non limitandosi al “paziente designato” ma coinvolgendo l’intero contesto di riferimento. Inoltre, intervenendo tempestivamente e sinergicamente su diverse dimensioni (bio-psico-sociali), previene altresì la cronicizzazione e permette all’intero contesto di guardare positivamente al futuro. Ad oggi sei centri Italiani stanno formandosi per l’OD ed entro il 2017 si potrà verificare se/come tale modalità di intervento sarà applicabile in Italia<sup>3</sup>.

Nel frattempo nel contesto Italiano emergono altri interventi finalizzati alla recovery, come il “Centro Diurno Diffuso” di Trieste. Basato su un’intensa collaborazione fra i Servizi sanitari e la rete sociale, tale intervento favorisce le relazioni interpersonali e l’inserimento lavorativo, prevenendo significativamente i TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e la permanenza di pazienti in strutture residenziali.

### **CONCLUSIONE**

Le informazioni esposte nel presente articolo hanno permesso di evidenziare gli sviluppi, ed anche i limiti, vissuti dai Servizi presi in esame.

A partire da ciò, il confronto con altri modelli operativi ha reso presente come, intervenendo in modo sistemico, sia possibile superare tali limiti e favorire una migliore qualità di vita dei pazienti e dei loro contesti di riferimento.

Alla luce di ciò viene da chiedersi: “L’Am-

---

<sup>12</sup>WHODAS 2.0 in Federici et al., 2009

<sup>13</sup>Schön, Denhov, Topor, 2009

<sup>14</sup>Seikkula et al., 2006

ministrazione sanitaria, viste le necessità riscontrate sul territorio, e tenuto conto della provata efficacia di certi trattamenti, come può concretamente favorire il miglioramento dei propri Servizi?”.

#### **APPENDICE 1.**

##### ***INTERVISTA AI DIRETTORI DEI REPARTI SPDC DI PARMA, REGGIO EMILIA E MODENA***

- Che informazioni vengono raccolte durante il colloquio di ingresso?
- Come vengono usate?
- Che rapporti vi sono fra SPDC e caregiver?
- Quali sono gli interventi previsti per gli utenti?
- Quali sono i principali invii che vengono effettuati?

- In merito ai ricoveri ripetuti: nel suo Reparto quanto ritiene che questo fenomeno sia presente?
- Secondo lei, quali possono essere i limiti che ostacolano la recovery dei pazienti?

#### **APPENDICE 2.**

##### ***INTERVISTA AL DOTTORE GIUSEPPE TIBALDI IN MERITO ALL'OPEN DIALOGUE***

- Quali centri italiani starebbero partecipando alla formazione sull'OD?
- Quando si potrà cominciare ad applicare l'approccio OD in Italia?
- Quali potrebbero essere, a suo avviso, gli ostacoli all'applicazione dell'OD in Italia? Quali invece i fattori predisponenti?

## Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H. (1998). Il cliente è l'esperto: il "non sapere" come approccio terapeutico. In: S. Mcnamee & K. Gergen, *La terapia come costruzione sociale*. (1th ed., pp. 39-54). Milano: Franco Angeli.
- Basaglia, F. O. (2012). *Salute / malattia Le parole della medicina*. Bolzano: Edizioni alphabeta Verlag.
- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bellack, A.S., Drapalski, A. (2012). Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry*. 11, 156-160.
- Bertrando, P., Boscolo, L. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Boringhieri.
- Cecchin, G. (1988). Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità, *Ecologia della Mente*. 5, 29-41.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multi-national study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 8(3), 177-201.
- Denhov, A., Topor, A. (2011). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users'perspective. *International Journal of Social Psychiatry*. 58(4), 417-424.
- Federici, S., Meloni, F., Lo Presti, A. (2009). Rassegna della letteratura internazionale sulla WHODAS II (Scheda per la Valutazione della Disabilità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). *Life Span and Disability/ Ciclo Evolutivo e Disabilità/XII*. 1, 75-106.
- Filippi, F., Panella, S., Torsello, A. (2013). La sistemica nei servizi di salute mentale: fenomenologia del SPDC di Parma. *Cambiamenti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*. 3, 47-58.
- Hansell, J., Damour, L. (2007). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli.
- Keeney, B.P. (1985). *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio.
- Okpaku, S.O. (2009). Psychiatric Disability: A Step-By-Step Guide to Assessment and Determination. *Psychiatric Times*. 26(6), 1-7.
- Piano di Azioni Nazionali per la Salute Mentale, 2013. [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1905\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf).
- Schön, U-K., Denhov, A., Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness, *International Journal of Social Psychiatry*. 55(4), 336-347.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 16(2), 214-228.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1971). *La pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

# **Quanti terapeuti per una famiglia? L'integrazione dei setting terapeutici nell'ambito dei dca nel lavoro con famiglie con figli adolescenti**

Miriam Ragazzi<sup>1</sup>

## **Sommario**

Questo articolo presenta una rassegna di quanto la letteratura propone in relazione ai setting terapeutici multipli integrati. Discute i vincoli e le possibilità di questa metodologia di intervento attraverso l'esemplificazione di un caso clinico di un disturbo alimentare di un'adolescente affrontato con una psicoterapia individuale combinata ad una psicoterapia familiare. Una particolare attenzione è riservata alla gestione dei possibili segreti, tra membri familiari, ma anche tra terapeuti coinvolti, che caratterizzano la costruzione di un intervento di elevata complessità come quello qui rappresentato.

## **Parole chiave**

intervento integrato, DCA, adolescenza, comunicazione tra terapeuti, segreto, emozioni

## **Abstract**

*This article introduces a review of what literature proposes, related to the multiple therapeutic integrated settings. It discusses about limits and possibilities of this methodology of intervention, through the exemplification of a case report of a teenager's eating disorder, treated with an individual psychotherapy combined with a family psychotherapy. Particular attention is dedicated to the management of the possible secrets, among the family members, but also among the involved therapists, which characterise the building of an intervention of high complexity as represented in this article.*

## **Key words:**

*Integrated treatment, eating disorder, adolescence, communication among therapists, secret, emotions*

---

<sup>1</sup>Allieva IV anno – Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata; email: [mjriamrag@libero.it](mailto:mjriamrag@libero.it)

## COSA SI INTENDE PER INTERVENTO “INTEGRATO”?

Il presente lavoro si propone di discutere alcune modalità di intervento terapeutico integrato messe in atto in un'Unità Operativa Complessa NPIA (Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza) di un'ASL dell'Emilia Romagna cui si è rivolta la famiglia B. Come ricorda Cortesi (2013), all'interno di questo tipo di contesto, si possono identificare due ambiti: l'intervento diretto a problemi individuati dal sistema in cui il problema e le risposte ad esso sono stati discussi a livello sovraordinato (quindi esistono già modalità operative da seguire) e quello rivolto ai sistemi determinati dal problema dove c'è spazio per una maggiore libertà da parte dell'operatore che ha anche una più ampia responsabilità rispetto alle scelte cliniche intraprese. Nel caso dei disturbi alimentari esiste un protocollo operativo (come da linee guida NICE) che integra i trattamenti rivolti al corpo (psicoeducazione alimentare, medicina interna) con quelli rivolti alla psiche (psicoterapia e farmacologia): qui il sistema definisce il problema e le possibili risposte. Gli interventi terapeutici che integrano le dimensioni individuali e familiari sono, invece, espressione di sistemi determinati dal problema ed è proprio in questo caso che l'operatore possiede un più ampio raggio d'azione. Ma cosa si intende per “intervento integrato”? In letteratura esistono tante definizioni, non sempre compatibili tra loro, in cui si usano gli stessi termini per definire realtà diverse. In psichiatria, ad esempio, quando si parla di “terapie combinate” si fa riferimento ad un'associazione articolata tra interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici (Ceccarelli, 2000). Per “terapie associate” (ma potremmo chiamarle anche “parallele”) si

allude, invece, all'intervento contemporaneo di più specialisti, ognuno per propria competenza, senza che ci sia uno scambio di informazioni tra loro sul paziente. Per “terapia integrata” o “co-terapia”, sempre in ambito psichiatrico, si intende, invece, un intervento coordinato tra più figure professionali che cercano di delineare una strategia comune sul caso (Strumia et al., 2002). I presupposti per attivare questo tipo di intervento sono: la possibilità di avere contatti frequenti, la reciproca stima, il condividere, possibilmente, uno stesso modello teorico di riferimento e spesso anche il contesto di lavoro, il poter ricorrere ad una supervisione in tempi concordati ed in caso di emergenza. Se negli interventi associati o paralleli il grado di conoscenza reciproca può essere basso o nullo, sembra, però, che per quelli integrati siano importanti la condivisione delle informazioni ed un maggiore grado di collaborazione. Le terapie combinate o integrate in psichiatria, rileva Ceccarelli (2000), costituiscono una modalità di lavoro abbastanza diffusa, ma per Strumia et al. (2002) sono da utilizzare soprattutto nei casi di maggiore vulnerabilità e fragilità, per quelle persone che presentano una disorganizzazione nei pensieri, nell'attaccamento, nell'espressione delle emozioni, un deficit di mentalizzazione. Date queste considerazioni, in psicoterapia, si dovrebbe ricorrere ai trattamenti integrati in casi di pazienti gravi o difficili. È quello che sostiene Liotti (2005) parlando di “trattamenti multiprofessionali integrati”, “terapia a setting multipli integrati” e “co-terapia”. L'Autore, partendo dai presupposti della Teoria dell'Attaccamento, sostiene che gli interventi integrati costituiscono il trattamento di elezione nei casi di pazienti con disturbi borderline di personalità (che spesso presentano un attaccamento

di tipo disorganizzato). La motivazione risiederebbe nel fatto che «due basi sicure sono meglio di una» (2005, p. 41): la presenza di due terapeuti che agiscono in setting diversi può diminuire l'ansia nel paziente quando uno dei due non c'è, essendo anche l'altro visto come una potenziale risorsa cui attingere. Inoltre, dato che il sistema di attaccamento funziona creando delle gerarchie, è probabile che nella relazione terapeutica il paziente riproponga, con uno dei due terapeuti, la relazione che ha o ha avuto con la sua principale figura di attaccamento. In questo caso, il secondo setting può aiutare la persona a riflettere sui momenti critici vissuti nel primo, aumentandone, così, la capacità di rielaborazione e mentalizzazione. Bateman e Fonagy (2013) sostengono, infatti, che la capacità di attribuire stati mentali agli altri è un fenomeno profondamente sociale e strettamente legato al tipo di attaccamento, in particolare a quello sicuro. Per Liotti, comunque, le terapie a setting multipli sono consigliabili, in generale, in tutte quelle situazioni in cui c'è una difficoltà a creare una sicurezza nella relazione con un solo terapeuta o con i terapeuti che lavorano in un solo setting (familiare o di gruppo). Risultano indicate, pertanto, anche nei casi in cui ci siano pazienti adolescenti con esigenze di autonomia mentale dalla famiglia, ma che, di fatto, si trovano in una situazione di dipendenza abitativa ed economica dal contesto di origine. Il fatto di sperimentare modelli di attaccamento diversi in una relazione terapeutica individuale non sarebbe poi riproponibile nella quotidianità poiché l'adolescente potrebbe sentire un conflitto derivato dalla lealtà ai modelli familiari. La sua famiglia potrebbe sentirsi inadeguata rispetto al terapeuta che sembra avere con lui una relazione 'migliore' quindi questa va

coinvolta con un percorso condotto da un secondo terapeuta (o da più di uno) che collabora con il primo con il compito di facilitare l'accettazione e la comprensione dei cambiamenti in atto nella terapia individuale del/la figlio/a. Un altro modello di intervento che integra il setting individuale con quello familiare, sviluppato in ambito sistemico, è quello di Alfredo Canevaro (2013, 2008): esso prevede degli "allargamenti", cioè delle sedute tenute anche con i familiari significativi del paziente in determinati momenti del percorso. Si addice nel caso di pazienti richiedenti, autonomi. Il terapeuta è l'unico responsabile del trattamento: ciò che sarà discusso negli incontri allargati viene condiviso e accettato prima dal paziente in quanto l'alleanza terapeutica primaria è con lui. In questo caso, pertanto, non ci si pone il problema dello scambio di informazioni come avviene in altri tipi di setting integrati. Liotti (2005), d'altra parte, proponendo una collaborazione "a prescindere" non si pone la questione di cosa sia importante o meno dirsi: tutto sta al buon senso dei curanti e alla loro, potremmo dire, buona volontà. Si può affermare allora che i setting psicoterapeutici multipli in ambito sistemico, forse più che in altri ambiti, pongono i terapeuti di fronte al "tema del segreto".

## **I TRATTAMENTI INTEGRATI: ADOLESCENZA E DCA**

Bernardini et al. (2008) ritengono che i disturbi dell'adolescenza siano collegati ad una crisi di transizione che riguarda tutta la famiglia ed i sottosistemi che la costituiscono: ciò che viene messo in discussione è il tema dell'identità che riguarda sia il ragazzo che vede il suo corpo che cambia sia i genitori che sono sollecitati a pensare alla propria adolescenza e al rapporto con

le proprie famiglie di origine. Concepire l'adolescenza come un processo (Castelli e Sbattella, 2008) significa considerarla come un'occasione di sviluppo e passaggio verso ulteriori tappe, non solo ed esclusivamente quella dell'età adulta. Anche Cirillo (2013), nella sua riflessione sulla dialettica autonomia/dipendenza sottolinea come lo sviluppo sia caratterizzato dal passaggio da una dipendenza ad un'altra o, ancora, da un'appartenenza ad un'altra. In ragione di quanto esposto, non ci stupiamo che vengano consigliati i trattamenti integrati quando in famiglia si sviluppa un DCA (patologia che compare solitamente in adolescenza). Onnis et al. (2010), ad esempio, intendono per trattamento integrato l'abbinamento di un intervento familiare ad uno medico-nutrizionale. L'intervento familiare, soprattutto per le famiglie spostate sul polo dell'invischiamento, inteso da Minuchin (1980) come mancanza di differenziazione a livello individuale e tra i sottosistemi, serve per delinearne meglio i confini e le distanze. Nel frattempo, l'intervento medico-nutrizionale lavora sul lato "soma" verso la normalizzazione del BMI, l'aumento del peso e la ricomparsa del ciclo. Dalle sue ricerche (Onnis et al., 2008) emerge che il trattamento integrato è più efficace e funzionale del semplice trattamento medico-nutrizionale. L'Autore (2014) sottolinea come nei casi di fenomeni complessi come anoressia e bulimia anche la risposta terapeutica debba essere multidisciplinare e integrare competenze diverse: non spiega, però, come questa integrazione possa avvenire. Possiamo supporre che, all'interno del contratto terapeutico, sia esplicitata la

fattiva collaborazione tra i professionisti con l'annesso scambio di informazioni come condicio sine qua non per lo svolgersi del trattamento stesso. Montecchi (2009) ritiene che le modalità attraverso cui si possano integrare tra loro le terapie debbano essere adattate in modo flessibile ai singoli casi e, probabilmente, è d'accordo con quanto sostiene Erba (2013) cioè sul fatto che è più proficuo lavorare con una mentalità "da porta aperta" che lascia libero il terapeuta e i suoi interlocutori di concordare, di volta in volta, il formato terapeutico più consono. Il caso di seguito presentato, la famiglia B., dà modo di riflettere su questi ed altri aspetti.

*La famiglia B. è composta dai coniugi Adele e Pietro (44 anni), dalla figlia Elena (17 anni) e dal figlio minore Alex di 10 anni. Il problema riferito riguarda Elena che soffre di attacchi di ansia dall'estate e che dall'anno precedente è diventata molto selettiva nell'alimentazione. Dal punto di vista diagnostico risultano soddisfatti i 3 criteri del DSM 5 (APA, 2014) per l'anorexia nervosa. Il percorso terapeutico è costituito da 12 incontri individuali condotti da T1<sup>2</sup> e 8 incontri familiari condotti da T2 e T3 (di cui 2 di coppia). Inizialmente, in individuale, emerge che Elena si sente sola, abbandonata a se stessa poiché i suoi genitori sono spesso via per studio o lavoro e con Alex non va d'accordo. L'unico modo per stare bene è fare contenti gli altri, essere come questi vogliono che sia. In questo contesto in cui Elena sente di poter contare solo sulle proprie forze emerge anche una parte competitiva: bi-*

---

<sup>2</sup>Si ringraziano il Dott. A. Cortesi nel ruolo di case manager e T1, la Dott.ssa G. Catelli nel ruolo di T3 e l'équipe composta dalle Dott.sse E. Morselli, E. A. Maione e dal Dott. D. Caravaggi.

sogna diventare autonomi e vincenti (nello sport e nella scuola). Nel primo incontro familiare vengono esplicitate e condivise le regole del setting integrato: la possibilità di videoregistrare le sedute, la presenza dell'équipe dietro lo specchio, la cadenza quindicinale degli incontri. T1 continuerà a seguire Elena individualmente e parteciperà alle équipe. Si chiarisce inoltre che ciò che Elena dirà nelle sedute individuali potrà essere discusso con l'équipe, quindi anche con T2 e T3, previo suo consenso. Queste ultime si assumono la responsabilità di riportare, nei tempi e nei modi ritenuti più opportuni, nel setting familiare quanto riferito da Elena in individuale se ritengono che possa essere di utilità. Il percorso familiare può anche cambiare formato (prevedendo anche sedute per la coppia genitoriale, o, nel caso, la fratria) ma rimane per definizione tale, quindi anche ciò che sarà riferito negli incontri "a formato ridotto" potrà essere, a discrezione dei terapeuti, riportato negli incontri in "formato famiglia". Nel secondo incontro di famiglia i toni dei fratelli si alzano: si ipotizza che con i loro battibecchi diano voce alle tensioni latenti tra i coniugi. Questi avanzano la richiesta di essere visti anche senza i figli: quasi ci sia un segreto che la coppia tiene per sé. Intanto Elena in individuale porta demotivazione e stanchezza per i continui impegni sia scolastici sia di cura (vi è una presa in carico anche dal punto di vista psiconutrizionale e di medicina interna). Si sente in una prigione di doveri e gli attacchi di ansia potrebbero riflettere questa sensazione. Nel percorso familiare a formato "ridotto" i genitori portano, in effetti, la loro crisi coniugale. Mentre Adele vuole separarsi già da anni, Pietro temporeggia e vorrebbe riavvicinar-

la a sé. La coppia cerca di non far sapere nulla ai figli anche se questi sentono che c'è qualcosa "nell'aria"; le terapeute propongono allora di usare lo spazio protetto della terapia per provare a parlare apertamente con loro. Adele è d'accordo mentre Pietro è titubante: non vuole che si sappiano determinate cose. Inizia uno strano rincorrersi fatto di appuntamenti dati e disdette ricevute all'ultimo: Pietro non parteciperà più a nessun incontro pur essendo sempre invitato. Nell'équipe circola un senso di fastidio: la situazione sembra essere ad un punto morto. Elena, nel frattempo, riprende gli incontri individuali e T1 la informa sugli argomenti affrontati dai genitori prevedendone l'allargamento alla famiglia. Curiosamente (ma forse poi non è un caso) anche nelle sue sedute emerge un 'segreto' che la madre le ha confidato contravvenendo al patto fatto in precedenza col marito. Elena può così farsi un'idea del perché i suoi non vadano d'accordo, però conclude amaramente che in generale, in tutta la famiglia allargata, non ha avuto esempi positivi di coppia. Intanto il calo ponderale prosegue inesorabile. Circa un mese e mezzo dopo l'ultimo incontro Adele ritorna portando Alex e chiedendo aiuto non solo per Elena, ma anche per gestire il rapporto che ha con lui, sempre più conflittuale. T2 e T3, però, sorprendendo anche Alex, lo lasciano fuori dalla seduta. A questo punto, dopo un confronto con l'équipe, si opta per un primo trasferimento di comunicazioni dal formato individuale a quello familiare; ad Adele viene esplicitata la sensazione di solitudine e di mancanza di una dimensione familiare che sente Elena. La madre inizia a piangere perché vede nella solitudine di Elena anche la propria unita ad un

senso di impotenza e tristezza perché non credeva che anche la figlia potesse provare tale sentimento. T2 e T3 esprimono il loro disagio rispetto allo stallo che sta attraversando il percorso sottolineando che questo stand-by sta contagiando anche i figli. Elena riferisce a T1 che la sua famiglia è una farsa perché non si può parlare apertamente, perché si dicono delle cose, ma se ne mettono in atto altre. Al successivo incontro di famiglia si presentano la mamma e Alex, quest'ultimo decisamente scostante e sulla difensiva. Si arriva a parlare con lui del rapporto tra i suoi genitori: "normale", risponde evasivo. Allora iniziano a circolare emozioni diverse tra le terapeute: irritazione da un lato perché le cose non si smuovono e sembra di parlare ad un muro di gomma e pena dall'altro, perché dietro ad una visione di famiglia 'normale' c'è probabilmente una realtà sentita come dolorosa, ma che è comunque l'unica che si ha: meglio qualcosa di niente. Viene allora condiviso il fatto che Elena ritenga la sua famiglia una "farsa". Adele ribadisce che, in effetti, lei e il marito stanno vivendo una situazione di ripiego; Alex, inizialmente, sembra non capire finché sbotta rivolgendosi alla madre stupita: "Tu e il papà non andate d'accordo, si vede!!! Tu piangi!". In modo indiretto, Elena ha condiviso con il fratello il suo sentire aiutando lui ad essere altrettanto esplicito ed autentico. Nel successivo incontro familiare Elena cerca di far capire ad Alex che la loro è una famiglia fredda, diversa dal suo ideale. Alex nega, non c'è necessità di parlare, va bene così. Nella fase conclusiva si ritorna al tema della solitudine che accomuna mamma e figlia, ma con una differenza: se la mamma, seppur a fatica, sembra convivere, Elena,

invece, non la vuole e protesta anche con il corpo. Il percorso idealmente sarebbe andato avanti, ma gli ulteriori incontri sono stati disdettati. L'équipe, però, ha ritenuto di non richiamare per dare tempo al sistema di metabolizzare quanto emerso, nella consapevolezza di averlo, almeno un po', perturbato.

