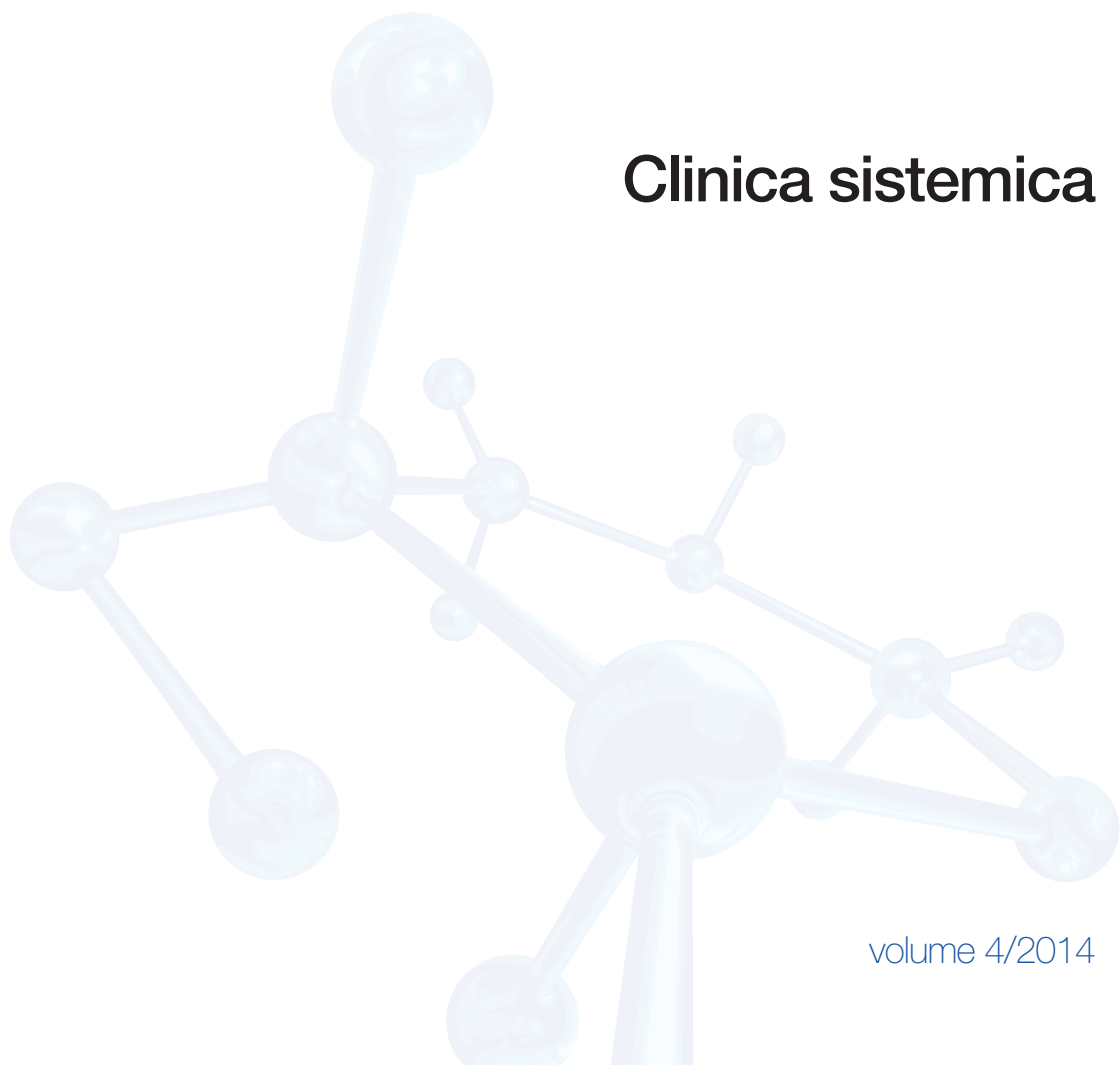


# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Clinica sistemica**



volume 4/2014

## **Direttore Responsabile**

Antonio Restori

## **Direttore Scientifico**

Mirco Moroni

## **Coordinamento redazionale**

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

## **Redazione**

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

## **Comitato Scientifico**

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

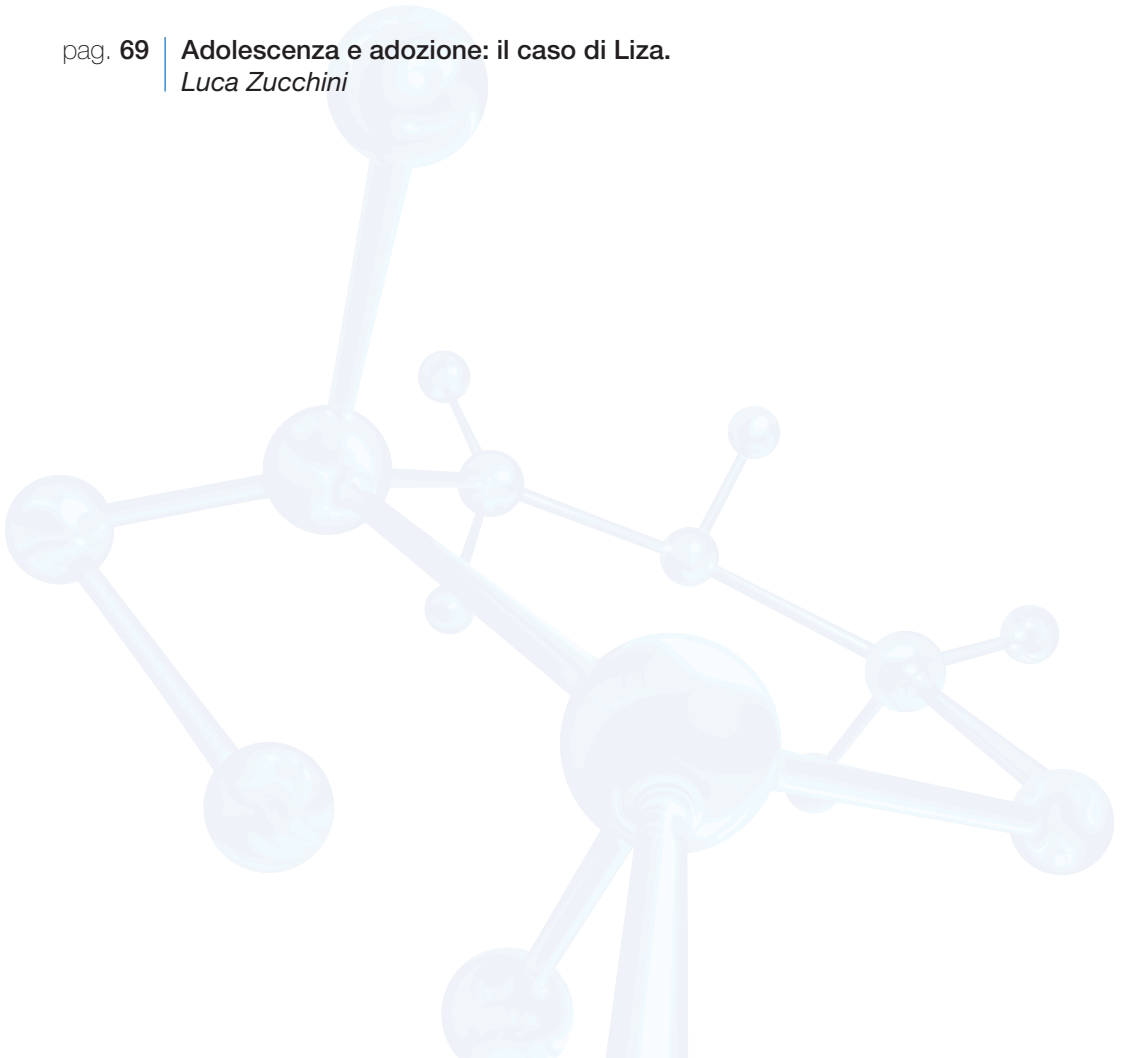
## **Segreteria organizzativa**

Ilaria Dall'Olmo



## Indice

- pag. 05 | **Febbre d'attaccamento. Disturbi psicosomatici e approccio sistemico integrato.**  
*Marzia Dossena*
- pag. 17 | **Uno sguardo sistemico alla psicoterapia transculturale.**  
*Davide Caravaggi, Michelle Visconti*
- pag. 29 | **Emotionally focused therapy e Idipsi: epistemologia e metodologia a confronto.**  
*Francesca Facchini*
- pag. 39 | **Il potere della parola, ovvero l'arte di fare psicoterapia.**  
*Silvia Vescovi*
- pag. 43 | **Premesse e pregiudizi: limiti e possibilità all'interno di un sistema terapeutico.**  
*Daniela Deluca*
- pag. 57 | **Figlio di mamma vedova. L'impatto del suicidio sul sistema familiare.**  
*Silvia Galletta*
- pag. 69 | **Adolescenza e adozione: il caso di Liza.**  
*Luca Zucchini*





# **Febbre d'attaccamento: terapia sistemica a setting multiplo nel caso di un'adolescente con disturbo psicosomatico.**

Marzia Dossena<sup>1</sup>

## **Sommario**

In questo lavoro viene presentato un caso di intervento psicoterapeutico sistemico a setting multiplo, attivato in relazione a una problematica di natura psicosomatica, portata da una famiglia in fase di stallo evolutivo, coincidente col tentativo di svincolo della figlia adolescente. Nel ricostruire le fasi salienti del processo terapeutico si fa riferimento ai principali contributi di autori sistemici sul tema e ai recenti studi che hanno messo in luce un'associazione tra malattia psicosomatica e teoria dell'attaccamento. Vengono inoltre citate le ricerche più significative sul rapporto tra salute e capacità di mentalizzazione e regolazione delle emozioni. Dal punto di vista metodologico si intende portare l'esempio di una presa in carico terapeutica con la combinazione di setting familiare e setting individuale per la stessa paziente, come suggerito in letteratura per i casi di individuazione problematica in fase adolescenziale. Infine si pone l'accento su quanto una precedente diagnosi medica, ambigua ed evidentemente non co-costruita, abbia contribuito alla definizione di una serie di premesse sul sintomo con potenziale rischio iatrogeno; concludendo con una riflessione sulla responsabilità del terapeuta e le potenzialità dell'epistemologia sistemica nel superare le dicotomie spesso introdotte nell'approccio ai disturbi psico-somatici.

## **Parole chiave**

Febbre psicosomatica, separation call, attaccamento, setting multiplo, ciclo di vita familiare, responsabilità.

## **Abstract**

*In this paper we present a case of systemic psychotherapeutic intervention in multiple settings, activated in connection with a problem of a psychosomatic nature, brought by a family stalled evolution, coinciding with the release of the attempt to teenage daughter. In reconstructing the salient phases of the therapeutic process, reference is made to the main contributions of systemic authors on the subject and to the recent studies, which have revealed an association between psychosomatic illness and attachment theory. It also cited the most significant research on the relationship between health and mentalizing capacity and regulation of emotions. From the methodological point of view, you are taking the example of a therapeutic program with the combination of family setting and individual setting for the same patient, as suggested in the literature for identifying problematic cases in the adolescent stage. Finally, the emphasis is on what a previous medical diagnosis, ambiguous and ap-*

---

<sup>1</sup>Psicologa, psicoterapeuta; ex allieva Scuola di specializzazione IDIPSI. E-mail:marzia.dossena@gmail.com

parently not co-constructed, has contributed to the definition of a set of assumptions on the symptom with potential iatrogenic risk; concluding with a reflection on the responsibility of the therapist and the potential of systemic epistemology in overcoming dichotomies, often introduced in the approach to psycho - somatic .

**Key words**

*Psychosomatic fever, separation call, attachment, multiple settings, family life cycle, responsibility.*



## UNA FEBBRE MISTERIOSA

La signora Marisa, casalinga di 51 anni, si rivolge al servizio di neuropsichiatria territoriale con un'intensa preoccupazione in merito ai ricorrenti episodi di febbre, che sembra stiano significativamente compromettendo la frequenza e il rendimento scolastico della secondogenita Simona, di 16 anni. La signora riferisce che tutta una serie di accertamenti clinici portati avanti da due diversi centri ospedalieri, entro e fuori regione, non hanno prodotto una diagnosi univoca rispetto all'origine organica o psicologica del malessere. Elemento per lei singolare è che al momento del ricovero la febbre - anche a 39°! - di Simona scompare.

Da una prima valutazione effettuata dal neuropsichiatra, emerge una problematica di disturbo dell'apprendimento, con conseguente certificazione e un tema di ansia pervasiva che, a parere del professionista, necessita di ulteriori approfondimenti nella sfera relazionale e psicologica. Interviene a questo punto lo psicologo del servizio, che convoca la famiglia nucleare al completo per un incontro, connotato come l'avvio di fase di una consulenza, utile a delineare l'eventualità e gli obiettivi di un percorso di terapia familiare.

La signora Marisa sembra il membro più esperto sul problema. E' lei a prendere più spesso il turno di parola e ad esprimere la propria preoccupazione per questa febbre dall'origine misteriosa che potrebbe compromettere il futuro scolastico e - chissà! - forse anche lavorativo di Simona. Dal punto di vista non verbale, colpisce subito una specie di sorriso a denti stretti che accompagna costantemente l'eloquio della signora Marisa, indipendentemente dalle variazioni del tono emotivo. L'equipe ipotizza che per

Simona, in età infantile, possa non essere stato semplice discriminare le stimolazioni propriocettive associate alle emozioni della madre, data la fissità del suo volto, e di conseguenza autoregolarsi. Si vedano su questo tema le riflessioni di Baldoni, (2010) sul concetto di falso sé proposto da Winnicott (1954;1960) che si svilupperebbe a fronte di un atteggiamento non sufficientemente mentalizzante del caregiver e come questo sia associato con l'insorgenza, in età infantile, di disturbi comportamentali e organici. La donna sembra a tratti alludere allo spettro di un indefinibile "problema mentale" che potrebbe riguardare Simona (poco intelligente? malata di mente?), che non viene mai apertamente esplicitato e sembra connesso con la restituzione che il neuropsichiatra ha proposto alla famiglia dei suoi colloqui con la ragazza, definendola come un caso "molto difficile e a rischio assunzione di psicofarmaci". Si scoprirà in seguito che la nonna materna ha sofferto di una patologia mentale grave che l'ha costretta per molti anni all'istituzionalizzazione; un fantasma, non dicibile, che sembra evidentemente evocare timori e ombre sul futuro della ragazza.

Il padre Ernesto - 56 anni, impiegato nel settore alimentare - tende a restare sullo sfondo e, solo se direttamente interpellato, si esprime per minimizzare la rilevanza dei temi portati dalla moglie, connotando invece l'area della socialità come l'autentico problema di Simona, così come per gli altri componenti della famiglia: tutti timidi, incerti e spaventati dalle novità. La madre sembra solo a questo punto accendersi emotivamente, opponendo un aperto rifiuto della punteggiatura del marito, colpevole a suo dire di essere troppo assente per lavoro ed esprimendo il suo vissuto di solitudine nel

sentirsi l'unico riferimento educativo per le due figlie.

Simona interviene poco e timidamente, portando un vissuto di estraneità nel confrontarsi col mondo dei pari, così diversi da lei per valori e idee sul mondo. La sorella maggiore, Amanda, brillante universitaria ventiduenne, non sembra avere una teoria precisa sull'origine del sintomo di Simona, ma è certa che in ospedale le scenda la temperatura perchè lì si sente protetta e al sicuro; inoltre ritiene che se la sorella studiasse di più risolverebbe molti dei suoi problemi, invece è svogliata e capace di impegnarsi solo per ottenere tutto ciò che vuole dalla mamma, pigolando – letteralmente! – come un pulcino, da quando è piccola. Il pigolio del pulcino è il tipico esempio di *separation call*, (Mac Lean, 1985) quel segnale comunicativo che secondo gli etologi serve ad attivare il sistema dell'attaccamento, la cui percezione, come ricordano Liotti e Monticelli (2008), attiva in modo complementare il sistema motivazionale dell'accudimento.

Ricostruendo la storia di Simona viene presto alla luce un collegamento col sintomo attuale e un precoce tema di ansia da separazione, che già prima dei sei anni d'età, ha fatto da sfondo a tutto il percorso scolastico della ragazza, e che si è manifestata tipicamente con un malessere intenso in occasione delle separazioni dalla mamma, col rifiuto persistente di andare a scuola e la lamentela di sintomi fisici (mal di testa, mal di pancia).

Già Bowlby (1969;1973) aveva espresso un'associazione tra l'ansia da separazione e la fobia per la scuola, collegandole entrambe a una modalità relazionale dei genitori verso i figli, poco efficace nel promuovere un senso di sicurezza e protezione in situazioni percepite come minacciose

o stressanti. Le ricerche in neuropsichiatria mettono in luce come i sintomi fisici di cui il bambino si lamenta quando avviene o è anticipata la separazione dal caregiver, evolvono frequentemente in un problema di somatizzazione in età adolescenziale (Guidetti e Galli, 2005). Sembra interessante citare un filone di studi (Hofer e Weiner, 1975; Hunter e Maunder, 2001) che ha evidenziato un'associazione tra esperienze di attaccamento insicuro e comportamento di malattia, tendenza alla somatizzazione e all'ipocondria nell'adulto.

### LA FUNZIONE DEL SINTOMO NEL CICLO DI VITA FAMILIARE

Dal punto di vista dell'ipotizzazione, fin da questo primo colloquio, emerge un gioco familiare in cui il sintomo di Simona ha la funzione, da un lato, di tenere distante la ragazza dall'ambiente scuola, (vissuto con estremo disagio sia dal punto di vista sia degli apprendimenti, sia della socializzazione col gruppo dei pari); dall'altro di consentire a una mamma, che si è sempre e soltanto spesa per la famiglia, di sentirsi utile, occupandosi della figlia (*«prima lavoro ma non mi piaceva il mio impiego... non ho mi provato un sentimento d'amore così forte come quello che ho provato con verso le mie figlie, non avevo bisogno d'altro»*). In ottica triadica, scopriremo in seguito quanto Simona con la sua "febbre d'attaccamento", provi anche a tirar dentro il padre in quella dinamica tutta al femminile, da cui sembra fortemente escluso.

Cirillo (2013) esprime in modo chiaro la possibilità che il sintomo rappresenti «contemporaneamente un mezzo per esprimere la sofferenza del paziente e insieme per difendersene, grazie al controllo che consente al paziente su se stesso e sull'ambiente»



(p.21).

L'intervento del terapeuta in questa fase di consulenza consiste proprio in un'iniziale azione di decostruzione delle premesse legate al sintomo, sgombrando il campo dalle paure legate a una possibile patologia psichiatrica e proponendo invece una connessione tra il disturbo della ragazza e un tema di autonomia, giocato nel contesto relazionale familiare.

Si sollecita l'intero nucleo a pensarsi in termini di ciclo di vita familiare (Hill 1966; Duvall 1977) come «*famiglia con figli adolescenti*», interessata da compiti di sviluppo specifici per i diversi membri e luogo di passaggio «dalla relazione complementare dell'infanzia a una relazione che contiene elementi di simmetria» (Loriedo e Picardi 2000, pag. 157), dove quindi la gestione dei conflitti assume proporzioni rilevanti. Pensare in termini di ciclo vitale familiare e non semplicemente individuale, presenta una serie di vantaggi: sia perché amplifica la percezione di continuità della famiglia attraverso il tempo e le generazioni, sia perché offre un punto di vista sulla famiglia come soggetto che continuamente vive e si trasforma (Loriedo e Picardi, 2000). In questa famiglia sembra non sia possibile esplorare l'area del conflitto. Possiamo ipotizzare che questo conflitto non venga agito direttamente da Simona, ma si manifesti su un piano analogico attraverso il corpo che «*si infiamma*».

Rispetto alla connessione tra una certa tipologia di struttura familiare e l'esordio di sindromi psicosomatiche nei figli, è inevitabile far riferimento alle ricerche di Minuchin, Roseman e Baker (1980), autori di un testo fondamentale, non solo in ambito sistemico, dove l'evitamento del conflitto viene citato tra le quattro dimensioni che possono

favorire lo sviluppo e il mantenimento di patologie croniche, così come l'invischiamento, l'*iperprotettività* e la *rigidità*. Rapaport e Ismond (2002), nella disamina dei disturbi evolutivi presenti nel DSM IV, descrivono una costellazione familiare invischiante e accidentata come il denominatore comune tra le famiglie in cui compare un tema d'ansia da separazione.

Rispetto al collegamento tra *evitamento del conflitto* e processo di individuazione, si vedano infine gli spunti di Onnis (1994) «...l'impossibilità di esplicitare le differenze si traduce necessariamente in una difficoltà grave nei processi di differenziazione» (pag. 187-189).

Per un focus specifico sull'età adolescenziale, si rimanda agli studi di Stierlin, Wirsching e Knauss (1988) che, nel caso di pazienti adolescenti con condizione psicosomatica cronica, segnalano la presenza di uno stato di ridotta individuazione e un sistema familiare rigido in cui i sintomi sono divenuti funzionali agli altri membri del sistema. Stierlin (1974) è autore inoltre di un modello transazionale che individua tre scenari tipici - di legame, di rifiuto e di delega - che ostacolerebbero il processo di individuazione negli adolescenti con sintomo psicosomatico.

## DALLA CONSULENZA ALLA TERAPIA FAMILIARE

Il percorso di terapia familiare, condotto dallo psicologo del servizio, supportato dall'equipe di specializzandi dietro lo specchio, si dispiegherà per altri nove incontri, per un periodo di nove mesi.

Si segnalano alcuni movimenti significativi, compiuti dai singoli membri: il signor Ernesto, sempre più attivo e propositivo nel mettere in gioco la propria funzione genitoria-

le, esce gradualmente da una posizione di marginalità; Simona, protesa in un evidente sforzo per uscire dal silenzio, manifesta un'iniziale remissione del sintomo febbre. La signora Marisa e la primogenita Amanda sembrano attivarsi maggiormente in senso omeostatico: la madre dichiara la propria impossibilità a modificare il suo stile educativo, pur ritenendolo in parte responsabile dei falliti tentativi di autonomizzazione della figlia minore; mentre Amanda sembra orientata a mantenere una posizione di relativa "sicurezza", conquistata con fatica all'interno della cerchia familiare.

### **EVOLUZIONE DEL SETTING**

L'equipe terapeutica realizza a un certo punto del percorso familiare che, pur essendo giunti a un apparente accordo nella definizione del problema, i tentativi di portare nuove narrazioni sembrano accolti a livello cognitivo, ma non trovano una concretizzazione nei vissuti e negli agiti.

Simona sembra ancora in evidente difficoltà nel trovare uno spazio di espressione autonoma nel contesto domestico, così come in quello terapeutico. Al fine di accordarsi su un nuovo obiettivo comune, l'equipe decide di puntare su un percorso individuale da proporre alla ragazza, cui seguirà a breve una sospensione temporanea degli incontri di famiglia, da connotarsi non come chiusura definitiva, ma come sospensione temporanea e spazio aperto in attesa di possibili sviluppi. A questo punto, la dinamica familiare in terapia tende a farsi più statica, come se, in quel tipo di contesto, i membri sentissero di aver già attivato al massimo le

proprie risorse e l'attesa di un cambiamento fosse delegata in toto a Simona e al suo percorso individuale.

La mossa di schierare due terapeuti per un paziente è coerente con quanto descritto nel testo di Liotti, Farina e Rainone (2005) sulla psicoterapia a setting multipli, dove si fa riferimento (oltre ai casi di grave disturbo di personalità su cui è centrato il lavoro) a situazioni in cui, una relazione di attaccamento ancora attuale e che non possa esitare nell'immediato con una separazione, è fortemente impegnata nella genesi di un disturbo che richiederebbe anche una psicoterapia individuale. E' questo il nostro caso, dove una paziente adolescente in fase di elaborazione di proprie esigenze di autonomia mentale dalla famiglia, è ancora dipendente da essa dal punto di vista emotivo, economico, abitativo.

Per garantire al paziente adolescente la necessaria riservatezza e libertà di dialogo extrafamiliare è consigliabile mettere in campo un terapeuta diverso da quello che conduce le sedute familiari<sup>2</sup> (Liotti et al., 2005). Come terapeuta per Simona viene scelta una tirocinante specializzanda che aveva preso parte all'equipe terapeutica durante le prime sedute familiari e che esplicherà nel contratto terapeutico con la ragazza, la connotazione specifica di quello spazio individuale come momento privato e protetto da segreto professionale, ad eccezione di quei contenuti che sia lei stessa a volere condividere.

### **IL PRIMO INCONTRO CON SIMONA: L'ANALISI DELLA DOMANDA INDIVIDUALE**

---

<sup>2</sup>Prassi ormai consolidata nella U.O.N.P.I.A. cui si fa riferimento, grazie alle possibilità di attingere a un costante bacino di specializzandi.

Simona è una ragazza alta, di media corporatura, con capelli corti biondi. L'abbigliamento è sportivo, costituito da capi che potrebbero essere indossati anche da un ragazzo. Gli accessori sono un paio di occhiali da vista con montatura alla moda e un piercing nella parte alta dell'orecchio, caratteristica appariscente, ma non troppo. La postura è leggermente curva e ripiegata su se stessa. Le mani sono spesso trattenute l'una dentro l'altra e, anche nella gestualità che accompagna l'eloquio, non sono mai completamente estese. Il tono di voce è ancora lievemente infantile e incerto.

Quando viene esplorata la sua motivazione nell'intraprendere un percorso individuale, inizialmente dice di essere lì per il suo problema: una febbre quasi ininterrotta negli ultimi due anni che la preoccupa un pochino anche per le due diverse interpretazioni – organica vs emotiva - che del suo malesere sono state date. Ciò che Simona sa del suo sintomo è la certezza che ce n'è sempre stato uno (bronchiti, sinusiti, cistiti, tonsilliti...) fin dai primi anni della sua infanzia e sembra sottintendere con una certa rassegnazione, che forse sempre uno ce ne sarà. Uno dei suoi primi ricordi è il ricovero per una febbre altissima il giorno del suo «triste» quarto compleanno.

Nella lunga digressione sul sintomo che Simona porta in questo primo colloquio, emergono una serie di aperture fondamentali, che saranno oggetto di lavoro terapeutico per i successivi venti incontri: l'ansia da separazione, l'attaccamento per la mamma, l'isolamento dal gruppo dei pari, la sofferenza per le proprie difficoltà scolastiche, il dubbio sulle proprie competenze cognitive, l'inibizione nella sfera affettiva e sessuale.

Dall'analisi della domanda non emerge una richiesta specifica sul sintomo, ma un

generale desiderio di cambiamento e di emancipazione da un pervasivo senso di indeterminatezza del sé (*vorrei conoscermi meglio..che uscisse più spesso la vera Simona*). Un tema di identità, quindi, di individuazione, come ci si poteva aspettare da quanto emerso in sede di terapia familiare. L'intervento terapeutico, in questi primi incontri, è focalizzato sul mantenimento di una posizione di ascolto non giudicante, con una generale accettazione del mondo di Simona. C'è bisogno di accogliere tutto il suo vissuto di inadeguatezza: per non essere popolare a scuola; per il fatto di simulare conversazioni ad alta voce nella sua cameretta che non replicherà mai con le persone in carne e ossa; per essere innamorata di un attore famoso con cui ha pianificato tutta la sua esistenza, ma che probabilmente non incontrerà in questa vita, etc.

L'atteggiamento della ragazza è di grande apertura e disponibilità all'incontro col terapeuta, E' evidente il suo sforzo per superare l'imbarazzo nel dire di sé, non tanto ad un estraneo, quanto a chiunque altro non sia sua madre. Sono talmente tante le cose da dire, che già dal secondo colloquio, viene concordato che le sedute durino un'ora e mezza, con una cadenza quindicinale.

Non c'è nessuna apparente ritrosia a parlare di emozioni, ma è evidente come, fino a questo punto, sia mancata l'occasione di elaborarle e integrarle con i pensieri, i sentimenti, il corpo, l'immaginario. Il disturbo psicosomatico esprime emblematicamente questa frattura tra parti di sé, così come la difficoltà di mentalizzazione e di autoregolazione delle emozioni.

**ALLARGARE IL SISTEMA ALLA RICERCA DI PREMESSE TRIADICHE E NUOVI GIOCHI INTERATTIVI**

Il principale obiettivo terapeutico, in questa seconda fase, è favorire la connessione di Simona col proprio mondo interiore, con una mente incarnata in un corpo che, negli ultimi mesi, si ammala sempre meno. A partire dall'elaborazione condivisa di una sorta di baseline sul tema delle emozioni (cosa sono, quali sono, come si manifestano, si riconoscono, si elaborano) ci si immerge in un percorso di alfabetizzazione progressiva, attraverso l'uso della metafora, del disegno, della scultura con oggetti. Simona utilizza l'immagine di un cuore abitato da una serie di emozioni, collegate a persone e ad ambienti significativi della propria esistenza e suddiviso in due parti simmetriche (una rivolta all'oscurità, una alla luce) a rappresentare il passaggio dall'interruttore spento della malattia a nuove nitide lenti con cui guardare se stessa.

Anche il genogramma, si rivela uno strumento potente per supportarla nel bisogno di trovare ancoraggi alla sua storia trigenitoriale, di cui conosceva pochissimi dettagli; fatto che amplificava enormemente il suo sentirsi sospesa e indefinita. Favorisce inoltre l'emersione di alcuni miti e premesse familiari dall'eco fortissima, sia nel presente di Simona, che nella sue ipotesi sul futuro; del tipo "nella vita è importante sacrificarsi" - "il cambiamento è pericoloso perché conduce alla perdita di sé". Molto significativa è la figura della nonna paterna, la cui somiglianza con Simona viene enfatizzata da tutta la famiglia, con il rischio di farla sentire intrappolata nello stesso destino di stoica sopportazione dei pesi della vita, infelicità di coppia e inibizione di piacere e desiderio, con devastanti sensi di colpa. Dal lato ma-

terno emerge invece un gioco familiare per cui le coppie di sorelle (in tutte e tre le generazioni) competono per l'amore della madre e in cui, le più grandi provano un'intensa invidia/gelosia per le più piccole. Tutto questo concorre palesemente a tenerle agganciate nella dimensione di figlie, ostacolando un autentico processo di individuazione.