## IL TEMA DEL SEGRETO

Un aspetto fondamentale di questo lavoro è stata la possibilità di poter trasportare alcuni elementi da un setting all'altro. Il sistema terapeutico, con il contratto iniziale, ha esplicitato le modalità di scambio tra i curanti sottolineandone la reciproca collaborazione: nell'équipe, sostanzialmente, non sono previsti segreti a meno che non sia il paziente a vietare esplicitamente il passaggio di determinati contenuti. Quanto esposto dà l'occasione di riflettere sul tema del segreto, non solo nella famiglia, ma anche tra famiglia e terapeuti. In questa famiglia, effettivamente c'è un segreto ma ciò che ai curanti interessa è come questo tesse la trama relazionale tra i membri. Come sostiene Tata (2006) l'azione del "segretare" ha alcune implicazioni sull'identità familiare: mantenere un segreto può rendersi necessario per delineare i confini della famiglia rispetto all'ambiente esterno. Come si deve comportare un terapeuta familiare di fronte ad un segreto e in presenza di più setting? Nell'ottica della prima cibernetica il terapeuta si pone come osservatore esterno e il segreto è nella famiglia. Se ne viene a conoscenza può decidere, come sostiene Selvini (1994, p. 9) «se, quando e come rivelare i segreti familiari nel percorso terapeutico» basandosi sul legame tra il segreto e il tipo di misconoscimento della realtà che porta il paziente. Il fatto di condividere, per un certo tempo,

un segreto con un membro a discapito di altri mina, però, la neutralità del percorso. Diverso è l'approccio di Boscolo e Cecchin (2004) che non sono interessati al contenuto del segreto, ma al suo effetto sulle altre persone. Nella seconda cibernetica il terapeuta partecipa al sistema e non in qualità di esperto (è esperto e responsabile delle sue premesse epistemologiche e delle tecniche che utilizza, ma non della storia della famiglia): è così possibile che ci siano dei segreti anche tra il terapeuta e la famiglia. Inoltre, nel caso di interventi integrati in cui partecipano più professionalità, può capitare che il terapeuta familiare entri in contatto con alcune informazioni, provenienti da altri operatori, senza che ci sia un avvallo esplicito da parte del paziente. In questi casi è utile fermare il collega e domandare se il paziente è al corrente della loro conversazione e, in caso contrario, non procedere. Lavorare in un'ottica di rete, infatti, può portare a pensare che "più si condivide, più si aiuta". Il paziente e la famiglia, d'altra parte, una volta intrapreso il percorso nel suo complesso forniscono l'assenso allo scambio di comunicazioni tra i membri dell'équipe sapendo che la finalità è quella di massimizzare le opportunità di successo. La famiglia, comunque, non sa esattamente quali informazioni l'équipe si scambia e in che tempi. Il codice deontologico (Fрати, 2004, p. 11) lascia allo psicologo «la più completa autonomia nella specifica valutazione, di quali siano, di volta in volta, 'le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione' che è opportuno condividere con gli altri operatori, siano essi o meno psicologi, che si occupano del medesimo caso» avendo come "stella polare" il principio della tutela e della salvaguardia del benessere psicologico e psicofisico del soggetto stes-

so. Ogni membro dell'équipe tenuto al segreto professionale, ma depositario di tale autonomia, dovrebbe mettersi nei panni di chi può ricevere l'informazione e capire se questa può essergli più o meno utile per il suo lavoro. A volte, nei setting multipli, può capitare che nei momenti al di fuori delle sedute un genitore comunichi alcune informazioni al terapeuta individuale del/la figlio/a. L'intento del genitore può essere quello di cercare di stabilire un'alleanza con il terapeuta coalizzandosi contro un altro membro del sistema, oppure di sabotare l'intero processo. L'operatore viene così messo al posto del paziente e può sperimentare direttamente le dinamiche che si giocano in famiglia. Giancaterini et al. (2011) propongono che il terapeuta risponda che tutto ciò che gli è stato rivelato possa essere a sua discrezione usato e riferito in seduta a fini terapeutici. Nel nostro caso la famiglia B. presentava un "segreto-non segreto" di cui Elena aveva parlato a T1 e i genitori avevano velatamente accennato a T2 e T3 nelle sedute a formato ridotto. E' stato molto interessante notare come questa comunicazione non apertamente condivisa contribuisse a mantenere tutti, sistema terapeutico compreso, in stand-by. A differenza degli autori citati in precedenza non ci si è posto il problema, nel trasferimento di informazioni tra i due setting, del rivelarne o meno il contenuto. Ciò che è passato da un setting all'altro sono stati i sentimenti e le emozioni di Elena che fino ad allora erano rimasti inascoltati. I due momenti salienti hanno infatti visto come protagoniste la solitudine della ragazza e la sua protesta rispetto a quanto stava accadendo in famiglia. La parola "farsa" è diventata una parola-chiave (Boscolo, Bertrando, 1991) che ha consentito ai familiari di metacomunicare. Possiamo

così affermare che l'elemento che ha integrato i due setting non è stato il passaggio di un contenuto specifico bensì di un vissuto emozionale: questo è servito a dare una voce diversa a chi comunicava con un sintomo corporeo. Anche Facchini (2013) ricorda che ognuno ha un bisogno forte di vedere riconosciuti e convalidati i propri affetti e che le emozioni non sono collocate solo nel paziente o solo nel terapeuta, bensì nella relazione, nella "mente sistemica" che si viene a creare. Così, quando si percepiva ogni volta di essere sempre allo stesso punto, l'emozione prevalente del sistema è stata la stessa provata da Elena: quella di essere dentro ad una finzione. Tali sentimenti sono stati condivisi con famiglia: in accordo con Fruggeri (1992), la riflessività consiste nell'osservare se stessi mentre si osserva la famiglia, nel riflettere anche sui propri stati emotivi che possono diventare un utile specchio della realtà familiare.

### **VINCOLI E POSSIBILITÀ DEI SETTING TERAPEUTICI INTEGRATI**

Quanti terapeuti sono necessari per gestire un intervento integrato? Nel nostro caso, considerando l'équipe dietro lo specchio, almeno sei professionisti hanno seguito la famiglia, ma potremmo dire che quattro è un numero già sufficiente. All'interno di un contesto pubblico è stato possibile attivare questo percorso avvalendosi della presenza dei tirocinanti specializzandi: questo fatto costituisce sia una potenzialità, sia un limite. Una potenzialità perché, anche grazie al progressivo 'ricambio' di personale è possibile mantenere viva una mente sistemica che naturalmente evolve; un limite perché, di fatto, per un servizio pubblico e probabilmente anche nel privato, sarebbe troppo dispendioso mantenere vincolati tanti pro-

fessionisti allo stesso tempo. Si può comunque affermare che, nel trattare patologie come i DCA, anche il professionista nel privato dovrebbe considerare la possibilità di collaborare non solo con gli esperti dell'area "soma", ma anche con altri terapeuti che si occupano della sfera familiare (se lui stesso non tratta la famiglia). Il rapporto tra i terapeuti deve essere improntato ad una reciproca collaborazione (con i distinguo delineati in precedenza rispetto al passaggio di comunicazioni) indipendentemente dall'ambito, pubblico o privato, in cui essa viene a delinarsi. Questa collaborazione presuppone l'operare per il benessere della persona e starà ad ogni terapeuta decidere quando, come, cosa condividere con i colleghi previo assenso da parte del paziente. In effetti, in precedenza si è parlato di segreti in famiglia e tra la famiglia e i terapeuti, ma non di segreti tra i terapeuti. Di fatto, questi possono anche esserci nel senso che non è indispensabile condividere tutti i contenuti delle sedute anche in presenza di un avallo da parte del cliente, ma ciò che si reputa possa essere utile al collega nel suo lavoro. Quello che, però, dal caso esposto, si è reso indispensabile è la condivisione degli aspetti emotivi emersi come "bussola" per orientare l'agire terapeutico. Pertanto, il passaggio di informazioni tra i due setting ha prodotto un esito che, probabilmente, non si sarebbe potuto ottenere tenendoli separati o operando in uno solo di essi. Come Bateson sostiene che «due descrizioni sono meglio di una» parlando della profondità nella visione binoculare (1979, p. 184), allo stesso modo possiamo ipotizzare che l'interscambio tra due setting terapeutici faciliti ulteriormente nelle persone il processo di deuterio-apprendimento, cioè la realizzazione di un cambiamento più

profondo, di un apprendimento di relazioni che si realizza attraverso le relazioni stesse. Un'altra potenzialità dei setting integrati è la possibilità di avere una visione più completa delle dinamiche individuali e familiari nel corso del tempo, in quanto si ha un feedback diretto rispetto al timing del cambiamento. Dal punto di vista del terapeuta, inoltre, il fatto di non essere da solo nel gestire un caso complesso può essere rassicurante poichè le responsabilità sono condivise e ci si può confrontare. L'idea è che si venga a creare un corpus di relazioni che possa essere terapeutico in quanto esperito dalla famiglia come diverso dal proprio: bisogna capire qual è il gioco giocato, ma non rigiocarlo. Se però, fin dall'inizio, non c'è chiarezza nella definizione del contratto e delle caratteristiche del setting integrato si corre il rischio che la famiglia possa sentirsi ipersollecitata, "sballottata" da uno specialista all'altro, che viva l'intero processo in modo frammentato e che minacci il drop out.

## OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

*"Agisci sempre in modo da aumentare il numero di scelte tue e altrui"*

H. Von Foerster

I disturbi del comportamento alimentare costituiscono una psicopatologia complessa che è necessario affrontare a più livelli con altrettante risposte complesse. In considerazione di quanto detto, non è da escludersi che i trattamenti terapeutici integrati (riferibili al soma e alla psiche e, all'interno di questi ultimi, gli interventi familiari e individuali) possano costituire una modalità di lavoro applicabile non solo ai DCA ma, in generale, a tutti i casi in cui sono salienti le tematiche dell'età adolescenziale. La complessità genera nuove opportunità se gli operatori, come afferma Telfener (2012), passano dalla logica del "potere" a quella del "rispetto". Soltanto così, guardandola con gli occhi della curiosità e dell'autenticità, potrà spaventare meno e risultare molto più arricchente e stimolante.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bernardini, M., Onnis, L., Granese, C., Leonelli, A., Zammataro, D. (2008). I disturbi dell'adolescenza in una prospettiva sistemica. *Psicobiiettivo*, vol. XXVIII, 2, 51-65.
- Boscolo, L., Bertrando, P., Fiocco, P. M., Palvarini, R. M., Pereira, J. (1991). Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia. *Terapia familiare*, 37, 41-53.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (2004). *Clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Canevaro, A., Selvini, M., Liffranchi, F., Peveri, L. (2008). La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi. *Psicobiiettivo*, 1, 143-166.
- Canevaro, A. (2013). *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*. Roma: Edizioni Borla.
- Castelli, C., Sbattella, F. (a cura di) (2008). *Psicologia del ciclo di vita*. Milano: Franco Angeli.
- Ceccarelli, M. (2000). Le terapie combinate (bio-psico-sociali) in psichiatria: elementi per un esercizio sistemico della relazione di cura. *Terapia familiare*, 62, 5-26.
- Cirillo, S. (2013). Autonomia e dipendenza: due termini che si oppongono? *Terapia Familiare*, 102, 1-11.
- Cortesi, A. (2013). Interventi sistemici e sistemi di intervento praticati in un Servizio per Minori. *Cambia-menti*, 3, 9-20.
- Erba, S. (2013). Clinica, teoria, metodo nella terapia e nella formazione. Dalla pratica alla teoria, dalla teoria alla pratica. *Il Ruolo Terapeutico*, 124, 57-60.
- Facchini, F. (2013). Di chi sono le emozioni in terapia? *Cambia-menti*, 2, 45-59.
- Fрати, F. (2004). Il segreto professionale, la privacy ed il consenso informato nell'attività sanitaria degli Psicologi italiani. *Bollettino d'Informazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna*, 3 (on line). Ricavato il 10/07/2017 da <http://www.opp-psi.it/PrivSanit.pdf>
- Fruggeri, L. (1992). Le emozioni del terapeuta. *Psicobiiettivo*, 3, 23-34.
- Giancaterini, A., Di Gregorio Zitella, C., Celli, A. (2011). Il gioco del silenzio: il segreto familiare come ostacolo alle funzioni coniugali e genitoriali. *Rivista di Psicoterapia relazionale*, 33, 95-103.
- Liotti, G., Farina, B., Rainone, A. (2005). *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Bari: Laterza.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche. L'anorexia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio.
- Montecchi, F. (2009). *Il cibo-mondo, persecutore minaccioso. I disturbi del comportamento alimentare dell'infanzia e dell'adolescenza. Per comprendere, valutare, curare*. Milano: Franco Angeli.
- National Institute for Health and Care Excellence (2004). Eating disorders. Core intervention in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Consultato il 13/05/2015 su [www.nice.org.uk/cg09](http://www.nice.org.uk/cg09).
- Onnis, L., Bernardini, M., Emili, E., Gianbarlomei, A., Granese, C., Leonelli, A. et al.

(2008). Problemi metodologici della ricerca in psicoterapia sistemica. Il modello di una indagine clinica complessa sui DCA dell'adolescenza. *Psicobiettivo*, vol XXVIII, 1, 52-73.

Onnis, L., Bernardini, M., Leonelli, A., Cafagna, D., Cherubini, R., Ardito, D. et al. (2010). L'organizzazione dei legami familiari nell'anoressia e nella bulimia. Efficacia di un trattamento integrato. *Psicobiettivo*, vol. XXX, 1, 137-157.

Onnis, L. (2014). *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. Milano: Franco Angeli.

Selvini, M. (1994). Segreti familiari: quando il paziente non sa. *Terapia familiare*, 45, 5-17.

Strumia, F., Tombolini, L., Alfani, F., Albani, G. (2002). Farmaci e psicoterapia. Considerazioni cliniche e prospettive teoriche. *Studi Junghiani*, vol 8, 1, 99-117.

Tata, C. (2006). Segreti e identità familiare. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 23, 5-23.

Telfener, U. (2012). Le scelte cliniche tra indecidibili e indeterminabili. In Bianciardi, M., Galvez Sanchez (2012). *Psicoterapia come etica*, (pp. 105-119). Torino: Antigone edizioni.





# L'emergenza dell'identità emotiva. Dalla co-costruzione alla co-creazione

Cibotto Emilio<sup>1</sup>

## Sommario

L'idea della regione psichica dell'io - definita nell'area del pensiero freudiano come mediatrice tra le istanze interne e il mondo esterno - benché abbia offerto spazi di comprensione circa la complessità psicologica dell'essere umano, ha d'altra parte tenuto nascosto, secondo il pensiero dell'Autore, un sistema identitario plurimo che caratterizza più appropriatamente la psiche umana. In questo articolo - prendendo molto seriamente il pensiero di G. Bateson quando definisce l'io un "*espedito semplificato*" (P.Bertrando - M.Bianciardi, 2009, p. 163) e quando "*sospetta*" che le caratteristiche psicologiche degli individui siano piuttosto "*modelli che determinano il loro modo di apprendere in certe costellazioni d'interazione con altri individui*" (G. Bateson, 2010, p. 183) - l'Autore prova ad esplorare l'ipotesi che ove l'individuo possa riconoscere finalmente a se stesso una caratura psicologica, questa possa trovarsi a partire dal riconoscimento di un proprio nucleo identitario emotivo, che affianca quello cognitivo e quello motorio. Se, come sostiene l'Autore, potessimo concedere all'individuo una formazione identitaria emotiva, in un certo senso autonoma e distinta da quella cognitiva, e dessimo, per adesso, plausibilità ad un sistema identitario motorio, potremmo cominciare a porre la coscienza come quel processo sistemico che presiede alle relazioni identitarie di un sistema mentale triadico e non più monolitico

## Parole chiave

Coscienza, consapevolezza, identità, intelligenza emotiva, osservazione, ego

## Abstract

*The idea of the ego as a psychic region - defined by Freudian thought as mediator between inside and outside - despite having offered moments of understanding on human complexity But he kept hidden, according to the mind of the author, the plurality of identity that characterizes the human's psyche.*

*In this article - taking very seriously the thought of G. Bateson when I defines a "gimmick simplistic" ( P.Bertrando - M.Bianciardi , 2009, p . 163 ), and when a "suspect " that the psychological characteristics of individuals are rather " models that determine the way they learn in certain constellations of interaction with other people " ( G. Bateson , 2010 , p . 183 ) - the author tries to explore the hypothesis that the individual can recognize alongside identity cognitive and motor also an emotional.*

---

<sup>1</sup>Allievo III anno - Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata; email: emiliocibotto@gmail.com

*If we could ensure the presence of an emotional identity, independent and distinct from the cognitive, as the author says, and we gave , currently, plausibility to an identity system motor, we can begin to put the consciousness like that systemic process that governs the relations of identity of a mental triadic rather than monolithic (unitary).*

**Key words:**

*Consciousness, awareness, identity, emotional intelligence, observation, ego*



## PREMESSA

*“Vedere il mondo in un granello di sabbia  
e un Paradiso in un fiore selvatico,  
racchiudere l’infinito nel palmo della tua  
mano e l’eternità in un’ora.”*

William Blake

L’“Io mediatore” freudiano (U. Galimberti 2006), benché per certi versi utile allo svelamento della complessità psicologica dell’individuo, ha tenuto nascosto, a nostro avviso, il sistema identitario plurimo della psiche umana. Anche Gregory Bateson, pur essendosi sottoposto ad un’analisi personale, sembra abbia misconosciuto questo “Io”, ritenendolo “*un espediente semplificato*” (P. Bertrando – M. Bianciardi, 2009, p. 163) e aggiungendo che le caratteristiche psicologiche degli individui sono piuttosto “*modelli che determinano il loro modo di apprendere in certe costellazioni d’interazione con altri individui*” (G. Bateson, 2010, p. 183)

A partire, dunque, dal dubbio che ci accomuna al più illustre “sistemico”, la nostra ipotesi di lavoro, supportata da suggestioni provenienti da una parte dalla mistica occidentale - da Meister Eckart a I. Gurdjieff, e dall’altra parte dalla filosofia orientale - da Chuang Tzu a Osho (M. Vannini 2004) - ritiene esplorabile l’idea che l’uomo sia una “legione di identità” che, quando “assonnate o addirittura addormentate”, convivono quasi pacificamente, quando invece si risvegliano generano disagi che si misurano dal piccolo sintomo fisico al più grande scompenso mentale.

In questo luogo, daremo spazio all’idea secondo la quale esiste una precisa formazione identitaria emotiva, in un certo senso autonoma e distinta da quella cognitiva, che sarebbe più opportuno fosse messa in dialogo con quest’ultima, piuttosto che fagocitata in essa.