Grazie alla messa in scena di una serie di sculture familiari su passato, presente e futuro ipotetico, risultano infine evidenti le sequenze interattive che dal punto di vista di Simona sono in atto nella sua famiglia. La ragazza sente di essere impegnata ciclicamente in un movimento di distacco dalla madre, che si traduce in una perpetua oscillazione tra completa adesività e scollamento parziale. Uno scollamento completo sembra impraticabile, a causa della rivalità con la sorella Amanda, che Simona percepisce minacciosamente pronta a insinuarsi in quello spazio che potrebbe liberarsi tra la mamma e lei. Solo a questo punto è autorizzato ad entrare in gioco la figura del padre, che nel tentativo di fare da arbitro tra le donne, viene ben presto triangolato dalla moglie, scatenando un conflitto di coppia che ha l'obiettivo di ristabilire lo status quo. Rispetto al futuro desiderato, Simona avverte disomogeneità tra le posizioni dei genitori: da parte del padre sente una spinta all'autonomia rivolta ad entrambe le figlie; da parte della madre un'incapacità a lasciarle andare. Non a caso, nelle situazioni in cui Simona si sente sufficiente forte per uscire dall'insicurezza che la blocca e compiere una piccola impresa (ad es. affrontare lo scivolo più alto al parco acquatico o ballare la canzone che le piace davanti alle sue

---

<sup>3</sup>Con l'ausilio di oggetti a rappresentare i membri della famiglia.

amiche) è la voce interna del padre a farle da guida *“ma di cosa hai paura?!? non ti mangia mica nessuno!”*. Emerge anche il timore che se lei e la sorella abbandonassero il campo, i genitori non sarebbero in grado di reggere la separazione e di riorganizzarsi come coppia, la casa rimarrebbe “spoglia”. E questo suo presentimento si intreccia fortemente con la paura di diventare adulta.

## RECIPROCIÀ E DIAGNOSI DELLA DIAGNOSI

Via via che procede nell'esplorazione di quel “labirinto senza uscita che è il suo cuore *così pieno*”, a Simona capita spesso di scontrarsi con il senso di colpa; emozione che in termini evolutivisti (Liotti, Monticelli, 2008) è collegata al sistema di accudimento e si attiva quando le azioni messe in campo non raggiungono l'obiettivo della cura e dell'amore genitoriale. Un po' come se fosse la stessa Simona ad assumere un ruolo genitoriale e protettivo nei confronti della madre, entro una dipendenza del tipo “io sono di mia madre”, con tutta la solitudine di chi sente di non potersi appoggiarsi al genitore, perché è il genitore ad appoggiarsi a lui (Cirillo, 2013).

E' un'emozione pervasiva che invade tutto, è impossibile delinearne i confini e associarla ad una colpa precisa. Non sa dire per quanto dovrà scontare questa pena. Il terapeuta introduce l'idea che ci sia un tempo per l'espiazione e chiede chi potrebbe stabilire una giusta pena. Simona risponde con serena determinazione che *“solo la mamma potrebbe farlo; dipende tutto da lei... sono attaccata a lei da sempre... come se lei volesse costruirmi la vita e io mi tirassi dietro la vita”*. Come se avesse compreso che «l'appiccicarsi implica un rapporto,

è l'espressione di uno scambio reciproco» (Boscolo, Cecchin, Hoffman e Penn, 2011, p. 259).

Segue un'ultima serie di incontri in cui restare sul tema della separazione. Come afferma Cecchin (Boscolo et al., 2011) i componenti di famiglie invischiate cercano di non riconoscere o sperimentare la premessa di base sulla separazione, l'idea che i rapporti non sono stabili, né tra madre e figlio, né tra moglie e marito, che la gente muore. E che anche le psicoterapie finiscono.

Simona elabora con un'altra potente metafora la sua idea di trasformazione del legame con la madre: *“vorrei che tra noi restasse un filo invisibile che ci tiene unite.. vicine, ma non attaccate, come una connessione wi-fi”*.

Parallelamente, si autorizza a guardare oltre i poster della cameretta e innamorarsi di un ragazzo, cui trova il coraggio di chiedere un appuntamento e passare fuori il sabato sera, con la complicità della sorella e contro il parere della mamma. In termini evolutivisti sta avvenendo una transizione dal sistema motivazionale dell'attaccamento/accudimento a quello sessuale. In una delle ultime sedute riferisce che *“c'è stata una rivoluzione...sono al cento per cento del mio cambiamento...c'è stato un accumulo di emozioni e poi la scintilla...un anno di fuochi di artificio”*.

La nuova narrazione di Simona su se stessa e sulla reciprocità del legame di attaccamento con la madre, coincide quindi con un'assunzione di responsabilità rispetto al rischio di separarsi da lei e si intreccia con un apprendimento di secondo livello da parte di Simona sul proprio sintomo.

Quella che in prima seduta viene definita laconicamente una leggera preoccupazione, connessa ad una diagnosi ambigua

che frammenta mente e corpo, sul finire del percorso viene rinarrata da Simona come profonda angoscia (incomunicabile!) che finisce con l'autoalimentare il sintomo. E' il non capire la relazione col suo star male, che a un certo punto è diventata la causa del suo star male. Cambiare le sue premesse sul suo sintomo le ha consentito di abbandonare il sintomo.

## L'INTRECCIO DEI SETTING

La presa in carico della situazione si conclude con una seduta in cui sono invitati tutti i membri della famiglia, alla compresenza dei due terapeuti, sia quello familiare che quello individuale; un follow up con l'obiettivo di fare il punto della situazione, dopo circa un anno dall'interruzione degli incontri familiari e fornire, se richiesto, un feedback sul percorso individuale della ragazza.

L'incontro si rivela positivo oltre ogni aspettativa, in quanto offre ai vari membri uno spazio di elaborazione dei cambiamenti avvenuti, di cui vi era una netta percezione, ma non integrata in un una narrazione coerente, né condivisa. E'anche occasione per far emergere col medesimo pathos di allora, per poi dissolversi in un sospiro di sollievo, l'angoscia scatenatesi oltre un anno prima, in coincidenza con la restituzione del neuropsichiatra, che aveva definito Simona «un caso grave a rischio di psicofarmaci». Questo tipo di premessa era rimasta forse silente, ma ancora valida, nonostante nove mesi di terapia familiare, volti a depatologizzare e decostruire il sintomo.

Questo ci dice tantissimo sull'entità e la natura della responsabilità che abbiamo come terapeuti, che non coincide col compito di identificare malattie, ma è una responsabilità relazionale «che implica la disponibilità a riflettere sul significato che i nostri interventi

assumono per le persone che interagiscono. La necessità di prendere in considerazione se i nostri interventi sono processuali, se invece contribuiamo allo status quo. E' per noi costantemente necessario considerare se stiamo colludendo con la situazione oppure introduciamo informazioni che creano una differenza.» (Telfener, 2012, p.199).

## CONCLUSIONI

Nella denominazione disturbo psico-somatico è insita la premessa di una separazione, che introduce visioni e risposte dicotomiche. L'epistemologia sistemica, ponendosi come meta-paradigma, consente di superare le dicotomie, contenere differenze ed eventuali paradossi. Entro questa cornice, come osservano Onnis, Gentilezza, Granese e Ierace (2010), è possibile restituire il senso di "totalità" alla manifestazione psicocomatica, costruendo connessioni circolari tra le molteplici componenti umane, che coinvolgono le percezioni corporee, i vissuti emozionali, le paure e le aspettative e come queste si connettono col sistema famiglia e col sistema allargato.

Se «la medicalizzazione tende a marchiare un sintomo come difetto, definirlo con una diagnosi razionale/specialistica privata di un significato relazionale e adattativo, a volte imposta alla persona anziché costruita insieme...; i nostri interventi psi obbligano ad un maggior numero di livelli di analisi e di intervento» (Telfener, 2012, p. 197). Così capita che ci posizioniamo su più setting, allarghiamo il sistema alla ricerca di premesse diverse, proponiamo nuovi registri narrativi nel processo di decostruzione del problema, portiamo nella relazione con *l'altro una responsabilità della co-responsabilità* (Bianciardi, Galvez 2012).



## Bibliografia

- Baldoni, F. (2010). *La prospettiva psicossomatica*. Il Mulino: Bologna.
- Bianciardi, M., Galvez, F., (2012). *Terapia come etica. Responsabilità clinica e condizione postmoderna*. Antigone: Torino.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (2011). (a cura di Bertrando, P.) *Clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*. Boringhieri: Torino.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol.1*. Hogart Press: London; trad. it. (1989) *Attaccamento e perdita, vol.1*. Boringhieri: Torino.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation: Anxiety and Anger*. Hogart Press: London; trad. it. (1975) *Attaccamento e perdita, vol. II: la separazione dalla madre*. Boringhieri: Torino.
- Cirillo, S. (2013). *Autonomia e dipendenza: due termini che si oppongono?* *Terapia Familiare*, 102, 15-23
- Duvall, E. (1977). *Marriage and family development*. Lippincott: Philadelphia.
- Guidetti, V., Galli, F. (2006). *Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: approfondimenti*. Il Mulino: Bologna.
- Hill, R. (1966). *Life-cycle stages for types of single parents families*. *Family Realties*, 35, 19-29.
- Hofer, MA., Weiner, H. (1975). *Physiological mechanism for cardiac control by nutritional intake after early separation in the young rat*. *Psychosomatic Medicine*, 37, 8-24.
- Hunter, J.J., Maunder, R.G. (2011). *Using attachment theory to understand illness behavior*. In: *General Hospital Psychiatry*, 23, 177-182.
- Liotti, G., Farina, B., Raionone, A. (2005). *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*. Laterza: Roma- Bari.
- Liotti, G., Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. il manuale AIMT*. Raffaello Cortina: Milano.
- Loredio, C., Picardi, A. (2000). *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento. Percorsi e modelli della psicoterapia sistemico-relazionale*. Franco angeli: Milano.
- Mac Lean, P.D. (1949). *Psychosomatic diseases and the visceral brain*. *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.
- Mac Lean P.D. (1985) *Brain evolution relating to family, play and separation call*. *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 405-417
- Minuchin, S., Rosman, L., Baker, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche*. *Astrolabio: Roma*.
- Onnis, L. (1994). *La terapia relazionale e i suoi contesti*. La Nuova Italia Scientifica: Roma.
- Onnis, L., Gentilezza, C., Granese, C., Ierace, S. (2010). *I linguaggi del corpo nell'orientamento sistemico*. Il corpo in psicoterapia, 3. Alpes.
- Rapaport, J.L., Ismond D.R. (2000). *Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*. Masson: Milano.
- Stierlin, H. (1974). *Separating parents and adolescents*. Quadrangle: New York.
- Stierlin, H., Wirsching, M., Knauss, W. (1988). *Dinamiche familiari e disturbi psicosomatici nell'adolescenza*. In: Onnis, L., a cura di, *Famiglia e malattia psicosomatica*. La Nuova Italia Scientifica: Roma.
- Telfener, U. (2012) *Sul concetto di cura e su quello che facciamo in psicoterapia*. *Riflessioni Sistemiche*, 7, 191-202.
- Winnicot, R.S. (1954). *Mind and its relation to the psiche-soma. Through paediatrics to psychoanalysis*. Hogart Press: London.
- Winnicot, R.S. (1960). *Ego distorsion in terms of true and fals self. The maturational process and the facilitating environment*. Hogart Press: London.





# Uno sguardo sistemico alla psicoterapia familiare transculturale.

Michelle Visconti – Davide Caravaggi <sup>4</sup>

## Sommario

Questo elaborato ha lo scopo di analizzare la rilevanza degli effetti del fenomeno migratorio sugli interventi psicoterapeutici effettuati con famiglie straniere immigrate. Dopo aver introdotto i concetti di cultura, multiculturalismo, interculturalismo e identità culturale viene effettuata un'analisi di quanto e di come gli aspetti culturali siano rilevanti nei vari orientamenti teorici in generale e nel modello sistemico in particolare. Infine, la descrizione di un caso clinico consente di esemplificare i concetti teorici trattati nell'articolo.

## Parole chiave

Cultura, multiculturalismo, interculturalismo, identità culturale, acculturazione, inculturazione.

## Abstract

*The aim of this paper is to analyse the consequence of the effects of immigration on psychotherapeutic interventions on immigrant families. Following the introduction of key concepts such as culture, multiculturalism, interculturalism, and cultural identity, this paper will proceed to analyse how and how much cultural aspects can be identified in the various theoretical orientations in general, and in the systemic model more in particular. Eventually, it shall be seen how the report of one clinical case allows for an exemplification of the theoretical concepts used in this paper.*

## Key words

*Culture, multiculturalism, interculturalism, cultural identity, acculturation, inculturation.*

---

<sup>4</sup>Allievi del secondo anno della Scuola di Psicoterapia Sistemica Integrata IDIPSI.

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un rilevante incremento del fenomeno migratorio verso il nostro paese con un conseguente progressivo definirsi di una società multi-etnica e multicultural. Ciò comporta la necessità di un inevitabile confronto quotidiano tra culture, tradizioni ed abitudini. Ogni etnia porta infatti con sé nel processo migratorio, le proprie abitudini, le proprie tradizioni e soprattutto la propria cultura di appartenenza. In questo articolo si cerca di fornire una risposta alla domanda: quanto e in che modo gli aspetti relativi alla multiculturalità possono influire sulle strategie e sulle modalità specifiche dell'intervento psicoterapeutico nei confronti di famiglie immigrate?

## CULTURA E PSICOTERAPIA

### *Cultura, Multiculturalismo e Interculturalismo*

Innanzitutto esaminiamo che cosa si intende con il termine "cultura" per poi arrivare a definire come quest'ultima possa contribuire allo sviluppo dell'identità. "Cultura" è una delle due o tre parole più complicate delle lingue dell'Europa occidentale ed è una di quelle "parole plastiche" descritte da Uwe Poerksen (1995) che formano parte delle nostre conversazioni quotidiane e che vengono sempre più usate come le variabili in matematica. Appare significativa la definizione di "cultura" proposta da Cecil Helman (1994): "Cultura è un insieme di linee guida (esplicite ed implicite) che gli individui ereditano come membri di una particolare società, e che indicano loro come vedere il mondo, come sperimentarlo emozionalmente e come comportarsi al suo interno in relazione alle altre persone, alle forze soprannaturali o agli dei e all'ambiente

naturale". Un ulteriore contributo utile alla comprensione del concetto di "cultura" ci viene fornito dalla distinzione di due processi specifici: l'inculturazione e l'**acculturazione**. L'inculturazione secondo Berry, (1992) è il processo attraverso il quale un particolare bambino in un particolare momento e luogo diventa una persona, un elemento di quella società. L'inculturazione può avvenire una sola volta nella vita, nonostante possa essere complessa, stratificata, interrotta, frammentata, o imperfetta. Ed è un processo di socializzazione che fornisce le regole e le ricette per vivere. L'inculturazione fornisce a ciascuno di noi le risposte a queste domande di base: che cos'è una persona? Come agisce, pensa e reagisce una persona? Grazie all'inculturazione le risposte appaiono, ad un individuo saldamente socializzato all'interno della propria cultura, come se facessero parte della natura umana, del buon senso e quindi come se fossero universali. È incontrando persone di origine diversa che invece passiamo attraverso un processo di acculturazione, durante il quale acquisiamo altri modi di vivere, altre regole e ricette di benessere. Attraverso l'acculturazione passiamo quindi da una reazione di "buon senso", cioè una visione del mondo condivisa e non messa in discussione creata dall'inculturazione, all'acquisizione di una visione del mondo a più facce nella quale non c'è buon senso, ma una ricerca di valori comuni, come in un mosaico formato da tanti piccoli pezzi. In questo processo, che può spaziare dalla lettura di un libro su un determinato luogo ad un breve viaggio, da un periodo di lavoro per un limitato periodo di tempo al trasferimento in un altro paese come immigrato, entriamo a far parte di una società ospitante, a proposito della quale ci poniamo domande come

“che tipi di persone sono questi stranieri?”, “come posso essere una persona in questa società?”, e rispondendo a questo tipo di domande ci sottoponiamo ad un processo di ri-socializzazione in cui impariamo nuovi modi di essere. Termini come adattamento, integrazione e assimilazione, sottolineano ciascuno un diverso aspetto del più ampio e completo processo di acculturazione. Si parla di adattamento quando l’obiettivo che ci poniamo è quello di vivere in modo funzionale nella nuova società. L’integrazione si riferisce invece al proposito di integrarsi nella nuova società; mentre assimilazione significa abbandonare il proprio sé e adottare un’identità totalmente nuova nella società ospitante. Esistono diverse metafore che vengono utilizzate per descrivere il funzionamento dei processi migratori. Negli Stati Uniti, per gran parte del Ventesimo secolo la metafora per l’immigrazione era quella del *crogiuolo di razze*. In Canada, la metafora dominante era quella del mosaico verticale, ora soppiantata dalla nozione di multiculturalismo. In altri casi si parla di creolizzazione di culture, essendo il creolo un misto di lingue e, in definitiva, di culture, in una specie di minestrone di elementi culturali. In senso generale il termine *multiculturalismo* fa riferimento a una realtà sociale caratterizzata dalla compresenza di varie comunità dalle origini, abitudini, e cultura differenti. In senso specifico, indica le politiche intraprese da alcuni Stati nazionali per limitare le disuguaglianze tra i diversi gruppi etnici e per valorizzare lingue, credenze e stili di vita. Il termine *multiculturalismo* descrive una situazione in cui sono contemporaneamente presenti gruppi di persone di origini, tradizioni e culture differenti. Possiamo parlare, per esempio, di città multiculturali: Parigi, Roma, Londra sono tali perché in esse vi-

vono, accanto a quelle europee, comunità originarie dell’Africa, dell’America, dell’Asia e persino dell’Oceania. Scuole multiculturali caratterizzano molte nostre città e paesi, di piccole e grandi dimensioni: è frequente che i ragazzi italiani abbiano compagni di banco marocchini, albanesi, senegalesi, cinesi e così via.

Il *multiculturalismo* non è un fenomeno nuovo, anche se negli ultimi anni ha conosciuto un forte sviluppo, in seguito alla crescita dei movimenti migratori. L’antica Roma, Costantinopoli, Venezia – per limitarci agli esempi che ci sono più noti – erano città multiculturali già molti secoli fa. Il termine *multiculturalismo* indica, in un significato più specifico, quelle politiche (costituzioni, leggi, regolamenti e altro) praticate da alcuni Stati nazionali al fine di dare dignità e pubblico riconoscimento alle minoranze culturali e linguistiche presenti sul loro territorio. In Stati come il Canada e l’Australia in cui vivono popolazioni aborigene perseguitate al tempo del colonialismo, esistono oggi leggi che non solo riconoscono l’importanza delle lingue e delle culture native, ma riservano a coloro che fanno parte di queste minoranze particolari diritti di accesso a lavori e finanziamenti pubblici. In Italia una regione come il Trentino-Alto Adige riconosce come lingue ufficiali l’italiano, il tedesco e il ladino e stabilisce che esse vengano insegnate nelle scuole e possano essere utilizzate negli uffici. I sostenitori delle politiche multiculturali ritengono che, in alcune circostanze, a fianco dei diritti universali degli individui (libertà di culto, di voto e così via) vadano riconosciuti particolari diritti a minoranze etniche svantaggiate. Alcuni studiosi ritengono che il concetto di *interculturalismo* sia oggi preferibile a quello di multiculturalismo. Parlare di *intercultura* (ritroviamo questo termine in

espressioni come educazione interculturale, oppure comunicazione interculturale) significa riferirsi a una situazione in cui i vari gruppi etnici presenti su un territorio sono invitati al dialogo, allo scambio, alla contaminazione delle loro lingue, abitudini, culture. L'interculturalismo consente di superare alcuni difetti delle politiche multiculturali, quali la tendenza a mantenere fissi i confini tra i vari gruppi, a pensare che le culture siano delle entità rigide che permangono uguali a sé stesse nel trascorrere del tempo. Anche se si propone di conferire dignità alle varie culture, il *multiculturalismo* rischia infatti di rafforzare le differenze e di rendere ancora più difficile il dialogo tra le comunità. Al contrario, un approccio interculturale sottolinea l'apertura, le connessioni, la capacità di mutamento che ogni cultura possiede in sé stessa. A ben vedere in effetti, le culture umane non sono delle realtà originali, autentiche, che si trasmettono immutate nel tempo con il succedersi delle generazioni: in ogni cultura ci sono abitudini, modi di comportarsi, concetti e termini presi a prestito da altre epoche e altre società. Si potrebbe dire con uno slogan che *"noi siamo fatti di altri"*: l'interculturalità sottolinea proprio questa dimensione di scambio e mescolamento tra le varie culture e in questo si distingue dal multiculturalismo.

### **Cultura e Identità**

Poiché in conseguenza del processo migratorio i membri di una famiglia entrano in contatto con culture diverse, occorre porsi alcune domande rispetto a come ciò possa influire sull'identità del singolo individuo: che tipo di identità emergerà in seguito agli incontri con altre culture? L'identità è forgiata esclusivamente dalla cultura di origine, cioè dal processo di inculturazione oppure

si definisce grazie alla cultura della società ospitante in seguito all'acculturazione? La risposta è sicuramente complessa, in quanto vanno considerate diverse variabili che possono intervenire per ogni singolo individuo: età, istruzione, condizione sociale, rete dei rapporti sociali e modelli di immigrazione. Appare inoltre rilevante valutare se all'interno della famiglia il processo di acculturazione avviene in modo separato e parallelo per ogni individuo oppure se rappresenta un percorso unico e condiviso dalla famiglia nel suo complesso. L'identità culturale non è quindi esclusivamente derivante dall'identità etnica, ma dipende anche da ulteriori variabili come la religione, lo status sociale, l'appartenenza generazionale, l'esposizione a particolari esperienze di vita legate ad eventi traumatici (guerre, torture, carestie) e l'influenza dei contatti avuti nel proprio Paese con particolari modelli occidentali (missioni, chiese evangeliche, organizzazioni internazionali, programmi televisivi).

### **Cultura e Psicoterapia**

Il dibattito su come osservare la dimensione culturale e su come utilizzarla in psicoterapia è assai controverso. I primi autori che hanno focalizzato la loro attenzione sulle componenti culturali del malessere psicologico e psichiatrico all'interno di gruppi etnici differenti sono stati George Devereux e Tobie Nathan in Francia: considerati tutt'oggi i fondatori della disciplina definita come etnopsichiatria. Questi autori criticano le categorie psichiatriche su cui vengono inquadrate le procedure diagnostiche e terapeutiche. Sostengono infatti che queste "siano centrate su un individuo *idealizzato, universalizzato e estraniato dal suo ambiente culturale*. Ogni diagnosi è di natura *ideologica*, vale a dire non è che un'autovalidazione del clini-

co e non riguarda affatto il paziente” (Devereux 1978). “La psicopatologia ha sempre implicitamente ammesso il postulato di un soggetto universale individualizzato ed indipendente dal suo universo culturale, una sorta di *uomo nudo* e ciò risulta una pura astrazione in quanto una teoria sul disturbo di un paziente è valida esclusivamente nel suo universo culturale” (Nathan 1996). La proposta di questi autori è pertanto di **smontare le nostre teorie** e di cominciare a studiare le culture nei luoghi di appartenenza ed apprendere lì le chiavi di lettura del comportamento umano. Ritengono necessario studiare a fondo il pensiero, le tradizioni, le pratiche mediche della cultura di origine dei clienti, in modo da abbandonare le etichette con cui la cultura dominante incasella ciò che le è estraneo. Per Nathan intraprendere una psicoterapia con pazienti provenienti da popolazioni immigrate senza una conoscenza approfondita delle caratteristiche culturali di ciascuna etnia, significa commettere un grave errore metodologico. A questo proposito appare rilevante sottolineare il ruolo sempre più rilevante che sta assumendo la figura del mediatore culturale sia negli interventi di consulenza che di psicoterapia. Il mediatore culturale svolge infatti un importante compito non solo di supporto nel caso vi siano problemi di conoscenza della lingua del paese accogliente, ma anche di collegamento tra le diverse culture di appartenenza. In Italia un primo approfondimento al termine etnopsichiatria compare nelle opere di Ernesto De Martino, in particolare nella sua opera postuma “La fine del mondo. Contributo all’analisi delle apocalissi culturali”. (2002) Ma è con Natale Losi che l’etnopsichiatria inizia a venire “italianizzata”, così che l’approccio di Nathan, fortemente condizionato dalla sua forma-

zione psicoanalitica, diventa un approccio etnopsichiatrico – sistemico - narrativo. In questo contesto vogliamo richiamare uno dei tanti concetti importanti portatoci da Losi, il concetto di “cultura del movimento”, perché ci sembra correlato al nostro caso clinico: “L’agire e l’essere di chi è migrante si coniuga in rapporto ad una condizione esistenziale molto speciale che potremmo dire di “cultura del movimento”. In altri termini la mente del migrante si costruisce diversamente da quella di chi è stanziale, sia esso della stessa cultura originaria del migrante, o della cultura del Paese che lo ospita, o di una cultura “altra”. E’ per questo che si dice che i migranti vivono tra due mondi, perché si muovono tra due mondi stanziali, mentre loro e la loro mente sono in movimento” (Losi 2003). Il pensiero sistemico che considera il comportamento delle famiglie all’interno di un contesto dovrebbe essere già di per sé una teoria che più facilmente, rispetto ad altre, si interessa all’aspetto culturale. In realtà il dibattito su **come** osservare la dimensione culturale e su come utilizzarla in terapia familiare è ancora assai aperto e controverso. Si tratta infatti di una tematica che, dopo una fase pionieristica assai promettente, sviluppata negli anni settanta-ottanta, è stata decisamente trascurata nello sviluppo delle teorie e terapie sistemiche delle ultime due decadi. Tornando indietro nella storia e nello sviluppo della terapia familiare troviamo le prime esperienze pionieristiche di Salvador Minuchin e di Braulio Montalvo (1967) nei ghetti neri e portoricani di New York, e di Israel Zwerling e di Albert Schefflen (1977) e di altri terapeuti nel Family Study Section di New York nel corso degli anni Settanta, nei quali c’era un forte interesse alla comprensione dei fenomeni di marginalità sociale,

inclusa quella legata ai fenomeni migratori e da interventi assai qualificati nel contesto socio-culturale. In quegli anni Auerswald (1968) affermava che una formazione in terapia familiare dovesse comprendere almeno un anno di stage intensivo in un ghetto urbano, dove conflitti razziali, culturali e marginalizzazione erano gli ingredienti base per capire il senso e il limite degli interventi psicoterapici.

In quel periodo l'Europa era attraversata dal movimento di psichiatria alternativa che vedeva il sociale come luogo privilegiato di comprensione e di cura del disturbo mentale. In Italia era il periodo della legge Basaglia in cui si iniziava una visione più umanizzata e integrata del disagio psichico. Nel Ventennio successivo però l'ambiente psichiatrico e le stesse teorie sistemiche si sono concentrate soprattutto sull'individuo, con un progressivo allontanamento dal sociale. Tale processo è approdato in Europa proprio nel periodo storico in cui l'Italia, da paese a forte propensione migratoria, sta "accogliendo" un sempre crescente numero di stranieri e ci si è trovati, anche nei servizi, a confrontarsi con un maggiore numero di persone portatori di valori, tradizioni, credenze religiose, abitudini e problemi assai diversi dai nostri. Nel 1982 McGoldrick., Pearce e Giordano pubblicano il volume "Ethnicity and Family Therapy" i cui autori, noti psicoterapeuti familiari, mettono a fuoco per la prima volta l'importanza dell'aspetto culturale in psicoterapia. Il loro approccio parte dal presupposto che le famiglie siano diverse e che le diversità siano primariamente dovute ad un unico fattore: l'appartenenza etnica. L'attenzione viene quindi posta alle ridondanze dei pensieri, ai comportamenti, ai sentimenti, alle abitudini e ai rituali che derivano dall'appartenere ad

un particolare gruppo. Dagli anni Novanta in poi si assiste ad un progressivo aumento dell'interesse all'aspetto culturale in psicoterapia. Importanti esponenti della scuola sistemica, come Vincenzo Di Nicola, Celia Falicov e Maurizio Andolfi iniziano a pubblicare libri ed articoli per richiamare l'attenzione sull'aspetto culturale in psicoterapia. Di Nicola (1997) afferma che "La cultura è la cerniera delle relazioni umane; è la strada maestra per comprendere la mente, il sé, l'identità". Celia Falicov (1983) sottolinea la "relativa chiusura" degli psicoterapeuti familiari e denuncia il conformismo e il tecnicismo di tanti libri e scuole di terapia familiare, dove ancora oggi non si fa menzione di cultura, etnicità, razza, classe, religione o altre variabili sociali. Maurizio Andolfi, partendo dai suoi studi presso gli istituti di terapia familiare della East Coast: al Albert Einstein College of Medicine con Israel Zwerling e Albert Schefflen; al Nathan Ackerman Family Institute con Kitty LaPerrière; al Philadelphia Child Guidance Clinic con Salvador Minuchin e Jay Haley; nel suo libro "Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale" (2004) riporta l'attenzione sull'aspetto culturale e sociale in terapia familiare come fonte di comprensione di conflitti familiari, etnici e trans-generazionali o come luogo per ricercare le risorse. Andolfi si dimostra critico sia nei confronti di quanto sostenuto nel sopracitato testo "Ethnicity and family therapy" sia rispetto al concetto di etnopsichiatria in quanto, dal suo punto di vista, l'assumere una posizione etnocentrica comporterebbe il rischio di riconoscere come unica diversità tra una famiglia e l'altra l'appartenenza etnica. La stereotipizzazione delle diverse etnie, presuppone infatti che i gruppi etno-culturali siano più stabili ed omogenei di quanto non lo siano realmente e non con-



sidera quindi le profonde trasformazioni dei valori nel tempo e nei nuovi contesti di vita. Gli etno-psichiatri, rischiano di diventare degli iper-specializzati nella conoscenza di alcune culture e quindi degli “esperti in etnografia”. “Si rischia di trasmettere a chi si trova a lavorare in contesti multi-etnici una serie di ricette culturali da prescrivere in uno o in un altro caso” (Andolfi, 2004). Dal versante opposto all’etnopsichiatria e alla posizione etnocentrica troviamo la posizione di Friedman (1994) che potremmo chiamare universalista e che rappresenta il pensiero di coloro che affermano che tutte le famiglie hanno tra loro molte più similarità che differenze e che tendono a fare poco uso delle variabili del contesto come ad esempio la razza, il genere, l’etnia. Per Friedman “tutte le famiglie sono intelligibili e disponibili allo stesso tipo di terapia”. Un’altra esponente della scuola sistemica che si è sempre interessata particolarmente all’aspetto culturale in terapia è Cecilia Edelstein, fondatrice e presidente del Centro Shinui a Bergamo, responsabile della scuola di Counseling a indirizzo Sistemico Pluralista, del Corso di Mediazione Familiare e del Corso in Counseling, Mediazione e Terapie Interculturali. Nella sua pubblicazione “La costruzione dei sé nella comunicazione interculturale” del 2003 la terapeuta parla della distanza che si può creare tra terapeuti e pazienti dovuta alle cosiddette differenze culturali. Sostiene infatti che il semplice studiare la cultura degli altri da parte degli operatori per cercare di avvicinarsi e di capire meglio le persone che si hanno di fronte, spesso non è sufficiente per permettere un incontro. Da Pearce (1993) ed altri studiosi della comunicazione ad orientamento socio-costruzionista riprende l’idea di vedere la cultura come l’insieme

dei significati nella comunicazione. Dove la comunicazione implica sempre cultura e diventa interculturale per definizione, perché presente in ogni singola situazione. Diventa quindi opportuno per l’autrice non solo un approfondimento etnografico per permettere la conoscenza della cultura di chi ci sta di fronte, ma soprattutto svolgere un lavoro sulle competenze conversazionali. “L’incontro tra operatore e utente rappresenta sempre un “incontro transculturale. La relazione tra psichiatra e infermiere, fra psicologo del SERT e persona tossicodipendente, tra assistente sanitario e ospite nella Casa di Riposo sono tutti esempi di relazioni transculturali.” (Edelstein, 2003). Nel capitolo “Di Isabel ed altri demoni” che Cecilia Edelstein scrive in “Vite altrove” di Losi (2000) in cui parla di un caso clinico in cui lei, nata e cresciuta in Argentina, si confronta con una paziente anch’essa di origine argentina, da poco immigrata in Italia. Nonostante queste differenze culturali tra paziente e terapeuta sono tante. Per questo l’autrice sostiene che una stessa appartenenza nazionale, come in questo caso, non implica necessariamente una condivisione culturale, al contrario, la vita in contesti sociali diversi, pur all’interno del medesimo paese e con l’uso dello stesso idioma, può marcare enormi differenze culturali. Sostiene che le varie culture non si presentano come un tutto unitario, ma con specifiche sottoculture, fino alla visione di una microcultura intesa come la cultura di quella specifica persona, diversa da chiunque altro, compresi fratelli o genitori. Da qui introduce poi i concetti di sé universale, sé sociale, sé individuale e sé relazionale, elaborati e precisati negli ultimi dieci anni, come strumenti e tecniche della relazione interculturale che agevolano la comunicazione. “Ho portato l’esempio di Isa-

bel proprio perché sembrava simile a me, come un paziente e un terapeuta entrambi italiani possono sembrare “simili” l’uno all’altro. L’attenzione alle similitudini e alle differenze, il sottolineare le une e le altre e la costruzione di un rapporto unico vissuto tramite le emozioni può aiutarci nell’incontro con l’altro.” (Edelstein, 2000).