Posta questa “novità”, formuleremo l’ipotesi che la coscienza, spesso confusa con il processo mentale, potrebbe essere definita meglio come il processo sistemico che presiede o “supervisiona” la struttura delle relazioni identitarie, a partire almeno da queste due: quella cognitiva e quella emotiva.

## L’IDENTITÀ O LE IDENTITÀ ?

*“Nessuna descrizione non  
poetica della realtà potrà mai  
essere completa”*

John D. Barrow

Negli anni passati<sup>2</sup> abbiamo sviluppato una esplorazione personale attorno al tema dell’identità narrativa e dell’identità temporale. Attraverso quegli studi, ci siamo accorti come l’epistemologia sistemica, che rappresenta il nostro principale punto di osservazione, porti con sé una spinta propulsiva indirizzata a scoprire, sulla logica della famosa proposizione di A. Korzybsky, nuove mappe di un territorio – quello identitario - che mai vuole farsi vedere integralmente (G. Bateson 1972, p. 489).

In questo senso ci sembra prudente utilizzare il pensiero di G. Bateson, il quale attraverso le intuizioni di C. G. Jung, codificate nei concetti di Pleroma e Creatura, ci avvisa

---

<sup>2</sup>Cfr. E. Cibotto, *Identità narrativa ovvero la ri-significazione multipla come atto terapeutico*, in *Cambia-menti*, 1/2014, p.31-42; *Ibidem*, *Dall’identità narrativa all’identità temporale ovvero la scoperta del corpo quadridimensionale in terapia*, in *Cambia-menti* 2/2014, p. 53-68.

di fare attenzione a due questioni in particolare (P. Peresso, 2000). Da una parte che le mappe che noi utilizziamo sono riferibili evidentemente alla creatura e non al pleroma. Dall'altra parte, ci dice implicitamente che il percorso che si realizza nell'analisi distintiva tra mappa e territorio è tipicamente la notizia di una differenza che ci informa di qualcosa che prima non conoscevamo (G. Bateson, 1989, p. 30).

La notizia di differenza che noi vogliamo mettere in rilievo in questo lavoro è che nella creatura si mostrano molteplici identità che normalmente noi chiudiamo un po' troppo tempestivamente all'interno del concetto di "Io", come se avessimo l'urgenza di corrispondere in modo rigoroso e stringente alle intuizioni di S. Freud.

Questo potrebbe accadere, a nostro avviso, perché alcuni "Io" non trovano un'accogliente sistema relazionale, ovvero non trovano spazio per un loro profilo di dignità familiare e sociale. In tal senso diventa giustificabile lo scompenso psichico. Ognuno di noi, infatti, potrebbe sperimentare la stessa cosa se un bel mattino si svegliasse e trovasse di fronte a sé i familiari e il suo contesto sociale che improvvisamente lo dis-confermassero in ogni atteggiamento o pensiero.

G. Bateson ha avuto il merito di far emergere questa tragica situazione con la teoria del *"doppio legame"* che, si badi bene, secondo la sua concezione non era una forma patologica, ma piuttosto *"una condizione di esistenza"* (P. Bertrando – M. Bianciardi, 2009, p. 181).

Ci preoccupiamo, dunque, di provare a strutturare un modello processuale che possa mettere in luce come la prospettiva sistemica possa aiutare a immaginare relazioni adeguate per pacificare le plurime

identità intra-individuali, senza nulla togliere alle peculiarità di ognuna di esse. In questo caso, come evidente intento di questo specifico lavoro, ci occupiamo, per questa volta, di dare uno specifico significato e dignità all'identità emotiva.

## L'EMERGENZA DELL'IDENTITÀ EMOTIVA

*"E' sufficiente ammettere che la realtà si dà in diversi livelli di complessità ascendente a partire dal livello elementare descritto dalla fisica; e che al crescere della complessità delle strutture del reale emergono proprietà e relazioni nuove rispetto a quelle investigate dal piano fisico."*

Andrea Zhock

Quando Gregory Bateson in *"Forma, sostanza e differenza"* (1972, p. 488), formula la necessità di dare dignità identitaria al mondo del sentimento e dell'emozione, secondo P. Barbetta (2014 p. 87) ciò significa ritenere che il fenomeno identitario emerge da un *"circuito di comunicazione transpersonale come un processo ecologico e complesso"*.

Gli studi sui neuroni mirror, nel modo in cui definiscono una competenza conoscitiva pre-logica e pre-verbale dei neuroni motori, confermano questa possibilità e cioè che vi sia un'intelligenza appropriata per un sistema corporeo che veniva, invece, considerato "non-mentale" (G. Rizzolatti – C. Sinigaglia 2006). Per quanto riguarda, invece, la dimensione emozionale aveva già detto qualcosa D. Goleman (2007), introducendo il concetto oggi molto di moda di intelligenza emotiva. Anche se, a mio modesto avviso, sembra che il suo pensiero riconduca

finalmente ogni esperienza emozionale al riconoscimento logico razionale. In tal modo lasciando poco spazio all'ipotesi che il sistema emotivo possa esprimere una propria creatività nascente o epigenetica, cioè intelligente.

Alla luce di queste suggestioni, mi sembra plausibile aprire uno spazio nella pratica psicoterapeutica al modello metaforico di I. Gurdjieff (2000), che a me pare il più convincente nel riconoscere una pluralità effettiva di intelligenze, le quali rimandano ad una effettiva pluralità di strutture identitarie. Egli stabilisce che vi siano almeno tre centri intellettivi ovvero tre menti nell'individuo umano, definito per l'appunto tricerebrale: quella cognitiva, quello istintivo-motoria e quello emotiva. Il centro emotivo, secondo Gurdjieff (2000), sarebbe quello che maggiormente influenzerebbe la personalità dell'uomo, anche se sembra essere quello meno percepito e riconosciuto dallo stesso. In effetti, dobbiamo riconoscere che mentre da una parte costruiamo un'idea di noi molto rigorosa, precisa, razionale; dall'altra dobbiamo constatare, con un po' di auto-ironia, che le nostre molteplici decisioni di entrare in dieta, di smettere di fumare, ect., durano non oltre la prima notte! Quella che conosciamo come il nostro profilo identitario distintivo sembra essere molto meno sotto la nostra direzione di quanto pretendiamo.

L'identità emotiva, nel nostro attuale livello di consapevolezza, non è dunque un dato di fatto, qualche cosa di conosciuto e sotto la nostra capacità gestionale razionale, ma piuttosto un territorio di lavoro che dovrebbe emergere da un processo di sperimentazione di sé alla luce della capacità di distinguere l'attività di almeno questi tre centri, che sembra lavorino contestualmen-

te nell'individuo umano. Il lavoro diventa ancora più arduo dal momento che questi tre centri sono relazioni, cioè funzioni costantemente in rapporto di interdipendenza con l'ambiente e il contesto.

La cosa, però, che mi sembra interessante sottolineare è che nella letteratura scientifica occidentale – quella, ovviamente, che conosciamo! - si tende sempre a riportare ogni esperienza umana sotto l'egida del processo cognitivo o razionale (D. Goleman, 2007, p. 68); mentre io ipotizzo che questa superiorità sia solo presunta, confidando sul fatto che le altre dimensioni che costituiscono il fenomeno umano abbiano almeno pari dignità intellettuale, se non superiore.

In altre parole si dice: noi siamo analfabeti emozionali, ma attraverso lo sviluppo del sistema raziocinante diventiamo abili nel riconoscimento delle nostre emozioni, potendole sottomettere alla ragione. Come se la ragione, con la sua lentezza e la sua poca stabilità, potesse farsi carico di un sistema, quello emotivo per l'appunto, che viaggia invece a velocità ad essa inaccessibili. Come se pretendessimo che il nostro occhio potesse essere giudice adeguato dei processi che avvengono alla velocità della luce.

Se dunque l'uomo può dubitare che la ragione sia effettivamente l'ultima sua istanza, allora può provare a verificare se vi sia qualche altro presidio che lo rappresenta. E' in questo senso che io parlo di identità emotiva. Dico cioè che risulta plausibile che vi sia una sorta di "cervello" che supporta il sistema emotivo e che in qualche modo definisce o potrebbe definire alternativamente gli aspetti comportamentali dell'uomo. Di più, considero che l'identità emotiva, nella sua parte intellettuale, rappresenti una di-

mensione essenziale dell'individuo. Ovvero rappresenti ciò che di più identitario porta con sé l'uomo fin dalla nascita. Anche se, tale peculiarità, viene precocemente coartata dal sistema educativo imperante, per trasformare il bambino in un uomo sociale.

Tuttavia, l'individuo, dopo aver costruito la propria personalità all'interno del percorso educativo socio-culturale di appartenenza, può decidere di superare le proprie sovrastrutture socio-culturali e può cominciare a decifrarle attraverso l'acquisizione della facoltà di meta-analisi del proprio modello epistemologico, affrontando un percorso regressivo che lo riporti a recuperare ciò che la propria dimensione emozionale esprime, non già attraverso gli occhi della mente razionale, ma con gli occhi della mente emotiva che è stata messa in disparte e tacitata in giovane età – probabilmente attorno ai 4/5 - laddove il bambino ha dovuto necessariamente rispondere al sistema educativo e culturale di appartenenza (E. Tronick, 2008; D. Goleman, 2007; L. Camaioni - P. Di Blasio, 2002).

Nel nostro significato quindi l'identità emotiva assume una dignità pari all'identità cognitiva che noi definiamo nell'interno della ragione e con quest'ultima riteniamo debba confrontarsi con il fine di rendere l'individuo umano più "normale". In effetti, secondo il nostro giudizio, la normalità corrisponderebbe all'equilibrio delle dimensioni che insieme costituiscono il "fenomeno umano". E ciò potrebbe avvenire postulando un'entità che soprassedesse alle diverse parti costitutive dell'uomo potendole osservare tutte senza "discriminazioni" o "pregiudizi". Questa entità noi definiamo coscienza, secondo una concezione non comprimibile all'interno dell'idea neurofisiologica, ma piuttosto riferita al punto di vista fenomenologico, che

la definisce come trascendenza (U. Galimberti, 2006).

## DALLA CO-COSTRUZIONE ALLA CO-CREAZIONE

*"La rosa è senza perché:*

*fiorisce perché fiorisce, /*

*A se stessa non bada,*

*che tu la guardi non chiede".*

Angelus Silesius

Credo sia difficile per tutti definire l'area semantica all'interno della quale costringere il concetto di mente proposto da G. Bateson, e di certo non sarò io a farlo. Tuttavia, nel momento in cui questa viene definita come creatrice credo si possa discutere se possa essere intesa come circoscritta all'ambito cerebrale - dove molti individuano la sede dell'intelletto - oppure se possa piuttosto essere collocata nell'ambito della sede delle emozioni, tipicamente localizzata nel luogo denominato plesso solare.

Per quanto ci riguarda, credo che alla luce degli studi di E. Tronick (2008) sulla coscienza diadica e di G. Rizzolatti-C. Sinigaglia (2006) sui neuroni specchio, sia plausibile dare dignità creatrice alla intelligenza emotiva e, cosa di cui non parleremo in questo luogo per motivi di spazio, all'intelligenza istintivo-motoria. Al di là di un'analisi specialistica, ciò che ci può essere utile per supportare la nostra idea è che entrambi i lavori succitati hanno dato plausibilità alla concezione secondo cui le relazioni creative di cui parla anche G. Bateson (2010), siano pre-logiche e pre-concettuali (E. Tronick 2008; G. Rizzolatti-C. Sinigaglia 2006). Per noi ciò significa che queste esistono prima ancora che la mente razionale abbia luogo e soprattutto prima che la mente emotiva sia stata totalmente fagocitata dai sistemi edu-

cativi e socio-culturali.

Con ciò vogliamo dire che per trovare l'elemento creativo nelle relazioni dobbiamo di necessità svolgere un duro lavoro di destrutturazione o ancora meglio di de-ipnotizzazione, non solo in chi osserviamo ma soprattutto in noi stessi. Dobbiamo, infatti, evitare di cadere nel paradosso secondo cui la creatività risulti essere accreditata ad una mente che non può avere questa qualità essendo per lo più meccanica, nel senso definito dal comportamentismo e dall'epistemologia cognitivo-comportamentale del terzo ordine (R. Harris 2011). In questo senso, infatti, si può parlare sicuramente di attività di co-costruzione nel luogo dell'incontrarsi delle relazioni interpersonali sulla base di elementi già determinati, ma non di certo di co-creazione che per concetto definisce lo sviluppo di una realtà a partire da ciò che non è ancora dato. Dice Ed Tronick: *"Il termine co-costruzione incorpora la metafora di un piano che implica una serie di passi che devono essere compiuti per raggiungere uno stato finale. Invece il concetto di co-creatività non implica né una serie di passi, né uno stato finale; implica piuttosto che quando due soggetti si coinvolgono reciprocamente in uno scambio comunicativo non è dato sapere come staranno insieme, né quali sono le dinamiche e la direzione che seguiranno; tutto questo scaturirà soltanto dalla regolazione reciproca."* (2008 p. 281-282)

La differenza è abbastanza marcata. Lavorare sulla co-costruzione è come avere dei mattoncini Lego e insieme elevare una data costruzione. Ci sono i mattoni e ci sono le idee entro le quali si possono mettere insieme i mattoncini. Si tratta di comunicare e mettere in relazione elementi dati o ipotetici, comunque definibili intersoggettivamente.

Lavorare con la co-creazione prevede che non si abbia un materiale stabilito né un progetto definito. Si parte dall'incertezza e si finisce dove non si sa. Ci si trova in un luogo non-luogo. L'unica cosa certa è che ciò che si costituirà dipende da come si integrano e si regolano i Creativi che partecipano alla creazione. In questo senso non esiste alcun elemento discriminatorio psico-socio-culturale. Ciò che accade, accade perché accade. Non esiste un perché. In tal modo ogni individuo diventa un creatore assumendone la dignità intangibile conseguente.

Nella mia ipotesi, dunque, il soggetto creatore assume un'identità che proviene dalla sua struttura emotiva, la quale dovrebbe a mio avviso essere rappresentabile e rispettata in qualsiasi forma si manifesti.

## IL CONFLITTO TRA L'IO E LE ISTANZE IDENTITARIE

*"- Che fai? - mia moglie mi domandò, vedendomi insolitamente indugiare davanti allo specchio.*

*- Niente, - le risposi, - mi guardo qua, dentro il*

*naso, in questa narice. Premendo, avverto un certo dolorino.*

*Mia moglie sorrise e disse:*

*- Credevo ti guardassi da che parte pende. Mi voltai come un cane a cui qualcuno avesse*

*pestato la coda:*

*- Mi pende? A me? Il naso? .....*

*Luigi Pirandello, Uno, nessuno e centomila, p. 17*

In premessa abbiamo detto che l'Ego freudiano ha nascosto un sistema di identità multiple, che sembra essere invece un modello più plausibile della dimensione umana. Non ci sentiamo, ovviamente, soli nell'af-

frontare questa idea che trova, ad esempio, nel pensiero di Pirandello e nella sua rappresentazione di Vitangelo Moscarda in *“Uno, nessuno e centomila”* una autorevole conferma.

In effetti, sembra che lo sviluppo di modelli terapeutici che evidenziano la necessità di dare spazio alla costruzione identitaria soggettiva dell'individuo, confermino questa ipotesi. Parlare di identità narrativa, dal mio punto di vista, ad un livello molto basilare indica che ci apprestiamo a considerare identità ciò che il paziente ci vuole presentare. Questo è considerato utile non solo in psicoterapia ma in qualsiasi relazione umana. Se, però, diamo spazio a questa idea e se per di più consideriamo plausibile che vi sia un'identità emotiva, come pure, stando agli studi neuroscientifici, un'identità motoria, dobbiamo considerare anche come questa molteplicità di identità o legione di identità, come dir si voglia, può prestarsi all'esplosione di un disagio mentale che potrebbe essere causato dalla difficoltà dell'individuo di ri-trovare se stesso, dopo aver preso atto di essere una legione di “lo” piuttosto che un io cristallizzato. Sembra che anche Dante nell'incipit della sua principale opera intendesse mettere in luce questa esperienza: *“Nel mezzo del cammin di nostra vita mi ritrovai (ritrovai me stesso) per una selva oscura, ché la diritta via era smarrita.”* (Canto I, 1-3)

Nelle parole di Pirandello troviamo l'espressione di un possibile esordio di tale disagio: *“Ma come mai non ti venne in mente, povero Moscarda, che a tutti gli altri avveniva come a te, di non vedersi vivere; e che se tu non eri per gli altri quale finora t'eri creduto, allo stesso modo gli altri potevano non essere quali tu li vedevi, ecc, ecc.?”* (2003, p. 38)

Con ciò voglio dire che mentre lo psicologo o lo psicoterapeuta può essere più o meno preparato a vedere questa molteplicità di istanze identitarie, la persona ingenua che sperimenta occasionalmente questo concetto, potrebbe incontrare situazioni pericolose che ne destabilizzano l'equilibrio. La storia della follia, a mio avviso, mostra un possibile esito della scoperta delle numerose identità che si affollano all'interno della propria personalità, senza avere strumenti di comprensione che possano essere utili di fronte a questo incontro “terribile”.

L'ipotesi che percorro, intende stabilire, dunque, la presenza di molteplici identità che caratterizzano l'individuo umano. Tali identità si mantengono, a volta silenziose a volte meno, nelle vicinanze dell'identità che il contesto familiare e sociale ha in qualche modo formato e cristallizzato: Emilio, Giovanni, Michela, etc. etc.. L'apertura e la disponibilità del nuovo contesto psicoterapeutico sistemico, andando oltre la rigidità del modello psicoanalitico ortodosso, può affiancare al più rigoroso “ego” uno spazio per l'emergenza di ulteriori identità che possano giustificare l'istanza esistenziale del soggetto. In questo modo emergerebbe lo spazio per il riconoscimento di identità che gravitano non solo nell'area del pensiero o della cognizione, ma anche nell'area delle emozioni, oppure in quell'area motoria confermata dai neuroni mirror.

A questo punto l'idea che propongo è che per visualizzare il processo della costruzione identitaria dell'area emotiva, che noi immaginiamo come processualmente più avanzato di quella che presiede all'area cognitiva, è necessario porre il concetto di coscienza come elemento che “supervisiona” i sistemi identitari di ogni individuo. In questo senso il nostro concetto di coscienza

sembra assomigliare molto a quello di mente di Bateson anche se, mentre lui configura il luogo delle relazioni nell'immanenza della natura, io ipotizzo l'apertura del sistema delle relazioni fino alla dimensione metafisica e trascendente, avvicinandoci alla concezione spiritualista che Henri Bergson disegna in "*L'evoluzione creatrice*" (2002), la quale ponendo la specificità dell'uomo nei confronti della natura, mette in guardia dai pericoli del monismo scientifico e dell'atteggiamento riduzionistico.

### **Coscienza, follia e identità plurime**

*L'amore fisico dipende dal tipo e dalla polarità.*

*L'amore emozionale evoca l'opposto.*

*L'amore cosciente risveglia l'amore cosciente.*

George Ivanovitch Gurdjieff

La coscienza, intesa come processo sistemico che soprassiede al sistema psichico identitario, ci può aiutare a rilevare la molteplicità di "io" che esprimono la personalità individuale. Allo stesso tempo, essa può comprendere in un'unica dimensione contenitiva tutte queste istanze, distribuendone i significati all'interno della "macro-aree" che identificano l'essere umano: area cognitiva, area emotiva, area istintivo-motoria.

Abbiamo già accennato sopra, brevemente, al fenomeno della follia come ad un esito infausto dovuto all'incapacità di eseguire il processamento e la integrazione tra istanze molto spesso contraddittorie che si sviluppano all'interno dello stesso individuo. A me sembra che la capacità di eseguire questo lavoro può e deve essere appresa attraverso l'aiuto di un esperto che ne abbia compreso i meccanismi e che sia stato in grado di integrarli in se stesso. In primo luogo, ad

esempio, sarebbe necessario avere almeno presupposto la possibilità di differenziazione tra stato cosciente e stato cerebrale (H. Bergson, 2002). Dove lo stato cosciente implica la facoltà trascendente di accogliere gli eventi psichici da un originario "fuori-di-sé; mentre lo stato cerebrale è un campo interiore in cui si raccolgono le percezioni che provengono dall'esterno (U. Galimberti, 2006).

In tal caso lo psicoterapeuta non potrebbe star tranquillo all'interno del bagaglio di tecniche conosciute teoricamente o perché sperimentate sugli altri, ma dovrebbe aver fatto un percorso di crescita personale che lo abbia visto entrare concretamente in questo "nuovo mondo". Deve essersi "sporcatosi le mani" come si dice gergalmente.