## **ASPETTO MULTICULTURALE DELLA TERAPIA SISTEMICA**

L’analisi della dimensione culturale in psicoterapia rappresenta un tema davvero complesso e questo lavoro si limita a tentare di descrivere come si sta lavorando oggi in Italia nella stanza di terapia familiare quando ci si trova di fronte a famiglie immigrate. Nell’effettuare tale descrizione siamo però consapevoli di aver utilizzato le nostre lenti di studenti di psicoterapia sistemica e di quanto queste ci possono aver condizionato. La nostra attenzione si è soprattutto focalizzata sulla posizione del terapeuta. Diversi ci sono sembrati gli “strumenti” in dotazione al terapeuta sistemico-integrato per un approccio multiculturale. A nostro parere la posizione di curiosità del terapeuta, il lavoro del terapeuta sul riconoscere i propri pregiudizi e la posizione del terapeuta come “non esperto” potrebbero essere tre strumenti importanti durante una psicoterapia transculturale. La curiosità porta infatti il terapeuta a considerare la molteplicità delle possibili alternative rispetto ai punti di vista con cui è possibile osservare, senza fermarsi quindi ad un’unica spiegazione lineare. Inoltre la curiosità, secondo la prospettiva estetica, è basata sulla concezione che ciascun sistema ha una sua logica e che questa non sia né buona né cattiva, né giusta né sbagliata, ma semplicemente operativa. In quest’ottica viene rispettata l’integrità del

sistema. Il rispetto per il sistema induce alla curiosità su come le idee, i comportamenti e gli eventi contribuiscono a creare e mantenere l’integrità del sistema stesso. Pensiamo per esempio alla curiosità di scoprire l’idea che sta alla base del comportamento e del modo di pensare della famiglia che si ha di fronte, curiosità che magari spinge anche a fare domande che comportano un rischio per il terapeuta, domande che possono però aprire nuove condivisioni con la famiglia. La curiosità è strettamente connessa con il pregiudizio, poiché solo superando il pregiudizio ci si può incuriosire realmente dell’altro e cominciare a fare domande il cui significato abbia valore per entrambi “i lati della stanza”. L’attenzione ai pregiudizi del terapeuta ci sembra un punto importante nella terapia con le famiglie immigrate, poiché l’incontro transculturale è forse la situazione dove maggiormente si incontrano e si intrecciano pregiudizi di vario tipo. Ci sono i pregiudizi del terapeuta, che tendenzialmente appartiene alla società dominante, quelli dei pazienti sul terapeuta, i pregiudizi del sistema inviante, i pregiudizi del contesto sociale in cui vivono i pazienti, quelli del mediatore culturale se presente alla terapia, ecc.. Andolfi (2004) definisce il pregiudizio come: “una malattia contagiosa molto difficile da debellare e presente in ogni essere umano di qualsivoglia cultura. Il modo migliore per vaccinarsi dal pregiudizio è la possibilità di farlo uscire allo scoperto, poi di riconoscerlo e di lavorarci in gruppo... alcune esperienze mi hanno fornito lezioni importanti di consapevolezza (vero antidoto ai miei pregiudizi personali) e mi hanno permesso di definire il limite dei miei interventi professionali. Se si superano i pregiudizi verso le altre culture le differenze divengono elementi che uniscono piuttosto



che muri che dividono”. Un ultimo aspetto, ma non meno importante per la riuscita di una psicoterapia transculturale, è rappresentato dalla descrizione della posizione del terapeuta come “non esperto” sostenuta da Anderson e Goolishian (1998). Questi autori descrivono la posizione del terapeuta di fronte al paziente, come quella di non esperto rispetto alla comprensione di ciò che si svilupperà durante la conversazione terapeutica. Questo significa che il terapeuta, consapevole dei suoi pregiudizi e delle sue premesse, si pone di fronte al paziente con un atteggiamento generale di grande e genuina curiosità, in ascolto della storia che gli verrà raccontata. Le azioni e gli atteggiamenti del terapeuta esprimono il bisogno di saperne di più a proposito di quanto è stato detto piuttosto che manifestare opinioni ed aspettative preconcepite sul cliente, sul problema, o su cosa debba essere cambiato. Il terapeuta si pone nella posizione di attesa di “essere informato”. Questa posizione può permettere al terapeuta di fare domande semplici, dirette e apparentemente scontate sulla base di una presupposta non conoscenza del Paese di provenienza della famiglia, della loro cultura, delle loro usanze. Questo potrebbe avere due effetti: quello di restituire competenza alla famiglia e quello di provocare delle risposte più personali.

## **“IO SONO STRANIERA?”**

### **IL CASO DI SARAH**

Il caso che viene qui descritto rappresenta un significativo esempio di come gli aspetti interculturali possano assumere un ruolo fondamentale sia nelle dinamiche intra familiari che nell'intervento terapeutico. Sarah è una ragazza di 19 anni seguita dal CSM di Piacenza dal 2011 per un disturbo restrittivo alimentare da una psicoterapeuta indi-

viduale e dal servizio nutrizionale. Un anno fa, nel 2013, la psicoterapeuta che la segue individualmente l'ha inviata insieme alla sua famiglia ad un Servizio di Neuro Psichiatria Infantile per una valutazione per un'eventuale terapia familiare. Dal 2013 inizia quindi il percorso di terapia familiare che è tutt'oggi in corso. Sarah appartiene ad una famiglia proveniente dal Burkina Faso, paese dell'Africa occidentale, dal quale i suoi genitori sono emigrati in Italia circa vent'anni fa. Sarah e le due sorelle gemelle di 13 anni sono nate in Italia. La madre di Sarah lavora come operatrice socio sanitaria in una struttura residenziale per anziani, mentre il padre passa lunghi periodi nel suo paese di origine a causa del suo lavoro di esportazione ed importazione tra l'Africa e l'Italia.

### ***Ricerca dell'Identità Culturale***

L'aspetto dell'intervento terapeutico che si ritiene utile qui analizzare riguarda l'importanza della ricerca di un'identità culturale da parte di Sarah e del conflitto che ne deriva, che ben vengono evidenziati da una domanda che Sarah stessa si pone: “Io sono straniera?”. Tale aspetto traspare con chiarezza in un racconto, che Sarah ha portato in terapia, da lei scritto al rientro da un viaggio nel suo paese di origine. Riportiamo qui di seguito alcuni significativi passaggi del racconto.

### ***Mamah Africa***

“Doveva essere il viaggio della guarigione, il mio, ma così non è stato. Forse hai bisogno della tua terra e delle sue cure per guarire. Forse hai bisogno di allontanarti per un attimo dalle schifezze occidentali che ti circondano. Magari necessiti della presenza della Nana...; con queste parole mia nonna dal Burkina, mi invitava a venirla a trovare...

L'unica cosa che notai di diverso era l'atteggiamento delle persone: la gente ti saluta anche se non ti conosce, ti sorride, ti chiede come stai...Laggiù il tempo libero non è molto; in villaggio ci si dedica alla coltura dei campi, al commercio dei propri prodotti e all'allevamento delle bestie, ma a partire dal tramonto ci si riunisce nel cortile centrale e ognuna racconta la sua giornata. La televisione è arrivata anche lì, tranquilli, ma nessuno la accende; questa è la cosa strana...laggiù queste situazioni sono normali ma io, nata e cresciuta qui in Italia, analizzavo tutto ed ero curiosa di tutto; insomma ogni giorno per me era un'occasione per imparare e pensare a nuove cose... Ogni tanto ripenso al mese passato in Burkina e, anche se lo nascondo, spesso mi scende una lacrima di malinconia. E' il Mal d'Africa dice la mamma. E' davvero così: dopo tanto tempo capisci da dove vieni, chi è la tua gente...sai di far parte di qualcosa che tutti noi e solo noi chiamiamo Mamah Africa sulla quale potrai contare in ogni momento... “

Come si percepisce anche dal racconto Sarah è molto interessata a conoscere la cultura e le tradizioni del Burkina dalle quali è profondamente affascinata, ma ha da sempre avuto una grande difficoltà a chiedere ai genitori di descrivergliela. Le uniche narrazioni delle vicende appartenenti al passato dei suoi genitori Sarah le ha sentite durante gli incontri di terapia familiare ed ogni volta è apparsa emozionata e positivamente colpita da tali racconti.

### ***Cultura in movimento e conflitti***

Sarah si descrive come in mezzo a due culture, alla ricerca di un equilibrio tra i valori e le tradizioni del paese dove è nata e dove ha vissuto e quelli del paese di origine della sua famiglia. Sarah non sa a quale cultura

appartiene e spesso si scontra con i propri genitori, ed in particolare con il padre, sul confronto tra valori e comportamenti in uso nelle due diverse culture. Da una parte ci sono i genitori, nati e cresciuti in Africa, molto legati alla cultura e alle tradizioni del proprio paese, e dall'altra ci sono Sarah e le due gemelle che sono nate e cresciute in Italia. E mentre la madre comunque lavora in Italia e ha pochi rapporti con il Paese d'origine, il padre è una persona che più volte torna in Africa per motivi di lavoro ed è profondamente legato al proprio Paese e alle sue tradizioni. Uno dei conflitti che più crea sofferenza ed incomprensioni tra Sarah ed il padre riguarda la pratica della poligamia. Pratica comune nella maggior parte delle società africane e musulmane, mentre in Italia e nella maggioranza degli stati occidentali è considerata reato. Circa sette anni fa, quando Sarah aveva 12 anni, aveva scoperto che il padre, durante uno dei suoi viaggi in Africa, si era risposato con un'altra donna e che da questa aveva avuto un figlio. Da qui le due narrazioni sono completamente differenti: Sarah, che fino a quel momento aveva avuto un rapporto affettivamente significativo con il padre, ha reagito alla notizia di tale evento con un vissuto di profondo tradimento. Tanto che in un tema scolastico di quel periodo scrive: “sono orfana di un padre vivo”. Mentre il padre ha raccontato della pratica della poligamia con molta tranquillità, descrivendola come una pratica assolutamente accettata nella propria cultura d'origine e nella propria religione. Ci ha raccontato anche di come il nonno paterno di Sarah avesse avuto più mogli e numerosi figli da ognuna di loro e come tutti vivessero nella stessa casa. Durante alcuni colloqui effettuati singolarmente, il padre di Sarah ci ha confermato che

per lui è assolutamente normale avere più mogli e che il valore più importante è quello di non fare mancare nulla ad ognuna di esse e a tutti i propri figli. La difficoltà di confronto tra due culture diverse diventa tra padre e figlia anche una difficoltà di comunicazione tra i due, tanto che Sarah non è mai riuscita a parlare con il padre della sua rabbia e della sua sofferenza causate dalla scoperta della seconda famiglia del padre.

### *I pregiudizi*

A questo punto ci sembra necessario riflettere un attimo sulla posizione dei terapeuti all'interno della terapia e sull'eventuale presenza di pregiudizi e se questi stanno influenzando sull'andamento della terapia. C'è stato quindi un confronto con il team dietro lo specchio, il quale ha rilevato una difficoltà da parte dei terapeuti ad affrontare apertamente, durante la terapia familiare, la questione della seconda famiglia. Ci si è chiesti se questa difficoltà potesse dipendere dalla presenza di un meta-pregiudizio derivante dal confronto tra due culture: quella di origine della famiglia e quella del sistema di cura. In senso che i terapeuti potrebbero avere il pregiudizio sulla presenza di un pregiudizio da parte del padre di Sarah che dica "i terapeuti collegano la sofferenza di Sarah alla mia decisione di farmi una seconda famiglia. I terapeuti disapprovano e condannano la mia poligamia e quindi i miei comportamenti e quindi la mia cultura". E questo crea una difficoltà da parte dei terapeuti di affrontare il tema poligamia. In questo caso la difficoltà di confronto tra culture diverse potrebbe determinare, se non opportunamente affrontata, una complicazione nel percorso terapeutico.

### **Bibliografia**

- Andolfi, M. (a cura di) (2004), *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Andersen, H., Goolishian, H., (1998). "Il cliente è l'esperto: il non sapere come approccio terapeutico" in *La terapia come costruzione sociale a cura di S. Mc Namee e K. Gergen*, Franco Angeli, Milano, pp.39-54.
- Auerswald, E. H. (1968), "Interdisciplinary versus Ecological Approach", in *Family Process*.
- Berry, J. (1992), "Acculturation and adaptation in a new society", *International Migration*.
- Cecchin, G.F., (1988). *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità*. In *Ecologia della mente*, giugno 1988, pp. 29-45.
- De Martino, E. (a cura di) (2002). *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris.
- Di Nicola, V. (1997). *A Stranger in the Family: Culture, Families and Therapy*, W.W. Norton, New York.
- Edelstein, C. (2000a). *Di Isabel e di altri demoni*, in Losi N., *Vite altrove – migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli, Milano.
- Edelstein, C. (2003). "La costruzione dei sé nella comunicazione interculturale" in studi Zancan, vol. 6, *Monografia: famiglie immigrate e società multiculturale*, pp 121-147.
- Falicov, C. (1983). *Cultural Perspectives in Family Therapy*, Aspen, Rockville. MD.
- Friedman, E. J. (1994). "Sensitivity to contextual variables: an legitimate learning objective for all supervisors?", in *The Supervision Bulletin*.
- Helman, C. (1994). *Culture, Health and Illness: an Introduction for Health Professionals*, Butterworth Heinemann, Oxford.
- Losi, N. (2003). "La mente del migrante" in *CIR notizie*, gen/feb., Roma, pp.20-22.
- McGoldrick, M., Pearce J.; Giordano, J. (a cura di ) (1982). *Ethnicity and family therapy*, Guildford Press, New York.
- Minuchin, S., Moltavo, B., Guerney, B., Rosean, B., Schumer, S. (1967). *Families of the Slums: an exploration of structure and treatment*, Basic Books, New York.
- Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsican-*

*lisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

- Pearce, W.B. (1993). *Comunicazione e condizione umana*, Franco Angeli, Milano.
- Poerksen, U. (1995). *Plastic Words: The Tyranny of a Modular Language*, The Pennsylvania State University Press, University Park, Pennsylvania.
- Scheflen, A.R. (1977). *Il linguaggio del comportamento*, Astrolabio, Roma.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*, W.W. Norton & Company, Inc, New York.



# “Emotionally Focused Therapy” e IDIPSI: epistemologia e metodologia a confronto

Francesca Facchini <sup>5</sup>

## Sommario

L'articolo pone a confronto due diversi approcci alla terapia di coppia: la “Emotionally Focused Therapy” e il modello IDIPSI. Per approfondirne somiglianze e differenze, l'autrice va ad osservare non solo gli aspetti puramente metodologici, ma effettua un passo indietro all'epistemologia, andando a ricercare le premesse su cui si basano i modelli. Scopo dell'articolo non è la contrapposizione o la giustapposizione di un modello sull'altro, ma piuttosto la connessione e la ricorsività. L'autrice pertanto conclude l'articolo non con delle risposte, ma con nuove domande.

## Parole chiave

Terapia di coppia, Emotionally Focused Therapy, modello IDIPSI, epistemologia, metodologia, connessione.

## Abstract

*The article compares two different approaches to couple therapy: the “Emotionally Focused Therapy” and the IDIPSI model. To deepen similarities and differences, the author observes not only the pure methodology, but makes a step back to epistemology, going to search the premises upon the models. Purpose of this article is not the contrast or the juxtaposition of a model on the other, but rather the connection and the recursion. The author therefore concludes the article with no answers, but with new questions.*

## Key words

*Couple therapy, Emotionally Focused Therapy, IDIPSI model, epistemology, methodology, connection.*

---

<sup>5</sup>Allieva terzo anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: quattromenda@gmail.com

## INTRODUZIONE

Nel giugno 2013 a Milano ebbi la fortuna di partecipare a un convegno intitolato “La sistemica e il futuro”. Tre delle scuole di psicoterapia che hanno fatto la storia della sistemica si confrontavano su quello che avevano creato e su quali sarebbero state le sfide del domani. Sto parlando del Centro Milanese di terapia della famiglia, del Mental Research Institute di Palo Alto e dell’Ackerman Institute for the family di New York. Da lì nacque la curiosità e la voglia di andare oltreoceano a vedere con i miei occhi cosa significasse essere uno psicoterapeuta sistemico là dove la sistemica era nata. Non sapevo, e neanche speravo, che quel giorno sarebbe arrivato a distanza di poco. Ma la vita, si sa, è quello che ti succede mentre fai progetti. E così, a Giugno 2014, sono partita alla volta di New York per frequentare un externship proposto dall’Ackerman Institute e tenuto da Susan Johnson, ideatrice della “Emotionally Focused Couple Therapy”. Calarmi nel mondo di Susan Johnson è stato come trovare l’America. Mi sono immersa completamente in un’altra cultura, in un altro sistema, senza capire a pieno la lingua né il linguaggio usato, ma utilizzando principalmente lo sguardo, la pancia, la pelle. D’altronde, di questo di trattava: fare terapia con le emozioni. E cosa mi dicevano le mie emozioni? Come tradurle in informazioni? Le informazioni nascono dalla differenza, diceva Bateson (1976), e la differenza in quel contesto emergeva dal confronto tra quello che vedevo per la prima volta e quello che già conoscevo, ovvero la mia scuola di specializzazione: IDIPSI. Per questo motivo ho deciso di impegnarmi nella sistematizzazione delle mie riflessioni: nel tentativo ultimo di assimilare meglio il nuovo e accomodare nel profondo ciò che è fa-

miliare, portando con me non solo nuove conquiste, ma anche nuove domande.

## LA “EMOTIONALLY FOCUSED COUPLE THERAPY” di Susan Johnson

La “Emotionally Focused Couple Therapy”, detta anche EFT, nasce agli inizi degli anni ’80 in Canada dagli studi di Les Greenberg e di Susan Johnson (1988). Questo nuovo modo di fare terapia con le coppie prende forma in risposta alla carenza di interventi di coppia chiaramente delineati e convalidati e, in particolare, di interventi con un approccio meno comportamentale. Fu chiamata EFT appunto per attirare l’attenzione sulla significatività delle emozioni, considerate non tanto come parti del disagio coniugale, ma piuttosto come agenti di cambiamento influenti e necessarie. Oltre alla necessità di trovare nuovi modi di affrontare e curare il disagio coniugale, la EFT prende vita anche in base a una forte richiesta sociale. Negli Stati Uniti infatti la terapia di coppia è sempre più identificata con uno dei maggiori interventi di salute mentale, in seguito forse al riconoscimento degli impatti negativi del divorzio su coppie, famiglia e comunità (Hetherington e Kelley, 2002) o forse al fatto che le altre fonti a disposizione delle comunità sono sempre più in diminuzione (Putnam, 2000). Nella società nordamericana, la perdita del “capitale sociale” è stata legata ad una escalation nei livelli di depressione e ansia (Twenge, 2000). Per avere sostegno e legami, molte persone non hanno altra scelta se non quella di dipendere dai rispettivi partner. In questo contesto molte persone sembrano vivere in una “comunità a due”. Diventa pertanto vitale la qualità delle relazioni più intime. Da questi presupposti, e da anni di esperienza clinica, nasce la “Emotionally Focused Therapy”, descri-



vibile, a grandi linee, attraverso i seguenti punti chiave:

- E' una terapia breve, che prevede generalmente da 8 a 20 sedute.
- Vuole attuare un delineato percorso terapeutico riconducibile a tre stages e nove steps.
- Ha un approccio basato su una chiara base teorica. Tale base si rifà in primo luogo ad una teoria dell'amore adulto visto come costruzione di pattern di attaccamento, in secondo luogo ad una teoria del cambiamento derivante da una sintesi tra la terapia umanistico-esistenziale di Rogers e la teoria dei sistemi di Minuchin.
- Ha generato, dagli anni Ottanta ad oggi, una vasta gamma di ricerche che ne attestano empiricamente l'efficacia, sia nella popolazione generale, sia in quella specifica, rispetto a determinate sindromi o diagnosi.

## 2.1 AMBITI DI APPLICAZIONE

Ricerche sulla EFT dichiarano che sia una terapia spendibile con diverse tipologie di coppie, tra cui: coppie provenienti da diverse culture e classi sociali (Denton, et. al., 2000); coppie omosessuali (Josephson, 2003); coppie in età avanzata (Bradley e Palmer, 2003); coppie con membri, anche bambini, affetti da malattie croniche (Kowal et. al., 2003; Clothier et. al., 2002); coppie con membri affetti da depressione e disturbi d'ansia (Dessaulles et. al., 2003); coppie con membri affetti da PTSD (Johnson, 2002). E' sempre più diffusa ormai la convinzione che la terapia di coppia sia efficace nell'affrontare problemi coniugali, tanto quanto sintomatologie individuali (Davila, 2001). Questo sulla base anche di studi recenti (Whisman, 1999, Kiecolt-Glaser e Newton, 2001) che

hanno legato la qualità delle relazioni intime e del sostegno sociale con la salute fisica e psichica dell'individuo (attraverso un miglior funzionamento del sistema immunitario, la riduzione dello stress e dei traumi, una migliore capacità di recupero ecc.). Una relazione d'amore forte sembra essere un fattore protettivo che sostiene crescita e autorealizzazione, essendo associata alla creazione di un sé coerente e positivo. In particolare le ricerche di Shelley Taylor (2000, 2008) danno supporto a queste idee, dimostrando ad esempio che per gli esseri umani l'isolamento può essere più dannoso del fumo, o che il cosiddetto "supporto sociale" non è poi così efficace se fornito da persone con cui non si ha una relazione sicura, o che confidarsi con qualcuno ha effetti positivi sul sistema cardiovascolare, grazie all'ossitocina che la studiosa chiama "ormone dell'amore". Per quanto riguarda invece le controindicazioni alla EFT, non si parla di veri e propri effetti iatrogeni ma piuttosto di scarsa efficacia, legata alla "non -idoneità" di alcune coppie. La EFT non è utilizzata con coppie decisamente in via di separazione (con cui, secondo la Johnson, sarebbero più appropriati negoziati pragmatiche o lavoro individuale sull'elaborazione del lutto) e con coppie in cui non è possibile esporre e affidare la vulnerabilità di un partner all'altro in un contesto sicuro. Questa situazione sopraggiungerebbe quando la coppia vive una di queste contingenze, descritte con la regola delle "3A": Abuse (abuso), Addiction (dipendenza), Affair (tradimento). Secondo il modello EFT in questi casi "non sarebbe funzionale o addirittura etico incoraggiare la vittima degli abusi a spostarsi nella fase 3-accedere ai sentimenti sottostanti" (Johnson, 2013) e quindi la coppia non viene presa in carico.

## 2.2 L'EPISTEMOLOGIA DEL MODELLO EFT

“La EFT è un riflesso del tipo di conversazione che il terapeuta esperienziale Carl Rogers e i terapisti sistemico-strutturali, quali Minuchin o altri, avrebbero avuto se avessero discusso un caso di disagio relazionale prendendosi un caffè” (Johnson, 2013)

Le teorie su cui si basa la EFT e che determinano la visione del processo terapeutico sono essenzialmente: la teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1988) come cornice per comprendere l'amore adulto, la teoria sistemica-strutturale di Minuchin (1981, 1993) per individuare i cicli di interazione all'interno del sistema, la teoria esperienziale-umanistica di Carl Rogers (1951) per accogliere il mondo interiore del paziente in modo empatico e produrre un'esperienza emozionale correttiva.

### 2.2.1 L'AMORE SECONDO UNA PROSPETTIVA DI ATTACCAMENTO

A causa del focus assegnato dalla cultura attuale all'individualità e al valore dell'indipendenza, sembra difficile pensare alle relazioni adulte in termini di attaccamento. John Bowlby (1988) ha sempre pensato che l'attaccamento fosse una relazione lunga tutta la vita, in cui gli individui cercano sicurezza, accessibilità, rispondenza, empatia e lo fanno non solo da bambini cercando le braccia della mamma, ma anche da adulti, cercando nel proprio partner le stesse conferme e le stesse cure. Questo è possibile riscontrarlo sia nelle coppie che riescono a stabilire un legame sicuro, in cui troviamo impegno emotivo, cura reciproca, confronto, autonomia, curiosità, ma anche nelle coppie in cui i partner non riescono a rappresentare l'uno per l'altro una base sicura. In questi casi vediamo instaurarsi un

prototipico processo di proteste rabbiose, comportamenti “appiccicosi”, depressione, disperazione, script di biasimo-inseguimento e di difesa-presca di distanza. Tutti questi comportamenti sono naturali reazioni alla perdita di connessione. Questi stili di conflitto coniugale non sono altro che “strategie per regolare le emozioni” (Shaver e Clarke, 1994) in quanto le emozioni sono gli elementi attivanti e performanti i legami di attaccamento.

Se guardiamo ai cosiddetti “stili” o “pattern” di attaccamento come a specifiche forme di impegno, allora possiamo agire su di essi affinché questi si modifichino. Ed effettivamente lo fanno, quando cambia la relazione in cui i partner sono impegnati. L'obiettivo della terapia è di creare all'interno del setting una nuova base sicura, in cui i coniugi sentano, grazie alla relazione col terapeuta, una protezione emotiva tale da permettere loro di sperimentarsi in nuove forme di relazione. La prospettiva dell'attaccamento serve pertanto per collegare il presente con il passato e per aiutare i soggetti a leggere dei bisogni relazionali attuali, profondi, ma poco consapevoli.

### 2.2.2 IL CAMBIAMENTO INTERIORE

Essendo una terapia che per definizione basa il proprio lavoro sulle emozioni, la EFT prende spunto dalle terapie di stampo umanistico che per prime resero centrali gli aspetti emotivi (Cain, 2002).

Secondo queste teorie il cambiamento non deriva da intuizioni, sfogo di emozioni o accrescimento di competenze, ma piuttosto da un'esperienza emozionale correttiva, che influenzi il modo in cui l'individuo struttura le esperienze chiave, vede se stesso e comunica con gli altri. Gli individui in crisi non sono visti come imperfetti, incompe-



tenti o malati, ma come portatori di bisogni sani e adattivi che però sono bloccati da interazioni auto-rinforzanti disfunzionali. L'accoglimento e la validazione delle esperienze emotive è un altro punto fondamentale della visione esperienziale della terapia, basato sull'importanza dell'alleanza terapeutica, o meglio, di ciò che Rogers (1951) chiamava "considerazione positiva incondizionata da parte del terapeuta". Nella terapia di coppia questa considerazione implica lo sforzo consapevole di validare l'esperienza di ciascun partner senza invalidare o emarginare l'esperienza dell'altro. Questo è possibile solo se il terapeuta ricorda che non sta conducendo una terapia individuale in presenza del partner, ma sta guidando i coniugi verso un nuovo tipo di contatto ed empatia, sperimentabile anche attraverso l'osservazione di come il compagno rielabora insieme al terapeuta le proprie strutture di significato. Il focus della terapia è quindi sul qui e ora, sul processo, sulla scoperta attuale.

### 2.3 IL CAMBIAMENTO RELAZIONALE

La teoria dei sistemi e in particolare quella di tipo strutturale, elaborata di Minuchin e Fishman (1981), fornisce una lente grandangolare nell'osservazione della coppia, intesa non solo come unione di due singoli individui, ma come contesto il cui totale è più della somma delle parti.

Per capire una singola parte del sistema è pertanto necessario osservarla nell'insieme del contesto: il comportamento di un coniuge viene letto nel contesto del comportamento dell'altro, secondo una causalità circolare. L'attenzione non è rivolta unicamente a motivi e intenzioni interiori, bensì all'influenza che il comportamento di un coniuge ha sull'altro. L'enfasi è posta sugli aspetti relazionali della comunicazione,

piuttosto che su quelli contenutistici, tenendo presente che il modo in cui i soggetti sono definiti nella comunicazione influenza significativamente il modo in cui essi stessi si vedono. L'obiettivo finale è ristrutturare le interazioni, in modo da favorire flessibilità e crescita degli individui all'interno della relazione, in altre parole generare un sistema che sostenga senso di appartenenza e autonomia, permettendo la sussistenza di differenze e desideri individuali. Come affermarono Minuchin e Nichols: "Stare più pienamente insieme permettere di essere più pienamente se stessi" (1993, p.286).

## 2.3 LA METODOLOGIA DEL MODELLO EFT

### 2.3.1 OBIETTIVI E METODI DI INTERVENTO

I compiti di un terapeuta di coppia, impegnato in una terapia focalizzata sulle emozioni, sono essenzialmente tre:

1. costruire un'alleanza terapeutica sicura, che accresca l'impegno e la sicurezza dei partner all'interno del processo terapeutico;
2. accedere al livello emozionale, rivelando ed espandendo le risposte emozionali in un contesto di attaccamento;
3. preparare la coreografia delle sequenze di risposta per ristrutturare le interazioni chiave.

Per attuare tali compiti il terapeuta EFT utilizza cinque "movimenti" che, come in una danza, si ripetono strofa dopo strofa, a prescindere dalla fase o dallo stadio in cui ci si trova.

Questi cinque movimenti sono:

1. Riflettere sui processi del presente. Sguardo dentro i partner e sguardo tra i partner.

2. Esplorare le emozioni più vivide ed i comportamenti associati. Organizzare e chiarire i comportamenti e le emozioni, rendendo accessibili le emozioni “primarie”, cioè quelle nascoste dietro alle emozioni “secondarie” o reattive. Ad esempio il terapeuta cerca di far emergere la paura dell’abbandono, laddove l’emozione manifesta è la rabbia.
3. Mettere in scena degli enactment in cui vengano trasmesse emozioni. Effettuando movimenti lenti e brevi, il terapeuta utilizza ciò che emerge nel qui e ora della seduta per creare nuovi scenari. Ad esempio spinge un coniuge a comunicare all’altro le esperienze emozionali processate insieme al terapeuta.
4. Processare gli enactment attuati. Ad esempio, indagando come entrambi i partner si sono sentiti ad aprirsi, ad esplorare le emozioni dinanzi al partner, ad essere ascoltati, ad ascoltare ecc.
5. Integrare, validare, riflettere. Focus su: il sé, l’altro, la relazione.

### 2.3.2 IL PROTOCOLLO

STAGES 1. De-escalation dei cicli negativi di interazione

STEPS 1. Creare un’alleanza e delineare le questioni del conflitto inerenti ai bisogni di attaccamento non appagati.

2. Individuare il ciclo di interazione negativo nel quale tali questioni sono espresse.
3. Accedere alle emozioni non riconosciute, sottostanti le posizioni di interazione.
4. Riformulare i problemi in termini di ciclo negativo, emozioni sottostanti e bisogni di attaccamento. Il ciclo è definito come nemico comune e fonte di deprivazione e disagio emotivo per i partner.

STAGES 2. Cambiare le posizioni di intera-

zione

STEPS 5. Favorire l’identificazione con emozioni di attaccamento rinnegate, bisogni e aspetti del Sé, e la loro integrazione nelle interazioni relazionali.

6. Promuovere l’accettazione dell’esperienza del partner e nuove risposte di interazione.
7. Facilitare l’espressione di bisogni e desideri. Creare impegno emotivo ed eventi di sviluppo dei legami emotivi che ridefiniscono l’attaccamento tra i partner.

STAGES 3. Consolidare, integrare

STEPS 8. Facilitare l’emergere di nuove soluzioni a vecchi problemi relazionali.

9. Consolidare nuove posizioni e nuovi cicli dei comportamenti di attaccamento.

### 3. “EMOTIONALLY FOCUSED THERAPY” E IDIPSI IN CONNESSIONE

Prima di esaminare quali elementi accomunano o distinguono il modello EFT e il modello IDIPSI è necessario fare una premessa di significato. Il rispetto delle differenze, in quanto generativo di informazioni, è un punto di partenza dell’approccio integrato di IDIPSI. L’integrazione viene declinata non come giustapposizione o unione, ma piuttosto come completamento (dal latino *integrum*, completo). La decisione di compiere un’operazione di confronto nasce dalla stessa premessa, ossia incontrare la differenza, non per trovare un “equilibrio adattivo basato su compromessi, inciuci, con-fusioni” (Moroni et.al, 2012, p.14), ma addentrarmi in una conoscenza nuova tramite processi di abduzione, in cui “non importa se la conclusione di un’abduzione risulti errata o inadeguata, perché essa è la proposta, temporanea e bisognosa di verifica, di una delle alternative possibili [...]”

e comporta la responsabilità della scelta.” (ibidem).

### 3.1 ELEMENTI DI CONDIVISIONE

La “Emotionally Focused Therapy” di Susan Johnson e il modello di IDIPSI condividono in primis un assetto teorico comune, ossia i principi della terapia sistemica, ma non solo: entrambe le correnti hanno un approccio integrato, che sposa di fatto non un’unica teoria, ma bensì diversi assetti teorici atti ad accogliere la complessità delle relazioni umane. Altra parte comune nei due modelli teorici sono le lenti con cui il terapeuta osserva se stesso e osserva i pazienti. In entrambi gli impianti epistemologici e metodologici il terapeuta è considerato come un esperto di processi, che lavora affinché si costruisca una buona alleanza terapeutica, mettendo il proprio Sé e il proprio sentire a disposizione della cura e della relazione e inserendosi nel sistema, secondo una Cibernetica di secondo livello. Il paziente è visto non come portatore di incapacità, stati o tratti patologici, blocchi o ritardi. La diagnosi non è considerata uno strumento costruttore di significati e perciò non entra a far parte del processo terapeutico. Chi arriva in terapia viene accolto con un atteggiamento di non giudizio, osservato con curiosità e accettato per quello che è, come protagonista di storie interessanti, bisogni legittimi e problemi logici. Il paziente non è il singolo, ma è la relazione e questo porta il terapeuta EFT o IDIPSI ad assumere una posizione rispettosa verso i problemi e verso le persone che li definiscono tali, costruendo insieme a loro una nuova causalità di tipo circolare. La relazione che si instaura è basata sull’affrontare insieme un problema, di cui non si sentono colpevoli e di cui non cercare un colpevole. Per fare ciò, un’altra premessa

condivisa è quella di mantenere il focus sul presente, sull’*hic et nunc* della relazione coniugale e della relazione terapeutica, monitorando costantemente le posizioni assunte all’interno del sistema, il proprio sentire, le proprie emozioni. Un’attenzione particolare è pertanto rivolta alle emozioni e alle risonanze del terapeuta. In entrambi gli approcci è necessario che il terapeuta lavori su di sé per poter vivere la relazione e utilizzare la relazione in modo consapevole e generativo. All’interno del modello IDIPSI sia Caltieri (2013) che Ferrari (2013) illustrano il processo che nei quattro anni di scuola di specializzazione determina la formazione di terapeuti consapevoli, estetici, etici. Anche nel modello EFT i terapeuti vengano formati per essere “emotivamente presenti e connessi” nella relazione, attraverso un lavoro su se stessi.

### 3.2 ELEMENTI DI CONFRONTO

“La difficoltà non si trova tanto in ciò che l’autore dice, quanto in ciò che non dice, e non tanto in ciò che sa di aver postulato, quanto in ciò che ha postulato inconsapevolmente. Noi non poniamo minimamente in dubbio la buona fede dell’autore. E’ il suo acume che sottoponiamo a critica. Ogni generazione, del resto, analizza criticamente i postulati stabiliti inconsapevolmente dai suoi progenitori...”  
(Whitehead, 1925, pp. 41, 42)

Ciò che in primis vorrei andare ad analizzare sono gli aspetti di differenza più evidenti tra il modello EFT e il modello IDIPSI.

Per prima cosa appare chiaro che la terapia di coppia, all’interno del modello IDIPSI viene considerata al pari di una terapia fami-

liare. Vengono applicati alla terapia di coppia le stesse premesse e gli stessi metodi della terapia familiare, riassumibili in parte con i principi milanesi di "ipotizzazione, circolarità e neutralità" (Selvini Palazzoli et al., 1980) che nel metodo IDIPSI costituiscono una pietra miliare. Non esiste, nell'impianto teorico di IDIPSI, una formulazione teorica a sé stante riguardante il funzionamento della coppia. Certo, la centralità e la peculiarità delle dinamiche coniugali nel panorama della sofferenza mentale (e purtroppo, anche sociale) è stato per IDIPSI motivo di ricerca e di riflessione. Ravasenga e Bruschi (2013) hanno approfondito tali tematiche, connettendo tre impianti teorici: la teoria analitica del narcisismo (Telfener, 2006), la teoria dell'attaccamento (Castellano, Velotti e Zavattini, 2010) e le teorie sistemiche (Bateson, 1976; Caillé, 2009). Ma il lavoro e la ricerca sulle coppie parte comunque dal presupposto che la coppia altro non sia che un sottosistema di una famiglia più ampia, considerata su un asse trigerazionale. Il terapeuta non si sofferma su un "arco di cerchio" ma allarga lo sguardo alle generazioni precedenti e successive, attraverso l'uso del genogramma. Per contro, il terapeuta EFT adotta una lettura bi-generazionale, legata in particolare modo all'indagine sugli stili di attaccamento che i membri della coppia hanno costruito attraverso la loro esperienza di figli. Le storie delle rispettive famiglie di origine vengono esplorate in un momento ad hoc, ossia le sedute individuali riservate a ciascun partner all'inizio del percorso. Il protocollo EFT prevede che il terapeuta dopo una conoscenza iniziale della coppia, effettui due sedute individuali, una con ogni partner, in cui ricostruire la storia di vita e identificare gli episodi che hanno contribuito alla creazione di determinate risposte emotive. Dopodiché, vengo-

no riprese le sedute di coppia e gli elementi emersi nelle sedute individuali vengono utilizzati per intraprendere un percorso terapeutico, identificato da specifici steps e stages. All'interno del modello IDIPSI invece la strutturazione della presa in carico, dei tempi e dei modi è alquanto diversa:

1. nel lavoro con le coppie si predilige una coterapia. Colombari (2013) ha approfondito le motivazioni sottese alla scelta della coterapia e il perché solitamente si consiglia la presenza di un terapeuta uomo e un terapeuta donna. E' doveroso sottolineare che queste considerazioni nascono in un contesto, quello italiano, in cui è scontato pensare che le coppie in terapia siano prevalentemente eterosessuali. Nel modello IDIPSI non è ancora stata approfondita la possibilità di modificare il setting in caso di coppie omosessuali.
2. Oltre ai due terapeuti, vi è una equipe, che può essere dietro lo specchio unidirezionale durante la terapia, oppure può fornire supervisione a latere. Questo vale sia per i terapeuti in formazione, ma anche per i terapeuti più esperti. La presenza dell'equipe dietro lo specchio è fondamentale per il processo di ipotizzazione, circolarità, neutralità che guida la terapia in ogni istante: prima dell'incontro, durante la seduta e dopo.
3. Le sedute di terapia di coppia vengono proposte ad un mese di distanza una dall'altra, mentre la EFT propone sedute settimanali. IDIPSI propone sedute più distanti nel tempo perché ipotizza che il cambiamento avvenga tra una seduta e l'altra.
4. Nella presa in carico di coppia, qualora vi fosse la richiesta da parte di uno dei partner di un percorso individuale, ci si

rivolge a un terzo terapeuta che si occupi di tale percorso. Essendo il modello IDIPSI fortemente orientato alle “strutture che integrano i saperi” (Bateson, 1976), viene presa in considerazione anche la possibilità di collaborare con colleghi di orientamenti diversi, come è stato descritto da Ghiretti (2013).

5. La terapia EFT viene conclusa quando il terapeuta pensa che tra i coniugi si sia instaurato un legame sicuro e le nuove posizioni all'interno del sistema si siano consolidate, ossia quando si raggiunge lo Step 9. All'interno del modello IDIPSI non vi è una formulazione univoca riguardante la fine della terapia e la dimissione. Lo stesso Milan Team, a cui IDIPSI si ispira, ha rivisitato più volte la sua posizione in merito. Nel primo periodo, detto “paradossale”, in cui l'equipe era al completo, se scomparivano i sintomi si chiudeva la terapia. E questo avveniva anche nell'arco di poche sedute. Successivamente, vennero proposte terapie più lunghe, che guardavano oltre la scomparsa del sintomo. IDIPSI sicuramente è più orientata a questo modello, ma non necessariamente. Ravasini (2011) ha affrontato il tema della chiusura della terapia, incentrandosi principalmente sulla terapia individuale. Ferrari e colleghi (2012) invece hanno condotto una ricerca di follow-up su coppie e famiglie con cui è stato utilizzato il modello IDIPSI e a tal proposito scrivono: “il processo terapeutico per comodità si punteggia con il tempo che intercorre tra la prima seduta e l'ultima, ma, in un'ottica di Mente Batesoniana, è un processo di cui non si può stabilire l'inizio né la fine perché è nel tempo dell'individuo (sia del cliente che del te-

rapeuta), nelle sue relazioni passate e future” (p.90).

La breve disamina di queste differenze, riassunta in modo non esaustivo attraverso questi cinque punti, evidenzia come tra il modello IDIPSI e il modello EFT vi sia una differenza sostanziale riguardante la metodologia: la terapia focalizzata sulle emozioni si sviluppa attraverso un protocollo declinato in steps and stages, mentre il modello IDIPSI non propone alcun protocollo, ma anzi lavora agendo la premessa cecchiniana (1987) che “ogni seduta è sempre la prima”.

Da una parte abbiamo un terapeuta che assume per se stesso il ruolo di coreografo, mentre dall'altra il terapeuta vede se stesso come un danzatore che coreografa la danza passo dopo passo insieme agli altri danzatori, immerso nel movimento che egli stesso co-produce. Rispondendo alla domanda “Di chi sono le emozioni in terapia?” (Facchini, 2013) vediamo che da una parte le emozioni sono dei pazienti e/o del terapeuta, mentre dall'altra le emozioni sono del sistema. Per capire a fondo la differenza tra questi due modus operandi è pertanto necessario fare un salto di livello, ossia guardare all'epistemologia che vi è alla base.

Il modello IDIPSI si sviluppa basandosi su un'epistemologia che connette passato e futuro: lo sguardo al passato deriva dalle intuizioni batesoniane, così come dalle riflessioni derivanti dalla Seconda Cibernetica; lo sguardo al futuro conduce IDIPSI oltre la Seconda Cibernetica, grazie ai contributi della moderna neuroscienze, della mindfulness e al lavoro con il corpo in terapia.

La EFT nella sua declinazione sistemica invece è più legata ad una Cibernetica di Primo ordine, o meglio, abbraccia la Seconda Cibernetica, ma solo per quanto concerne

l'inserimento dell' osservatore nel sistema osservato (Von Foerster, 1987), tralasciando pur tuttavia le riflessioni successive a tale cambiamento di prospettiva. Per la EFT, nel passaggio da una Cibernetica all'altra cambia che cosa osservare, non come osservarlo. Ciò che pertanto non entra a far parte della sua epistemologia sono le formulazioni di Keeney (1983) sull'estetica del cambiamento, le idee di von Foerster, Maturana e Varela (1980) rispetto l'impossibilità di un'interazione istruttiva tra esseri viventi, le ipotesi Cecchiniane (1997) di irriverenza e di pregiudizi. Bateson direbbe che la "Emotionally Focused Therapy" si muove seguendo una "finalità cosciente" (1976), che porta con sé un'illusione di controllo, una logica di potere e un tipo di attenzione subordinata al compito. IDIPSI invece rifugge questo tipo di finalità e mette l'attenzione al centro: come fine, non come mezzo. L'attenzione che IDIPSI "prescrive" ai suoi terapeuti non è di tipo strumentale ma è "non giudicante, pienamente partecipata, unificata, interconnessa, saggia" (Restori, 2011, p.10).

Se da una parte quindi troviamo "l'attenzione finalizzata alla cura", dall'altra troviamo "la cura dell'attenzione" che non può concretizzarsi attraverso l'applicazione di un protocollo. Protocollo che, in quanto tale, viene guardato dal modello IDIPSI con atteggiamento irriverente. Fantasia, gioco e umorismo sono gli ingredienti che, come ci ricordano Riccò e colleghi (2011) facilitano l'assunzione di questo atteggiamento, il quale va sostenuto da un costante lavoro sui propri pregiudizi, dato che la relazione terapeutica avviene nell'incontro tra i pregiudizi della persona e quelli del terapeuta (Cecchin, 1997). Sempre di più si denota come l'epistemologia IDIPSI ponga una distanza tra se stessi e le proprie descrizioni,

mentre l'epistemologia EFT tra se stessi e ciò che descrivono. Cecchin (2003) direbbe che Susan Johnson e i terapeuti EFT guardano alle loro descrizioni, in particolar modo alla teoria dell'attaccamento, come se fossero "idee perfette", sposandole in pieno e finendo per reificarle. Questo fa sì che anche il modo di declinare la parte esperienziale del processo terapeutico avvenga in modo diverso. Entrambi gli approcci condividono la convinzione che il percorso terapeutico debba essere un elemento perturbante sul sistema e che, affinché questo avvenga, sia necessario lavorare e agire con le emozioni. Tale convinzione è dimostrata anche empiricamente, dato che sempre maggiori riconoscimenti ed evidenze derivanti dalla ricerca attestano che "l'arousal emozionale e l'intensità delle esperienze in terapia siano predittori di outcome positivi" (Johnson, 2013). La EFT applica questa idea facendo sì che i coniugi vivano in terapia un'esperienza nuova, correttiva, che si sviluppa grazie ad esercizi di apertura, svelamento, connessione, ammorbidimento ed impegno. Ma lo fa senza utilizzare il corpo. IDIPSI invece pone un grande rilievo al lavoro con il corpo in terapia, come sottolineato nell'articolo "Embodiment" di Restori (2011) o dall'approfondimento di Torsello (2012) sulle tecniche analogiche a cui IDIPSI si ispira. Ancora una volta vediamo come il terapeuta ispirato al modello IDIPSI metta a disposizione del sistema tutto sé stesso per favorire un processo di apprendimento imprevedibile e biunivoco, finalizzato non tanto al concetto di cura, ma piuttosto al concetto di ricorsività. Ossia l'idea che qualunque risultato raggiunto, qualunque distinzione fatta, non sia fine a sé stessa o finalizzata all'obiettivo strumentale della guarigione, ma serva piuttosto a generare



nuove domande. Trovo che questa sia la più profonda distinzione tra l'approccio EFT e l'approccio IDIPSI. Esaminando ad esempio le domande alla base dell'epistemologia della EFT, ossia: «Funziona? Funziona rispetto ad altri approcci? Come funziona, cioè: cosa deve accadere durante le sedute affinché avvenga il cambiamento? Cosa deve fare nello specifico il terapeuta per creare il cambiamento?» (Johnson, 2013), il terapeuta IDIPSI andrebbe piuttosto a chiedersi, citando "L'estetica del cambiamento" di Vincent Keeney (1985): «Come facciamo a sapere che una terapia è efficace? Come facciamo a sapere di sapere che una terapia è efficace? E poi ancora: Come facciamo a sapere di sapere di sapere?» (p.34). Questo tipo di sguardo vuole apportare riflessioni di un livello logico più alto, partendo dalla premessa che "l'universo deve espandersi per sfuggire ai telescopi con i quali noi, che siamo lui, cerchiamo di catturare lui, che è noi" (Spenser Brown, 1973, p.106). E questo vale sia per i pazienti che per i terapeuti, sia per malattie, che per le diagnosi. Per concludere, vorrei quindi lasciare ai lettori ciò che mi è rimasto dell'esperienza di formazione in "Emotionally Focused Therapy" a New York. Ovviamente, non delle risposte, ma delle nuove domande. In vero "stile IDIPSI".

#### 4. CONCLUSIONI?

Il modello IDIPSI, a differenza della EFT, nasce e vive in un contesto di cura pubblico. Ad oggi la realtà pubblica permette a sempre meno persone di lavorare nel servizio pubblico e a sempre meno utenti di accedervi. O meglio, la tipologia di utenti che vi accede è solo quella più grave. Ne rimane esclusa la popolazione meno sintomatica, più normotipica. La terapia di coppia è una terapia del "malessere quotidiano",

non psichiatrico, ed è sempre più richiesta. Non essendovi i servizi pubblici atti ad accogliere e prendere in carico questo tipo di domande, le coppie in difficoltà devono necessariamente rivolgersi al privato. Come può IDIPSI aggiornare, rinnovare, adattare il suo punto di vista a tale dato di realtà e formare terapeuti pronti a lavorare in un contesto privato, con i mezzi e i vincoli di tale contesto?

Il modus operandi di IDIPSI, in cui il tempo è considerato una variabile sistemica e idiosincronica, deve fare i conti con una realtà, quella privata, in cui "il tempo è denaro". Come può rispondere ad una esigenza di efficacia in tempi brevi senza contaminare il suo pensiero?

Quanto la nostra cultura si sta avvicinando sempre più ad una cultura americana in cui la famiglia è una "famiglia a due"? Quanto IDIPSI è pronta a lavorare con questo tipo di premessa e quanto invece l'idea che la famiglia sia trigenerazionale è un'"idea perfetta"?

Perché non sistematizzare in modo più specifico le teorie, le tecniche e le premesse sulla coppia in sé, invece che considerarla necessariamente come sottosistema di un asse trigenerazionale?

Può essere utile ad IDIPSI, come lo è stato per la EFT, farsi conoscere e riconoscere dalla popolazione in quanto "scuola di psicoterapia creatrice di un nuovo metodo" o è più estetico rimanere "dietro le quinte" di Cointetica?

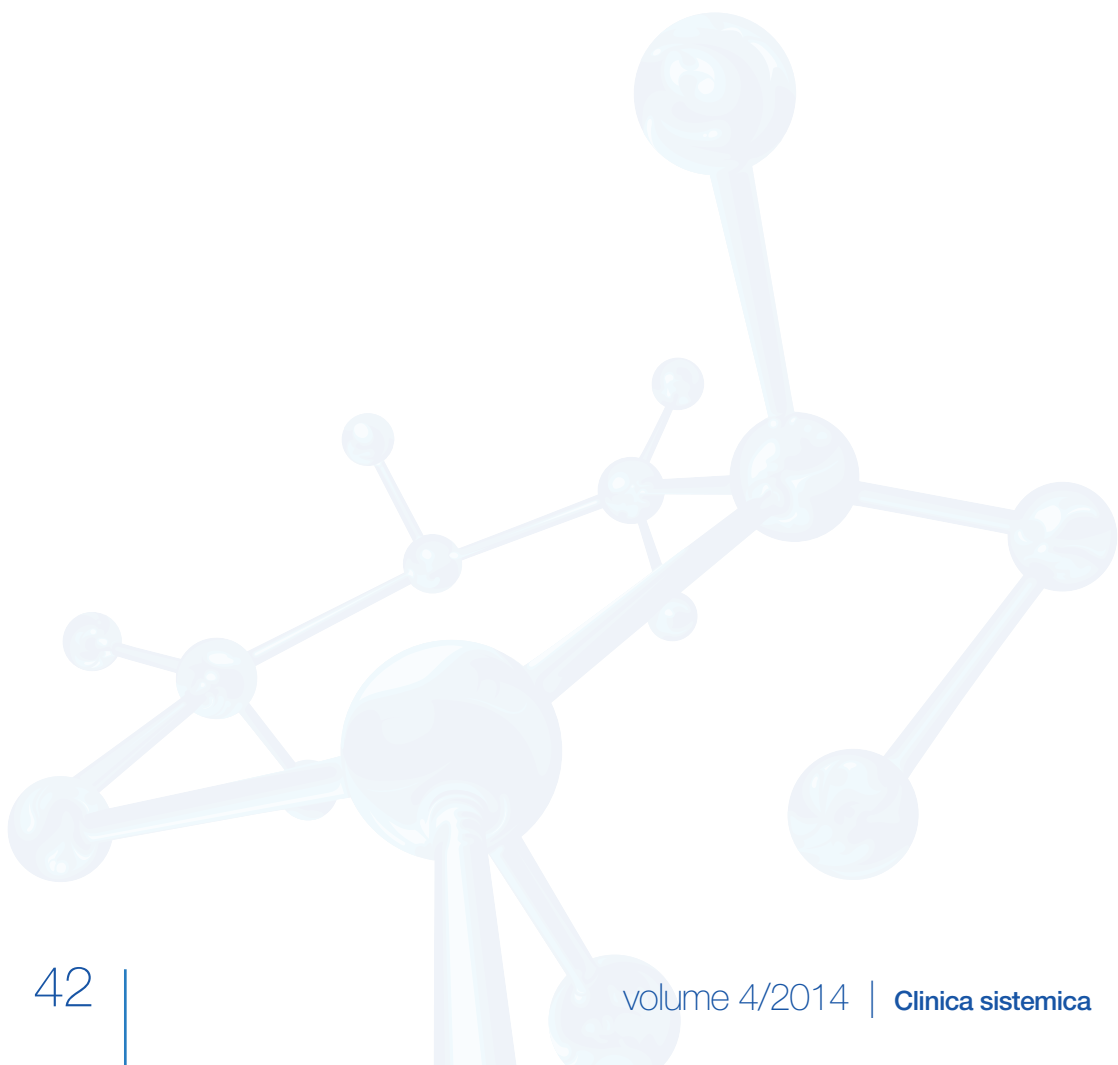
Come può IDIPSI creare una validazione empirica al proprio modello senza cadere nella trappola della reificazione?

## Bibliografia

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Book.
- Bradley, J.M., & Palmer, G. (2003). *Attachment in later life: Implications for intervention with older adults: In S.M. Johnson & V. Whiffen (Eds.)*, Attachment processes in couple and family therapy (pp.281-299). New York: Guilford Press.
- Brown, G.S. (1973). *Laws of form*. New York: Bantam Books.
- Caillé, P. (2010). *Conti e racconti nella relazione di coppia*. Psicobiettivo, 2, 1-15.
- Castellano, R., Velotti, P., Zavattini, G. C. (2010). *Come si fa a restare insieme*. Bologna: il Mulino.
- Cain, D. (2002). *Defining characteristics, history and evolution of humanistic psychotherapies*. In : D. Cain & J. Seeman (Eds.), Humanistic psychotherapies (pp.3-54). Washington, DC:APA Press.
- Caltieri, S. (2013). *Diventare "terapeuta come persona": riflessioni su pregiudizi e storia personale come risorse per la terapia*. Cambia-menti, 2, 31-44.
- Cecchin, G. (1987). *"Hypotesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity"*. Family Process, 26, 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray,W. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milano:Raffaello Cortina.
- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). *Idee perfette*. Milano: Franco Angeli.
- Colombari, B. (2013). *I movimenti nella relazione tra i terapeuti: la co-terapia*. Cambia-menti, 2, 61-74.
- Davila, J. (2001). *Paths to unhappiness: Overlapping courses of depression and romantic dysfunction. In S.R.H. Beachmn (Ed.), Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice (pp.71-87)*. Washington, DC: APA Press.
- Denton, W., Bureson, B.R., Clark, T.E. Rodriguez, C. P., Hobbs, B.V. (2000). *Arandomized trial of emotion-focused therapy for couples in a training clinic*. Journal of Marital and Family Therapy, 26, 65-78.
- Dessaulles, A., Johnson, S.M. & Denton, W.H. (2003). *Emotion focused therapy for couples in the treatment of depression: a pilot study*. American Journal of Family Therapy, 31, 345-353.
- Facchini, F. (2013). *Di chi sono le emozioni in terapia?* Cambia-menti, 2, 45-60.
- Ferrari, D. (2013). *Verso un'estetica della relazione: l'Analisi Didattica IDIPSI*. Cambia-menti, 2, 17-30.
- Ferrari, R., Riccò, A., Ferrari, D. (2012). *Osservare i processi della terapia familiare: un'esperienza di follow up*. Cambia-menti, 3, 87-103.
- Ghiretti, G. (2013). *Tra Bateson e Perls: sistemi, emozioni e corpo in relazione*. Cambia-menti, 1, 27-38.
- Greenberg, L.S. & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Hetherington, M.E. & Kelley, J. (2001). *For better or for worse: Divorce reconsidered*. New York: Norton.
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally Focused Couple Therapy with trauma survivors: strengthening attachment bonds*. New York:Guilford Press.
- Johnson, S. (2012). *Stringimi forte*. Istituto di Scienze Cognitive Editore. Sassari.
- Johnson, S. (2013). *Creare relazioni. Manuale di terapia di coppia focalizzata sulle emozioni*. Istituto di Scienze Cognitive Editore. Sassari.
- Josephson, G. (2003). *Using an attachment base intervention for same sex couples*. In S. Johnson &V. Whiffen (Eds.), *Attachment processes in couples and family therapy* (pp.300-320). New York: Guilford Press.
- Keeney, B.P. (1985). *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio.
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Newton, T.L. (2001). *Marriage & Health: His and Hers*. Psychological Bulletin, 127, 472-503.
- Kim, H.S., Sherman, D.K., Taylor, S. E. (2008). *Culture and social support*. American Psychologist, 63(6), 518-526.
- Kowal, J., Johnson, S.M. & Lee, A. (2003). *Chronic Illness in couples: A case for Emotionally Focused Therapy*. Journal of Marital and Family Therapy, 29, 299-310.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1985). *Autopoesi e cognizione*. Venezia: Marsilio Editori.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1981). *Family Therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Nichols, M.P. (1993). *Family*



- healing. New York: The Free Press.
- Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F. (2012). *Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio*. Cambiamenti, 1, 7-16.
  - Palazzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). *Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*. Terapia Familiare, 7, 7-19.
  - Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of America community*. New York: Simon & Schuster.
  - Ravasenga, P., Bruschi, G. (2013). *Teoria e clinica della sofferenza psicologica nelle relazioni affettive significative: un contributo sistemico integrato*. Cambiamenti, 2, 5-16.
  - Ravasini, A. (2011). *La chiusura dei percorsi*. Cambiamenti, 4, 17-30.
  - Restori, A. (2011). *Attenzione sensibile al contesto*. Cambiamenti, 3, 5-11.
  - Restori, A. (2013). *Embodiment. Il corpo in relazione*. Cambiamenti, 1, 15-26.
  - Riccò, A., Tarantino, R., Celestre, M., Negri, A. (2011). *"I luoghi dell'irriverenza"*. Cambiamenti, 3, 19-36.
  - Rogers, C. (1951). *Client-Centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
  - Shaver, P. & Clarke, C.L. (1994). *The psychodynamics of adult romantic attachment*. In J.Masling & R. Bornstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theory* (pp.105-156). Washington, DC: American Psychological Association.
  - Taylor, S. E. (2002). *The tending instinct*. New York: Times Books: Holt & Co.
  - Telfener, U. (2006). *Ho sposato un narciso*. Roma: Castelvecchi Editore.
  - Torsello, A. (2012). *Una riflessione sistemica: dal Corpo alla metafora*. Cambiamenti, 3, 49-63.
  - Twenge, J.M. (2000). *The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism*. Journal of Personality and Social Psychology, 79, 1007-1021.
  - Varela, F.J. (1992). *Un know-how per l'etica*. Roma-Bari:Laterza.
  - Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
  - Whisman, M.A. (1999). *Marital dissatisfaction and psychiatric disorders*. Results from the National Co-morbidity Study. Journal of Abnormal Psychology, 108, 701-706.
  - Whitehead, A.N. (1925). *Science and the Modern World*. New York: Free Press.