E' solo allora che il terapeuta può lavorare con le identità multiple di chi si appoggia al suo aiuto, riportando ogni istanza, ogni tensione, ogni disagio, all'interno dell'area più appropriata.

Se vogliamo commentare questo concetto secondo le categorie concettuali dell'epistemologia sistemica dovremo dire che lo psicoterapeuta dovrebbe essere riuscito a sperimentare su di sé quanto espresso dalla cibernetica di secondo ordine. Con l'accortezza che il sistema osservante, staccatosi dal proprio sé, dovrebbe aver individuato che l'oggetto osservato non è un io chiamato Emilio, Giovanni, Monica, ecc. ma piuttosto una legione di io che, nascondendosi, fanno a gara per essere riconosciuti come Emilio, Giovanni, Monica.

### **CONCLUSIONI**

*Infine voglio dimostrare che la natura stessa e il fine dell'arte e della poesia sono esemplificare la creatività della mente e che questo è il teorema fondamentale*

*appropriato a  
una scienza dell'estetica*

Gregory Bateson

La mis proposta, annunciata fin dalla premessa, è stata indirizzata a rilevare come l'essere umano sia maggiormente comprensibile se osservato nella molteplicità degli "io" che esprime e che talvolta nemmeno egli stesso riconosce. Per lo psicoterapeuta questo dovrebbe essere il compito che lo riguarda principalmente. Non già o non solo nell'osservazione dell'altro, ma di se stesso.

Questo approccio, infatti, secondo me, rappresenta il tentativo di guardare in chiave sistemica, non solo il vissuto esterno dell'individuo, cioè la sua famiglia, il nucleo sociale, ecc., ma piuttosto la complessità delle figure che popolano la sua dimensione

interiore. Figure che molto spesso scompaiono e si nascondono intimorite dal sistema educativo e culturale cui ogni individuo è gioco-forza sottoposto fin dalla nascita.

Qui abbiamo provato a rafforzare l'idea secondo la quale sia necessario ritornare alla creatività originaria che l'individuo porta con sé, al fine di riequilibrare lo scompensamento determinato dai nostri sistemi culturali. Non solo. Abbiamo insinuato che all'interno del sistema emotivo sia nascosta un'intelligenza che può e deve emergere per dare il significato più appropriato all'esistenza umana. Abbiamo anche azzardato che quando l'individuo non sia in grado di decifrare i significati emergenti dall'espansione del sistema emotivo, ciò possa essere generatore del disagio che normalmente viene descritto sotto le forme della malattia mentale e fino alla follia.



## Bibliografia

Barbetta, P., Casadio, L., Giuliani, M., (2012). *Margini tra sistemica e psicoanalisi*, Antigone Edizioni, Torino.

Bateson, G., (1972). *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

Bateson, G., (2010). *Una sacra unità*, Adelphi, Milano.

Bateson, G., Bateson, M. C., (1989). *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano.

Bergson, H., (2002). *L'evoluzione creatrice*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bertrando, P., Bianciardi, M., (2009). *La natura sistemica dell'uomo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Camaioni L. - Di Blasio P., (2002). *Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.

Goleman, D., (2007). *Intelligenza emotiva*, Fabbri Editori, Milano.

Galimberti, U., (2006). *Dizionario di psicologia*, Gruppo Editoriale L'Espresso, Roma.

Gurdjieff, G.I., (2000). *Vedute sul mondo reale*, Neri Pozza, Vicenza.

Harris R., (2011). *Fare ACT*, FrancoAngeli, Milano.

Peresso P., (2000). *Il sé come luogo d'incontro fra creatura e pleroma. Un confronto tra Carl Gustav Jung e Gregory Bateson*, [www.francoangeli.it/riviste](http://www.francoangeli.it/riviste).

Pirandello, L., (2003). *Uno, nessuno e centomila*, Corriere della Sera, Milano.

Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., (2006). *So quel che fai - Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Tronick, E., (2008). *Regolazione emotiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Vannini, M. (2004). *La mistica delle grandi religioni*, Mondadori, Milano.

Zhok, A. (2011). *Emergentismo. Le proprietà emergenti della materia e lo spazio ontologico della coscienza nella riflessione contemporanea*. Edizioni ETS, Pisa.



# Con-tatto Costruzione di una “mente comune” al “ritmo” dell’autismo

Romina Ceroni<sup>1</sup>

## Sommario

La storia della sindrome autistica racconta il susseguirsi d’ipotesi e smentite: dalle attribuzione di responsabilità allo stile educativo delle madri, ai biologismi estremi; dalle teorizzazioni biochimiche, alle ipotesi di incompletezza dello sviluppo psicologico. In questo contesto, lo psicoterapeuta, in particolare quello di orientamento sistemico, può portare il suo contributo facendo emergere la totalità della persona attraverso un processo di esplorazione in cui non sono prevedibili gli esiti, orientandosi perciò ad una metodologia qualitativa piuttosto che quantitativa. In questo senso l’obiettivo dell’autrice è stato quello di dare voce alla connessione che mette in relazione il mondo interno e il mondo esterno dell’individuo (L.Boscolo - P. Bertando, 1996). I bambini autistici, infatti, si trovano inghiottiti in un mondo interiore che li pervade ed esclude dalla realtà esterna, non solo a causa di un particolare deficit neuro-biologico, ma anche per le difficoltà relazionali di chi vive a stretto contatto con loro.

## Parole chiave

Contatto, relazione, mente comune, pregiudizio, ascolto, osservazione

## Abstract

*The history of autism syndrome tells of a continuous series of assumptions and denials: the attribution of responsibility to the educational style of the mothers, extremes biologisms; by biochemical theories to cases of incompleteness of psychological development. In this context, the psychotherapist, especially systemic one, can makes him contribution to bringing out the whole person through a process of exploration in which the outcomes are not predictable, orienting therefore a qualitative rather than quantitative methodology.*

*In this sense the author's aim was to give voice to the connection that connects the external world and the internal world (L.Boscolo - P. Bertando, 1996). Autistic children, in fact, are engulfed in an inner world that pervades them and excludes from external reality, not only because of a particular neuro-biological deficit, but also to the relationship difficulties of those who live in close contact with them .*

## Key words

Contact, relationship, common mind, prejudice, listening, observation

---

<sup>1</sup>Allieva III anno – Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata; email: romina.ceroni.rc@gmail.com

## PREMESSA

L'abbondante letteratura scientifica disponibile sulla sindrome autistica, la cui utilità in ambito psicoterapeutico mai si finirà di ribadire e sostenere, ha generato tecniche, strumenti e regole che possono essere ampiamente utilizzate, ma nella consapevolezza che chiudendosi in queste si rischia di perdersi e dimenticare l'altro, abbandonandolo al suo destino. Sulla base di questo assunto e della formazione nell'ambito della terapia sistemica, adattata al contesto individuale (L. Boscolo - P. Bertando, 1996), abbiamo affrontato la presa in carico di Diego. Il compito, in linea con l'epistemologia che caratterizza il nostro agire terapeutico, è stato quello di spostare il "focus" dell'attenzione curativa dal singolo individuo alle relazioni che egli condivide innanzitutto col sistema familiare e parentale e subito dopo con il sistema sociale. Riteniamo, infatti, parafrasando Korzybsky, che la "mappa" rilevata dagli studi scientifici, benché di grande utilità, non sia propriamente il "territorio" in cui lo psicoterapeuta dovrà "sporcarsi le mani", cioè il luogo del con-tatto (G. Bateson 1972, p 489).

Attraverso la trascrizione di alcune sedute abbiamo provato, quindi, a evidenziare il tentativo di mettere in atto un "*modello di terapia che connette il mondo interno e il mondo esterno dell'individuo*" (L. Boscolo - P. Bertando, 1996), ritenendo ciò utile a dare l'opportunità alla persona di aiutare se stessa a trasformare le esperienze frustranti in altre più soddisfacenti.

L'attività che abbiamo svolto è stata incentrata sul dialogo tra "sé e l'altro", evitando di reificare le interpretazioni dettate da modelli conoscitivi oggettuali, ma piuttosto cercando di co-costruire con il paziente un progetto di cambiamento in qualche modo

più "sensato" circa le relazioni vitali familiari e sociali. Non ci siamo preoccupati del "deficit" di Diego, convinti che non importa quello che si ha, ma piuttosto importa quello che si fa con quello che ci è capitato.

## IL "CON-TATTO SISTEMICO"

Il contesto del nostro lavoro è il reparto di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale di Pavullo, dove chi scrive sta svolgendo il Tirocinio formativo come psicoterapeuta specializzanda. Diego ha frequentato questo luogo fin dall'età di 2 anni, inviato dal pediatra. Ora, a 13 anni, accede al servizio ogni mese per controlli di routine, che consistono nella elaborazione della scrittura, di pensieri, paure, progressi.

Il compito che ci è stato affidato è stato quello di offrire un intervento di sostegno psicologico individuale che potesse sviluppare in Diego una maggiore consapevolezza circa i propri pensieri e le proprie emozioni, al fine di migliorarne la condivisione con l'ambiente circostante, familiare e sociale.

Per dare "voce" ai pensieri di Diego abbiamo utilizzato la comunicazione facilitata, non dunque una scelta tecnica, peraltro non raccomandata dalle linee Guida, ma l'unico strumento che ci ha offerto una possibilità di con-tatto. Il "tempo" di Diego per comunicare non era evidentemente quello standardizzato nelle categorizzazioni nosologiche, ma il suo personale. E questo tempo prevedeva di accettare questa particolare modalità comunicativa (L. Boscolo - P. Bertrando, 1993). Il nostro progetto di cambiamento è iniziato qui, accettando di co-costruire con Diego il luogo per lui "sensato" del nostro incontro.

In questo modo, abbiamo avuto la possibilità di connetterci non solo con Diego, ma anche con i suoi genitori, i quali rinchiusi

nella rabbia e nello sconforto per i molteplici trattamenti mostratisi in passato inefficaci, hanno potuto vedere che lo stesso Diego può esprimere autonomamente quale possa essere la modalità e il tempo attraverso il quale ci si può avvicinare a lui.

Forse Diego stava “urlando nel silenzio” che i principi di base ai quali attenersi nella scelta del trattamento della sindrome autistica, ovvero l'intervento precoce, prevalentemente educativo, con l'obiettivo del raggiungimento della massima autonomia possibile attraverso tecniche strutturate e verificabili, non rientravano nei suoi parametri!

Durante il percorso al fianco di Diego, quindi, abbiamo utilizzato vari tipi di lenti, evitando di ancorarci rigidamente a una prospettiva teorica, in linea con quanto proposto da Barbetta-Casadio-Giuliani (2015), quando, alla luce della “neurodiversità”, dobbiamo riconoscere a queste persone **“una dignità senza dover essere guarite”**.

Il nostro avvicinamento è avvenuto, quindi con tatto ed estrema delicatezza, nel tentativo di rispettare i suoi tempi, mentali, fisici ed emotivi. Abbiamo concentrato l'attenzione sulla relazione che man mano si veniva creando tra noi. Ci piace definire il linguaggio di Diego un linguaggio dell'essenziale: poche parole scritte, qualche vocalizzo e piccoli movimenti goffi. Questi hanno fatto sì che potessimo entrare in un mondo straordinario, anche se affollato e caotico, un mondo da “manovrare con cautela” in quanto sospeso ad un filo sottile sopra il quale è facile provare vertigini e perdere l'equilibrio. D'altra parte, in questo modo abbiamo potuto realizzare il senso di una mente comune come definita da G. Bateson (1980). Questo ci è apparso chiaro quando abbiamo provato a dare significato al concetto di neutralità di G. Cecchin (2012) e ci siamo

messi in una posizione di ascolto, anziché direttiva o ingiuntiva. L'ascolto empatico e l'osservazione di Diego ci hanno permesso di mettere da parte il sintomo e chiederci: “Cosa cerca di comunicare l'altro? Quali significati cerca di esprimere attraverso i suoi comportamenti?”.

## AUTISMO E RELAZIONE

La cornice concettuale, attraverso la quale abbiamo potuto elaborare una proposta di connessione tra due dimensioni dell'esperienza umana che sembrerebbero addirittura antitetiche come quella della sindrome autistica e quella della relazione, attinge a indirizzi teorici diversi, disponendosi, a nostro giudizio, secondo il principio dell'equifinalità.

In primo luogo, benché per molti anni i bambini con autismo siano stati descritti come riluttanti o incapaci di stabilire relazioni di attaccamento con i loro caregivers, abbiamo dovuto riscontrare un'inversione di tendenza. Dal 1980, una serie di studi osservazionali sull'attaccamento ha, infatti, cominciato a sfidare questo punto di vista dimostrando che i bambini con autismo sviluppano legami di attaccamento e che un numero significativo, quasi la metà, sviluppa un attaccamento sicuro (D. Oppenheim, 2007).

In secondo luogo, pure il sistema mirroring ha mostrato che un livello di comunicazione umana è possibile già a un livello pre-logico e pre-verbale (G. Rizzolatti – L. Fogassi, 2008). Ciò confermerebbe la teoria degli “stati diadici di coscienza” secondo la quale il canale attraverso cui si può entrare in contatto con il bambino autistico può essere aperto quand'anche il sistema cognitivo sia debole, assente o frapponga ostacoli.

In terzo e ultimo luogo, infatti, E. Tronick (2009) a partire dall'esperimento dello “Still

face” ha mostrato come la comunicazione diadica e triadica sia possibile in età precoce e come questa possa alimentare la costruzione di significati nelle interazioni dei bambini. In questo modo anche il sistema familiare, debitamente istruito, può permettere attraverso questo “aggancio” un’attività precoce sul sistema comunicativo (Barbetta, 2012).

Queste evidenze ci hanno dato la forza di immaginare che anche Diego possa avere sviluppato nel suo mondo interno, fin dall’età infantile, queste facoltà che poi però, chissà per quale motivo, non hanno avuto approdo a una connessione appropriata col mondo esterno. La peculiarità di questo punto di vista, che ha contraddistinto il nostro approccio, si è basata sul convincimento che fosse possibile riscontrare in Diego ciò che normalmente viene escluso a priori. Con il nostro lavoro abbiamo provato a elicitare queste facoltà, verificandone la vividezza.

## L'INCONTRO CON DIEGO

Per dare visibilità al lavoro clinico affrontato con Diego ci è sembrato necessario riportare alcuni stralci delle sedute, sottolineando che ciò è avvenuto attraverso la videoregistrazione delle terapie, secondo il metodo privilegiato dalla Scuola sistemica.

Ovviamente, ciò è stato possibile avendo raccolto l’adesione formale non solo di Diego ma anche dei familiari.

Certamente verrà da subito superato il concetto classico di dialogo che secondo l’etimologia greca (dià, “attraverso” e logos, “discorso”) indica il confronto verbale tra due o più persone. Quello con Diego, infatti, è stato un “dialogo” particolare, reso possibile grazie all’uso della sua tastiera alfabetica. Di seguito trascriveremo alcuni di

questi “dialoghi”, a nostro avviso esplicitativi dell’approccio utilizzato come conseguenza della cornice epistemologica sopra delineata.

Ovviamente, questo spazio non ci permetterà di fare un’analisi dettagliata, ma ci consentirà di ottenere degli spunti che potranno essere elaborati in altro luogo più accuratamente. Per noi, lo ribadiamo, era importante creare delle connessione tra il mondo interno di Diego e il suo mondo esterno. Ci interessava poter innescare un cambiamento che potesse diventare come una sorta di perturbazione nel sistema che considera lui, come tutte le persone affette da autismo, come delle “macchine guaste”. Per dare evidenza ai punti in cui abbiamo cercato di introdurre elementi supportati dalla nostra formazione sistemica e che a nostro avviso hanno elicitato l’apertura al dialogo, ci permettiamo di usare la sottolineatura del testo. USEREMO LO STAMPATO MAIUSCOLO QUANDO DIEGO CI STA AIUTANDO AD USCIRE DAI NOSTRI STEREOTIPI PER ENTRARE IN CONNESSIONE CON LA SUA INDIVIDUALITA’. Metteremo in grassetto ciò che ha ricordato i nostri pregiudizi e le nostre rigidità.

## “DIALOGANDO” CON DIEGO

20-07-2015 – Ambulatorio della NPIA (Dialogo videoregistrato)

Ciao Diego, ti ringrazio per la disponibilità ad aiutarmi in questo progetto. Oggi ti farò alcune domande sull’autismo e su come vivi il tuo essere un ragazzo autistico.

Che cos’è per te l’autismo?

*L’autismo PER ME è un modo COMPLICATO di vivere, anche se AFFASCINANTE*  
Perché lo definisci affascinante?

*Perché mi permette di spaziare nei LUOGHI DELLA MIA MENTE complicata*

Mi puoi spiegare cosa intendi per complicata?

*Le informazioni entrano nella mia mente senza filtri e causano disordine. E' difficile per me organizzarle*

C'è qualcosa che io posso fare per aiutarti a organizzare le informazioni?

*Fammi stare tranquillo e AIUTAMI AD ANTICIPARE CIO' CHE SUCCEDERA'*

Va bene, mi voglio impegnare in questo. Ora parliamo un po' di tua mamma, come definiresti il rapporto con lei?

*Vitale, non riesco ad immaginare la mia vita senza di lei*

Che rapporto hai con tuo padre?

*Lo aiuto nei lavori. Accudisco gli animali e raccolgo la frutta dagli alberi*

C'è qualcosa che ti da fastidio nel modo in cui le persone si relazionano a te?

*Sì. L'atteggiamento di pietismo e la velocità con cui si liberano di me perché sono scomodo. Per molte persone non è facile relazionarsi con un ragazzo autistico*

Illuminami Diego. Cos'è necessario per relazionarsi con te?

*Molta pazienza e parlare lentamente e con tono di voce non troppo alto*

Alla pazienza ci sarei arrivata. Ma sul tono di voce, forse, sarei cascata. Perché il tono deve essere basso?

*Le parole per me sono un carico molto pesante e spesso non sono il modo migliore per comunicare*

Potresti iniziare a comunicare con la voce...

*Non riesco, i suoni non mi escono come vorrei*

Che ne pensi di provare, qui, insieme, senza paura?

*No perché non ci riesco e non mi va di fare fatica*

Allora è una questione di pigrizia

*Sono pigro e posso decidere quando co-*

*minciare a parlare poi posso immaginare bene le parole e dirle quando voglio io o non dirle mai*

Allora se puoi decidere tu quando pensi di iniziare?

*Io non parlerò mai perché sono autistico*

Non sei l'unico, tanti altri bambini autistici parlano, quindi devi cambiare scusante

*Allora INSEGNAMI TU*

Ci proveremo, prometto. Ti pesano tanto le aspettative degli altri?

*Sì, tutti hanno delle aspettative su di me, ma io HO I MIEI TEMPI E NON COINCIDONO CON I VOSTRI.*

Caro Diego questo è un problema di tutti. Nessuno sottovaluta il tuo quadro clinico, siamo tutti qui per provare ad aiutarti

*Io non dico che tu sottovaluti IL MIO ESSERE, ma ho bisogno di tempo e me lo dovete dare tutto altrimenti io mi ammazzo di fatica e non è giusto*

Hai ragione. Grazie per il tuo tempo e per le informazioni preziose che mi hai dato oggi.

27-07-2015

Ciao Diego, bentornato. Sono felice di rivederti. Come stai?

*Sono stanco ma felice di vederti*

Hai qualche argomento tu da propormi o ti faccio delle domande io?

*Tu...*

Ok, parliamo della scuola: cosa ti piace in particolare?

*Mi piacciono i temi d'italiano e le lezioni di matematica*

Quindi oltre a scrivere bene sei anche bravo a fare i conti?

*Sì, la matematica mi piace*

Tua mamma però mi ha riferito che sbagli a contare quando apparecchi la tavola...

*(Sbuffa) Sì, non riesco a contare i piatti SE sono impegnato ad apparecchiare*

Ti sei irrigidito, forse ho fatto una domanda

fuori luogo? Se sì, ti domando scusa  
*Mi stanco a ripetere sempre le stesse cose. Lei non capisce che è difficile per me fare più cose insieme*

Hai ragione, non è facile nemmeno per me. Però noi tutti apprezziamo molto il tuo impegno.

*Grazie HO BISOGNO ANCH'IO COME ALTRI BAMBINI DI ESSERE GRASTIFICATO. Quando faccio errori tendo ad innervosirmi e finisco per rifiutarmi di fare le cose*

Diego è comprensibile. Ti comporti come la maggior parte dei ragazzi della tua età, lo sai questo?