# Sul potere della parola, ovvero l'arte di fare psicoterapia

Silvia Vescovi <sup>6</sup>

## Sommario

Il presente contributo intende essere uno spunto di riflessione sulla grande sensibilità alle parole che uno psicoterapeuta è naturalmente chiamato a sviluppare. In tal senso la psicoterapia è l'arte di saper entrare nel mondo del paziente cogliendone parole-chiave, metafore, ridondanze, immagini significative e saperne fare accurato uso. Se il terapeuta riesce a porsi in sintonia con il modo di conoscere e di sentire del proprio paziente, può mirare dritto non solo alla mente, ma anche al corpo, alle emozioni e a provocare cambiamenti o nuove visioni della realtà, in un perfetto esempio di ricorsività e circolarità.

L'autrice fa un rapido excursus sul potere della parola nel passato e successivamente agli albori della teoria sistemica applicata alla psicoterapia fino ai tempi più moderni dell'approccio di Milano, soffermandosi sul parallelismo tra terapeuta sistemico e retore classico enunciato da Boscolo e Bertrando (1996); vengono quindi analizzati importanti concetti e costrutti introdotti dalla scuola sistemica, quali le parole-chiave, le metafore, la depatologizzazione del linguaggio, la connotazione positiva.

Il contributo presenta inoltre in estrema sintesi due esperienze personali dell'autrice effettuate in due differenti contesti, che intendono mettere in luce quanto le parole possano liberare la mente del paziente ed aprirla a visioni di sé nuove, sbloccare situazioni rigide, gettare le basi per un rapporto terapeutico fondato sulla fiducia.

## Parole chiave

Parola, parole-chiave, metafora, retorica, connotazione positiva, depatologizzazione.

## Abstract

*The aim of this paper is to provide food for thought on the great sensitivity to the words, a skill any psychotherapist has to develop. Psychotherapy is, in fact, the art of knowing how to enter into the world of the patients understanding their key words, metaphors, redundancies and meaningful images, in order to learn how to make an accurate use of them. If the therapist succeeds in staying tuned and is able to empathise with the patients, s/he can then get straight to their mind, body and emotions, bringing about changes or new visions of reality, in a perfect example of recursion and circularity. Moving from a rapid survey on the power of the word in the past, and then at the dawn of modern system theory applied to psychotherapy up to more modern times of Milan's approach, makes a nod to Boscolo and Bertrando (1996) that refers to the parallel between the systemic therapist and the classical rhetori-*

---

<sup>6</sup>Allieva Secondo anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: vescovi.silvia@libero.it

cian. Some relevant concepts introduced by the systemic school such as key words, metaphors, the depathologization of language and the positive connotation, will also be illustrated. Finally, this paper will briefly outline two first-hand experiences the author has gone through in two different contexts. These experiences have proved that words can free the mind of the patients, opening it to new visions of themselves. The words help to unlock rigid situations and to lay the foundation for a therapeutic relationship based on trust.

### **Key words**

*Word, key-words, metaphor, rhetoric, positive connotation, depathologization.*



«Originariamente le parole erano magie e, ancor oggi, la parola ha conservato molto del suo antico potere magico. Con le parole un uomo può rendere felice l'altro o spingerlo alla disperazione, con le parole l'insegnante trasmette il suo sapere agli allievi, con le parole l'oratore trascina con sé l'uditorio e ne determina i giudizi e le decisioni. Le parole suscitano affetti e sono il mezzo comune con il quale gli uomini si influenzano tra loro. Non sottovaluteremo quindi l'uso delle parole nella psicoterapia. »

S. Freud<sup>7</sup>

## PAROLE ANTICHE, PAROLE MAGICHE

Fin dall'antichità il potere delle parole era ben conosciuto in culture, Paesi, epoche, strati sociali differenti. La parola poteva risplendere di una luce magica, sacra, salvifica oppure sinistra e distruttrice. Talvolta si fondeva con gesti e azioni, oggetti e rituali. "Abraq ad habra", la formula magica per eccellenza, è un'espressione in lingua aramaica assai in uso nella magia mistica antica e per tutto il Medioevo a scopo rituale e taumaturgico e significa "creo quello che dico".

La creazione nella Genesi racconta che Dio ha creato il mondo con le parole "Sia fatta la Luce"; nel Nuovo Testamento Giovanni inizia con "In principio era il Verbo, il Verbo era presso Dio e il Verbo era Dio".

Anche nella tradizione indiana induista il potere delle parole è noto: pensiamo solo al potere dei mantra, dei canti vedici, o all'importanza data al suono primordiale, "aum" ("om" nella pronuncia) che rappresenta la sillaba con cui si è manifestato l'intero universo: essa rappresenta i tre stati dell'uomo (veglia, sogno e sonno profondo), i tre stati del giorno (mattino, pomeriggio, sera), le tre facoltà (azione, cognizione, volontà). L'ohm viene pronunciato durante le sedute di meditazione, per entrare in sintonia con

la vibrazione dell'universo e diventare unica cosa con l'universo stesso.

Don Miguel Ruiz, erede degli antichi saggi e veggenti Toltechi, figlio di uno sciamano e una guaritrice, nel suo libro "I Quattro Accordi" volto a trasmettere quattro regole di comportamento per liberarci da credenze autolimitanti e trasformare la nostra vita, pone come primo accordo "sii impeccabile con le parole".

E si parla spesso anche di parole che curano. Tra i Sami, una popolazioni della Lapponia, ci sono sciamani chiamati "dottori della parola", perché riescono a portare la guarigione con il potere delle parole e delle canzoni.

Nel Medioevo le erboriste, ovvero le presunte streghe, pronunciavano parole per accompagnare i loro gesti e medicinali con le erbe; spesso erano parole "sacre", altisonanti, che rimandavano alla protezione dei santi, o parole in latino.

Così ancora oggi come un tempo le nostre "guaritrici", anziane signore che ancora abitano piccoli paesi di montagna o di periferia, "dicono le parole" quando sono chiamate a "segnare" una storta, il fuoco di Sant'Antonio o il mal di testa, e perfino la paura.

L'analogia con le figure terapeutiche del passato e l'attuale psicoterapeuta è sicura-

---

<sup>7</sup>Introduzione alla psicanalisi. Prima serie di Lezioni (1915-17, p. 201).

mente in parte azzardata, ma intende essere una mera suggestione sul vero punto di contatto che si può trovare nell'importanza attribuita alle parole e nella grande sensibilità al loro uso che un terapeuta è chiamato a sviluppare.

## **L'IMPORTANZA DEL LINGUAGGIO NELLA PSICOTERAPIA SISTEMICA**

Verso gli anni '70 la teoria sistemica applicata alla psicoterapia ha iniziato a considerare l'aspetto pragmatico del linguaggio, in linea con l'approccio di Palo Alto; quando i contributi di Gregory Bateson si sono posti all'attenzione dei terapeuti della famiglia, questi si sono aperti anche all'aspetto semantico, quindi ai sistemi di significato, e a quello sintattico (ad esempio all'uso dei modi e dei tempi verbali). È a partire dagli anni '80 con l'avvento del costruttivismo, della cibernetica di secondo ordine e del costruzionismo, che il linguaggio è diventato fondamentale nella terapia sistemica ed ha iniziato ad essere visto non più solo come uno strumento di conoscenza e come un mezzo, ma anche come un fine. Pertanto, osservando il linguaggio del paziente, possiamo avere un'idea di come questi costruisce la realtà e, attraverso l'uso di certe parole, metafore, immagini possiamo cambiare la sua visione della realtà.

Come affermano Maturana e Varela (1984), la realtà emerge nel linguaggio attraverso il consenso e, al tempo stesso, i significati del linguaggio sono dati dal ricevente. «È all'interno del linguaggio stesso che l'atto conoscitivo (...) ci offre il mondo a portata di mano. Ci realizziamo in un mutuo accoppiamento linguistico, non perché il linguaggio ci permette di dire quello che siamo ma perché siamo nel linguaggio (...)» (pp.190-191). I dati di partenza sono sempre quelli forniti

dal paziente, captati sulla base della sensibilità, dell'attenzione, delle esperienze del terapeuta; è in primis attraverso le espressioni, le parole, le metafore che usa il paziente, le sue ridondanze, i suoi messaggi analogici (sguardi, toni di voce, gestualità) che partiamo per comprendere come questi è solito costruire e leggere la realtà. Analoga importanza hanno le espressioni verbali e non verbali peculiari del terapeuta e l'effetto che queste producono sul paziente. Una delle abilità del terapeuta diviene pertanto quella di saper utilizzare le espressioni linguistiche dell'altro, al fine di penetrare nella sua sfera emotiva e facilitare il dialogo terapeutico; "interiorizzando" il paziente, sviluppando un'attenzione e una sensibilità peculiari al suo mondo, il terapeuta va naturalmente nella direzione di creare immagini, racconti metaforici, parole-chiave che fanno breccia nella mente, talvolta rigida e lineare, dell'altro stimolando riflessioni, idee, agiti nuovi. Non a caso, uno dei segnali che fa propendere per un buon andamento della terapia è spesso il cambiamento nel repertorio di parole, espressioni, metafore, aree semantiche del nostro paziente.

## **DAL RETORE CLASSICO AL TERAPEUTA SISTEMICO**

Boscolo e Bertrando (1996) hanno enunciato l'esistenza di due tipologie differenti di retorica (definita da Aristotele come la "facoltà di scoprire in ogni argomento ciò che è in grado di persuadere"): quella avente come obiettivo il persuadere l'altro, ponendosi in questo senso come prima disciplina ponte tra pensiero e azione, al contrario della logica, che scindeva le due realtà; e la retorica "della imprevedibilità". Quest'ultima ha come aspetto solo secondario quello della persuasione, ma è piuttosto un modo di



agire con le parole in modo da creare un contesto in cui possano emergere nuovi significati. «In primo luogo la retorica è l'arte (o artigianato, non certo la scienza) in cui la parola, il discorso, contano in tutti i loro aspetti, in cui i significanti diventano importanti quanto i significati» (Boscolo e Bertrando, 1997, p. 15).

La retorica mira allora a suscitare nell'ascoltatore emozioni tali da determinare un cambiamento nel suo pensare e nel suo agire.

Una prima analogia tra la retorica e il linguaggio terapeutico è che essa rinuncia alla ricerca della verità, poiché come per il terapeuta anche per il retore esistono molteplici realtà e punti di vista.

Un altro punto di contatto è naturalmente il mezzo di cui si servono entrambe: la parola, che diventa allo stesso tempo anche azione. L'evocazione dell'azione avviene attraverso un linguaggio ricco di metafore e immagini, che avvicina la retorica alla poetica; è un'azione intesa non solo nel senso fisico del fare, ma anche del sentire emozioni.

«(...) riferendoci al linguaggio comunicativo, possiamo dire che quando ci rivolgiamo ad un'altra persona con le parole: ti amo, ti odio, ti credo, queste parole implicano un coinvolgimento personale nell'evento della parola, la quale non può essere considerata un puro segno di qualcos'altro, ma viceversa come apportatrice in qualche modo della realtà stessa significata. Nella parola "ti amo" l'amante dona realmente all'amata ciò che è significato dalla parola, così che quella parola diviene un "evento" capace di suscitare in lei la realtà che viene evocata, in un coinvolgimento personale ed interiore» (Mura, n. d., p.14 -15).

La parola viene altresì usata ed è valida in

tutti suoi aspetti in terapia come nella retorica: il tono in cui pronunciamo certe parole, il modo in cui le ripetiamo o le pronunciamo, le pause, i silenzi tra una parola e l'altra sono altrettanto importanti del significato. Raccontano Boscolo e Bertrando (1993) che il gruppo originale di Milano composto da Selvini Palazzoli, Prata, Boscolo e Cecchin inviò a Gregory Bateson una serie di interventi di reframing dell'equipe stessa durante sedute terapeutiche per avere un parere, ma Bateson rispose loro che non poteva farlo in quanto -scrive- «io non sono a conoscenza del tono con cui i vostri messaggi sono stati comunicati, quindi non posso esprimere alcun giudizio sul loro effetto» (p. 254).

Tornando alle similitudini, il terapeuta sistemico e il retore classico cercano di cambiare le premesse dei propri interlocutori attraverso il linguaggio e le emozioni prodotte e create all'interno del dialogo attraverso parole, espressioni polisemiche e ricche di connotazioni e metafore. Ma la differenza più forte è che il retore ha una sua tesi da sostenere, mentre il terapeuta sistemico, a differenza di terapeuti di orientamenti differenti, crea più di una tesi da sostenere e poi da abbandonare, ha ipotesi temporanee che valgono talvolta solo per un tempo limitato e poi vengono trascurate, trasformate o riviste.

La retorica del terapeuta sistemico è inseribile in un processo di esplorazione congiunta che si avvale principalmente di domande volte a stimolare l'autoanalisi e la riflessione, eviterà il più possibile di cadere nella "retorica del prestabilito" ma prediligerà la "retorica dell'imprevedibilità", la quale comunica che non esiste una verità ma una molteplicità di punti di vista; questo toglie il terapeuta dalla posizione di infallibilità, evi-

tando altresì la passività del paziente. Le storie che noi raccontiamo le deriviamo dai dati del cliente, filtrate dalle nostre esperienze e pregiudizi e arricchite dalle metafore del nostro archivio interno e lasciamo che sia il cliente a trovar loro un senso (Boscolo e Bertrando, 1996). Fondandosi su tale posizione ermeneutica il pensiero del terapeuta sistemico, privilegiando le domande alle risposte, la molteplicità dei punti di vista possibili, la connessione tra persone, cose, eventi attraverso metafore, è in grado di liberare il cliente da una visione rigida e lineare della realtà. Come ci direbbe la recente prospettiva narrativa (White, 1992) potremmo dire che il cliente viene aiutato a liberarsi da storie divenute pesanti e foriere di sofferenza per raccontarsi nuove storie in cui prendono spazio nuove modalità di leggere la realtà in senso circolare, nuovi sistemi di significato.

### **PAROLE CHE LASCIANO UN SEGNO: PAROLE-CHIAVE E METAFORE**

Se pensiamo al linguaggio che si crea nel contesto terapeutico come ad un processo di reciprocità tra cliente e terapeuta, tale reciprocità può essere pensata come il risultato degli effetti delle parole e delle emozioni del terapeuta sul cliente e, al tempo stesso, degli effetti delle parole e delle emozioni del cliente sul terapeuta. Dal linguaggio verbale e analogico del cliente, il terapeuta trae orientamento sui significati che questi attribuisce alle sue parole, domande, racconti, metafore. (Boscolo e Bertrando, 1997).

Le cosiddette parole-chiave sono parole che provengono dal cliente, a cui questi sembra attribuire una particolare importanza, oppure sono parole che provengono dal terapeuta, ritenute utili per denominare un'azione, una situazione, un'emozione,

una relazione e spesso racchiudono più significati diversi, creando intenzionalmente ambiguità ed elasticità di lettura.

«Frequentemente le parole chiave evocano momenti significativi della vita di relazione, sono parole-ponte atte a collegare mondi diversi e contrapposti. Possono creare stati di ambiguità, per la loro natura polisemica; attivare corto circuiti tra i tre diversi livelli della cognizione, dell'emozione, dell'azione, generando un percorso a spirale che non ha inizio né fine » (Boscolo et al. 1991, p 45.)

È esemplificativa l'espressione che Mara Selvini Palazzoli e la sua équipe utilizzano in luogo di "malattia" nei loro dialoghi terapeutici con famiglie con paziente anoressica o psicotico: "sciopero", che sottolinea sia l'aspetto dell'intenzionalità da parte del paziente designato dei suoi comportamenti visti come patologici, sia una cornice temporale circoscritta nel tempo, con un inizio e una fine, sia connotando tale evento come dotato di una finalità e soprattutto con una valenza relazionale. In tal modo il paziente potrà essere visto come una persona che soffre, che attua volontariamente taluni comportamenti e che quindi potrà anche cambiarli o farli cessare, in relazione agli altri significativi della famiglia (Boscolo et al., 1991, p 45.).

La metafora presenta diverse applicazioni o ambiti ma una risulta essere peculiare: il contesto psicoterapeutico, all'interno del quale viene ad essere principalmente una modalità comunicativa che può avere la stessa pregnanza che nella poesia. La metafora è anche frutto di immaginazione creativa, nella comunicazione umana come nell'arte. La letteratura ci insegna che la figura metaforica è meno invasiva di semplici asserzioni poiché induce inconsa-

evolvemente interrogativi che modificano, ristrutturano, cambiano gli script del destinatario. Questi ultimi costituiscono gli schemi propri di un sistema-individuo e di un sistema-famiglia nell'approcciare al mondo e alla quotidianità. Nello specifico la metafora viene utilizzata dal terapeuta allo scopo di enucleare un ampio ventaglio di scelte al paziente/cliente; scelte, ipotesi ed idee che non sono evidenti agli occhi dell'individuo in terapia. Si fa pertanto ricorso ad aneddoti e racconti, per narrare di qualcosa senza che abbiano una diretta connessione con la situazione terapeutica. In questo modo si stabiliscono connessioni implicite, messe in luce dalla metafora.

Gregory Bateson ha più volte sottolineato il ruolo svolto dalla metafora nella conoscenza. La metafora è espressione artistica delle emozioni e costituisce il senso relazionale e emozionale condiviso dal gruppo. Per Bateson, attratto da tutte le espressioni dell'inconscio, l'arte, i riti, il sacro, la metafora è il principio con cui l'intera struttura degli esseri viventi è messa insieme: è una struttura che connette, una struttura che caratterizza l'evoluzione di tutti gli esseri viventi.

La metafora inoltre, comprende tutti i processi di conoscenza e di comunicazione che dipendono da asserzioni o ingiunzioni di somiglianza, comprese l'omologia, l'empatia e l'abduzione (cfr. la voce "metafora" del glossario in Bateson M.C., 1987, trad. it. 1989, p. 315).

Per Watzlawick (1978) le metafore sono forme espressive che agiscono principalmente a livello analogico, aggirando le razionalizzazioni difensive dei pazienti ed attivando in funzione terapeutica la sfera intuitiva ed emotiva della personalità tipica dell'emisfero destro. Mentre Minuchin (1976) parla di uso di metafore spaziali e organizzative (sia

nella descrizione dei problemi, sia nell'individuazione dei percorsi risolutivi) e introduce le metafore per identificare la realtà strutturata metaforicamente dalla famiglia. Secondo l'autore la famiglia costruisce la sua realtà attuale ed è compito del terapeuta selezionare "dalla cultura stessa della famiglia" le metafore che simbolizzano la sua realtà specifica e usarle come un'etichetta che indica la realtà familiare e suggerisce la direzione del cambiamento.

Le metafore sembrano organizzare, insieme alle narrazioni, molti dei nostri vissuti ed esperienze. «Esse offrono orizzonti di senso, perché sembrano in grado di inquadrare gli eventi della vita in cornici di comprensione pre-formate» (Sbattella, 2012, p.10).

Fare psico-terapia significa spesso favorire il cambiamento delle relazioni disfunzionali e poiché esse sono costituite da pattern emotivi-comportamentali, ma anche cognitivi, fare terapia significa a volte puntare sul cambiamento delle metafore di riferimento (Barker, 1987).

Le metafore generate dal paziente portano in luce la personale esperienza e il personale sistema di significati di ciascun paziente individualmente inteso, dato che la metafora tipicamente incorpora influenze culturali soggettive piuttosto che generalizzazioni e stereotipi culturali.

Occorre però mettere in luce la seguente considerazione di Sbattella (2012): «né le metafore né le singole parole che implicano similitudini risultano utili, se parlano di realtà non veramente conosciute dall'ascoltatore. Per accostare l'ignoto attraverso il noto – si potrebbe dire – quest'ultimo deve essere ben conosciuto. Metafore non fondate sull'esperienza diretta dunque sono inutili, fuorvianti o addirittura dannose. Similmente, metafore mal costruite o superficiali

sono disorientanti, perché fanno credere di disporre di strumenti per conoscere una realtà non nota attraverso immagini padroneggiate in modo molto approssimativo» (p. 9).

Milton Erickson, che utilizzava l'ipnosi nelle sue sedute di psicoterapia, amava raccontare ai suoi pazienti, così come ad allievi e colleghi, racconti metaforici, aneddoti, storie bizzarre o spiritose, episodi frutto di fantasia o realmente accaduti. Chi lo conosceva sapeva bene quanto in realtà fossero strumenti raffinati, ricchi di ingegno e fascino, concepiti per aprire la mente dell'interlocutore a intuizioni nuove e insospettite che conducevano a un sorprendente esito terapeutico. Il suo raccontare era tipicamente arricchito da pause, sorrisi, occhiate penetranti, nonché da un uso peculiare e magistrale del tono di voce. Chi scrisse la prefazione ai racconti di Erickson, riconobbe la difficoltà di «dare un resoconto del lavoro di Erickson, per via del suo strano modo di porsi a metà strada tra il guaritore e il poeta, tra lo scienziato e il bardo» (Hoffman, 1983, p. 7). Gli aneddoti, gli apologhi, i racconti utilizzati da Erickson, così come in generale le metafore che si usano in psicoterapia, hanno il vantaggio di rafforzare il ricordo, rinforzando meglio l'idea sotterranea e di comunicare simultaneamente con la mente conscia e con la mente inconscia.

Mentre si dà alla mente razionale un messaggio che la tiene "occupata", si invia un altro messaggio terapeutico alla mente inconscia. Questo concetto della metafora come un tipo di comunicazione a due livelli, che può suscitare una risposta comportamentale nuova, è ben illustrato dal lavoro di Erickson con un paziente di nome Joe, che faceva il fioraio e che si trovò tutto a un tratto debilitato da un cancro in fase terminale.

Non essendo abituato né al dolore né alle limitazioni, Joe non cessava di lamentarsi e di opporsi all'assunzione dei farmaci per il controllo del dolore. Sapendo che Joe non voleva neppure sentire nominare la parola ipnosi, Erickson usò una lunga metafora sulla pianta di pomodoro (non casuale, che l'uomo poteva conoscere molto bene considerato il tipo di lavoro che svolgeva) come veicolo di suggestioni indirette e all'apparenza non ipnotiche di speranza, benessere e guarigione. Di seguito riporto un breve frammento (Il corsivo è nel testo originale e sta a indicare le suggestioni disseminate nel discorso):

"Ora mentre le parlo, e posso farlo *comodamente*, desidero che lei *mi ascolti comodamente* mentre parlerò di una pianta di pomodoro. E' una strana cosa di cui parlare. Essa rende uno *curioso*. *Perché parlare di una pianta di pomodoro?* Si pianta un seme di pomodoro nel terreno, e poi uno si sente pieno di speranza che diventi una pianta di pomodoro che *poi darà soddisfazione* con i suoi frutti. Il seme assorbe acqua, e lo fa *senza molta difficoltà* grazie alla pioggia che reca pace e benessere e la gioia di crescere ai fiori e ai pomodori... Sì, Joe, io sono cresciuto in una fattoria, e penso che un seme di pomodoro sia una cosa meravigliosa; *pensi, Joe, pensi* che in quel piccolo seme *dorme in maniera così riposante, tanto rilassata*, una bellissima pianta che deve ancora crescere, e che recherà delle foglie e dei rami tanto interessanti. Le foglie, i rami sono così belli, quel ricco, splendente colore, lei può veramente sentirsi felice nell'osservare quel seme di pomodoro, pensando a quella meravigliosa pianta che esso contiene, *che dorme, riposa rilassato comodamente, Joe*" (Haley, 1976, p.273).

Si racconta che Erickson riuscì a far diminuire a Joe la percezione del dolore, nonostante il tumore continuasse a diffondersi, tanto che i farmaci non furono più necessari.

## PAROLE CHE SBLOCCANO E LIBERANO: LA DEPATOLOGIZZAZIONE DEL LINGUAGGIO

La depatologizzazione, importante concetto emerso negli anni '80, implica il non utilizzare un linguaggio patologico, ma parole, espressioni, predicati verbali che offrano maggiori possibilità di liberare il cliente dal ruolo di "diverso" e far emergere descrizioni, storie, che aprano percorsi evolutivi di "normalità", togliendolo dal duplice rischio di favorire i cosiddetti vantaggi secondari della malattia, nonché rappresentare una profetia che si autorealizza. Una visione positiva e un dialogo depatologizzante rappresentano altresì due facce dell'atteggiamento di accettazione del cliente.

«Riteniamo che tra le fonti principali dell'ansia, dell'insicurezza e dei loro equivalenti sintomatici, vi siano relazioni presenti e passate in cui modalità di squalifica, di disconferma e di negazione da parte degli altri significativi abbiano condotto a una parziale o totale delegittimazione del soggetto» (Boscolo e Bertrando, 1996, p. 81).

Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (1975) raccontano che, passati dal modello individuale al modello sistemico, dovettero fare i conti con i condizionamenti dettati dal modello linguistico secondo cui «il predicato che noi attribuiamo a un soggetto sarebbe una qualità a *lui inerente* (...) e non una funzione nel rapporto(...). Ad esempio, se un tizio appariva molto triste, noi concludevamo che era molto triste e cercavamo anche di capire perché (...)» (p. 23).

Per riuscire a liberarsi da tali condizionamenti, la scuola di Milano sentì l'esigenza di sostituire l'uso del verbo essere con il **verbo apparire** e talvolta a questo l'uso del verbo mostrare. «Una volta di più ci convincemmo come l'uso del verbo essere ci condannasse a pensare secondo il modello lineare, a fare punteggiature arbitrarie, a indagare sulla realtà di indecidibili, a postulare il momento causale perdendoci nei meandri di infinite ipotesi esplicative» (p. 24).

E pensiamo a quanto questo differente utilizzo di predicati verbali possa colpire un paziente che asserisce di **essere depresso** e sente pesare su di sé l'etichetta **dell'essere malato**, come una qualità intrinseca e immutabile.

Anche nel saggio che Gianfranco Cecchin (2006) scrive a proposito di Von Foerster, ricorda che per il fautore della cibernetica di secondo ordine i sistemi umani che soffrono sono sempre sistemi bloccati. «D'altro canto questo blocco è insito nel linguaggio legato all'uso continuo del verbo "essere". Per descrivere le persone, noi li chiamiamo "esseri umani", invece di "divenire umani". I nostri giochi linguistici bloccano i sistemi perché, nella nostra visione "essenzialista", facciamo una fotografia. La fotografia blocca il sistema» (p. 38). E ancora, scrive Cecchin: «secondo noi, l'arte che abbiamo imparato consiste nell'evitare il più possibile di usare il verbo "essere" all'indicativo presente ("è schizofrenico", "è un abusante", "sei anoressica", ma anche "sei un cretino", "sei cattivo") e di evitare di usare concetti causali e lineari. Mentre la maggioranza delle conversazioni umane in Occidente si basa su chi è la causa di qualcosa, su chi ha fatto diventare il figlio "schizofrenico", la figlia "anoressica", oppure "lesbica" ecc...» (p. 40).

All'interno del più vasto concetto di "depatologizzazione" del linguaggio, può essere inserito anche un ulteriore movimento terapeutico che la scuola di Milano chiamava "connotazione positiva" e che, fra le varie funzioni, ci permette di: «mettere tutti i membri della famiglia sullo stesso piano, in quanto complementari in rapporto al sistema, senza connotarli moralisticamente in alcun modo, evitando così di tracciare delle linee arbitrarie di demarcazione fra gli uni e gli altri; (...) di connotare positivamente la tendenza omeostatica onde incoraggiare paradossalmente la capacità di trasformazione in quanto la connotazione positiva apre la via al paradosso: come mai la coesione del gruppo, che i terapeuti definiscono tanto buona e desiderabile, deve essere ottenuta al prezzo di un paziente...» (p. 57). Pietro Barbetta (2014) in un intervento al Convegno dedicato a Gianfranco Cecchin, riferisce come questi utilizzasse magistralmente l'ironia come una pratica terapeutica, legandola strettamente al concetto di connotazione positiva: «Quando Cecchin, conversando con l'anoressica e la sua famiglia, dopo i racconti relativi alla tensione e all'insopportabile densità morale venuta a creare in casa, definiva la paziente nei termini di meravigliosa digiunatrice esprimeva ammirazione per una condotta eroica. Difficile, impossibile da intraprendere. Mica la criticava, non voleva correggerla, né insegnarle come si mangia. Impossibile insegnare a un'anoressica come si mangia. (...) Questa posizione ironica è connotazione positiva. Che cosa può voler dire connotazione positiva? Connotare è un'azione segnica alternativa a denotare. Si denota qualcosa quando ci si riferisce a quella cosa, la si connota quando la si descrive. La connotazione riguarda le qualità dell'ele-

mento denotato. Tali qualità possono essere sostanziali o accidentali» (p. 3).

«Se pensiamo alla proposizione: "Se sei anoressica, allora sei una meravigliosa digiunatrice", la frase "Sei una meravigliosa digiunatrice" rappresenta la depatologizzazione (...). La connotazione positiva consiste in una forma espressiva che permette agli interlocutori di osservare le premesse date per scontate che reggono la conversazione stessa. Produce, all'interno della conversazione un doppio legame, una vera e propria sindrome transcontestuale (Bateson)» (p. 4).

### **QUANDO LE PAROLE ACCOLGONO E SEMINANO FIDUCIA. ESPERIENZE PERSONALI**

Di seguito sono stati citati sinteticamente i punti salienti di colloqui che ho svolto in due contesti differenti. Nel primo caso si tratta di un primo colloquio come psicoterapeuta specializzanda con una paziente del Sert, con cenni alle sedute successive; l'altro è un colloquio di consulenza/sostegno che il figlio di un'ospite ricoverata da poco più di un mese in una residenza sanitaria assistenziale è stato invitato a fare con la sottoscritta in qualità di psicologa della struttura. Erika ha 35 anni ed è stata inviata ad un percorso di sostegno psicologico presso il Centro di Terapia della Famiglia dell'Ausi di Parma dall'assistente sociale del Sert per un problema di alcool e principalmente perché non ritenuta al momento in grado di sostenere il percorso di cura per troppa fragilità e scarsa autostima. Da un anno inoltre Erika ha perso la figlia, affidata al padre, ha lasciato un compagno violento che ora la perseguita, ha perso il lavoro e la casa e vive in una struttura di accoglienza. A prima



vista e nell'aspetto esteriore, non sembra affatto una persona che soffre di alcolismo, è curata, minuta, sorridente e appare assai più giovane della sua età. Non è italiana, ma parla e comprende molto bene la lingua.

Durante il primo colloquio e fin dalle prime battute, ho tentato di mettere da parte un lessico patologizzante, non utilizzando mai la parola *“problema”* ma, in riferimento alla ragione principale dell'inviante, ho preferito utilizzare il termine *“periodo difficile”*, il quale lascia spazio alla connotazione temporale (il periodo è limitato nel tempo, inizia e finisce), non rende marginale la responsabilità individuale di poterne uscire e l'aggettivo “difficile”, talvolta sostituito con “doloso” lascia intendere la comprensione e l'accettazione della paziente, senza giudizi di valore.

All'inizio la paziente racconta l'ultimo anno della sua vita, quando ha perso molte delle sue certezze. Essendo il primo colloquio, Erika ha quasi incessantemente parlato, descritto, raccontato e quel che mi sono limitata a fare è stato il restituirle con una parola o un'espressione quanto riportato.

In riferimento al precipitarsi degli ultimi eventi, quando Erika ha perso tutto, casa, figlia, lavoro, speranza di una relazione sentimentale, quel che è stato rimandato è la parola *“vuoto”*, che la paziente è stata invitata a tradurre nella sua lingua madre. Quella parola, ben accolta con un silenzioso cenno del capo, è stata il punto di partenza della seduta successiva, nonché lo spunto di riflessione per parlare dell'alcool e del modo in cui questa sostanza era riuscita a riempire la sua vita.

La metafora del viaggio e della strada è ri-

corsa più di una volta ed è stata introdotta dalla stessa paziente: una strada lunga ma dritta, che percorre senza sosta alcuna; quando potrà intravedere la meta, potrà concedersi di fermarsi un istante a riposarsi, a pensare, ad osservarsi, ad ascoltarsi, ma ora sente di dover proseguire. Nel tentativo di percorrere insieme a lei quella strada e di entrare nella sua storia, le ho portato una poesia scritta nella sua lingua madre da un poeta conterraneo. Offrirle parole familiari aveva lo scopo di rendere il messaggio più diretto e la metafora più pregnante. La poesia parla di strade, sentieri, riprendendo la metafora della paziente, ma è anche un messaggio di speranza, un inno alla vita oltre ad evocare quei paesaggi che Erika doveva conoscere molto bene e che anche a me pareva di vedere durante i suoi racconti:

*Non disamorarti dell'ansia mattutina,  
– quella terra, ove all'orizzonte la nebbia ondeggia,  
al calar della sera i venti tessono  
Serico azzurro, e dubbi non conosco.  
Andiamo. Noi abbiamo dove andare – strade  
sconfinare,  
Azzurrine ancora nel brivido della nebbia.  
Noi abbiamo dove andare – sull'onda, sulla terra –  
I sentieri, come orizzonti, son lontani e trasparenti.  
Spumeggiate, primavera – brillate, giorni, sere,  
e voi, mattini, mandateci i giocosi vostri sorrisi!  
Avanti, timoniere! Si consumi  
il fuoco di giovinezza, –  
Alla vita noi siam votati, e ricompensa nella gloria  
ne verrà.<sup>8</sup>*

Quando è stato riferito al signor Antonio che avrebbe dovuto effettuare un colloquio con la psicologa della casa di riposo poiché il

---

<sup>8</sup>Vasyl Stus (1958). Dalla raccolta *“Gli alberi d'inverno”*.

protocollo dell'ingresso di un nuovo ospite prevedeva un colloquio con i famigliari entro un mese, è apparso perplesso e imbarazzato.

Pochi giorni prima dell'incontro, avevo casualmente udito la risposta di Antonio ad un'operatrice socio-assistenziale che gli chiedeva come vedeva la madre dopo il suo ingresso in struttura: **“Se continua anche solo così, come la vedo oggi, sono già ricco!”**. In effetti la madre, che aveva iniziato a peggiorare sempre più velocemente quattro anni or sono era migliorata, nei limiti del possibile che in un quadro di demenza di Alzheimer poteva avvenire: mentre prima era allettata e non si alimentava da sola, quel mattino il figlio l'ha vista seduta a tavola a pranzare in autonomia e così è stato anche nei giorni successivi.

Durante i primi minuti del colloquio, come prevedibile per una persona che non ha spontaneamente richiesto l'intervento, il signore è apparso silenzioso, rispondendo a monosillabe alle domande e affermazioni dell'interlocutrice. Poi, la riflessione più incisiva è stata la seguente: **“L'altro giorno ho sentito che ha detto all'operatrice che se la mamma andasse avanti così, lei sarebbe ricco. Siccome le parole non sono mai dette a caso, mi ha colpito molto questo aggettivo che lei ha usato, “ricco”, perché presuppone che prima si sentisse “povero”...Povero di sentimenti? Di energie? Come un senso di impotenza?”**

A questa affermazione, Antonio ha annuito sorridendo e ha iniziato a parlare e il dialogo è continuato in maniera fluida e senza pause per quasi un'ora. Da quella contrapposizione ricco/povero, Antonio ha iniziato a parlare del lungo periodo di visite mediche, esami, accertamenti, adempimenti burocratici da quando la madre aveva iniziato a

dare i primi segnali della malattia e del suo senso di vuoto, di perdita di interesse verso la vita quotidiana e la propria famiglia, delle sue preoccupazioni crescenti che lo facevano sentire inaridito e impaurito.

Tre mesi dopo, il signor Antonio ha chiesto spontaneamente un altro colloquio con la psicologa, non motivando alcuna ragione particolare. Sono stata piacevolmente sorpresa dalla sua richiesta, sebbene nutrissi un sorta di timore di ricevere domande, richieste di informazioni di tipo sanitario o assistenziale a cui non avrei potuto né saputo rispondere.

In realtà era facile accorgersi, fin dalle prime interazioni, che Antonio non intendeva chiedere alcuna informazione, né tecnica né di altro tipo, ma desiderava unicamente condividere emozioni, stati d'animo, riflessioni e considerazioni sulla condizione della madre che, di recente, aveva sofferto per complicanze mediche.

## CONCLUSIONI

Se il terapeuta diviene esperto delle parole, immagini, ridondanze, aree semantiche abituali del suo paziente, può puntare dritto alle sue emozioni, sviluppando a sua volta un modo peculiare di usare certe parole piuttosto che altre, di creare metafore, immagini in sintonia con il mondo dell'altro, riuscendo a modificare i suoi pensieri e azioni.

Per questo possiamo affermare che le parole sono ancora potenti, possono far sentire l'escluso accolto e ascoltato, “normale” chi si dice “malato” o “sbagliato”, possono ancora produrre magie e “guarigioni”.

Talvolta le parole sono bloccate dalla rabbia, dal dolore o da ragionamenti intellettualizzati e troppo rigidi. Allora iniziamo a lavorare con il corpo. Non appena il corpo si scioglie, iniziano a fluire anche le parole, in

una circolarità e ricorsività perfetta, a testimonianza del fatto che il linguaggio è anche emozione, corpo e azione.

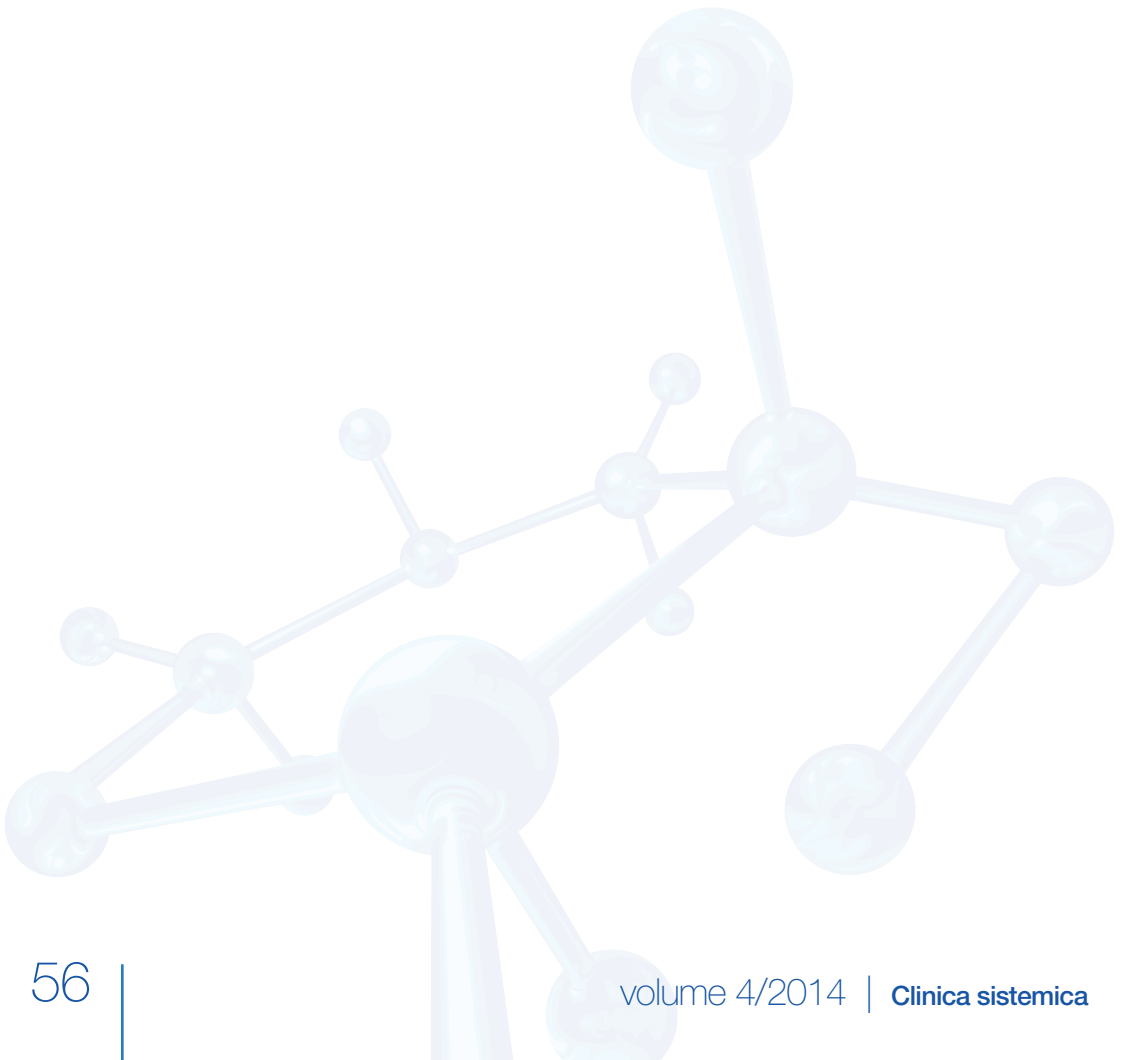
Se consideriamo il linguaggio verbale un “prodotto” della mente, di contro al linguaggio non verbale “prodotto dal corpo” e se, come osserva Restori (2013), «ci spostiamo verso un paradigma di non dualità possiamo considerare la mente e il corpo come esperienze epistemiche che originano da organi sensoriali differenti ma che vivono integrati all’interno di una mente-corpo inter-relata in modo ricorsivo e circolare. Una mente autopoietica che si nutre di esperienze epistemiche per abduzione, e che vive all’interno di relazioni complesse, non confinate in un corpo separato dal contesto. L’abduzione è la logica della mente autopoietica, sensibile alle relazioni e ai diversi contesti, capace di creare nuove immagini e nuovi concetti a partire da esperienze vissute» (p. 10).

Del resto anche per Bateson (1984) tutta l’arte e la terapia sono fenomeni abduktiv.

## Bibliografia

- Barbeta, P. (2014). Ironia. Su Gianfranco Cecchin. Intervento al Convegno su Gianfranco Cecchin, Milano, 8 Febbraio 2014. Centro Milanese di Terapia della Famiglia. *Tysm Magazine*, 14 Febbraio 2014, rintracciato il 19 Novembre 2014 su <http://tysm.org/ironia-intervento-al-convegno-su-gianfranco-cecchin-milano-8-febbraio-2014-centro-milanese-terapia-della-famiglia/>
- Barker, P. (1987). *L'uso della metafora in psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G., Bateson, M. C. (1987). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- 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. e Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Boscolo, L. e Bertrando, P. (1996). *Terapia Sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boscolo, L. e Bertrando, P. (1997). *Terapia Sistemica e Linguaggio. Dall'interesse per l'organizzazione del sistema alla centralità del linguaggio*. *Connessioni*, 1, 13-25.
- Cecchin, G., Barbeta, P., Toffanetti, D. (2006). *Ma chi era mai questo Von Foerster? In Divenire Umano. Von Foerster e l'analisi del discorso clinico*. Barbeta, P. e Toffanetti, D. (a cura di) (2006). Roma: Maltemi Editore.
- Freud, S. (1978), *Introduzione alla psicoanalisi*, Prima serie di Lezioni, 1915-17. Torino: Bollati Boringhieri.
- Rosen, S. (a cura di) (1983). *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici di Milton H. Erickson*. Roma: Astrolabio.
- Gordon, D (1992). *Metafore terapeutiche*. Roma: Astrolabio.
- Haley, J. (1976). *Terapie non comuni: tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Maturana, H., e Varela, F. (1984). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
- Minuchin S. (1976) *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.

- Mura, G. (n. d.). *Poesia e Filosofia*, rintracciato il 31 Luglio 2014 su [http://www.centrostudialeph.it/progetti/convivio/pdf/poesia\\_filosofia.pdf](http://www.centrostudialeph.it/progetti/convivio/pdf/poesia_filosofia.pdf).
- Restori, A. (2013). *Embodiments. Il corpo in relazione*. In *Cambia-menti, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, 1/2013, 7 - 13.
- Sbattella, F. (2012). *Reframing, metafore e relazioni*. In *Cambia-menti, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, 2/2012, 5 - 14.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin G., Prata G. (1975). *Paradosso e contro-paradosso*. Milano: Feltrinelli.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick, P., e Weakland, J.H. (1978). *La prospettiva relazionale*. Roma: Astrolabio.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.



# **Figlio di mamma vedova. L'impatto del suicidio sul sistema familiare**

Silvia Galletta <sup>9</sup>

## **Sommario**

Questo lavoro nasce dall'esigenza di rispondere, ad alcune domande che mi sono posta nel lavoro con i miei clienti: come riuscire ad accogliere, sostenere e aiutare quei soggetti che hanno vissuto la morte di un caro per suicidio? Come poter aiutare la famiglia o il singolo a dare un nuovo significato alla loro vita?

L'irruzione della morte nella vita delle persone cambia le carte in tavola, crea confusione, disorienta perché interrompe la relazione in modo violento. La morte per suicidio colpisce l'individuo, la famiglia, la società e l'intera cultura: il dolore legato alla perdita coglie i familiari di sorpresa, poiché non ci si è potuti "preparare", lasciando un vuoto di significati che la famiglia cerca in tutti i modi di riempire.

Il suicidio sconvolge tutti i sistemi coinvolti: dall'individuo, che cerca la morte per porre fine alla sua profonda sofferenza, alla sua famiglia.

L'idea è che l'unità terapeutica è parte integrante del sistema e contribuisce a creare significati, così come ogni altro partecipante. Lo psicoterapeuta deve poter affrontare la sofferenza profonda delle persone, riconoscere, rinforzare il modo in cui affrontano le avversità, promuovendo la resilienza.

L'ipotesi è quella di allargare la prevenzione attraverso lo psicologo di base per permettere ai vissuti emozionali e relazionali di entrare a pieno titolo nel processo di cura.

## **Parole chiave**

Suicidio, sofferenza, unità terapeutica, resilienza, prevenzione, psicologo di base.

## **Abstract**

*This work stem from need to answer some questions I asked myself in working with my clients: how to be able to sustain, to support and to assist those individuals who have experienced the death of a loved one by suicide? How to help the family or the individual to give a new meaning to their lives?*

*The death in people's lives will change the tables, it creates confusion and bewild because it break off the relationship in a violent way. The death by suicide affects the individual, the family, the society and all culture: the grief captures the family by surprise, "unprepared", leaving a gap of meanings that the family tries to fill in all ways.*

*Suicide affects all the systems involved: the individual, who seeks the death to end his deep suffering, and his family.*

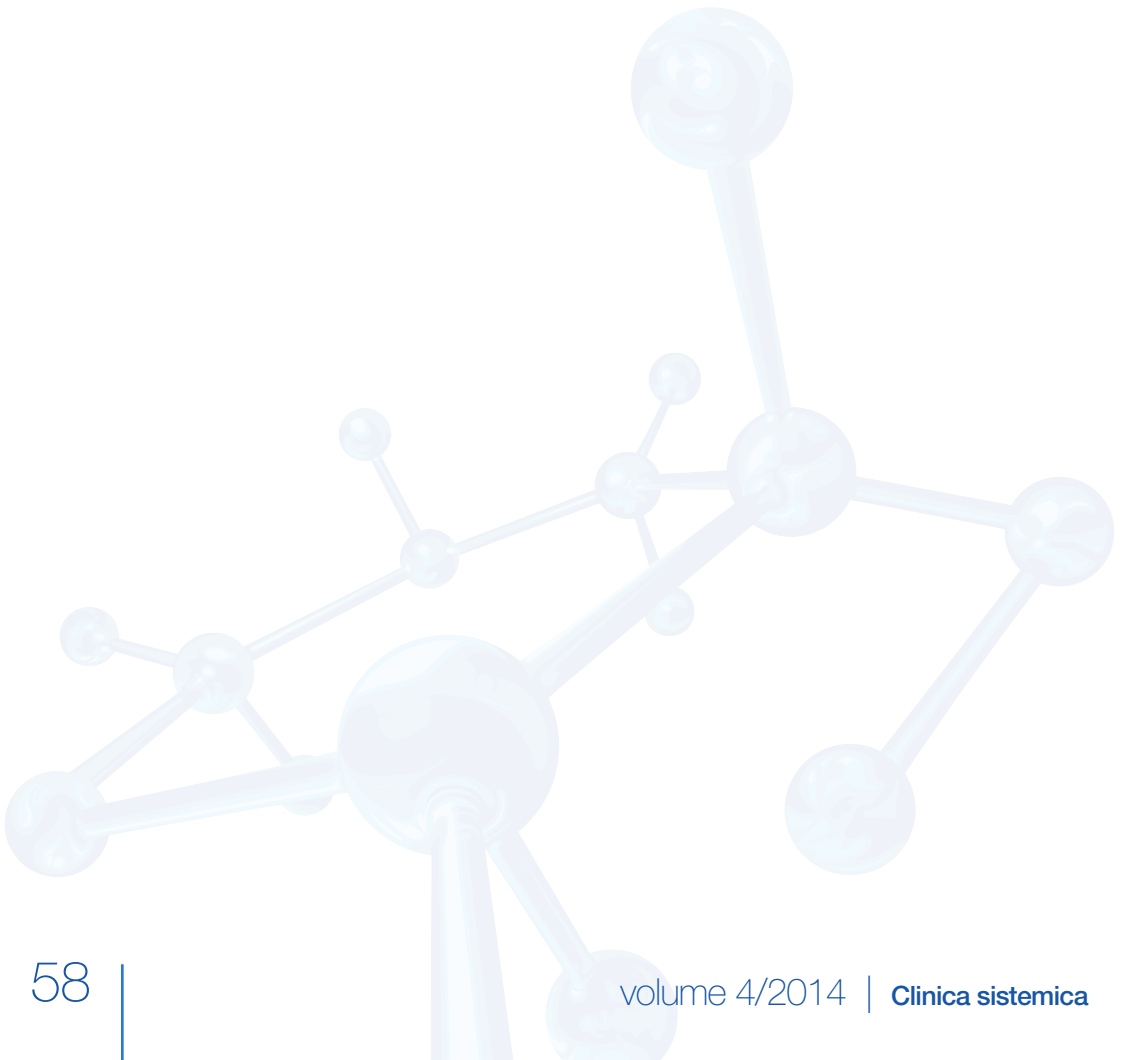
---

<sup>9</sup>Allieva quarto anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: silviagalletta@libero.it

*The idea is that the unit therapy is an integral part of the system and helps to create meanings, as well as any other participant. The psychotherapist must be able to deal with the deep suffering of the people, to recognize, to reinforce the way they face adversity, promoting resilience. The idea is to expand prevention through the base psychologist to allow the emotional experiences and relationships to enter deeply into the process of care.*

**Key words**

*Suicide, suffering, therapy unit, resilience, prevention, psychologist base.*





## ESITI PSICOLOGICI DI UN EVENTO SUICIDARIO SUI FAMILIARI

A differenza della morte violenta improvvisa ma accidentale (incidenti o malattia) o per mano di un'altra persona (omicidio), il suicidio di un membro del gruppo familiare, rappresenta una perdita impegnativa, in cui il processo del lutto è di difficile elaborazione. I sopravvissuti possono sperimentare sentimenti di abbandono e oscillare tra due poli: uno di affetto e malinconia e l'altro di rabbia e astio. La rabbia diventa una risposta naturale, della quale è importante poterne parlare e trovare il modo per affrontarla (De Leo et al., 2011).

L'incredulità e la ricerca di spiegazioni sull'evento, sono accompagnate da sentimenti di vergogna e dall'orrore di rendersi conto della sofferenza provata dal congiunto che ha deciso di togliersi la vita. I sopravvissuti sperimentano numerosi sentimenti come la colpa per aver detto o fatto qualche azione che possa aver provocato il gesto suicida.

Oltre alla colpa, possono sperimentare la vergogna che può emergere sotto forma di autoaccusa, umiliazione, rifiuto o imbarazzo. Uno dei problemi più grandi legati al tema del suicidio è lo stigma, anche se adesso non vi è più nessun tipo di ripercussione giuridica<sup>10</sup>, vi sono sottili processi di emarginazione nei confronti dei sopravvissuti.

La reazione delle persone al tema può essere di forte imbarazzo e paura di fronte a chi ha perso un caro in questo modo.

Questo porta a pensare che del suicidio sia meglio non parlare di fronte al familiare, che di conseguenza non farà altro che accre-

scere sentimenti di vergogna (Pompili et al., 2008). Questo tipo di morte lascia un forte senso di smarrimento e un gran numero di punti interrogativi sul perché e sul cosa si poteva fare per evitarlo.

La ricerca di risposte può diventare un pensiero incessante: "Se solo", "dove ho sbagliato?", "perché?" sembra tormentare questi soggetti (Pompili, 2013).

Il percorso che conduce il soggetto al suicidio spesso si dispiega nel corso di diversi anni, il suicidio non accade mai all'improvviso, poiché non è il prodotto di un evento precipitante (carriera suicida).

La maggior parte dei soggetti suicidi ha una storia contraddistinta da fattori biopsicosociali che li rendono vulnerabili alle crisi suicidarie. È presente un divario tra la sofferenza del potenziale suicida e la capacità di chi gli vive vicino di comprendere pienamente il suo stato (Pompili, 2013).

Le reazioni immediate e l'iniziale shock dei sopravvissuti a una perdita traumatica e improvvisa, permettono loro di dare una risposta comportamentale rapida che costituisce una forma di tutela mentale, in cui le reazioni forti sono rinviate, così che il soggetto non è sopraffatto da sentimenti intensi, che potrebbero condurlo facilmente alla paralisi. Ad esempio, quando il decesso avviene in casa, i familiari oltre a sperimentare un senso d'irrealtà, le reazioni spesso sono adeguate e veloci, chiedono aiuto e avviano i primi tentativi di rianimazione, agendo in modo rapido, nella situazione di crisi, tendono a utilizzare l'energia in modo utile e costruttivo. Spesso la percezione del tempo subisce un'alterazione, ad esempio,

---

<sup>10</sup>Per un approfondimento sulla storia: Barbagli, M. (2009). *Congedarsi dal mondo. Il suicidio in Occidente e in Oriente*. Bologna: Il Mulino.

il tempo d'attesa dei soccorsi può sembrare infinito.

Alle prime reazioni di shock e incredulità seguono nel lungo termine reazioni comuni e non necessariamente patologiche come un forte senso di perdita e dolore. I primi 3-12 mesi rappresentano il periodo più difficile in cui il pensiero della perdita è sempre presente.

Il gesto suicida può essere vissuto come una punizione per qualcosa che hanno fatto o detto (De Leo et al., 2011).

Gli eventi legati al gesto suicida possono prendere diverse strade: se il sopravvissuto non era presente, l'evento può presentarsi sotto forma di scene immaginarie; se era presente, ad esempio, al ritrovamento del corpo, avrà ricordi legati alla sequenza degli eventi e alle modalità che hanno spinto la persona a togliersi la vita. I sopravvissuti possono aver sentito o visto cose orribili, sentito odori insoliti, provato sensazioni spiacevoli, tutti questi ricordi possono manifestarsi nella mente con immagini ricorrenti e intrusive (flashback intrusivi). Spesso viene a mancare il senso di sicurezza e d'invulnerabilità che permette di pensare che "tutto andrà bene e le cose succedono agli altri", questo è sostituito da un forte senso di vulnerabilità secondo cui tutto può cambiare improvvisamente e che a qualsiasi membro del gruppo di appartenenza possa succedere la stessa cosa. I sopravvissuti possono sperimentare un continuo senso di 'preparazione alle emergenze', in cui lo stato continuo di allerta può interferire con il funzionamento della memoria e della concentrazione (De Leo et al., 2011).

Anche per il terapeuta il suicidio di un paziente è uno degli eventi più stressanti del suo lavoro. Secondo Reed e Greenwald, è l'intensità del legame tra due persone, che

determina le differenze nelle reazioni di lutto. Secondo questi autori, quanto più forte è l'attaccamento tra terapeuta e paziente, tanto intensa è la reazione alla notizia del suicidio (Ratkovska et al., 2011). I terapeuti reagiscono alla morte di un cliente sia come persone sia come professionisti.

Per cercare di ridurre i rischi connessi al lutto del terapeuta, sono fondamentali, da una parte la formazione che permette di preparare gli specialisti a questa eventualità, dall'altra il sostegno di supervisori e colleghi (Ratkovska et al., 2011).

## IL VUOTO RELAZIONALE

Il fenomeno suicidario è molto complesso, nell'immaginario comune sembra essere relegato a soggetti caduti nella follia o nel vortice di una malattia mentale. Il soggetto che decide di togliersi la vita vuole realmente morire? Maurizio Pompili nel testo *La prevenzione del suicidio*, sottolinea che in genere *i soggetti a rischio di suicidio vogliono disperatamente vivere e cercano il sostegno di chiunque sia disposto ad aiutarli* (Pompili, 2013). Per Shneidman il gesto suicidario è anticipato da: un'aumentata inimicizia verso se stessi; da uno stato d'inquietudine e un incessante rimuginio sul proprio dolore; da un restringimento del focus intellettuale (visione tunnel). Questa condizione non permette al soggetto di poter contare sul supporto della rete familiare e amicale, perché tutte le energie sono concentrate su emozioni intollerabili e sul come fuggirne; l'idea della fine viene maturata quando il soggetto si convince che l'unica soluzione alla sua profonda sofferenza sia attraverso la morte (Pompili, 2013).

La carriera suicidaria quindi si dipana in un periodo più o meno lungo in cui il soggetto segnala la sua intenzione. Purtroppo sono

quelle situazioni che non arrivano a richiedere l'aiuto di specialisti, verosimilmente, perché le famiglie non si aspettano un gesto così drammatico senza una storia di disagio psichico in un loro congiunto, non sanno a chi rivolgersi e probabilmente temono di incontrare il giudizio del sistema di cura e del contesto sociale. Può succedere così che scampato il pericolo, si finisce per minimizzare il valore del gesto che segnala drammaticamente una forma di disagio (Andolfi, 2007).

Shneidman sosteneva che l'ingrediente di base del suicidio fosse il dolore mentale insopportabile, che chiamava *psychoche*, che vuol dire "tormento nella psiche". Il compito principale di chi si occupa della cura dei soggetti a rischio di suicidio è quello di alleviare questo dolore (Pompili e Tatarelli, 2007). La difficoltà nel dare un senso o nel trovare una spiegazione a un gesto contro natura colpisce chiunque entri in contatto con il suicidio.