*Queste parole mi fanno stare bene*

Sai Diego che abbiamo una cosa in comune io e te? Se non ricordo male ti piace la musica..

*Si, molto. La melodia riesco a percepirla senza interferenze...*

Diego ti va di decider tu di cosa parlare ora? *Vorrei parlare del mio troppo delirare quando sono testardo o per quanto sono resistente ai cambiamenti...*

Il funzionamento degli autistici è focalizzato e quindi tutta l'attenzione è concentrata sul fare una cosa alla volta, così ci sono le fissazioni e quelle che tu chiami testardaggini. Ti ritrovi in quello che dico? *Sì mi ritrovo molto e penso tu mi possa aiutare a definirmi in questo mio PERCORSO DI CRESCITA*

*Ok, è un lavoro che dobbiamo fare insieme*

*OK, PERO' NON VOGLIO PIU' SENTIRE LA PAROLA AUTISMO. Ritengo che sia più giusto chiamarmi pervasivo, PENSO CHE DENTRO HO UN MONDO E CHE VOI DOVETE AIUTARMI A TIRARLO FUORI.*

Non rinunceremmo mai a scoprire quel-

lo che hai dentro, perché sei profondo e intelligente e ti vogliamo bene. Poi possiamo definirti come autistico, o pervasivo, o pinco pallino, ma tu sei unico e basta.

04-08-2015

Ciao Diego, vuoi iniziare sfogandoti o ti chiedo qualcosa io?

*Inizio io, sono stanco di organizzare i pensieri e di fare delle litigate con la mamma per i compiti. HO VOGLIA DI PENSARE ALLE MIE COSE E NON SOLO A QUELLO CHE GLI ALTRI PENSANO DI FARMI IMPARARE.*

Sono d'accordo, credo si debba trovare una mediazione. E' necessario imparare cose nuove ma costa fatica. Adesso sono invece molto interessata a sapere quali sono le "tue cose", puoi dirmele?

*Le mie cose sono i pensieri ridondanti che pesano nella mia testa e mi affollano il cervello, PRIMA FRA TUTTE LA MIA VITA INTERNA, oppure le mie otorino periferiche che sono pensieri delle orecchie deputate alla analisi del suono. Sono disperato e nessuno mi capisce perché non so parlare e mi credono ormai spacciato come uomo...*

Gli argomenti sono tanti e tutti molto pesanti, quindi li affronteremo con calma dando il giusto spazio ad ogni cosa. Tu sei un caso eccezionale e visto il livello delle cose che dici - con le parole o scrivendo non fa differenza - troverai un lavoro, pensa quanta gente vorrebbe conoscere i pensieri di un ragazzo come te, anche solo sapere di più sulle otorino periferiche o su altri argomenti che possano farci capire di più sulla tua organizzazione. So che sei disperato, me lo hai fatto capire, ti chiedo scusa per non averlo intuito prima

## RIFLESSIONE SUGLI INCONTRI

La traccia delle videoregistrazioni, metodologia introdotta e usata dalla Scuola sistemica, ci ha permesso di ri-calibrare progressivamente il nostro rapporto con Diego. Abbiamo, quindi potuto rileggere non solo in contenuti dei messaggi che volevamo trasmettere alla luce della nostra epistemologia di riferimento, ma anche il livello delle relazioni che questi introducevano o negavano. Abbiamo, quindi fatto esperienza degli effetti pragmatici della comunicazione umana (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1970), in particolare l'apertura dialogica che ne deriva quando ci si apre alla ri-significazione contestuale (M. Deriu, 2000). Non solo, abbiamo pure sperimentato e dunque compreso come l'introduzione critica del "sistema osservante" nel setting terapeutico, in linea con l'espressione della seconda cibernetica (Telfener-Casadio, 2003), possa essere uno spunto qualitativamente rilevante per dare nuovi significati al proprio operare psicoterapeutico.

## CONCLUSIONI

Sia pure con una sintesi estrema, abbiamo provato in questo lavoro a rendere conto di tre aspetti fondamentali che introducono il lavoro dello psicoterapeuta ad indirizzo sistemico. In primo luogo, abbiamo dato la cornice teorico-epistemologica entro la quale può motivare il proprio agire in un particolare setting. In secondo luogo, abbiamo evidenziato concretamente, at-

traverso la trascrittura di alcuni dialoghi, le transizioni relazionali favorite attraverso l'apertura di "spazi di libertà", come ad esempio quelli realizzati da una relativizzazione del significato del "tempo" e dal distanziamento dall'etichetta diagnostica. In terzo e ultimo luogo, siamo riusciti ad apprezzare la metodologia della videoregistrazione, in quanto ci permette di vedere in "azione" non solo il "sistema osservato", ma pure il "sistema osservante".

La sfida di questo nostro lavoro è stata quella di provare ad applicare l'idea sistemica in un approccio individuale all'interno di una patologia descritta come impermeabile alla dimensione della relazione con l'altro. Il nostro intento è stato quello di provare a far parte in qualche modo dell'altro, considerando il vissuto del suo mondo, piuttosto che di quanto definito dall'etichetta diagnostica. Abbiamo evitato di affidarci a protocolli preconfezionati che ci avrebbero impedito di capire l'individuo che davanti a noi manifestava un bisogno di essere seguito e compreso.

Il nostro sforzo ci ha permesso di vedere qualcosa di nuovo: l'altro nella sua individualità. Ciò è scaturito, come in ogni processo di cambiamento, attraverso il dialogo tra sé e l'altro, in questo caso tra terapeuta e paziente.

Spero che questo dialogo possa amplificarsi in ogni futuro incontro che Diego avrà con l'altro da sé.

## Bibliografia

- Barbetta, P., (2014). *Autismo, oltre le statistiche* (articolo).
- Barbetta P., Casadio, L., Giuliani, M., (2012). *Margini tra sistemica e psicoanalisi*, Antigone Edizioni, Torino.
- Bateson, G., (1980). *Mente e natura*, Adelphi, Milano.
- Bateson, G., (1972). *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Boscolo L., Bertrando P., (1993). *Il tempo dei tempi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Boscolo L., Bertrando P., (1996). *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cronen, V. E., Johnson, K. M., Lannamann, J. W. (1982). *Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa*.
- Deriu, M., (2000). *Gregory Bateson*, Mondadori, Milano.
- Frith, U., (2003). *L'autismo, spiegazione di un enigma*, Laterza, Bari.
- Goleman, D., (2011). *Intelligenza emotiva*, BUR Rizzoli, Bologna.
- Jung, C. G., (1960) *Sincronicità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Madonna G., (2010). *La psicologia ecologica*, FrancoAngeli, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., (1980). *Hypothesizing-circularity neutrality: three guidelines for the conduction of session*" articolo). Rizzolatti, G., Vozza, L., (2007). *Nella mente degli altri. Neuroni specchio e comportamento sociale*, Zanichelli, Bologna.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., (2008). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Solari, S., (2010). *I disturbi pervasivi dello sviluppo e l'autismo*, Erikson, Trento.
- Telfner, U., Casadio L., (2003). *Sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Tronick, E., (2008). *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ugazio, V., (1997). *Il colloquio in psicologia clinica e sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Valeri, G., (2010). *Autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo*, Il mulino, Bologna.
- Watzlawick, P., Beavin, H., Jackson, D. D., (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio Ubaldini, Roma.

# Eteronormatività e identità di genere: un'indagine esplorativa

Sabina Deolmi<sup>1</sup>, Stefania Pellegrini<sup>2</sup>, Monica Premoli<sup>3</sup>, Pietro Seghini<sup>4</sup>

## Sommario

In questo scritto ci proponiamo di evidenziare che, nonostante in questi ultimi anni il nostro Ordine professionale abbia cercato di dipanare dubbi e lacune sul tema dell'Identità di Genere e abbia costruito le premesse per aumentare il grado di consapevolezza su quanto il costrutto di eteronormatività entri nella stanza di terapia, attualmente l'obiettivo sembra essere stato raggiunto solo in parte. Dopo aver fornito una panoramica di come tale tema abbia assunto diverse cornici in un passato recente, sono stati riportati i dati raccolti attraverso una ricerca qualitativa ed esplorativa che desidera mettere in luce quanto all'interno di un campione di psicologi dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, comparato a un gruppo di confronto, alcuni termini e concetti siano ancora connotati da poca chiarezza e da un confuso sapere. Il lavoro di ricerca ha dato vita a una riflessione clinica tutt'ora aperta relativa a come sistemi di premesse a volte rigidi e stereotipati si alimentino ed entrino nella relazione con il paziente.

## Parole chiave

Sessualità, omosessualità, pregiudizio, sapere, eteronormatività

## Abstract

*In this article we aim to highlight that, although in recent years, our professional association has tried to unravel doubts and gaps on the subject of homosexuality and has laid the foundations for increasing the degree of awareness of what the heteronormativity enter the room of therapy, currently the only goal seems to have been reached in part. After providing an overview of how this issue has taken on different frames in the recent past, the data collected through an exploratory research that aims to highlight how in a sample of psychologists, compared with a control have been reported some terms and concepts are still characterized by a lack of clarity and a confused knowledge. The research work has given birth to a still open clinical reflection as to how the premises systems sometimes rigid and stereotyped fed themselves and enter the relationship with the patient*

## Key words

*Sexuality, homosexuality, prejudice, knowledge, heteronormativity*

---

<sup>1</sup>Psicologa, Psicoterapeuta

<sup>2</sup>Psicologa, Psicoterapeuta, coordinatrice Polo Clinico Idipsi

<sup>3</sup>Psicologa, Psicoterapeuta, coordinatrice Polo Clinico Idipsi e consulente per l'Ausl di Piacenza

<sup>4</sup>Biologo, servizio di Epidemiologia e Comunicazione del Rischio, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL di Piacenza

“Ogni uomo è fatto in un modo diverso...  
Nella sua struttura fisica...  
Diverso nella sua combinazione  
spirituale...  
Quindi tutti gli uomini sono, a loro modo,  
anormali...  
Tutti gli uomini sono, in un certo senso, in  
contrasto con la natura.  
E questo sin dal primo momento.  
L’atto di civiltà,  
che è un atto di prepotenza umana sulla  
natura,  
è un atto contro natura.”  
Giuseppe Ungaretti in  
“Comizi d’amore” di Pier Paolo Pasolini  
(1965).

## L'OMOSESSUALITÀ TRA DSM E ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Salute mentale e omosessualità sembrano essersi incontrate in diversi momenti storici e con svariati accenti. Facendo una breve ricostruzione, possiamo evidenziare che nella prima versione del DSM, datata 1952, l'omosessualità appariva tra i “Disturbi Sociopatici di Personalità”. In seguito, nel 1968, essa rientrava a pieno titolo nei “Disturbi mentali non Psicotici”, vale a dire nelle deviazioni sessuali vere e proprie, così come la pedofilia. Nel 1974 rimaneva nel DSM solo l'omosessualità “egodistonica”, condizione in cui una persona omosessuale non accetta il proprio orientamento sessuale e lo vive conflittualmente. A tale proposito Watzlawick (1976) affermò che l'eliminazione dell'omosessualità dai disturbi psichiatrici, aveva fatto sì che milioni di persone nel mondo fossero state “curate” con un tratto di penna. Questo richiamo all'omosessualità egodistonica svaniva dal DSM nel 1987

(DSM-III-R), per lasciare spazio, nel DSM-IV, alla diagnosi di “Disturbo dell'Identità di Genere”, una categoria diagnostica a sé che sarà poi sostituita, nel DSM-5, dal termine “Disforia di Genere”. Nel tempo dunque la disforia come problema clinico si è svincolata dall'ipotesi di una patologia legata all'identità e all'appartenenza etero o omosessuale (First, Frances e Pincus, 1997).

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) si è adeguata a tali cambiamenti e, nel 1990, ha rimosso l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali, considerandola una variante naturale del comportamento sessuale umano. Ha inoltre riorientato la scala ICD-10 eliminando riferimenti espliciti all'omosessualità (ICD-10,1990; Lingiardi, 2007).

Nonostante la chiara presa di posizione dell'OMS e l'eliminazione dell'omosessualità dal DSM a cura dell'APA, negli anni '90 hanno iniziato a diffondersi le così dette “terapie riparative”. A tal proposito, nel 1998, l'*American Psychiatric Association* aveva espresso la propria opposizione a ogni trattamento psichiatrico o psicologico che potesse basarsi sull'assunto dell'omosessualità come disturbo mentale o che fosse connesso alla credenza aprioristica che il paziente dovesse modificare il proprio orientamento sessuale. Tra questi trattamenti possono essere annoverate le terapie riparative o di conversione (Lingiardi, 2007).

## LO STATO DELL'ARTE DELLA RICERCA IN ITALIA

A livello nazionale Vittorio Lingiardi dell'Università la Sapienza di Roma, in collaborazione con alcuni ricercatori appartenenti ad altri atenei del territorio italiano, ha promosso, tra il 2011 e il 2014, un vasto progetto di ricerca che ha generato una consistente

raccolta dati tra gli psicologi iscritti all'Ordine.

L'obiettivo è stato quello di rilevare pregiudizi e stereotipi sull'omosessualità, ma anche indagare conoscenze, competenze e modelli teorico-clinici degli psicologi italiani. In particolare è stato chiesto ai professionisti di esplicitare modi e contenuti della consulenza a persone omosessuali, con particolare attenzione al caso in cui il cliente chiedesse aiuto per modificare il proprio orientamento sessuale.

Per eseguire tale indagine il team di lavoro diretto da Lingiardi, aveva elaborato un questionario denominato *Atteggiamento degli Psicologi verso l'Omosessualità* (APO) e aveva chiesto la collaborazione degli Ordini Regionali degli Psicologi, allo scopo di ottenere dati su scala nazionale.

Il questionario era suddiviso in tre parti. Una prima parte raccoglieva informazioni generali circa il partecipante, quali caratteristiche demografiche, formazione professionale, orientamento teorico di riferimento e ambito lavorativo prevalente. Una seconda parte indagava invece gli atteggiamenti dello psicologo in merito al tema dell'omosessualità. Il professionista era invitato a valutare la propria preparazione in materia e a esprimere la propria posizione circa le principali teorie eziologiche presenti in letteratura. Si sondavano inoltre gli atteggiamenti e le opinioni dei soggetti circa l'omosessualità e sue eventuali connessioni con la patologia. Infine s'interrogavano gli psicologi circa la loro opinione in merito agli interventi finalizzati al cambiamento dell'orientamento sessuale, sia su un piano ipotetico, sia riferendosi alla propria esperienza clinica. La terza parte, consentiva invece di valutare la possibile distorsione dei risultati.

Tale questionario è stato compilato, in for-

ma anonima, da 2114 psicologi iscritti agli ordini professionali di Lazio, Campania, Piemonte, Puglia ed Emilia Romagna (Lingiardi e Nardelli, 2011; Lingiardi, Nardelli e Tripodi, 2013; Lingiardi, Taurino, Tripodi, Laquale e Nardelli, 2013; Lingiardi, Tripodi e Nardelli, 2014). L'analisi dei dati emersi aveva evidenziato una scarsa preparazione o un aggiornamento insufficiente dei partecipanti sugli argomenti proposti (Lingiardi e Nardelli, 2011; Lingiardi, Nardelli e Tripodi, 2013; Lingiardi, Taurino, Tripodi, Laquale e Nardelli, 2013). Inoltre alcuni professionisti si riconoscevano in una concezione patologizzante dell'omosessualità e ne proponevano un trattamento, parzialmente aderente al modello delle terapie riparative.

## **LE LINEE GUIDA PER LA CONSULENZA PSICOLOGICA E LA PSICOTERAPIA**

È con l'obiettivo di fornire strumenti di base per il lavoro di cura con persone omosessuali che Lingiardi e Nardelli pubblicano, nel 2014, le "Linee Guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali". Tali indicazioni furono inizialmente promosse dall'Ordine degli Psicologi del Lazio e poi accolte dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi nell'anno 2013. La prefazione del testo, curata da Luigi Palma, allora Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, contiene una sua dichiarazione del 2011 che riteniamo opportuno riportare: "L'omosessualità non è una malattia da curare, né un orientamento sessuale da modificare: affermare il contrario è un'informazione scientificamente priva di fondamento e foriera di un pericoloso sostegno al pregiudizio sociale" (Lingiardi e Nardelli, 2014). Sempre nella prefazione, Palma definisce il nostro Paese un luogo

“la cui cultura scientifica in tema di (omo) sessualità è stata a lungo caratterizzata da mancanze e distorsioni” (Lingiardi e Nardelli, 2014). Le Linee Guida rappresentano una svolta significativa in questo senso, ma gli stessi Lingiardi e Nardelli rilevano che limitarsi alla loro stretta osservanza sarebbe riduttivo e schematico, proprio perché esse costituiscono principalmente un aggiornamento scientifico e un’offerta di spunti da sviluppare. Solo attraverso una profonda riflessione clinica e una formazione costante, su un tema che ha a che fare con pre-giudizi, giudizi e pensieri, si presuppone che psicologi e psicoterapeuti possano orientarsi verso linee di pensiero non stereotipate, verso una maggiore consapevolezza delle proprie premesse in merito all’orientamento sessuale e un atteggiamento preventivo rispetto a pratiche discriminatorie. Colmare lacune di un livello d’informazione insufficiente, o addirittura trascurato (Lingiardi e Nardelli, 2013), corrisponde alla possibilità, per i professionisti della salute mentale, di un riconoscimento e di un’elaborazione dei pregiudizi proliferanti. All’interno del testo troviamo chiari riferimenti agli stereotipi maggiormente diffusi, dando al clinico l’opportunità di rilevarli e decostruirli. Incisivi sono gli stimoli a sviluppare una riflessione sugli aspetti sociali e culturali, attraverso un’attenta analisi di concetti quali eteronormatività ed eterocentrismo (Lingiardi, 2007). Il primo termine allude alla tendenza a imporre l’eterosessualità come norma e come unico orientamento sessuale culturalmente e socialmente legittimato. Eterocentrismo invece indica la centralità culturale dell’eterosessualità nella società, vissuta non come norma imposta, ma come consuetudine e tendenza dominante. L’influenza dell’eteronormatività, come sostenuto dagli autori,

si pone alla base di situazioni di “stress di genere” e “confusione di genere” (Lingiardi e Nardelli, 2014).

Sempre le Linee Guida contengono un invito al clinico a documentarsi e comprendere le connessioni e le differenze tra il genere e l’orientamento sessuale. Identità di genere, ruolo di genere e orientamento sessuale rappresentano, infatti, dimensioni identitarie differenti, troppo spesso sovrapposte. La trattazione sarebbe molto più lunga e complessa ma rimandiamo l’interessato alla consultazione integrale delle linee guida citate, limitandoci a riportare in questa sede ciò che è stato, a nostro giudizio, rilevante per l’ipotesi che ha orientato il presente lavoro.

## **IPOTESI DI RICERCA QUALITATIVA E INDAGINE ESPLORATIVA**

Come operatori che lavorano nel campo della salute mentale, abbiamo potuto sperimentare che sempre più spesso si rivolgono a noi persone che vivono esperienze di esclusione sociale, di bullismo e di denigrazione che provocano loro forti sofferenze. Tali vissuti, talvolta, si rivelano poi connessi all’appartenenza a un orientamento sessuale differente rispetto a quello della maggioranza. Per questo motivo abbiamo deciso di formulare al territorio una proposta che rispecchiasse non solo il nostro mandato clinico, ma che rispondesse ad un mandato più implicito, ma da noi altrettanto sentito, legato alla promozione della cultura psicologica. Abbiamo scelto di connetterci al tema delle discriminazioni e della violenza verso le persone omosessuali e transessuali, proponendo la presentazione del libro “Papà, Mamma e Gender” di Michela Marzano, filosofa e cattedratica parigina. La visione che l’autrice porta, che sentiamo

esteticamente ed eticamente affine, mette al centro la cultura dell'accoglienza. L'autrice partendo dall'affermazione "giù le mani dai bambini" - affermazione comune a diversi approcci epistemologici e spesso presente nelle cronache in questo momento storico- si interroga e ci invita a interrogarci rispetto a temi come la *stepchild adoption* o le unioni civili tra persone omosessuali.

Abbiamo ritenuto importante promuovere la cultura della differenza, ricordando le parole dell'autrice «... Nessuno di noi è identico a un altro. Ognuno è unico e diverso, ma non intercambiabile» (Marzano, 2015, pag.54).