In ogni suicidio però esiste un nucleo di significati e motivazioni che sono profondamente individuali, non conoscibili o valutabili. Il suicidio tende a divenire, sia nel momento storico familiare che nello sviluppo transgenerazionale della famiglia, un organizzatore di senso che può attivare una serie di cambiamenti sia in senso evolutivo che regressivo (Messina et al., 2014).

Nella società moderna, la morte sembra non trovare più un supporto collettivo per la celebrazione dei riti e la commemorazione del passato, in cui il rapporto con l'esperienza della sofferenza viene messa in discussione. L'esperienza soggettiva del dolore non è più quella che si fa, personalmente, ma è spostata verso la virtualizzazione, entrando così in un universo fatto d'immagini e rappresentazioni, sotto il segno della velocità e

del consumo (D'Elia, 2007).

La sofferenza diventa qualcosa da affrontare perché dominabile, così che cessa di essere un'esperienza riconosciuta e riconoscibile. Il vissuto di morte, quindi, diventa o un fatto privato individuale, oppure una spettacolarizzazione, un oggetto di sguardo (Botturi, 2009).

In questo scenario la solitudine soggettiva s'incontra con la solitudine dei sistemi, in cui emerge la difficoltà a tollerare, riconoscere e accettare l'esperienza dolorosa.

Diventa fondamentale ridare un significato alle esperienze, in modo tale da poter fronteggiare il vissuto di vuoto.

## **LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA: RIFLESSIONI CLINICHE ATTRAVERSO L'ANALISI DELLA DOMANDA**

La terapia vive di e nelle emozioni nelle quali il terapeuta è chiamato a muoversi e s'ipotizza che sia in grado di farlo. Occuparsi di emozioni vuol dire entrare nel mondo privato individuale dove risiede l'autenticità di ciascuno (Bertrando, 2014). Cercherò di presentare attraverso l'analisi della domanda, il miscuglio di emozioni e reazioni visse dal terapeuta che è venuto a contatto con il mondo interno del cliente.

Davide è un giovane uomo di bell'aspetto, molto curato e attento alla sua fisicità, chiede una consulenza psicologica per la fine della sua relazione amorosa. La domanda iniziale però è completamente modificata quando Davide nel raccontarsi parla della perdita del padre Golia. Davide è un figlio sopravvissuto alla morte del padre, avvenuta circa sei anni fa per impiccagione. Golia ha deciso di morire e ha scelto la loro casa come scenario della sua fine, il corpo è stato ritrovato da Davide e la madre. Davide ha un atteggiamento e una postura

rigida, racconta la sua storia senza coloriture emotive. Non riesce a nominare la parola suicidio, parla di morte e dell'impossibilità di essere capito dagli altri. Dice che ormai quando esce da casa, al suo arrivo al bar le persone smettono di parlare " lo so che gli altri pensano che sono il figlio di quello che si è ammazzato". Davide racconta il lungo processo di decadimento del padre, dei suoi innumerevoli tentativi di suicidio e di come lui sia stato spettatore della sofferenza del padre.

Gli occhi di Davide sono fissi, il viso è teso, le mascelle si contraggono. Gli chiedo se è arrabbiato, lui risponde che la rabbia è la sua migliore amica, "mi aiuta a fare le cose". Davide racconta che quando ha ritrovato il padre impiccato gli è servita per mantenere la lucidità, "ho dovuto sistemare le cose, non potevo mollare".

Non entro nel merito del processo terapeutico, perché quello che m'interessa sottolineare attraverso questa breve presentazione è la risonanza emotiva avvenuta tra terapeuta e cliente.

Il racconto di Davide sul ritrovamento del corpo con tutti i suoi drammatici particolari, ha attivato nel terapeuta una serie di sensazioni ed emozioni che potevano portare il processo terapeutico verso una paralisi. Per il terapeuta sistemico l'emozione è un'ipotesi che ci dice qualcosa sulla relazione con l'altro e permette di raccogliere informazioni su noi stessi. Questa informazione ci arriva da canali che sono in parte coscienti, cioè attraverso modificazioni del corpo: "Un'emozione è un'ipotesi istantanea fatta con il corpo" (Bertrando, 2014).

Ed è stata proprio la reazione del corpo che ha permesso di entrare in risonanza emotiva con il cliente lasciando però una profonda impronta nella mente del terapeuta.

Da quel momento è iniziato un lungo lavoro personale di riflessione che, attraverso l'analisi didattica e le supervisioni con il gruppo di formazione, ha permesso al terapeuta di mettere in luce i suoi vissuti, verosimilmente entrati in risonanza emotiva con quelli del cliente. Come se la tematica suicidaria avesse riattivato nel terapeuta paure primordiali legate a quel filo diretto, tra la vita e la morte, che unisce l'universo umano e non riguarda soltanto la specifica situazione (Andolfi, 2007).

Per il terapeuta, soprattutto alle prime armi, è molto difficile lavorare sui traumi perché i pazienti traumatizzati hanno un vissuto di profonda sofferenza e il processo terapeutico stimola a rivivere proprio gli eventi dolorosi. Egli può rivivere attraverso pensieri intrusivi e incubi i racconti dei pazienti. Sentimenti e reazioni non consapevoli possono suscitare reazioni poco appropriate, interferendo con la terapia, disturbando il terapeuta a livello personale.

Il terapeuta può mettere in atto una serie di strategie basate sulla negazione, il disconoscimento, l'evitamento del materiale traumatico, questo fenomeno è definito "traumatizzazione vicaria" o "stanchezza da compassione". Il clinico dovrà tenere presente i rischi connessi al proprio lavoro, cercando consapevolmente e sistematicamente di prevenire la traumatizzazione. Dovrà favorire la creazione di un ambiente capace di offrire sostegno, ponendo dei confini chiari fra il lavoro e la vita privata, richiedendo un costante lavoro di supervisione (Lo Iacono et Tettamanzi, 2013).

Entrare in contatto profondo con la sofferenza richiede equilibrio interiore, la presenza di una sensibilità necessaria per empatizzare con il dolore dell'altro senza lasciarsi sconvolgere. Tollerare di "stare" con il dolo-

re, vuol dire accettare di esporsi a una riflessione profonda che porta il clinico a calarsi nelle fondamenta del mistero della vita e della morte (Andolfi, 2007).

Flessibilità, creatività e disponibilità nel mettersi in discussione, per rivisitare le proprie ipotesi e le proprie modalità di partecipare alla relazione, possono nascere da un posizionamento multiplo di fronte la conoscenza (Bianciardi, 2014). Entrare in contatto profondo con la mia sofferenza ha permesso di riconoscere l'unicità dell'esperienza dell'altro. Mi sono accorta che Davide aveva iniziato a proteggermi dai contenuti spaventosi della sua memoria, così come faceva con la sua famiglia. La possibilità di metacomunicare sulla nostra relazione ha permesso di ristabilire una posizione in cui il terapeuta ha il dovere e la responsabilità della cura, per permettere quel processo di perturbazione che porta al cambiamento. La relazione terapeutica è fondata sull'asimmetria di ruolo, sulla reciprocità e parità umana e personale di chi ne è coinvolto. La posizione del terapeuta è contraddistinta dall'autorità, il cliente è in una posizione di bisogno, di richiesta d'aiuto, di dipendenza. In quest'ottica terapeuta e paziente sono individui con differenze di natura oggettiva e soggettiva (l'età, il grado di maturazione umana, il livello di sofferenza, i valori di riferimento, ecc.), in cui non è intaccato il principio della parità e reciprocità in fatto di libertà e responsabilità di sé.

Il "curarsi" del terapeuta corrisponde al concetto, e alla pratica, della formazione permanente (Erba, 2012).

## **RESILIENZA E RISORSE FAMILIARI**

La psicologia si è interessata negli anni allo studio degli effetti che eventi devastanti, improvvisi e avversi possono avere sulla men-

te umana. A uno stesso evento critico gli individui possono rispondere sviluppando esiti traumatici o nuovi adattamenti. Il trauma psichico può destabilizzare le capacità di adattamento dell'individuo, non permettendo al soggetto di trovare un equilibrio soddisfacente rispetto le nuove condizioni ambientali. Fino alla metà del secolo scorso, credenza comune era pensare che soccombere psicologicamente alle avversità, fosse dovuto a caratteristiche individuali di debolezza. Il concetto di resilienza fa la sua comparsa nel 1982 ad opera di Emmy Werner, che definiva la resilienza come il consolidarsi delle competenze del soggetto posto in situazioni stressanti (Sbattella, 2009).

In psicologia, il termine resilienza viene utilizzato per indicare la capacità degli individui di reagire agli eventi traumatici e di riorganizzare in maniera positiva la propria vita (Malaguti, 2005). Possiamo parlare di resilienza, *quando l'attivazione di risorse personali e collettive per fronteggiare lo stress suscitato dalle avversità risulta efficace*. La resilienza può essere pensata *come un processo multidimensionale e multideterminato, che può essere osservato, accompagnato, rinforzato, reso più probabile e forse anche generato* (Sbattella, 2009).

Diventa importante approcciarsi alle famiglie con l'idea che il processo di lutto non sia uguale per tutti, in cui la conoscenza della struttura familiare implica sapere qual è la posizione funzionale che occupava la persona deceduta. Diventa importante per il terapeuta conoscere la situazione tenendo l'emotività sotto un ragionevole controllo evitando così di utilizzare o un massiccio diniego o altri meccanismi estremi. Anche l'utilizzo dei termini diventa molto importante, nominare la morte, il morire o seppellire

permette di dare all'altro l'idea che il terapeuta è in grado di parlare con tranquillità dell'argomento aiutando la famiglia a sentirsi a proprio agio (Bowen, 1979).

Condividere l'esperienza della perdita è di grande aiuto ai fini della ripresa, il significato della vita e della relazione può essere maggiormente apprezzato quando la perdita viene celebrata. Anche le commemorazioni fatte per ricordare il defunto possono rivelarsi un'esperienza curativa e di condivisione con gli altri, sia per mantenere viva la memoria del defunto che per favorire una resilienza relazionale tra i sopravvissuti (Walsh, 2008).

Comunicare in maniera diretta e schietta diventa fondamentale per l'intero processo di elaborazione del lutto, soprattutto nei momenti di turbamento che caratterizzano il periodo immediatamente successivo alla perdita. Le famiglie sperimentano una serie di emozioni che dipendono dal significato che ha la perdita, dalla relazione esistente tra i membri e dalle conseguenze che la morte produce sull'unità familiare. Nel processo del lutto assume un'importanza centrale, lo sforzo creativo della narrazione condivisa che colloca la perdita in una prospettiva dotata di significato. Il processo di recupero, quindi, porta a una riorganizzazione delle relazioni e a una redistribuzione dei ruoli per compensare la perdita, per permettere la rimodulazione dello stress causato dal cambiamento (Cyrulnik, 2014). La riorganizzazione del proprio percorso di vita, la possibilità di trasformare l'evento doloroso e traumatico in un processo di apprendimento e crescita, incontra il tema della resilienza, della conoscenza, dell'educazione e dell'elaborazione dell'evento.

L'intervento del clinico richiede di operare con un atteggiamento etico e responsabile

nei confronti della propria azione, per far sì che il sistema possa essere perturbato in modo tale da permettere un'apertura verso una prospettiva futura. E' importante tener conto, secondo un'ottica circolare, delle retroazioni del sistema familiare e del contesto comunitario per ricalibrare l'intervento, favorendo l'elaborazione del lutto collettivo, in cui l'agire terapeutico deve essere attento, in grado di riconoscere le dimensioni più profonde della sofferenza. L'azione terapeutica può essere paragonata all'azione curativa su una ferita, semplicemente detergendone i tessuti in modo tale che i margini possano generare da se nuove cellule in grado di ricongiungere i lembi e formare una cicatrice. Il clinico dovrà operare secondo un imperativo etico: agisci sempre in modo da aumentare il numero delle scelte (Sbatella e Tettamanzi, 2013).

## **PREVENZIONE DEL SUICIDIO E CURA DEI SOPRAVVISSUTI**

La prevenzione del suicidio porta a valutare il suo rischio e la presa in carico dei soggetti che possono essere considerati a rischio. Mann et al. (1999), hanno evidenziato caratteristiche comuni alle condotte suicidarie in differenti disturbi psichiatrici. Questi autori propongono un modello di diatesi-stress, secondo il quale il rischio di suicidio è determinato sia dalla presenza di stressor (malattia psichiatrica), che da pattern preesistenti e indipendenti al disturbo. La valutazione della suicidalità evidenzia come la comunicazione del suicidio, diventa un problema tra gli operatori interessati. Wolk-Wasserman (1987) individua diverse modalità di comunicazione in base alla patologia psichiatrica. L'autore rileva come alcuni comportamenti presuicidari, possono essere sottovalutati alla presenza di alcuni



disturbi come le psicosi, i disturbi d'ansia e alla presenza di abuso di alcool e sostanze. Come rileva l'autore, il rischio risiede nel fatto che i comportamenti di soggetti affetti da disturbi psichiatrici possono essere interpretati come manipolativi. In uno studio condotto da Gunnel e Frankel (1994), emerge la necessità di utilizzare interventi polifunzionali, al fine di trattare le numerose variabili coinvolte nelle condotte suicidarie. Attraverso uno studio condotto da Miller et al. (1984), un buon successo nella diminuzione del numero di suicidi, riferito soprattutto alla popolazione di giovani donne, è stato raggiunto grazie alla comunicazione terapeutica. In questi casi la comunicazione terapeutica, avrebbe avuto un reale effetto preventivo attraverso la costruzione della "relazione terapeutica". Secondo Pompili, una buona comunicazione è fondamentale nella prevenzione al suicidio. In quest'ottica, l'azione del terapeuta, dovrebbe permettere la modificazione delle condizioni che stanno alla base della sofferenza per cambiare il concetto da "insopportabile" a "appena tollerabile" (Pompili, 2013).

Altri studi hanno considerato il ruolo dei servizi psichiatrici nella prevenzione delle condotte suicidarie. Un vasto studio è stato condotto da Motto et al. (2001), su un campione di 2782 pazienti seguiti per cinque anni dopo le dimissioni per un tentativo di suicidio. Il gruppo di pazienti contattati dal servizio ha mostrato un tasso di suicidio minore rispetto al gruppo di controllo nei primi due anni del follow-up. L'andamento del tasso di suicidi tendeva a uniformarsi intorno al terzo e quarto anno per poi convergere nel quinto. Studi condotti in Italia hanno evidenziato che, nel 41% dei casi l'ultimo contatto ha avuto luogo entro la settimana precedente il decesso e l'11% entro le ven-

tiquattro ore. Nel 52% dei casi il contatto con lo psichiatra o l'infermiere di riferimento era di routine, piuttosto che effettuato in un momento di crisi. Rispetto agli interventi dei servizi psichiatrici, diversi autori pongono il problema della non compliance, stimato in una percentuale variabile dall'11% al 50%. Quest'aspetto sembra influire nella possibilità di stabilire programmi di follow-up in pazienti appena dimessi dalle unità di crisi. Van et al. (1990), pongono l'accento su come la scarsa compliance può essere riferita alla centralizzazione degli interventi sul piano somatico, sottolineando il ruolo dello scarso insight nella compliance al trattamento. Altri studi hanno evidenziato come programmi di visite domiciliari, hanno permesso a distanza di un anno, un miglioramento dal 43% al 53% della compliance, anche se il miglioramento non si differenzia significativamente dal gruppo di controllo. Altri studi, condotti allo scopo di valutare il valore predittivo dell'insight nelle recidive di tentato suicidio in pazienti schizofrenici, hanno rilevato che la natura multidimensionale dell'insight non permette di considerarlo un marker significativo per valutare il rischio di suicidio (Messina et al., 2014). Motto et al. (2001), da uno studio condotto su 3005 pazienti ricoverati per tentativi di suicidio o pazienti ad alto rischio di suicidio, hanno valutato l'influenza di un programma di follow up a lungo termine per cinque anni. Il tasso di suicidio è stato valutato dopo dieci anni: il gruppo di controllo ha dimostrato un numero di morti per suicidio significativamente maggiore rispetto al gruppo sottoposto al follow up per i primi due anni. Negli anni la differenza risultava minore per annullarsi in corrispondenza del quattordicesimo anno. Studi recenti, hanno evidenziato che, 3/4 delle vittime di suicidio



ha avuto almeno un contatto con il medico di medicina generale nell'anno precedente il tentativo di suicidio; 1/3 delle vittime hanno avuto un contatto con i servizi psichiatrici territoriali; 1/5 nel mese precedente il tentativo, la percentuale si alza al 45% per i contatti con il medico di medicina generale, soprattutto per soggetti di età superiore ai 55 anni.

Nel campo della suicidologia, la prevenzione primaria ha come oggetto la popolazione generale, con l'obiettivo di prevenire i fattori di rischio. La prevenzione secondaria, è riferita all'insieme degli interventi messi in atto al fine di controllare il fenomeno nelle popolazioni a rischio (diagnosi e trattamento). Infine, la prevenzione terziaria fa riferimento a tutti quegli interventi che possono essere utilizzati al fine di evitare la ripetizione del gesto suicida (Messina et al., 2014).

Shneidman conia il termine "postvention" per descrivere il sostegno rivolto ai familiari che hanno perso un caro per suicidio. La scarsa presenza di attività di sostegno è ricondotta alle seguenti motivazioni: spesso i sopravvissuti sembrano non aver bisogno di aiuto; alcuni "negano" sentimenti difficili da gestire; altri rimangono in disparte per evitare stigmatizzazione; possono vivere l'esperienza di essere aiutati come segno di debolezza, per paura di sentirsi più insicuri; possono nutrire scarsa fiducia negli interventi; la mancanza di strutture o la presenza di servizi in ambienti stigmatizzanti preclude l'utilizzo di programmi specifici (Pompili, 2013).

Secondo alcuni autori, al fine di aiutare i sopravvissuti nel processo di accettazione ed elaborazione della perdita, appare importante intervenire in almeno due momenti: un aiuto immediato sul posto, al momento della comunicazione della morte. In quest'ottica nei casi di suicidio sono necessari gli inter-

venti del medico generico o un medico legale, opportunamente formati, che possano fornire un primo sostegno ai familiari; un aiuto a lungo termine, quando il processo di elaborazione del lutto diventa insopportabile o di difficile elaborazione (De Leo et al., 2011).

In Italia la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, nel rispetto della libertà della persona umana, è prevista dall'articolo 32 della Costituzione. Il Servizio Sanitario Nazionale fornisce assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro. Negli ultimi decenni si è affermato il concetto secondo cui esiste un equilibrio tra gli apparati, in cui viene sottolineata la rilevanza dei fattori psicosociali e i diversi stili di vita, nel determinare numerose malattie. Si assiste a un superamento della concezione che vede mente e corpo come entità separate e non connesse per permettere lo sviluppo di un buono stato di salute. Attualmente, però il sistema sanitario e il sentire sociale si fonda prevalentemente su una consultazione di carattere medico. Nell'ottica in cui salute e malattia appartengono a un fenomeno unitario, di natura psicosomatica, si dovrebbe considerare il contributo dello psicologo anche allo scopo di escludere la sua rilevanza nella fattispecie. I dati rilevati dalla letteratura evidenziano che oltre il 50% delle richieste che pervengono ai medici di Medicina generale, esprimono un disagio di tipo relazionale/esistenziale che non sempre trova un trattamento appropriato (Demasi, 2011).

L'introduzione dello psicologo di base, quindi, in un'ottica di prevenzione del rischio suicidario potrebbe trovare una migliore soluzione, poiché come abbiamo visto, nella maggior parte dei casi il primo contatto del

soggetto a rischio di suicidio e della sua famiglia avviene con il medico di medicina generale. Solano ricorda che *qualunque tipo di problema venga portato al medico può trovare migliore soluzione se, oltre ad essere considerato in termini biologici, viene inquadrato nel contesto relazionale e nel ciclo di vita del paziente* (Solano, 2011). L'autore, inoltre, mostra come la presenza dello psicologo accanto al medico di base può aumentare la "familiarità" con i contenuti "psi", riducendo il pregiudizio e lo stigma della malattia mentale (Demasi, 2011). In questi termini la prevenzione del suicidio, va nella direzione di una connessione e di un lavoro di rete tra le diverse figure professionali coinvolte nella cura del soggetto a rischio, come il medico di base, psichiatra, psicologo, assistenti sociali, insegnanti, forze dell'ordine. Dal punto di vista della cibernetica di secondo ordine il sistema curante, la famiglia e il cliente diventano parte integrante del sistema di cura. Il prendersi cura, in questo senso, porta a riflettere sull'importanza del sostegno psicologico che dovrebbe essere fornito come una "base sicura" a chi sopravvive al suicidio di una persona cara.

### **RIFLESSIONI CONCLUSIVE**

L'esperienza della perdita trova il suo luogo naturale all'interno della famiglia, in cui il lutto struttura e rivoluziona l'intero assetto familiare e le relazioni tra i suoi membri. Se l'attenzione al tema del suicidio prevedeva l'osservazione differenziata dei vari aspetti che conducono un soggetto a scegliere la morte volontaria, adesso l'intento è di guardare anche verso chi sopravvive al suicidio. Anche il sistema curante diventa parte integrante del sistema osservato, poiché se da una parte viene colpito dal suicidio del cliente, dall'altra la sua azione contribuisce a cre-

are significati.

Diventa importante la prevenzione primaria che mira alla gestione del problema e, quando possibile, a una sua soluzione, con un'azione sulla popolazione generale, perché il suicidio è un problema di salute pubblica.

Le politiche sociali dovrebbero dirigersi verso la prevenzione e la presa in carico del soggetto, che presenta il disagio e verso le famiglie colpite dalla perdita.

Quando si parla del suicidio, ci si riferisce sia al potenziale suicida sia alla famiglia, intervenendo sul contesto per garantire un supporto e il diritto a una migliore qualità di vita.

Questo diventa possibile se usciamo da una visione lineare e causalistica per dare centralità alle relazioni e al loro ruolo nella creazione di esperienze e processi evolutivi.

La relazione terapeutica, quindi, può diventare uno spazio simbolico ricco di possibilità, un mezzo che permette agli individui di recuperare un senso di continuità tra le diverse esperienze a più livelli. In quest'ottica è auspicabile che psicologi e psicoterapeuti, ben formati, possano entrare nel contesto di cura, favorendo una familiarizzazione con i contenuti emotivi e relazionali che influenzano il benessere degli individui.

Riorganizzare l'esperienza, attraverso la costruzione di una nuova narrativa può favorire una rinnovata organizzazione dell'esperienza attraverso un rapporto di reciproca interdipendenza tra passato e presente, riconnotando quest'ultimo come potenziale momento trasformativo.

## Bibliografia

- Andolfi, M., D'Elia, A., (2007). *Le Perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bertrando, P. (2014). *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bianciardi, M., (2014). *Lo specifico della pratica psicoterapeutica*. In Bianciardi, M., Tefener, U. *Ricorsività in psicoterapia. Riflessioni sulla pratica clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Botturi, F., (2009). *Fondamenti filosofici del concetto di resilienza, il problema della sofferenza e la ricerca di senso*. Atti Convegno Resilienza: oltre la tragedia e la rassegnazione. Milano: Centro Pastorale.
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio Ubaldini Editore.
- Cyrulnik, B., (2014). *Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare le esperienze traumatiche*. Ricavato il 20 Settembre 2014, da [http://scholar.google.it/scholar?hl=it&as\\_sdt=0,5&q=trauma+e+resilienza](http://scholar.google.it/scholar?hl=it&as_sdt=0,5&q=trauma+e+resilienza)
- Demasi, M., (2011). *La collaborazione tra Psicologo e medico di base come risorsa per la promozione della Salute*. Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Integrata Cambia-Menti, Vol. 1, p. 43-48.
- Erba, C., (2012). *Curarsi per Curare*. Ricavato il 15 Ottobre 2014, da [file:///C:/Users/standard/Downloads/ERBA\\_Curarsi\\_per\\_curare.pdf](file:///C:/Users/standard/Downloads/ERBA_Curarsi_per_curare.pdf)
- Gunnell, D., Frankel, S. (1994). *Prevention of suicide: aspirations and evidence*. BMJ, 308, 1227-33.
- Lo Iacono, G., Tettamanzi, M., (2013). *Introduzione alle psicoterapie del Disturbo Post-traumatico da Stress/DPTS: verso una possibile integrazione*. Rivista di Psicologia dell'emergenza e dell'Assistenza Umanitaria, n° 11, p.36.
- Malaguti, E., (2005). *Educarsi alla resilienza*. Torino: Centro Studi Erickson.
- Mann, J. J., Oquendo, M., Underwood, M.D., Arango, V. (1999). *The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician*. Journal of Clinical Psychiatry, 60, 7-11.
- Messina, S., La Cascia, C., Nuccio, L. (2014). *"Suicidio. E poi...?" Famiglia e suicidio. I vissuti di chi resta*. Ricavato il 15 Settembre 2014, da [http://www.afipres.org/atti/2006\\_suicidio\\_e\\_poi.pdf](http://www.afipres.org/atti/2006_suicidio_e_poi.pdf)
- Miller, H. L., Coombs, D. W., Leeper, J. D., Barton, S. N. (1984). *An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States*. Am J Public Health, 4 (4), 340.
- Motto, J. A., Bostrom, A. G. (2001). *A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention*. Psychiatr Serv., 52 (6), 828.
- Pompili, M. (2013). *La Prevenzione de suicidio*. Bologna: Il Mulino.
- Pompili, M., Del Casale, A., Di Veroli, G., Girardi, P., (2008). *I sopravvissuti, la popolazione di coloro che hanno perso un caro per suicidio*. In Tatarelli, R., Pompili, M. (a cura di) *Il suicidio e la Sua Prevenzione*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Pompili, M., Tettarelli, R., (2007). *Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro*. Minerva Psichiatr n° 48, 99-118.
- Ratkovska, K., Grad, O., De Leo, D., Cimitan, A. (2011). *Lutto traumatico per il terapeuta: sopravvivere al suicidio di un paziente*. In De Leo, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad, O.,
- Sbattella, F., (2009). *La resilienza: capacità o processo? Il contributo della psicologia*. Atti del convegno Resilienza: oltre la tragedia e la rassegnazione. Milano: Centro Pastorale.
- Sbattella, F., (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Milano: Franco Angeli.
- Sbattella, F., Tettamanzi, M., (2013). *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*. Milano: Franco Angeli.
- Solano, L., (2011). *Verso la fondazione dello psicologo di base. La professione di psicologo*. Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, 1, 7-10.
- Van Heringen, C., Jannes, C., Van Remortel, J. (1990). *The predictive value of after-care compliance*. In Ferrari, G., Bellini, M., Crepet, P. *Suicidal Behaviour and Risk Factors*. Bologna: Monduzzi.
- Walsh, F.(2008). *La resilienza familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Wolk-Wasserman, D. (1987). *Contacts of suicidal alcohol and drug abuse patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt*. Acta Psychiatr Scand, 76, 394-405.

# Il fenomeno adozione nel periodo adolescenziale

Luca Zucchini <sup>11</sup>

## Sommario

Lo scopo del presente elaborato è finalizzato ad esaminare il fenomeno dell'adozione, più specificatamente collegato alla fase del ciclo di vita adolescenziale, periodo in cui solitamente si registrano i cambiamenti più significativi sia dell'adolescente che del sistema famiglia. Il tentativo sviluppato in questa trattazione è quello di evidenziare le difficoltà e le risorse che i genitori adottivi e il figlio adottato possono incontrare nel passaggio di quest'ultima in una fase così delicata come l'adolescenza, con il conseguente processo di separazione e individuazione dalla coppia genitoriale alla ricerca di una propria identità personale. Inoltre sono stati illustrati i cambiamenti cui il sistema ha dovuto affrontare, da coppia a coppia genitoriale e da coppia a famiglia, prendendo in considerazione i vissuti emotivi di tutti i componenti del sistema stesso.

## Parole chiave

Adozione, adolescenza, sistema, coppia adottiva, figlio adottato, genitorialità.

## Abstract

*The aim of this composition is to analyze the adoption theme, more specifically related to the phase of the adolescence, a period that usually shows important changes of the teenager but also of the family system.*

*The developed attempt in this discussion is to underline the difficulties and resources that the adoptive parents and the adopted daughter could come across when the girl goes through a difficult period as the adolescence, with the resulting process of parents' s separation and identification, in which they search for a personal identity.*

*Furthermore the changes, that the system has faced, have been illustrated, for example from couple to parents and from couple to family, considering the emotional past of every members in that particular system.*

## Key words

*Adoption, adolescence, system, adoptive couple, adopted daughter, parenting.*

---

<sup>11</sup>Allievo quinto anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: lucazucchini81@gmail.com

## **IL CONTESTO NELL'OTTICA SISTEMICA**

“Cos'è un contesto? Esiste un contesto che abbia una sua connotazione di identità costruita a prescindere da un osservatore? Quando cerchiamo di comprendere un contesto all'interno del quale prende forma una storia, un'esperienza relazionale, stiamo già esplorando cornici, oggetti, persone; operiamo connessioni scegliendo parti di un tutto inintelligibile, e spesso in modo inconsapevole. Tra individuo e ambiente vi è una relazione ricorsiva che implica riflessivamente ridefinizioni di significati di contesto. Nostra responsabilità etica è sviluppare sensibilità al contesto, capacità di osservazione, attenzione saggia” (Restori, 2011, p.5).

Con il termine “contesto” ci si riferisce ad una delle “pietre miliari” del pensiero sistemico. Bateson (1972) intende il contesto come una “matrice di significati”, fornendoci un'indicazione metodologica: nessun fatto può essere spiegato senza considerare l'intreccio delle circostanze entro cui tale fatto emerge e si sviluppa. L'autore ha radicalmente modificato le modalità attraverso cui il sintomo, la diagnosi e il trattamento vengono considerati, ridefinendoli in termini relazionali. Il sintomo ad esempio non viene più considerato e trattato come espressione di disfunzione del singolo individuo ma come un importante dato inerente i rapporti cui la persona è inserita. Allo stesso modo la diagnosi viene associata alle modalità di funzionamento di un gruppo e non più considerata come una scomoda e duratura “etichetta”.