In vista di questo evento abbiamo organizzato un'autoformazione interna, con la premessa che come terapeute con diversi anni di esperienza e in formazione continua, rivisitare il tema dell'omosessualità e delle famiglie omogenitoriali sarebbe stato in qualche modo un ritrovare concetti già incontrati e rielaborati anche nella cornice professionale più prettamente clinica. Con grande sorpresa abbiamo invece presto intuito come alcune parole, alcuni termini che incontravamo durante il nostro approfondimento, andassero in qualche modo a ricoprire altri significati rispetto al nostro immaginario.

Questa consapevolezza ha fatto nascere in noi una curiosità, nell'accezione cecchiana del termine che ci ha poi portato a produrre una piccola indagine, seppur di portata e significatività totalmente diversa rispetto a quella effettuata dall'Ordine, che fornisse una fotografia dello stato attuale delle conoscenze di un gruppo formato da psicologi, insegnanti, medici ed educatori. Da questi stimoli è nato il desiderio di realizzare un'indagine esplorativa dai molteplici obiettivi, fra i quali l'identificazione di eventuali livelli di sovrapposizione, la di-

mestichezza con termini e concetti rispetto ai quali il clinico dovrebbe aver acquisito conoscenza, ma anche e soprattutto la capacità di stabilire connessioni, operare per differenze e proporre possibilità di integrazione. A tal proposito, il nostro sentire è in linea con quanto affermato da Cecchin: "Non bisogna considerare la ricerca come un tentativo di trovare la verità. Secondo noi, non si arriverà mai a scoprire l'essenza della psicopatologia o la causa ultima della sofferenza umana. Questo non toglie che i risultati della ricerca qualitativa siano utili per formulare ipotesi" (Cecchin, 2013).

Per lo sviluppo dell'indagine abbiamo costruito un questionario- riportato nell'allegato 1- costituito da 12 items a risposta multipla nel quale, senza addentrarci negli aspetti clinici, ci siamo dedicate alla verifica della conoscenza di alcuni concetti, quali quelli di *transgender*, approccio affermativo, omofobia interiorizzata, omogenitorialità, *stepchild adoption*, *gender*, teoria del gender, ruolo di genere, disforia di genere, identità di genere, eteronormalità, inter sessualità. Abbiamo deciso di esplorare differenti aree, consapevoli di non poter affrontare il tema in tutta la sua complessità, cercando di orientare l'attenzione all'ambito clinico, al tema della sofferenza e a quelle tematiche estremamente attuali in questo periodo storico.

## LA RICERCA

Il questionario elaborato è stato somministrato a due classi (primo e terzo anno) degli studenti dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata di Parma, scelta adottata partendo dal presupposto che allievi in formazione abbiano maggiori possibilità di incontrare indicazioni sul tema rispetto a colleghi che si sono formati in un altro

periodo storico. Il campione di controllo è stato selezionato tra insegnanti, educatori e medici utilizzando un generatore di numeri casuali.

Nella discussione dei risultati preliminari è stato comunque considerato un bias di selezione relativo al sesso (18 femmine negli psicologi e 9 nel gruppo di controllo). Tale bias è legato al fatto che le facoltà di Psicologia sono prevalentemente frequentate da persone di sesso femminile, rendendo le donne gruppo ampiamente preponderante, mentre l'assegnazione di numeri casuali al gruppo di confronto ha selezionato un campione più equamente ripartito per quanto riguarda il sesso. Nonostante questo bias abbiamo ritenuto opportuno procedere con l'analisi dei dati poiché il nostro pregiudizio è che il fattore genere non sia discriminante per il risultato.

Per l'analisi dei dati categorici è stato utilizzato un chi-quadrato, intervallo di confidenza al 95%.

Il software utilizzato per l'analisi dei dati è OpenEpi.

L'analisi statistica relativa alle risposte al questionario, evidenzia una tendenza a rispondere in modo corretto a favore del gruppo dei non psicologi rispetto agli psicologi dell'Istituto (145 vs 126  $p=0.089$ ). Questa tendenza non raggiunge la significatività statistica poiché il gruppo di controllo non è sufficientemente ampio, ma mette in risalto un trend a sfavore degli psicologi dell'Istituto nel rispondere correttamente al questionario.

## CONCLUSIONI

L'indagine qualitativa ed esplorativa sembra avvicinarsi a quanto le precedenti ricerche avevano dimostrato. Per il professionista

clinico avvicinare il tema dell'(omo)sessualità è tuttora molto complesso. La difficoltà è legata alla delicatezza della questione stessa: accostarsi alla sessualità significa saper stare in ascolto delle proprie premesse e dei propri pregiudizi in merito ad essa, a maggior ragione quando ci si accosta a storie di persone che portano la loro sofferenza. Cecchin (1997) ci ricorda che "essere consapevoli dei propri pregiudizi e sviluppare una propensione ad utilizzare questa consapevolezza non è mai facile e, il più delle volte, implica un cammino soggettivo, tortuoso e contraddittorio". Se a ciò si aggiunge l'influenza di una cultura eteronormativa, ecco che la complessità aumenta. E, come afferma Marzano: «Il problema è che l'amore, come tutto ciò che è umano, è pieno di pregiudizi e di stereotipi. Anzi, l'amore è senz'altro una delle principali vittime dei luoghi comuni. Forse perché misterioso e, nonostante se ne discuta da sempre, profondamente insondabile. Forse perché fragile e, nonostante le pretese di tanti moralisti, sempre in bilico» (Marzano, 2015).

Per queste ragioni ora il nostro interrogativo si sposta su un altro versante riguardante le forme di sapere (e non sapere) e come esse stesse si costituiscano. Non possiamo che citare Foucault che nella sua prefazione al testo *La volontà di sapere. Storia della sessualità, volume uno* scriveva: «Non ho voluto fare una storia dei comportamenti sessuali nelle società occidentali, ma trattare un problema molto più austero e circoscritto: in che modo questi comportamenti sono diventati oggetti di sapere? Come, cioè per quali vie e per quali ragioni, si è organizzato questo campo di conoscenza che, con una parola recente chiamiamo la "sessualità"?» (Foucault, 1976).

## Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Cecchin G. (1997). *Linguaggio, azione, pregiudizio*. Rivista Connessioni n.1/97

Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (2003). *Ir-riverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Milano: Franco Angeli.

*Comizi d'amore* (1965). Regia di Pier Paolo Pasolini, Produzione Alfredo Bini per Arco Film, <http://www.youtube.com/watch?v=ypFcFh98vME>

Foucault M. (1976). *La volontà di sapere. Storia della sessualità volume uno*. Milano: Feltrinelli.

First M.B., Frances A., Pincus H.A. (1997). *Guida al DSM-IV*, Milano: Masson.

ICD 10 - International Classification of Diseases, Revision 10 (1990), WHO, Ginevra; edizione italiana: Kemali D., Maj M., Katapano F., Lobracc S., Magliano L. (1992), *Decima revisione della classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Criteri diagnostici per la ricerca ICD 10*. Milano: Masson.

Lingiardi V. (2007). *Citizen gay. Famiglie, diritti negati e salute mentale*. Milano: Il Saggiatore.

Lingiardi V., Nardelli N. (2011). *Psicologi e*

omosessualità, gli atteggiamenti dei professionisti. *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio*, 16(1), 17-29.

Lingiardi V., Nardelli N., Tripodi E. (2013). *Psicologi e omosessualità. Gli atteggiamenti dei professionisti della Campania nei confronti dell'omosessualità e delle persone gay e lesbiche: una ricerca pilota. Giornale dell'Ordine degli Psicologi. Notiziario degli psicologi campani*, 13(2), 251-270.

Lingiardi V., Taurino A., Tripodi E., Laquale M.G., Nardelli N. (2013). *L'atteggiamento degli psicologi nei confronti dell'omosessualità. Report sull'indagine svolta in Puglia. Psicopuglia. Notiziario dell'Ordine degli Psicologi della Puglia*. 10-23.

Lingiardi V., Nardelli N. (2014). *Linee guida per la consulenza psicologica con persone lesbiche, gay, bisessuali*. Milano: Raffaello Cortina.

Lingiardi V., Tripodi E., Nardelli N. (2014). *Atteggiamenti degli Psicologi dell'Emilia-Romagna nei confronti dell'omosessualità e dei clienti/pazienti omosessuali: report sintetico della ricerca. Bollettino d'informazione dell'ordine degli psicologi della regione Emilia Romagna*, 9 (1), 21-24.

Marzano M. (2015). *Papà, mamma e gender*. Torino: Utet.

Watzlawick, P. (1976). *La realtà della realtà*. Roma: Astrolabio.

## Allegato1. Il questionario

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Sesso M F

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:** Il presente questionario è anonimo e viene somministrato con lo scopo di acquisire informazioni sul livello di conoscenza del tema proposto. La preghiamo di prestare la massima attenzione durante la compilazione del modulo, composto di una serie di domande alle quali occorre rispondere barrando il numero corrispondente all'opzione di risposta prescelta. È necessario rispondere a tutte le domande sottostanti per evitare che il questionario venga annullato.

- 1) Il termine transgender indica:
  - a) una persona che si identifica totalmente nel corpo sessuato opposto a quello che ha e che sente la necessità di cambiare con terapie ormonali e interventi chirurgici;
  - b) una persona che si innamora e prova attrazione nei confronti sia di maschi sia di femmine;
  - c) un individuo che disconferma le aspettative, i ruoli e gli atteggiamenti tradizionali legati al genere, spesso mantenendo inalterato il sesso biologico.
  
- 2) Per approccio affermativo si intende:
  - a) un approccio che ha l'obiettivo di aiutare pazienti che vivono con disagio il conflitto tra le attrazioni omoerotiche e i pregiudizi interiorizzati;
  - b) un approccio che ha l'obiettivo di aiutare tutte le persone che vivono con disagio il proprio orientamento sessuale e desiderano modificarlo;
  - c) il gesto volontario di rivelare il proprio orientamento sessuale agli altri.
  
- 3) Per omofobia interiorizzata si intende:
  - a) l'insieme dei disagi psicologici dovuti all'appartenenza a una minoranza. Il termine è usato in riferimento alle persone omosessuali che sono sottoposte a discriminazioni e pregiudizi di vario ordine;
  - b) l'insieme di atteggiamenti e sentimenti negativi verso il transessualismo e le persone omosessuali e transgender sulla base della loro identità di genere;
  - c) l'insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi che una persona può provare nei confronti della propria omosessualità.
  
- 4) Rispetto alla stepchild adoption l'ordine degli psicologi:
  - a) non ha preso nessuna posizione;
  - b) sostiene la stepchild adoption;
  - c) ritiene che la stepchild adoption metta in pericolo i minori coinvolti.

- 5) Gender è la parola inglese che:
- corrisponde al termine italiano “genere”. La parola viene utilizzata dalla comunità scientifica internazionale per indicare genericamente gli studi sul genere;
  - corrisponde al termine italiano “genere”. Il termine designa l’insieme delle caratteristiche maschili e femminili. A differenza del sesso, il genere designa l’insieme degli aspetti culturali, sociali e psicologici che distinguono gli uomini dalle donne in una determinata società;
  - corrisponde al termine italiano “genere”. Il termine è usato dalla comunità scientifica internazionale per riferirsi agli studi di genere, in particolare all’ideologia gender.
- 6) La Teoria del Gender è:
- un neologismo usato per riferirsi in modo critico agli studi di genere. Nota anche come ideologia del gender, teoria gender, gender theory, ideologia del genere. Diverse associazioni accademiche e ordini professionali si sono espressi soprattutto negli anni 2014-2015, ribadendo che una “ideologia” del gender semplicemente non esiste;
  - una teoria frutto di un complesso di studi ed opere saggistiche prodotte soprattutto nel mondo anglosassone, a partire dagli anni '60, in diversi ambiti accademici (psicologia, filosofia, sociologia, linguistica...). Secondo tale teoria esisterebbero cinque generi principali: maschile, femminile, omosessuale, transessuale, ermafrodita;
  - una teoria di recente formulazione che sostiene l’uguaglianza fra uomini e donne, poiché non vi sono differenze biologiche tra uomini e donne. La differenza maschile/femminile è una differenza esclusivamente culturale.
- 7) Con l’espressione “ruolo di genere” si indica:
- l’assunzione di ruoli tradizionali all’interno della famiglia;
  - la sensazione, intima, profonda, permanente e precoce di essere uomo o donna;
  - l’insieme di caratteristiche e di comportamenti associati agli uomini e alle donne. È nota anche come identità di ruolo.
- 8) Per Omogenitorialità si intende:
- il termine che indica il rapporto tra la prole e il genitore non consanguineo;
  - il termine con cui ci si riferisce al legame, di diritto o di fatto, tra una coppia di persone dello stesso sesso e uno o più bambini - sia figli biologici sia adottati;
  - ciò si realizza con l’adozione coparentale.
- 9) La Disforia di genere è:
- un disagio affettivo/cognitivo in relazione al genere assegnato;
  - la non conformità al comportamento stereotipato del ruolo di genere (per es. fare il “maschiaccio” nelle bambine/ragazze, comportarsi da “femminuccia” nei bambini/ragazzi, travestirsi occasionalmente in uomini adulti);
  - la concentrazione, da parte dell’individuo, sull’alterazione o rimozione di una specifica parte del corpo perché percepita come formatasi in modo anormale.

10) Per Identità di genere si intende:

- a) l'insieme di caratteristiche e di comportamenti, impliciti o espliciti, associati agli uomini e alle donne, che finiscono spesso con il definire anche ciò che è appropriato o meno per un uomo o per una donna;
- b) una categoria di identità sociale riferita all'identificazione di un individuo come maschio, femmina o, a volte, come appartenente a categorie diverse da maschio e femmina;
- c) l'insieme delle caratteristiche maschili e femminili.

11) Eteronormalità indica la tendenza:

- a) ad assumere comportamenti e atteggiamenti che, basandosi su stereotipi e pregiudizi, discriminano persone lesbiche, omosessuali, transessuali e transgender;
- b) a considerare l'eterosessualità come norma universale e naturale in base alla quale un uomo non può che essere attirato affettivamente e sessualmente da una donna e una donna non può che essere attirata affettivamente e sessualmente da un uomo;
- c) a considerare le coppie dello stesso sesso incapaci di replicare il livello di beneficio per il benessere del bambino che caratterizza le relazioni di sesso opposto che coinvolgono due genitori biologici.

12) Per Intersessualità si intende:

- a) un termine per descrivere il forte desiderio di appartenere al genere opposto;
- b) un termine riferito allo spettro di individui che si identificano in modo transitorio o permanente con un genere diverso da quello assegnato alla nascita;
- c) un termine usato per descrivere quelle persone le cui caratteristiche cromosomiche, morfologiche e ormonali non appartengono solo al sesso maschile o solo al sesso femminile, ma a entrambi i sessi.

Grazie per la collaborazione!

# **Psoriasi: cortisone... e poi?** **L'approccio sistemico relazionale applicato ad un caso di terapia della psoriasi**

Elisabetta Magnani<sup>1</sup>

*“A pelle si sentono cose a cui le parole non sanno dare nome”*

*Alda Merini*

## **Sommario**

L'autore propone una riflessione sugli approcci terapeutici al disturbo della psoriasi, partendo dal modello medico per giungere a quello biopsicosociale, offrendo la comprensione della complessità di un caso curato attraverso l'approccio psicoterapeutico sistemico relazionale. L'articolo vuole soffermarsi sull'analisi e l'integrazione dei livelli corporeo, con quello emotivo, quello relazionale, con i contesti di riferimento familiare e sociale, in cui la persona, portatrice di un sintomo, è inserita ed esiste in essi.

Si evidenziano diversi contributi della concezione del corpo in medicina e di come la psicoterapia o il supporto psicologico integrati alla clinica dermatologica possano favorire la remissione dei sintomi.

Il corpo nell'approccio sistemico relazionale è sempre in relazione al contesto e da esso co-generato nella relazione e nel sociale.

Il Sé esiste ed è incarnato in un corpo, quest'ultimo è anche soggetto epistemologico non scisso dall'atto di conoscenza.

La pelle è il limite corporeo che diviene il “territorio di confine” con cui percepiamo l'ambiente in cui siamo immersi, con cui si entra in contatto e gli altri entrano in contatto visivo e tattile con noi, con la quale si esprimono stati emotivi interiori in relazione alle situazioni e segnalano lo stato di salute della persona, inclusa ed interagente con l'ambiente esterno.

## **Parole chiave**

Psicosomatica, corpo in relazione, approccio Sistemico relazionale, modello biopsicosociale

## **Abstract**

*The author proposes a reflection on therapeutic approaches in the disorder psoriasis, starting from the medical model to reach the biopsychosocial one, providing a complex reading of a case treated by the psychotherapeutic systemic relational approach.*

*The article dwells on the analysis and integration of body levels, with the emotional and relational ones, with family and social contexts in which the person and its symptoms are involved.*

*It presents various contributions on the concept of “body” in medicine and how psychotherapy or psychological support integrated to dermatological treatments can facilitate the remission of symptoms.*

---

<sup>1</sup>Allieva Didatta IDIPSI email: [betty.magnani@gmail.com](mailto:betty.magnani@gmail.com)

*In the relational systemic approach the body is always in relation to the context, and it's co-generated in relation and with it.*

*The Self is embodied and exists in a body, it is also an epistemological subject not split by the act of knowledge.*

*The skin limits the body and becomes the "borderland" with which we perceive the environment we live , we take visual and tactile contact with the other and the other contact us, we express emotional internal states related to situations and report the personal health signs in interaction with external environment.*

**Key words**

*Psychosomatic, body in interaction, systemic relational approach, biopsychosocial model*



## INTRODUZIONE: VERSO UN APPROCCIO MEDICO INTEGRATO?

*Si presenta Daniela, il corpo esile si intravede sotto i vestiti, un bel viso paffuto, un incarnato molto luminoso, gli occhi grandi ma tristi, peccato che non ci sia nessun sorriso sul volto.*

*Da circa due anni soffre di una brutta psoriasi diffusa in modo esteso alle gambe, all'inguine e inizia anche agli arti superiori. Arriva l'estate, è costretta a coprirsi gambe e braccia e trovare scuse per non raggiungere gli amici in piscina e al mare, anche se l'acqua salata come quella termale le farebbero molto bene. Dopo varie visite dermatologiche e tante creme cortisoniche non riesce più a controllarla. Ha provato qualche prodotto naturale, ma nulla, la sentenza è che è stress e che deve cambiare abitudini di vita.*

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica sistemica della pelle, non infettiva né contagiosa con andamento recidivante e remittente. Colpisce circa il 3% della popolazione, anche in Italia. La psoriasi vulgaris è caratterizzata, generalmente, da chiazze di colore rosso ricoperte da squame biancastre, che si localizzano in alcune sedi tipiche quali i gomiti, le ginocchia, il cuoio capelluto. Le lesioni sono stabili e persistono a lungo può manifestarsi con prurito, bruciore e desquamazione cutanea. Esistono diverse forme che si differenziano per forme e sintomi (es onicolisi, ipercheratosi, artrite psoriasica ecc). (Fabbri et al, 2010)

L'eziologia è multifattoriale, con una componente genetica non sufficiente da sola a spiegare l'insorgenza della malattia. La sua manifestazione avviene infatti in concomitanza di fattori "scatenanti", per lo più ambientali e psico-emozionali.

Generalmente la psoriasi, una volta diagno-

sticata da una visita dermatologica, nonostante la multifattorialità eziologica, tende ad essere affrontata con un approccio medico centrato sulla remissione del sintomo ed il rallentamento della progressione, con l'assunzione di farmaci topici (corticosteroidi, Vitamina D3 ecc), o sistemici tradizionali (ciclosporina, metotrexate, acitretina), fototerapia e l'utilizzo di sostanze catramose ed oli minerali. Talvolta se il quadro clinico del paziente comporta controindicazioni alla somministrazione dei farmaci utilizzati nella terapia sistemica, si ricorre ai farmaci di ultima generazione, la terapia **biologica** o **immunoterapia**, con importanti effetti collaterali immunodepressivi.

Si attesta che circa il 20% della psoriasi classificata lieve-moderata ha una remissione spontanea mentre altre sono recidive e di difficile risoluzione.

Mercy et al (2014) nella ricerca condotta sulla soddisfazione della vita dei pazienti affetti da psoriasi, basata su dati raccolti da sondaggi nazionali svolti ogni due anni (fra il 2003 e il 2011) evidenziano che il 53,3 per cento dei malati di psoriasi trattati e il 45,5 per cento di quelli con artrite psoriasica (una forma più grave) si dichiara insoddisfatto del trattamento ricevuto. Fra i motivi più frequenti per l'abbandono della cura ci sono la mancata efficacia e gli effetti collaterali dei farmaci biologici.

Solo il protrarsi delle eruzioni cutanee, un ciclo ripetitivo di comparsa-scomparsa e di nuova formazione delle placche, il fastidio personale che si prova associato al giudizio sociale a cui si rischia di essere esposti e la rinuncia a certe attività, portano le persone che ne soffrono ad interrogarsi sulla complessità di questo disturbo e ad aprirsi ad altri approcci di intervento anche psicoterapici.

## ALCUNE ESPERIENZE DI INTEGRAZIONE

Il sintomo nel modello medico è un fenomeno inscritto e circoscritto nel corpo della persona, del quale occorre comprenderne le cause biologiche e chimiche. La medicina naturale non si discosta da tale concetto del sintomo, occorre riequilibrare l'organismo attraverso la stimolazione e il rafforzamento delle risposte fisiologiche tramite l'assunzione di rimedi privi di effetti collaterali per le persone.

Il modello biopsicosociale non isola il sintomo, lo utilizza come informazione per contestualizzarlo e collegarlo alla situazione e al periodo di riferimento che la persona sta vivendo. (Saba, 2002).

L'intervento psicoterapeutico integrato all'intervento medico, può rappresentare un tentativo di costituire un approccio biopsicosociale, e può servire a riappropriarsi del significato più profondo della persona nella sua totalità e ridurre l'uso dei farmaci.

La psicologia può intervenire sulle situazioni emotive, relazionali, sociali che predispongono e sostengono la malattia stessa evitandone le cronicizzazioni ed il peggioramento del sintomo.

Il dermatologo Jean Paul Escande negli anni '80 presso il Dipartimento di dermatologia e Venerologia dell'Ospedale Tarnier di Parigi modificò l'approccio alla diagnosi dermatologica focalizzando l'attenzione sul disagio espresso dal paziente, al fine di valutare il grado generale dello stress, facendo in tal modo confluire, grazie ad una formazione psicoanalitica degli operatori, in un modello integrato.

Altri studi hanno cercato di mettere in relazione alcune caratteristiche di personalità e loro influenza nell'eziologia della malattia. Panconesi (1984) ha studiato la definizione

di una "tipica" personalità psoriasica a oggi però questa ipotesi è stata contestata e si è raggiunto un generale accordo nell'affermare che non è possibile individuare una ben definita "personalità psoriasica". Tuttavia vi sono alcuni tratti psicologici che accomunano i pazienti psoriasici quali forte ansietà, affettività repressa e immaturità affettiva (Bassi et al, 1996) associati ad una chiusura in se stessi ed una bassa autostima. Ancora ci s'interroga se tali tratti siano piuttosto la risultante di esperienze di esclusione, discriminazione e vissuti di vergogna.

Il trattamento della psoriasi incontra nelle esperienze tedesche l'integrazione della dimensione psicoterapeutica d'indirizzo dinamico e le operazioni svolte di routine nell'ambito della clinica dermatologica (Bosse e Hunecke, 2003). Un approccio che si focalizza sulle resistenze rilevate nei pazienti con eczema, orticaria e psoriasi e al contempo sulle resistenze da parte dei dermatologi.

In particolare il lavoro terapeutico è orientato ai pazienti che non sono consapevoli della presenza di un fattore psicogeno ed anche sugli effetti che le relazioni primarie (madre-bambino) alterate hanno in malattie come l'orticaria, la psoriasi e l'acne escoriata. L'esperienza nella maggioranza dei casi si riferisce agli effetti lenitivi delle procedure di "nursing" che in una prospettiva psicodinamica queste cure riattivano quelle materne ricevute nella prima infanzia, dal punto di vista comportamentale hanno un effetto globalmente rilassante.

Jonckheree et al., (2000), hanno dimostrato come un "intervento bifocale", ovvero somatico e psicologico, determini un maggiore impatto della terapia dermatologica e diminuzione delle ricadute, un significativo miglioramento della psoriasi nel 50% dei

casi oltre ad una maggiore disponibilità del paziente ad intraprendere una psicoterapia ed un notevole vantaggio sociale ed economico rappresentato dalla riduzione del numero dei ricoveri e del rischio di cronicizzazione.

Gli studi dell'approccio cognitivo-comportamentale (Fortune et al 2002), evidenziano notevoli benefici per i pazienti nella gestione e accettazione della malattia e nel favorire una più rapida remissione dei sintomi. Kabat-Zinn et al. (1998) sottolinea come l'integrazione delle pratiche meditative con il trattamento fototerapico, al fine di ridurre lo stress percepito dai pazienti, accelera la remissione delle lesioni.

L'efficacia della psicoterapia non dipende da fattori specifici del trattamento ma da quelli non specifici, ovvero comuni ai diversi orientamenti quali: l'adesione alla terapia, la motivazione del paziente, la relazione terapeutica e meno dalle variabili specifiche del trattamento (Van Moffaert, (1982).

Intendo in tal senso proporre il punto di vista dello psicoterapeuta sistemico nella cura della psoriasi, che considera l'individuo come sistema e che può offrire al paziente un aiuto a riconnettersi con i propri livelli emotivo, sociale e relazionale, co-costruendo i significati che la malattia propone come cambiamento.

### **LA PELLE COME CORAZZA**

La pelle è un organo che si forma molto precocemente nello sviluppo del feto e prende origine dai tessuti nervosi, ghiandolari, muscolari e ossei con i quali confina anche nel corpo dell'adulto. (Anzieau, 1987)

La pelle con i suoi strati profondi (il derma) e superficiali viene spesso descritta in biologia e in fisiologia una barriera che separa il dentro da fuori e che esercita una funzio-

ne protettiva sul corpo e gli organi interni. Rappresenta l'organo del corpo umano più esteso come superficie e ha la grande capacità di ripararsi e di rigenerarsi se non viene compromessa per grandi porzioni e/o troppo in profondità.

*Daniela non ritiene di fare una vita molto stressante, nonostante stia preparando un esame di stato che la proietterà in una nuova realtà lavorativa e stia mettendo in cantiere un matrimonio, con tutti preparativi e i cambiamenti sul piano quotidiano e sociale che ne conseguono.*

*La sua vita è molto organizzata, non ha subito battute di arresto, tutto è stato conseguito secondo le tappe prestabilite. Sembra dominata da un forte senso del dovere, le sue decisioni sono ben programmate ma poco scelte, alla domanda "a pelle quali sensazioni ha nel fare una certa attività? Quali emozioni prova rispetto ad alcune situazioni?" Rimane spesso stupita e risponde "cosa dovrei provare? Cosa è giusto provare?"*

### **LA PELLE COME TRASDUTTORE DEL MONDO INTERIORE**

Nella prospettiva psicosomatica e in quella psicoanalitica la pelle rappresenta i confini del sé biologico, l'identità corporea, ciò che ci separa dall'altro e dall'esterno (Anzieau, 1987).

La pelle ha anche la funzione di moderatore tra l'interno e l'esterno dell'organismo, contiene ghiandole che secernono sudore, odori, sebo, è innervata a nervi sensori (caldo, freddo, pressione e dolore) a nervi motori e nervi vaso motori che comandano il funzionamento glandolare.

La pelle si connette quindi al mondo interiore, agli stati umorali, alle emozioni e le esprime, al contempo diviene il mezzo con cui il

corpo insieme agli altri sensi percepisce gli stimoli, attraverso il quale gli stimoli esterni arrivano ai nostri sensi e alla nostra coscienza, con cui possiamo sentirci toccati, accarezzati, scaldati o feriti.

Groddek (1994) definisce il corpo “una sorta di finestra aperta sulla dimensione profonda inconscia della vita psichica”. L'Es è un'entità impersonale unitaria e indifferenziata che trasforma l'intera vita organica della personalità, e può produrre un processo patologico organico per prevenire la minaccia di attacchi chimici e batterici. Ogni apparato dell'organismo ha una funzione biologica e una immaginale, i fenomeni corporei diventano messaggi o stratagemmi dell'Es per comunicare alla coscienza le opportunità da perseguire o meno. La scelta dell'organo malato, quindi anche la pelle, acquisisce un significato simbolico ben definito all'interno di un modello che interpreta il sintomo come conflitto.

Alexander (1968) distingue il sintomo conversivo come spostamento simbolico sul corpo dell'ansia rimossa, dalla malattia psicosomatica intesa come abnorme risposta generale. L'autore ipotizza il malfunzionamento del sistema nervoso vegetativo all'origine delle malattie nelle reazioni di adattamento.

La PNEI (Psico Neuro Endocrino Immunologia) studia gli effetti del fallimento nella gestione dello stress sul piano cognitivo ed emozionale, sui sistemi neurologico, endocrinologico ed immunologico.

La psicosomatica contemporanea ricerca l'origine del fenomeno psicosomatico nelle carenze della relazione primaria madre-bambino e nei processi di passaggio dall'indistinzione somatopsichica della fase protomentale alla mentalizzazione delle funzioni somatiche.

*Vediamo le macchie*

*Eccole ...*

*Le mostra come se volesse togliersi un peso, con distacco allontanando il problema da lei.*

*L'osservazione ci porta a riconoscere che vi sono forme diverse, che sembrano rappresentare metaforicamente alcuni aspetti del suo mondo interiore e delle sue relazioni. Daniela aggiunge che portare queste macchie è come portare dei bolli, si è bollati e riferisce che in quel momento non prudevano più... che strano!*

## **LA PELLE E LA DIMENSIONE SOCIALE**

La pelle oltre ad essere la nostra superficie è l'organo in cui s'iscrive il passato, attraverso la quale spesso si ricordano anche gli episodi in cui ci si è procurati quel “segno” e si viene giudicati nel sociale. E' anche il mezzo con cui si viene in contatto con gli altri, possiamo essere toccati, accarezzati o feriti.

Una pelle “bucata” o rovinata da segni e cicatrici diviene sinonimo della mancanza di integrità, di fragilità, di maggior debolezza per gli attacchi subiti.

*Specie adesso che è estate, fatico ad avere una vita sociale. Evito le attività in compagnia all'aria aperta, non voglio incrociare quegli sguardi curiosi o disgustati, tutti pensano che sono contagiosa. Anche la vita di coppia ne risente, mi imbarazzo a farmi vedere in questo modo.*

*Per riparare la corazza occorre guardare cosa c'è dentro ai buchi e riconnettere la nostra corazza con l'esterno, il sociale e il nostro mondo interiore.*

*Non ci posso credere che queste macchie vogliano dirmi proprio questo, è come se anche gli altri potessero vedere le cose che voglio tenere solo per me.*

*Sono cose belle o brutte?*

*Irrompe in un pianto: mi sento sporca e queste macchie non se ne vanno.*

Il corpo ci offre già molte metafore di come Daniela sta vivendo: la corazza, essere duri, non mostrare fragilità, negare e coprire le debolezze senza affrontarle, andare sempre avanti ignorando i segnali del proprio organismo e di chi ci sta intorno.

## LA TERAPIA INDIVIDUALE SISTEMICA

L'intera famiglia, la cultura, il contesto di riferimento "esistono" all'interno della persona e si devono prendere in considerazione in quanto gli offrono la possibilità di utilizzare sistemi di riferimento categoriale e forme di pensiero differenti. Ogni individuo è inserito in molteplici contesti e la famiglia non è altro che uno dei possibili livelli di analisi, ma non il solo. (Telfener, 1991).

"Ciascun individuo spiega se stesso e il mondo attraverso la costruzione attiva di teorie che si organizzano fin dagli inizi attraverso le esperienze e i rapporti significativi [...]" (Telfener, 1991).

Daniela pare non avere una teoria sulla comparsa delle sue macchie, non riesce a connettere i livelli emotivi, quelli relazionali e contestuali, andiamo allora ad esplorarli partendo anche da una concezione del corpo e del sintomo diversi.

Binswanger (1970) afferma che ogni uomo è principalmente il suo corpo, con le sue caratteristiche, i suoi deficit e le sue risorse. Nella patologia il modo di vivere la propria corporeità diviene prioritario ed esprime il rapporto con se stessi e con gli altri. Ogni psicoterapia dovrebbe mirare a migliorare il rapporto con se stessi e con il mondo in quanto non è concepibile uno stato di salute estraneo ad un ambiente sereno, positivo, caratterizzato da fiducia e armonia.

L'*embodiment*, può essere tradotto in italiano con l'essere incarnati o incorporati, rappresenta come ci si sente di volta in volta nelle situazioni e contemporaneamente a come il mondo ci appare. E' attraverso l'incontro con l'altro e con il mondo che si scopre una propria modalità di essere. (Restori, 2013).

Varela (1991) l'*embodied action* si riferisce sia ai tipi di esperienza che provengono dal corpo che possiede varie capacità senso-motorie, sia al fatto che queste capacità senso-motorie individuali sono inserite a loro volta in un contesto biologico, psicologico, culturale. Con il termine *action* ci si riferisce ancora una volta ai processi sensoriali e motori, percezione e azione, che sono fondamentalmente inseparabili nell'atto cognitivo vissuto. In effetti, i due non solo sono contingentemente legati agli individui ma si sono evoluti insieme.

Nel paradigma sistemico il corpo non è un corpo-oggetto, lo strumento attraverso il quale si viene in contatto e si fa esperienza del mondo, o il contenitore della persona, o una macchina pseudo-perfetta che a volte necessita di riparazione e manutenzione, ma il corpo non è isolato dall'oggetto con cui è in relazione, si muove nel mondo all'interno di una relazione con oggetti e persone.

La qualità di relazioni di Daniela evidenzia uno stile di attaccamento di tipo insicuro (Bowlby, 1996). L'esplorazione del mondo e le sue autonomie sono piuttosto limitate, ricerca una figura di riferimento per poter fare nuove esperienze. L'accondiscendenza è scambiata per diplomazia, ella assume spesso un atteggiamento passivo determinato dalla difficoltà di considerare importanti i propri bisogni emotivi come quelli altrui e a reagire con forte spirito di sacrificio e sen-

so del dovere alle situazioni, percependosi spesso terribilmente sbagliata, incapace, inaffidabile. Daniela ha incontrato spesso persone che hanno approfittato di lei, della sua disponibilità, cortesia, competenza nello studio e nel lavoro.

In famiglia vi sono rapporti conflittuali latenti, regna un clima di unione e di calma apparenti. Daniela si sottopone ai dictat familiari, sembra non provare mai rabbia o tensione, le potenziali nascite di conflitti fraterni vengono subito appianate dalla madre. Eppure le macchie si allargano e scoppiano, poi passato il momento di irritazione si ricostruisce una pelle ancora più spessa che nuovamente si romperà. Metaforicamente la pelle sembra prendersi carico di manifestare l'irritazione messa a tacere.

## CONCLUSIONI

Daniela dopo alcuni mesi, i cui sintomi si sono notevolmente attenuati, estremamente soddisfatta, mi mostra le gambe: le macchie e addirittura i segni precedenti sono spariti completamente e non ve ne sono di nuove. Le chiedo cosa può essere successo.

*Ho parlato con le mie macchie, ho ascoltato il mio corpo, ho riaperto i canali con l'esterno, sto cambiando punto di vista su molte situazioni e ho capito che posso avere voce anch'io.*

*Voglio cambiare e per una nuova identità ho bisogno di una nuova pelle, una pelle in*

*cui posso starci bene.*

Riflettendo come clinico su questo percorso mi chiedo cosa ha permesso la remissione dei sintomi ed il processo di cambiamento e mi soffermo su quelle che sono le peculiarità del modello sistemico:

- occuparsi delle relazioni della persona e i diversi contesti in cui vive;
- mettere in relazione i sintomi, il corpo, le idee, i comportamenti, le emozioni, le relazioni sociali, con la consapevolezza che anche il clinico è parte di questo sistema;
- Individuare il livello di complessità che contiene e permette di spiegare il più semplice e quindi quali modelli culturali e sociali si stanno adottando e dai quali è possibile cambiare punto di osservazione;
- Stimolare la lettura degli eventi da diversi punti di vista spesso facendo presentificare o impersonare le figure assenti e la loro prospettiva stimolando la circolarità nella lettura degli eventi;
- Riuscire a “danzare” nella terapia con il paziente, cogliendo i passi e il ritmo della persona.

Erich Fromm diceva “Non preoccupiamoci troppo. In fondo non siamo noi a curare i nostri pazienti. Noi semplicemente siamo loro vicini e facciamo il tifo mentre loro curano se stessi”.

## Bibliografia

Alexander F. (1968) *Medicina psicosomatica*, Giunti Barbera, Firenze.

Anzieu D. (1987) *L'io-Pelle*, Borla, Roma.

Bassi R., Rubino IA, Zanna V. (1996) Disturbi di personalità e sintomi psichiatrici nella psoriasi. *Giornale Italiano Dermatologia e Venereologia*, 131, 235-39.

Binswanger (1970) *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, trad. italiana di Filippini E., a cura di Ferruccio Giacanelli, Feltrinelli, Milano.

Bosse K., Hunecke P. (1992) *Hauterkrankungen: Psychologische Grundlagen und Behandlung*, Hogrefe, Firenze.

Bowlby J. (1996) *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano.

Fabrizi P, Gelmetti C. Leigheb G. (2010), *Manuale di dermatologia medica*, Elsevier Masson, Milano.

Fortune D.G., Richards H.L., Kirby B., Bowcock S., Main S.J., Griffiths CEM (2002) A Cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*, 146, 458-465.

Groddek G (1994) *Il libro dell'Es*, Newton Compton, Roma.

Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, et al. (1998) Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients

with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med. Sep-Oct;60(5)*, 625-32.

Jonckheere P, Bourlond N. Grazian C. (2000) The bifocal approach to psoriasis. A dermatological and psychological combined treatment study of 50 patients. *Giornale Italiano Dermatologia e Venereologia*, 135, 139-145.

Mercy K.M., Gordon K.B., Paller A.S., (2014) Patient satisfaction and quality of life in psoriasis and psoriatic arthritis, *Journal of American Medical Association* December 24/31, Vol 312, No. 24, 2587-2698

Restori A. (2013) Embodiments. Il corpo in relazione, *Cambia-menti*, 1, 7-13.

Saba W. (2002) L'approccio biopsicosociale: mappe, miti e modelli di salute e malattia, in Cigoli e

Panconesi E. (1984) *Stress and skin diseases: psychosomatic dermatology*, Lippincott Philadelphia.

Telfener U. (1991) *La terapia individuale sistemica in Dall'individuo al sistema*. Bollati e Boringhieri, Torino

Van Moffaert M. (1982) Psychosomatic for the practicing dermatologist. *Dermatologica* 165, 73-87

Varela, F. J., E. Thompson, et al., (1991/1993), *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*, MIT Press, Cambridge.



# Quando lo psicoterapeuta indossa la giacca del counselor: identità a confronto al Centro per le famiglie del Comune di Parma

Fabiana D'Elia<sup>1</sup>, Nadia Locatelli<sup>2</sup>

## Sommario

Il presente lavoro nasce dalla motivazione a riflettere sul percorso professionale svolto dalle autrici presso il servizio del Centro per le Famiglie del Comune di Parma all'interno dell'equipe counseling. Si intende porre l'accento su come sia possibile calarsi nelle vesti del counselor partendo dalle lenti della complessità acquisite con la formazione psicoterapeutica e la pratica clinica esercitata in altri contesti lavorativi. Le sollecitazioni proposte intendono offrire domande più che risposte rispetto al tema delle diverse identità sottese alla "relazione di aiuto" che dialogano attivamente per rispondere ai bisogni portati in consulenza.

## Parole chiave

Counseling, psicoterapia, risorse, genitori, coppie, genogramma

## Abstract

*The present paper originates from the authors' need to think over their career paths as part of the counseling team at "Centro per le Famiglie del Comune di Parma" and it intends to underline how to identify with the role of counselor relying both on the complexity of the psychotherapeutic training and a clinical practice from different contexts. The solicitations in this essay would rather raise questions than give answers regarding the different identities participating in the "helping relationship" in order to meet the needs that we have to deal with during the counseling.*

## Key words

Counseling, psychotherapy, resources, parents, couples, genogram

---

<sup>1</sup>Allieva didatta IDIPSI email: fabiana.delia@gmail.com

<sup>2</sup>Allieva didatta IDIPSI

## IL SERVIZIO DI COUNSELING DEL CENTRO PER LE FAMIGLIE

Dal 2010 facciamo parte, insieme ad altri 4 psicologi psicoterapeuti di orientamento sistemico relazionale, dell'equipe counseling del Centro per le Famiglie del Comune di Parma.

I Centri per le Famiglie sono "strutture nate per valorizzare la famiglia in senso comunitario, come produttrice di beni collettivi e cellula della società, supportandola nell'espressione e mobilitazione di tutte le sue risorse". Sono stati istituiti con la Legge Regionale 27/89 e sono stati ridefiniti e confermati con la nuova LR 14/08 "Norme in materia di politiche per le nuove generazioni". Gli interventi praticati presso il Centro per le Famiglie hanno diverse finalità:

- informare e orientare le famiglie sui servizi e le risorse del territorio;
- promuovere il benessere delle famiglie attraverso diversi servizi a sostegno alle competenze genitoriali;
- favorire lo sviluppo delle risorse della comunità e la costruzione di reti di relazione tra le persone;
- integrare e potenziare le attività dei servizi territoriali e specialistici in un'ottica di prevenzione del disagio familiare e dei bambini;
- promuovere la cultura dell'accoglienza e della solidarietà nelle comunità locali.

Le attività del Centro per le Famiglie si raggruppano in diverse aree di intervento, tra cui il counseling:

1. Alla coppia: è uno spazio di consulenza e sostegno (individuale o di coppia) gestito da un counselor esperto e qualificato, offerto a chi desidera riflettere sulle criticità affettive o comunicative che possono emergere all'interno delle relazioni di coppia.

Il servizio si propone di sostenere le coppie in crisi attraverso la rielaborazione delle difficoltà, il recupero delle risorse emotive e relazionali della coppia stessa, la valorizzazione delle potenzialità e competenze dei singoli partner.

2. Ai genitori: è uno spazio di dialogo con un counselor esperto e qualificato, offerto ai genitori soli o in coppia che desiderano approfondire, chiarire e migliorare il proprio stile educativo, la comunicazione in famiglia e il dialogo quotidiano coi figli.

## IL COUNSELING COME PROFESSIONE D'AIUTO

La parola "*counseling*" deriva dal latino *consilium* ovvero consiglio, giudizio, consultazione. La traduzione in italiano della parola counseling, come riportato dall'Oxford Dictionary è "consiglio da un consigliere consulente". Per ovviare a distorsioni interpretative ed erronee attribuzioni di competenze, la Società italiana di counseling ha stabilito che questo termine non debba essere tradotto.

Se la parola counseling, in ambito professionale, dovrebbe aver un unico significato, diverso da quello letterale, la letteratura professionale diventa un caleidoscopio di numerose definizioni differenti. Di Fabio (2005) e Fulcheri (2005) hanno individuato alcuni punti in comune tra le differenti accezioni:

- L'enfasi sul comportamento sano delle persone e sulla loro capacità di adattarsi attraverso il ricorso e la mobilitazione delle proprie risorse e l'applicazione di un intervento non direttivo
- Una particolare attenzione alla prevenzione
- La valorizzazione del concetto di salute sia in relazione alle fasi evolutive di

transizione, sia alla costruzione dell'adattamento delle persone alle varie circostanze di vita

- L'utilizzo di particolari competenze basate sulla comunicazione e sulla partecipazione emotiva

Nel 1985 la British Association for Counseling (BAC) ha cercato di fornire una definizione che mettesse più chiaramente in evidenza le caratteristiche della relazione tra un professionista counselor e il proprio cliente, definizione che evita qualsiasi fraintendimento con le finalità proprie della psicoterapia:

*«Si effettua un intervento di counseling quando una persona che riveste temporaneamente il ruolo di counselor, offre o concorda esplicitamente di offrire tempo, attenzione e rispetto ad un'altra persona, temporaneamente nel ruolo di cliente. Compito del counselor è dare al cliente l'opportunità di esplorare, scoprire e chiarire dei modi di vivere più fruttuosi e mirati ad un più elevato stato di benessere».*

Come si vede, non si parla né di diagnosi né di terapia, né di psicopatologia. Parole chiave del counseling sono le componenti "sane", una tensione al benessere, dove il cliente si autodetermina esplorando e scoprendo se stesso. Cecilia Edelstein (2007), psicoterapeuta sistemico-relazionale, counselor e mediatrice familiare, connota sistemicamente il counseling, definendolo come *«professione di aiuto che, attraverso la relazione tra professionista e cliente (individuo, famiglia, gruppo) mira a facilitare processi di cambiamento, a rinforzare percorsi evolutivi e a migliorare la qualità della vita, valorizzando sia le risorse sia le relazioni con l'ambiente circostante».*

Le variabili considerate da questa definizione sono le seguenti:

- La relazione di aiuto e una professione di aiuto
- La relazione tra professionista e cliente
- I processi di cambiamento
- I percorsi evolutivi
- La valorizzazione delle risorse
- Le interconnessioni con l'ambiente circostante

In buona sostanza diventa importante quindi ribadire che il counseling, anche praticato da psicoterapeuti, non è e non deve diventare una forma di "psicoterapia leggera".

## IL NOSTRO MODELLO DI COUNSELING GENITORIALE E DI COPPIA

Le difficoltà che si manifestano all'interno di un sistema relazionale di coppia e/o familiare rappresentano incastri di fragilità dei suoi membri, attraverso cui possono essere ugualmente originate nuove forme relazionali maggiormente adattive. Le situazioni di coppia o familiari che manifestano condizioni di crisi possono essere generalmente intese come il prodotto di storie che si articolano a livello transgenerazionale. Di tali storie risulta interessante non solo investigare le cause delle difficoltà incontrate, ma anche il loro funzionamento e le potenziali risorse da individuare e mobilitare che, nei momenti di crisi, possono essere difficilmente visibili e fruibili.

Gli interventi di counseling genitoriale e alla coppia attuati dalla nostra équipe sono ispirati e modellati da questa premessa, guidati da specifici strumenti tesi ad approfondire narrazioni e a "svelare" dinamiche relazionali, che spesso inceppano i complessi ingranaggi del sistema familiare. Edelstein (2007) individua alcuni obiettivi del modello di counseling sistemico pluralista, che trovano rispondenza nelle nostre premesse:

- 1) Costruire cambiamenti desiderati in si-

tuazioni conflittuali e di disagio relazionale, creando sollievo

Molte delle attivazioni destinate alle coppie che incontriamo e che stanno vivendo un momento di difficoltà, mirano a questo obiettivo. In ottica preventiva, le sosteniamo attraverso la rielaborazione delle difficoltà, il recupero delle risorse emotive e relazionali della coppia stessa, la valorizzazione delle potenzialità e competenze dei singoli partner. Non infrequentemente accade, tuttavia, che un intervento di counseling non sia sufficiente a ridefinire una progettualità di coppia intima, profonda e condivisa. In situazioni molto conflittuali o qualora lo scenario di un'ipotetica separazione tenda ad essere immaginato come possibile, può essere utile l'invio ad un percorso di mediazione o, nel caso si individui una complessità significativa nell'intreccio delle storie dei partner, indichiamo come traiettoria plausibile, quella della psicoterapia.

2) Facilitare il superamento delle crisi di transizione, permettendo la crescita e lo sviluppo

Molte situazioni sulle quali interveniamo sembrano essere accomunate dalla difficoltà a trovare nuove modalità adattive in risposta a cambiamenti fisiologici del ciclo di vita della famiglia. Un bambino che debutta nel mondo della preadolescenza può rappresentare, per esempio, un evento di potenziale destabilizzazione degli equilibri familiari. Come counselor, ci poniamo come contenitori della fatica derivante da un'iniziale disorganizzazione legittimando i vissuti di disorientamento, paura, a volte rabbia, prospettando un percorso che miri al raggiungimento di una nuova stabilità

anche attraverso la co-costruzione di nuove strategie educative. L'aumentata consapevolezza dei significati sottesi alle nuove dinamiche familiari e il sollievo generalmente derivante dal sentire come "normale" il periodo critico che si sta vivendo, può rappresentare un buon esito del percorso svolto.

3) Accompagnare processi evolutivi e comunicativi, migliorando la qualità della vita

Uno dei bisogni più rappresentativi che abbiamo intercettato riguarda la transizione alla genitorialità: avere dei figli è diventato un evento sempre più raro e scelto da parte delle coppie. Ne consegue che le forti aspettative derivanti dal nuovo progetto familiare difficilmente si traducono in "buone prassi" e che la conquista di un'identità genitoriale rappresenti un passaggio automatico. Come counselor, può essere molto significativo lavorare sulla trasformazione dei ruoli, sulle aspettative attese e disattese, facilitando l'espressione dei vissuti emotivi da parte dei partner e favorendo l'emersione dei rispettivi bisogni. Può essere utile affiancarsi ai neo genitori, seppur parzialmente e in un tempo breve, nella costruzione di un patto genitoriale, rimandando l'idea che possa connettersi ma anche distinguersi dal patto coniugale.

**LA NOSTRA "CASSETTA DEGLI ATTREZZI"**

La nostra equipe, in particolar modo, realizza spazi orientati ad aiutare genitori a comprendere e capire meglio i bisogni e le difficoltà dei figli nei cambiamenti tipici di ogni età, connettendoli in modo evolutivo con i bisogni che loro stessi avevano incontrato

durante la loro crescita. Si persegue l'obiettivo di accompagnare i genitori nel rendere più consapevole e funzionale l'esercizio del proprio stile educativo nella relazione con i figli, sostenendoli anche ad individuare nelle "zone di interfaccia" prossime la loro vita familiare, luoghi di sostegno e di valorizzazione delle loro competenze.

Il counseling rivolto alle coppie offre la possibilità di creare uno spazio mentale che includa i bisogni personali, quelli del partner e quelli della relazione, attraverso la sperimentazione e l'apprendimento della capacità di identificare ed esprimere i propri sentimenti, bisogni, oltre ad una maggiore capacità di un ascolto empatico dell'altro. Attraverso un intervento di counseling psicologico di coppia, i due partner possono dunque trovare un sostegno per procedere verso una differenziazione maggiore, trovando e sperimentando il proprio spazio prima "all'esterno" nel setting terapeutico e poi "all'interno" di sé, accrescendo in tal modo le risorse già possedute e acquisendone altre, per continuare a procedere il proprio personale percorso di coppia con maggiore consapevolezza e arrivando a sperimentare un'autentica intimità con sé stesso prima e con l'altro poi.

Strumento elettivo della nostra metodologia di lavoro, nel lavoro con i genitori e con le coppie, è il genogramma, una forma di rappresentazione dell'albero genealogico, un diagramma schematico del sistema di relazione di una famiglia, usato per individuare configurazioni familiari ricorrenti nel corso di almeno tre generazioni. Come sottolineato da Mc Goldrick e Gerson (1985), esso offre una complessa visione di insieme dei pattern familiari e parafamiliari e porta le persone narranti a divenire consapevoli che la loro storia fa parte di una storia più am-

pia, che si svolge in un tempo specifico e si colloca in un determinato luogo. Può inoltre chiarire gli eventi e le scelte che un soggetto si è trovato a vivere, fornendo un'immagine del sistema familiare contemporaneamente attuale, storica ed evolutiva.

Una «rilettura» in tal senso della propria storia familiare permette da un lato una riappropriazione degli elementi positivi dell'eredità trasmessa, nel senso più lato di questo termine, e nello stesso tempo un confronto più realistico con la propria storia individuale.

In quest'ottica, il genogramma mostra caratteristiche di estrema sensibilità, diventando, come sottolineano le autrici Pazzagli e Montagano (2002), vero teatro di "alchimie familiari".

Un'altra risorsa che caratterizza la nostra équipe e il nostro modello operativo di counseling è rappresentato dalla co-conduzione che prevede la presenza di due consulenti nei percorsi con coppie di genitori o di coniugi. Tale pratica permette di cogliere più accuratamente la complessità e la ricchezza del sistema e di prevenire eventuali dinamiche che mettono a rischio il buon esito del percorso consulenziale, quali la triangolazione del consulente.

Inoltre, la possibilità di garantire una differenza di genere nella coppia di consulenti, ci ha permesso di offrire un setting "più equilibrato" sia nella produzione di intuizioni sufficientemente ricche di sfumature, sia per prevenire e gestire eventuali risonanze emotive nel corso del processo di counseling.

## **IL "DOPO DI NOI"**

Una delle domande che ci poniamo da sempre, all'inizio di ogni percorso, è relativa a "quando chiuderlo": nonostante sia chiaro fin dall'inizio che la fine è dettata da vincoli

del Servizio che lo inseriscono in un ciclo di 5 o 6 incontri, la risposta alla domanda si trova spesso nei clienti.

A volte la chiusura può arrivare prima del previsto perché gli obiettivi sono stati raggiunti o perché le persone sentono di volere fermarsi, altre volte invece capita che vogliano affrontare ulteriori tematiche emerse durante il percorso, dopo aver superato quelle che li avevano portati in consulenza. In questi casi, le persone desidererebbero ricevere da noi un sostegno o essere accompagnati nel mantenere e consolidare gli obiettivi raggiunti o conservare un "luogo sicuro" che permetta di affrontare i cambiamenti che man mano la vita propone, sostenuti durante questo percorso di cambiamento. I limiti dello spazio di counseling nel servizio pubblico ci mette di fronte alla necessità di delegare ad altri professionisti questa richiesta, consapevoli della fatica a trovare accoglienza e fiducia, a rinarrare la propria storia dopo aver investito emotivamente nel rapporto con noi.

In situazioni ancora più complesse, ci troviamo di fronte a eventi traumatici o patologie che necessitano di un invio ad altri professionisti o servizi specialistici; in questo caso, la nostra formazione ci permette di intercettare tempestivamente tali realtà e comprendere che vanno al di là della richiesta di aiuto in uno spazio di counseling. Per affinare tali capacità di discriminazione, abbiamo beneficiato di supervisioni periodiche con Idipsi, interviste interne sui casi, sviluppato sensibilità clinica per precoce individuazione di casi eleggibili ad un invio ad un setting psicoterapeutico per presenza di ipotetica psicopatologia, elevata complessità od/ed emotività espressa nei sistemi incontrati. Quando in consulenza identifichiamo questo, è importante chiarire ciò che è

e non è di nostra competenza senza che questo tipo di intervento venga percepito come un rifiuto: lavoriamo per la creazione di un legame di fiducia ed accoglienza che ci permette di costruire le basi per un invio presso un altro servizio o professionista. Questo passaggio deve rappresentare una sorta di "accompagnamento" e "traghetta-mento", grazie alla condivisione dei bisogni emersi e la fiducia nel professionista che prenderà in carico la situazione. Risulta di fondamentale importanza per noi e per chi ci chiede aiuto, la chiarezza rispetto a ciò che è di competenza nostra e dei colleghi, oltre alla conoscenza delle diverse realtà del territorio che possono rispondere alle singole situazioni per poter fare un invio specifico.

A nostro avviso, la costruzione di un clima di fiducia fin dalla presa in carico deve connotare non solo la fase di accesso al Servizio, ma anche quella di congedo, specialmente nel momento in cui, quest'ultima preluda ad un'ulteriore presa in carico, ad opera di un altro spazio che, durante il percorso consulenziale, si è rivelato come maggiormente congruente ai bisogni in oggetto. Le persone hanno bisogno di sentire che le stiamo affidando a qualcuno, ovvero che le stiamo inviando ad operatori che conosciamo, che stimiamo e di cui ci fidiamo; hanno bisogno di sentire che li affianchiamo e li accompagniamo in un percorso che continua a riguardarci ed ad implicare la nostra deontologia, la nostra etica e la nostra professionalità.

Questo si traduce in un'attenzione costante ai singoli passaggi e dettagli: il professionista individuato sarà contattato personalmente dal consulente stesso, per avvisarlo che sarà chiamato e per condividere poche ma importanti informazioni relative alla si-

tuazione che vedrà; questo tipo di rapporto professionale continuerà successivamente nel momento in cui servirà un confronto, diventando una risorsa per i professionisti e dando alle persone la sensazione di non essere abbandonati da parte del consulente, perché tali passaggi avvengono informando e coinvolgendo i diretti interessati.

Tutto questo, inoltre, ci ha motivato ad impegnarci nel lavoro di rete per costruire dei veri e propri canali di invio capaci di fornire quanto appena descritto. La nostra équipe ha fatto molto a riguardo (tra le varie attività, ricordiamo la convenzione messa in essere con l'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata che permette al Centro per le Famiglie di inviare 4 casi, che possono godere di un trattamento psicoterapico in modo assolutamente gratuito, i contatti presi con i consultori, la Neuropsichiatria Infantile, i CSM, il Sert, il Centro Interdipartimentale di Terapia della famiglia dell'Ausl di Parma, la Clinica Psichiatrica), ma molto ancora deve essere fatto. Le famiglie che non possono contare su tutto questo, vanno incontro ad un'esperienza di disorientamento, alcuni hanno riferito di veri e propri vissuti abbandonici, altri ancora di esperienze di frattura o di vuoto, evidenziando nella maniera più chiara il bisogno di un solido e sostanziale accompagnamento, anche in questa fase di congedo dal Servizio.

## CONCLUSIONI

Fermandoci e guardando indietro a questi anni di lavoro, ci rendiamo conto che tanto è stato fatto, ma che altrettanto rimane da fare. Abbiamo investito molto sul lavoro di rete e sulla costruzione delle interconnessioni che ne sono alla base, in primis tra i due servizi (counseling genitoriale e counseling di coppia) e all'interno del

Centro per le Famiglie stesso; abbiamo incontrato operatori che hanno guardato alla nostra professionalità con grande rispetto e con grande curiosità, con i quali è stato possibile costruire dei percorsi condivisi tramite la co-conduzione e tramite un fitto confronto, che si è sempre più approfondito fino alla costruzione di appositi spazi di intervizione, affiancati a quelli di coordinamento; in secundis con il territorio, sviluppando un dialogo sempre più serrato, con esso, attraverso, i servizi, le istituzioni e la cittadinanza. Così lavorando abbiamo anche scoperto come un servizio così importante come quello offerto dal Centro per le Famiglie fosse ancora troppo poco conosciuto.

A tale riguardo vorremmo soffermarci sul grande lavoro svolto nelle scuole. Pensiamo che un grande merito di questa équipe sia stato quello di recuperare il dialogo con i genitori, al di là dello spazio consulenziale. I numeri, che descrivono la nostra attività a riguardo, dimostrano come sia possibile coinvolgere le persone, quando si siano individuati ed incontrati i loro bisogni di essere compresi e sostenuti, piuttosto che giudicati; avere strumenti, ma al contempo sentire di avere competenze e risorse; parlare lo stesso linguaggio ed avere uno spazio di confronto e di condivisione sicuro. Tutto ciò ha avuto un altro grandissimo effetto, ovvero, quello di ridurre la distanza tra gli operatori e le persone che ne necessitano. È nostra impressione che, purtroppo, per le famiglie, chiedere aiuto ai Servizi, rappresenti ancora un salto nel buio, a causa dell'ancora troppa distanza tra essi e che sia fondamentale investire su attività come quella sopra descritta per rendere questo gap più sostenibile.

## Bibliografia

Di Fabio A. M., Sirigatti S., (2005). *Counseling. Prospettive e applicazioni*. Milano, Ponte alle Grazie srl.

Eldelstein C., (2007). *Il Counseling Sistemico Pluralista*. Trento: Erikson.

Fulcheri M., (2005). *Il counseling psicologico-clinico*. In: Di Fabio A., Sirigatti S., a cura di, *Counseling. Prospettive e applicazioni* (pp. 78-108). Milano: Ponte delle Grazie srl.

McGoldrick M., Gerson R., Shellenberger S., (1985). *Genograms: Assessment and Intervention*. New York – London: W.W. Norton & Company.

Montagano S., Pazzagli A., (2002). *Il geno-*

*gramma. Teatro di alchimie familiari*. Milano: Franco Angeli.

Rogers C., (1970). *Terapia centrata sul cliente*. Firenze: Giunti.

Satir V., Stachowiak J., Taschman H., (1977). *Helping Families to Change*. New York: Aronson.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L. Cecchin G., Prata G., (1980). Ipotizzazione Circolarità e Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, vol. 7, pp. 7-19.

Stranieri S. (2001). Storia del Counseling in Italia. In: Cappelletti C., Stranieri S., a cura di, *Counseling professionale* (pp. 127-135). Roma: Il Veltro Ed.







Finito di stampare nel giugno 2016 da

**EDICTA**  
EDIZIONI