Alla base di queste considerazioni, è possibile sostenere che l'intervento psicoterapico non è basato sull'analisi dei processi intrapsichici, ma sull'osservazione delle modalità di interazione dell'intero nucleo familiare e si pone l'obiettivo di tentare di mutare e miglio-

rare il contesto entro cui il sintomo è emerso e mantenuto, non prendendo solamente come riferimento le dinamiche individuali dell'individuo portatore del sintomo.

I processi comunicativi si sviluppano entro determinati contesti di riferimento, influenzandoli e, allo stesso tempo, restandone influenzati. La comunicazione è determinata da un livello di contenuto, ciò che l'individuo dice, e da un livello di relazione, ossia le modalità attraverso le quali si esterna una determinata cosa. E' però significativo sottolineare che tutto questo processo comunicativo avviene all'interno di un contesto (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967).

## **ADOZIONE E ATTACCAMENTO: I MODELLI OPERATIVI INTERNI**

La teoria dell'attaccamento rappresenta uno dei principali modelli teorici che studia la genitorialità utilizzando il concetto di Modello Operativo Interno (Bowlby, 1969), ossia un programma acquisito attraverso relazioni con figure affettive significative durante l'infanzia e 'assemblato' in uno schema flessibile, seppure relativamente stabile, sotto forma di sentimenti, ricordi, desideri, aspettative e intenzioni. Questo schema permette al bambino di comprendere e dare un senso alle proprie esperienze interpersonali, sia come guida all'azione.

I Modelli Operativi Interni (MOI) sono caratterizzati da una certa resistenza e continuità dall'infanzia all'età adulta, soprattutto se le condizioni di vita degli individui, favorevoli o meno che siano, rimangono costanti.

Dazzi e Zavattini (2011) introducono invece il tema della discontinuità, presupponendo che le situazioni di un individuo possono cambiare drasticamente nel corso della vita. Ad esempio, secondo gli autori è possibile che cambiamenti drastici nella vita di una



persona possano portare a delle trasformazioni nelle rappresentazioni dell'attaccamento, sia a livello migliorativo (trasformazioni dei modelli da sicuri ad insicuri, maggior accessibilità ad una figura di attaccamento sicura) sia a livello peggiorativo, con il passaggio da una situazione di sicurezza ad una di insicurezza (ad es. la morte di un genitore, divorzio, malattie incurabili...). All'interno di tale dibattito tra continuità/discontinuità, si presuppone che i bambini adottati tardivamente siano in una situazione "privilegiata", ossia nelle condizioni di migliorare e rivedere le rappresentazioni di se stessi e delle proprie relazioni affettive.

Howe (1998) ha differenziato tre tipologie di "storie pre-adottive", che i bambini adottati tardivamente (late-adopted) possono aver affrontato:

a) buon inizio/adozione tardiva: riguarda i bambini che hanno goduto di una buona qualità di cure con un caregiver adulto durante il primo anno o i primi due anni di vita; successivamente la relazione è peggiorata o si è interrotta, mettendo il bambino di fronte ad una perdita, un abbandono, un abuso o un'istituzionalizzazione;

b) cattivo inizio/adozione tardiva: si riferisce a bambini che hanno sperimentato una qualità di cure continuativamente scarsa con le figure di attaccamento, caratterizzate da grave negligenza, inversione dei ruoli, rifiuto, maltrattamento fisico, abuso sessuale, abuso psicologico, abbandono e successiva istituzionalizzazione;

c) istituzionalizzazione precoce: riguarda i bambini istituzionalizzati alla nascita, che non hanno sperimentato né un investimento affettivo né un rifiuto personalizzato.

Come sostenuto dall'autore è probabile che le differenti esperienze preadottive conducano all'interiorizzazione di differenti rappresen-

tazioni dell'attaccamento, ossia pattern di attaccamento di tipo "insicuro", sul versante "resistente", "evitante" e "disorganizzato". Ad esempio è possibile che i bambini con buon inizio/adozione tardiva costruiscano un modello di attaccamento parzialmente sicuro, caratterizzato da una certa fiducia nella disponibilità dell'altro e da un senso del sé positivo (buono e amabile), pur evidenziando frequentemente aspetti ansiosi, legati alla perdita precoce delle figure di accudimento iniziali. Una volta adottati potrebbero, in situazione di stress, esibire strategie relazionali dipendenti e immature che avrebbero lo scopo di rassicurarli che non andranno incontro ad un nuovo abbandono.

I bambini con cattivo inizio/adozione tardiva potrebbero, invece, mostrare di aver subito conseguenze maggiori sviluppando delle modalità di relazione di attaccamento di tipo:

a) arrabbiato: caratterizzato da un modello del sé carente di aspetti di amabilità e valore e da una rappresentazione dell'altro come incoerente e imprevedibile ("Ho bisogno di te, ma non mi fido di te"). Questo modello interno può di frequente esprimersi nella famiglia adottiva con atteggiamenti piagnucolosi, assai richiedenti, gelosi, possessivi, arrabbiati, esasperanti, a volte minacciosi e violenti;

b) evitante: rappresentato da un modello del sé indegno di amore e cura e da un modello dell'altro come rifiutante, freddo e ostile ("Meglio rifiutare che essere rifiutati"). Queste rappresentazioni interne potrebbero condurre i bambini, una volta adottati, ad agire comportamenti di evitamento dell'intimità e della vicinanza e atteggiamenti di apparente invulnerabilità emotiva; in situazioni di forte stress questa tipologia di bambini potrebbe reagire manifestando una forte rabbia.

c) disorganizzato: contraddistinto da un sen-

so del sé confuso e disorientato e da una rappresentazione della figura di attaccamento come spaventata/spaventante (“Chi mi fa paura è chi mi dovrebbe proteggere”).

Infine, nei bambini adottati tardivamente caratterizzati da un’istituzionalizzazione precoce, potrebbero manifestarsi altri disturbi dell’attaccamento quali il “disturbo di non-attaccamento”, contraddistinto dall’assenza di un legame vero e proprio di attaccamento, a volte accompagnato da un deficit cognitivo, o il “disturbo di attaccamento indiscriminato” tipico dei bambini che fanno uso promiscuo e indiscriminato dell’altro per cercare conforto e aiuto. E’ importante sottolineare come i modelli operativi interni insicuri dei bambini adottati tardivamente possono essere agiti in “copioni” relazionali, anche altamente distruttivi nei nuovi contesti familiari in cui vengono collocati, con la manifestazione di comportamenti poco funzionali ed evolutivi, mettendo in grave difficoltà i genitori adottivi. Se questi ultimi sono a loro volta “fragili ed irrisolti”, potrebbero non avere le risorse necessarie nel far fronte alla situazione, con il rischio di un “fallimento adottivo” e l’allontanamento del minore dalla famiglia adottiva. Nella teoria dell’attaccamento, lo stile genitoriale viene infatti fortemente associato ai modelli operativi interni che gli adulti hanno loro stessi sviluppato in base alle relazioni precoci con le proprie figure affettivamente significative. Nel contesto dell’adozione, quindi, l’indagine sui modelli di attaccamento degli aspiranti genitori adottivi assume un significato del tutto particolare, sia per prevenire un “fallimento adottivo” che per fornire un legame “sicuro” a bambini insicuri e/o disorganizzati. La sicurezza dei modelli di attaccamento delle coppie disponibili all’adozione viene connotata come un fattore importante di protezione rispetto allo stress connesso alle sfide della

genitorialità adottiva, unitamente all’elaborazione del lutto circa l’impossibilità a procreare biologicamente (Pace, 2010).

## **I VISSUTI EMOTIVI DEI GENITORI ADOTTIVI**

L’articolo 8 della legge 184/1983 dichiara che il Tribunale deve considerare in stato di adottabilità i minori in situazioni di abbandono perché privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, purchè la mancanza di assistenza non sia dovuta a forza maggiore di carattere transitorio (Nissi, 2011). Perciò, per valutare la reale idoneità di una coppia prossima all’adozione, il Tribunale dispone un’indagine di natura psico-sociale, affidandola ai Servizi Sociali. Le figure selezionate (operatore, psicologo, psicoterapeuta o assistente sociale) per stabilire il grado di idoneità della coppia, analizzano alcuni aspetti fondamentali per prevenire il cosiddetto “fallimento adottivo”:

- le motivazioni che spingono la coppia all’adozione;
- le aspettative e i fantasmi relativi alle origini del bambino;
- l’immaginario legato al bambino da adottare.

Solitamente il colloquio esplora anche la capacità dei coniugi di saper distinguere tra il “desiderio” e/o il “bisogno” di avere un figlio. Dell’Antonio (1986) sostiene che, nella coppia adottiva, spesso vi sia la convinzione che la genitorialità adottiva sia inferiore rispetto a quella biologica, con la frequente tendenza a confrontarsi con i genitori biologici del bambino. Ciò potrebbe essere una delle motivazioni per cui la coppia adottiva solitamente sia molto restia a rivelare informazioni inerenti il passato del bambino, non solo all’ambiente sociale circostante ma anche al bambino



stesso, per timore di turbarlo e farlo sentire diverso. Allo stesso tempo la coppia adottiva necessita di questo bambino, in quanto oltre a permettere alla coppia stessa di realizzare il desiderio (o bisogno) di essere genitori, assicura un ruolo sociale adeguato. Infatti, come afferma l'autrice, è ancora ben radicata nella popolazione l'idea di famiglia composta dalla coppia genitoriale e dai figli. Un altro aspetto molto significativo è quello relativo alle idee che la coppia si è fatta sul bambino da adottare. Nell'attesa dell'evento, la coppia adottiva si costruisce una serie di aspettative del bambino. Nella maggior parte dei casi, il bambino immaginato è un neonato con caratteristiche fisiche, quali colore della pelle e tratti somatici, simile a quello dei genitori. Tuttavia, l'impossibilità di avere informazioni precise crea nella coppia uno stato di forte ansia e paura. Nissi (2011) sostiene che l'immagine del bambino, modellata dalle aspettative dei genitori, può essere emotivamente più coinvolgente di quella che un genitore naturale si è costruito in attesa del figlio. L'arrivo del bambino "reale" porta inevitabilmente ad un confronto con quello immaginato, frutto delle esigenze personali della coppia adottiva e da bisogni comuni, indotti da stereotipi culturali. Quando il bambino abbandonato non coincide con il bambino realmente desiderato dalla coppia, non ci si trova ad affrontare solamente dei vuoti da colmare, ma anche dei ricordi da elaborare. Inoltre, un altro aspetto molto frequente è il timore da parte dei genitori adottivi che il figlio adottato, una volta adolescente, voglia conoscere il suo passato (vissuto come un "fantasma") e tentare di riallacciare i rapporti con i genitori naturali. Questo comporta, nella coppia adottiva, una forte preoccupazione inerente al possibile confronto con i genitori biologici del bambino ("loro sono meglio di

noi") vivendo la situazione con un forte senso di fallimento e autosvalutazione. Tutti questi timori (confronto, distacco e perdita) possono portare la coppia adottiva ad assumere un atteggiamento molto protettivo nei confronti del bambino, instaurando un legame forte e quasi esclusivo, impedendogli così la naturale esplorazione del mondo esterno specialmente nei confronti del gruppo dei pari.

Il primo incontro, tra i genitori adottivi e il bambino, viene considerato uno dei momenti di maggior impatto emotivo per entrambi, in quanto caratterizzato da un'estraneità reciproca e da modi di vedere la realtà differenti. Come precedentemente accennato, sia la coppia adottiva che il bambino hanno elaborato aspettative e timori reciproci: sarà quindi fondamentale stabilire una relazione tra persone che non si conoscono e sostituire le immagini fantasticate (la coppia tramite un'immagine di bambino desiderato ed idealizzato e il bambino attraverso un'immagine di adulto frutto della sua esperienza precedente) con le persone reali.

Per il bambino, l'essere stato adottato da un lato gli dà la sensazione di essere desiderato da qualcuno, dall'altro gli conferma di essere stato rifiutato dai suoi genitori naturali. Perciò spesso, non conoscendone le motivazioni, si sente responsabile dell'abbandono e teme che possa capitare nuovamente. Per questo motivo, il bambino tende ad entrare in sfida con i nuovi genitori con manifestazioni di forte rabbia e aggressività, per verificare se il loro desiderio nei suoi confronti è reale. E' possibile che tali agiti aggressivi possano generare nel bambino un forte senso di colpa e il timore di un nuovo abbandono, con conseguente richiesta di attenzioni e affetto da parte dei genitori adottivi. Minuchin (1976) sostiene che un evento così importante come

l'arrivo di un figlio provoca radicali cambiamenti all'interno dell'organizzazione familiare: la coppia (o la famiglia) deve adattarsi e ristrutturarsi, con un continuo accomodamento da parte dei componenti del nucleo familiare. La stessa cosa avviene nell'adozione, rispetto alla quale un fattore importante è la motivazione ad adottare: spesso è per volontà della donna, per dare un senso alla propria vita rivestendo il ruolo di mamma. Tuttavia, può accadere che il partner non sia troppo coinvolto nel progetto adottivo e viva il nuovo arrivato come un rivale. Per questo motivo, se il rapporto di coppia è fondato su basi poco solide, l'inserimento del bambino e la ricostruzione di un nuovo equilibrio familiare può avvenire spesso con difficoltà.

#### **IL "PATTO ADOTTIVO": FATTORI DI RISCHIO E FATTORI PROTETTIVI**

Con il termine patto adottivo s'intende un legame etico, che incastra i bisogni di due mancanze, quelli della coppia e quella del bambino, dando luogo ad un progetto comune. Maggiori saranno le capacità dei genitori di colmare la curiosità del bambino sulle sue origini, più integrata sarà l'immagine che il bambino formerà di sé (Nissi, 2011). Dell'Antonio (1986) evidenzia come il bambino adottato viva una situazione di paradosso esistenziale. Da un lato idealizzare i genitori naturali significa svalutare se stesso, non degno di rimanere con loro; dall'altro considerarli negativamente gli permette di attutire il senso di colpa, ma gli rimanda comunque un'immagine di sé svalutante. I genitori adottivi dovrebbero aiutarlo nel trovare il giusto equilibrio evitando di colpevolizzare se stesso e i genitori naturali. "Se il genitore adottivo riesce a pensare al figlio adottato come connesso dolorosamente ai genitori biologici, l'immagine che rispecchierà di

questa connessione contribuirà allo sviluppo da parte del bambino di un'immagine di sé integrata" (Vadilonga, 2010, p. 165). L'autore attribuisce una notevole importanza alla rappresentazione di sé che il bambino si costruisce, indissolubilmente legata alla percezione che ha dei genitori biologici. Sia per i bambini adottati in tenera età che non conservano ricordi diretti e nitidi, sia per quelli adottati tardivamente, sarà determinante il modo in cui i genitori adottivi trasmetteranno loro l'immagine dei genitori biologici. Affinché questo processo sia utile ai bisogni dei bambini, è importante che a loro volta i genitori adottivi abbiano elaborato un'adeguata rappresentazione dei genitori biologici, interrogandosi sulle motivazioni che li possono aver spinti ad abbandonare il bambino. Quindi, la coppia adottiva deve avere la capacità di fornire al bambino una chiave interpretativa della sua storia, mettendolo nelle condizioni di comprendere che i suoi genitori naturali, pur avendo commesso un errore, non avevano né la capacità né le risorse per accudirlo e tenerlo con loro.

L'età scolare, con il confronto quotidiano con il gruppo dei pari, viene considerata una fase molto critica per l'adozione in quanto il bambino inizia a rendersi conto del rapporto tra l'essere stato adottato e l'abbandono, ponendosi le prime domande sulle motivazioni per cui è stato abbandonato. Bramanti e Rosnati (1998), prendendo in considerazione una ricerca su un campione di adolescenti adottati, hanno rivolto la loro attenzione ai fattori di rischio e di protezione all'interno delle famiglie adottive. Le autrici hanno formulato diverse ipotesi in base alle quali alcuni adolescenti adottati evolvono verso un normale adattamento e altri verso il disadattamento, o anche verso un comportamento patologico. Esse hanno introdotto il

concetto di rischio, inteso come un'opportunità di cambiamento per il sistema e non solo come un ostacolo da superare. Il rischio è considerato come uno sbilanciamento fra sfide e risorse, diventando un ostacolo nel momento in cui le sfide che il sistema deve affrontare sono maggiori rispetto le risorse e le competenze che esso ha a disposizione. Il fenomeno adozione è considerato una situazione che presenta dei rischi che il sistema famiglia deve riuscire a gestire per accettare la sfida che la scelta di adottare comporta. In questo caso potrà quindi essere considerato come un'opportunità di evoluzione e crescita per l'intero nucleo familiare.

Bramanti e Rosnati (1998) hanno individuato diversi ambiti in cui collocare i fattori di rischio e quelli protettivi. Rispetto ai primi, le autrici evidenziano come l'autostima, la socializzazione con il gruppo dei pari e il rendimento scolastico siano considerate tre variabili fondamentali in cui si può manifestare una situazione di rischio psicosociale per l'adolescente adottato. Invece, riferendosi ai fattori protettivi nello sviluppo psicologico dell'adolescente adottato, esse hanno evidenziato l'importanza che riveste la comunicazione con i genitori, in particolare con la madre, e il senso di appartenenza alla famiglia adottiva. Le autrici ritengono quindi basilare il ruolo della figura materna, che ha il compito di costruire quel legame tra le generazioni che unisce il figlio alla famiglia e lo inserisce nella storia delle generazioni.

Bramanti e Rosnati (1998) sostengono inoltre che la percezione, in termini di risorse, che i genitori adottivi hanno nei confronti del figlio, sia un ulteriore fattore protettivo. Infatti, se al primo incontro il bambino verrà considerato come un bene prezioso e portatore di risorse, i genitori si rapportheranno con lui non solo come creditori ma anche come debito-

ri, creando una relazione paritaria ed equilibrata. Diversamente, se il bambino adottato verrà percepito esclusivamente in termini negativi, la coppia costruirà un'immagine di sé stessa come salvifica e onnipotente, con il rischio di imbrigliare il bambino nella figura di creditore. Questo atteggiamento vincolerebbe il bambino adottato a pagare un debito di riconoscenza (l'essere stato adottato) non saldabile e a corrispondere alle aspettative dei genitori adottivi per timore di subire un ulteriore abbandono.

### **IL PASSAGGIO DA COPPIA ADOTTIVA A SISTEMA FAMILIARE ADOTTIVO**

Solitamente, parlando del fenomeno adozione, il focus attento è maggiormente spostato sul bambino e sulle problematiche legate all'abbandono, in modo minore invece rispetto alla coppia adottiva e alla sua motivazione di adottare. Come sostiene Baldascini (2008) è importante analizzare attentamente il percorso che ha portato la coppia alla decisione di adottare, unitamente al vissuto emotivo connesso all'impossibilità di generare. La sterilità biologica può essere considerata come un evento paranormativo nel ciclo di vita familiare, che costringe la famiglia ad una riorganizzazione degli aspetti relazionali sia all'interno della famiglia stessa che rispetto all'intero sistema della famiglia trigerazionale, per far fronte ai particolari compiti emozionali che il sistema deve incontrare.

Maturana e Varela (1985) introducono il concetto di "accoppiamento strutturale", secondo il quale un sistema interagisce con il suo ambiente attraverso delle interazioni ricorrenti, ognuna delle quali innesca modifiche nella struttura del sistema. Perciò una coppia che possiede già una sua "ricorrenza" di interazioni può permettersi forti perturbazioni sen-

za mettere in pericolo l'esistenza del sistema, se queste rientrano nella coerenza della sua organizzazione. E' fondamentale che la coppia abbia la capacità di non distruggersi accogliendo un nuovo membro; il sistema (la coppia) si deve modellare in modo tale da adattare l'individualità dei singoli membri all'interno di una nuova organizzazione. E' prioritario chiedersi quali possano essere gli eventuali cambiamenti all'interno della coppia e se, allo stesso tempo, si possano presentare dei fattori di rischio. Alcuni aspetti della storia di coppia sono importanti predittori sulla riuscita o meno dell'adozione: la storia personale dei coniugi, il rapporto con i genitori, il tipo di educazione ricevuta, la maturità affettiva, la comunicazione tra i membri, il livello di duttilità personale e di coppia, il desiderio di un figlio biologico, i bisogni, le aspettative, il rapporto tra coniugi, le motivazioni espresse della scelta adottiva, eventuali esperienze di tentativi di procreazione medicalmente assistita, quale dei componenti della coppia ha pensato per primo all'adozione. Il sistema della coppia adottiva si presenta come un sistema aperto verso l'accoglienza di altri individui, ma ciò non significa che non abbia confini chiari e precisi; è un sistema che apre alla possibilità di ridiscutere i propri equilibri interni e disponibile al cambiamento. Il bambino entra nel nuovo sistema familiare con un suo bagaglio relazionale e si deve confrontare con un sistema a lui sconosciuto che ha caratteristiche completamente diverse, con il rischio che si possano creare perturbazioni a vari livelli. Il sottosistema coniugale può essere messo a dura prova da alcuni comportamenti provocatori del bambino, che mette in atto con la coppia adottiva le modalità relazionali che ha acquisito nel suo contesto di apprendimento precedente. Vadilonga (2010) sostiene che

tali strategie possono essere considerate adattive all'interno del contesto in cui si sono sviluppate in quanto funzionali ad allontanare la rappresentazione di sé come fragile e vulnerabile; trasportate all'interno del nuovo sistema familiare, possono apparire poco funzionali e disadattive, anche se è proprio in virtù di queste modalità di comportamento che il bambino è riuscito a sopravvivere sia psicologicamente che fisicamente. A volte questa situazione emotiva può essere particolarmente stressante per uno o entrambi i genitori, rappresentando un elemento di perturbazione nel sottosistema genitoriale, che può sbilanciare gli equilibri interni, nel caso in cui non sia presente una buona coesione ed un forte sostegno reciproco. Si può quindi sostenere che l'incontro fra il sistema coppia e il bambino provoca molteplici perturbazioni che agiscono sia all'interno del sottosistema familiare (equilibri di coppia, passaggio da coppia coniugale a coppia genitoriale), che nella famiglia allargata (rapporti intergenerazionali). Queste perturbazioni portano anche a numerosi cambiamenti nell'identità di sé: da un lato il bambino costruisce una nuova immagine di sé, diventando bambino adottato con la conferma di essere stato abbandonato e di essere diverso dagli altri bambini, dall'altro i membri della coppia diventano genitori adottivi confermando l'impossibilità generativa e la loro diversità rispetto i genitori biologici.

### **IL PROCESSO DI INDIVIDUAZIONE: LA COSTRUZIONE DELL'IDENTITÀ**

Uno degli aspetti critici dell'adozione è il momento in cui il bambino sente l'esigenza di possedere una maggiore autonomia dai genitori, per poter sviluppare la propria individualità.

E' importante sottolineare che, per riuscire

nel suo intento, deve sentirsi competente e autonomo e in questo deve essere aiutato dai genitori. Questi ultimi rivestono un ruolo fondamentale nel processo di svincolo del bambino adottato in quanto, fin dal suo arrivo in famiglia, tendono ad avere una relazione esclusiva con lui, in modo da superare più velocemente l'iniziale sentimento di estraneità e frenare la naturale esigenza del bambino di esplorare il mondo circostante e instaurare nuove relazioni significative. Parallelamente il bambino stesso tende a rinforzare questo legame esclusivo con i genitori adottivi, rendendo più complicato un progressivo distacco, nel caso in cui sia il bambino che i genitori non abbiano superato il timore di un reciproco abbandono. Infatti, da un lato si può ipotizzare che il bambino possa non sentirsi del tutto accettato all'interno del nuovo nucleo familiare; dall'altro che i genitori non si considerino meritevoli di essere genitori, in quanto adottivi e non biologici, manifestando quindi una forte preoccupazione di poter perdere il bambino che hanno tanto desiderato. Tuttavia, per raggiungere la propria autonomia e costruire un adeguato senso di identità è necessario che il bambino condivida con i genitori adottivi le proprie origini, inserendoli gradualmente nella sua storia personale. Baldascini (2008) sostiene l'importanza di riattraversare il proprio passato ed essere consapevoli del proprio "copione" familiare e personale, in modo da non subirlo passivamente come accadimento ma assumerlo pienamente come la propria determinata identità, a partire dalla quale aprirsi poi alla propria indeterminata creatività. Pertanto, per riuscire ad andare oltre la propria storia è opportuno non assumere un atteggiamento svalutante nei confronti di essa (odi, rancori e rivendicazioni) né avere dei conti in sospeso, solitamente con i genitori. "E' necessario, in-

vece, poterla accettare così com'è ed esserle grati: infatti è solo dall'amore, dal rispetto e dalla ri-conoscenza verso chi ci ha preceduto che può derivare la spinta per guardare oltre, per svincolarsi realmente dagli attaccamenti che ci tengono fermi e per alimentare la propria responsabilità ed autodeterminazione" (Baldascini, 2008, pp. 44-45). Quando il figlio adottivo entra nella fase adolescenziale, il sistema famiglia deve essere in grado di adattarsi, cambiando velocemente le varie forme di relazione tra i componenti. In particolare, come sostiene Minuchin (1974), la famiglia si trova a dover armonizzare due movimenti antagonisti che si presentano con forte intensità: la tendenza del sistema all'unità, al mantenimento dei legami affettivi e del senso di appartenenza da un lato, la spinta verso la differenziazione e l'autonomia dei singoli membri dall'altro. In questa ottica, è importante sottolineare che il processo di separazione interessa entrambi i versanti, non solo l'adolescente ma anche i genitori: anch'essi infatti devono "separarsi" dai figli, accettare che diventino adulti e aiutarli nel loro processo di sviluppo e di autonomizzazione. La modalità con cui i genitori vivono questo distacco è destinata ad avere effetti rilevanti sull'andamento del processo di crescita e di emancipazione dei figli stessi. La qualità delle relazioni familiari è fondamentale nel determinare la competenza e la fiducia con cui gli adolescenti affrontano il periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta. Tali relazioni influenzano le modalità con cui i giovani negoziano i principali compiti dell'adolescenza, la misura in cui si trovano coinvolti nei problemi comportamentali generalmente associati a questo periodo e l'abilità di stabilire relazioni intime significative e durature. Gli aspetti che sembrano particolarmente importanti sono l'incoraggiamento dell'auto-



nomia e dell'indipendenza dei figli, il grado di controllo desiderato dai genitori, la quantità e il tipo di conflitto tra i membri, la forza dei legami familiari, il sostegno disponibile agli adolescenti. E' di fondamentale importanza che la famiglia, per facilitare lo sviluppo dei figli adolescenti, fornisca livelli moderati di coesione e di flessibilità circa i ruoli e le regole, in modo da permettere il progressivo svincolo dei figli, e realizzi forme chiare e dirette di comunicazione. Infatti, nell'adolescenza i figli tendono a non rompere i legami con la famiglia, che rimane la loro "base sicura" su cui fare affidamento nei momenti in cui le loro risorse non sono sufficienti per affrontare alcune situazioni evolutive. Il loro atteggiamento, invece, è proiettato alla ricerca di una continua negoziazione di nuovi ruoli e regole, in modo da poter vivere una relazione maggiormente paritaria e reciproca con gli adulti, basata sul confronto e sulla comunicazione (Palmonari, 1993).

## **IL PERIODO ADOLESCENZIALE NELLE FAMIGLIE ADOTTIVE**

Nel ciclo vitale della famiglia adottiva l'adolescenza rappresenta sicuramente l'evento critico più impegnativo sia per i genitori che per il figlio. Durante questa fase, come sostiene Baldascini (2008), il figlio adottato manifesta il bisogno di dare un significato alla propria storia, con la ridefinizione del senso di appartenenza alla famiglia adottiva e lo sviluppo della propria autonomizzazione, alla ricerca di una nuova identità di sé. I genitori adottivi devono riferire il senso di appartenenza familiare senza ostacolare lo svincolo del figlio, connotando positivamente l'eventuale ricerca delle origini del ragazzo e non vivendo queste esperienze come un attacco alla loro legittimità genitoriale o alle loro capacità educative. I cambiamenti somatici e

sessuali idealmente rimandano il figlio adottato ad un confronto con i genitori biologici, fisicamente assenti ma presenti nelle sue sembianze fisiche. Questo confronto porta alla luce un certo grado di sofferenza che l'adolescente adottato vive con un livello di consapevolezza, capacità cognitiva e partecipazione emotiva diverse dal momento in cui le esperienze traumatiche dell'abbandono si sono verificate. In questa fase è possibile che il ragazzo provi delle sensazioni di estraneità, specialmente se è stato adottato da un Paese diverso dall'Italia, sia per i tratti somatici che per il colore della pelle diversi. Questa sofferenza può essere tollerabile se è presente un contesto affettivo capace di contenere queste angosce, diversamente il ragazzo può metter in atto dei meccanismi di difesa di negazione della sofferenza o di aggressività. In questa fase riaffiorano sentimenti di rabbia verso i genitori biologici, rei di averli abbandonati. Il tema della colpa nell'adozione è ricorrente. Se prima i sensi di colpa il figlio adottato li attribuiva a se stesso, in questo caso la colpa è addossata ai genitori naturali, in particolare alla madre. Se il rapporto con i genitori adottivi è fortemente conflittuale, in questo caso il figlio adottato attribuisce la colpa a loro considerandoli incapaci di amarlo e comprenderlo. Baldascini (2008) introduce il concetto di sindrome del "cane randagio", che si manifesta quando questa miscela di sentimenti ed emozioni non trova nessuna forma di contenimento o elaborazione; essa è basata su comportamenti ambivalenti collegati con la fiducia/sfiducia ("Mi vorrei affidare ma è meglio non fidarsi") o in manifestazioni di sfide aperte ai propri genitori. Diversamente, se la relazione adottiva si è mostrata aperta alle domande e alla curiosità e ha saputo contenere i sentimenti negativi del bambino senza inibir-

li, senza “incastrare” quel figlio in un “gioco familiare” con una funzione rigida o salvifica e senza investirlo di aspettative eccessive, allora ci sono buone possibilità di far fronte e superare gli ostacoli che la fase adolescenziale comporta. Nel corso dell’adolescenza, la possibilità di infrangere le regole o deludere le aspettative fa parte di un normale processo evolutivo della famiglia. Diversamente, il legame affettivo tra genitori adottivi e figlio può essere regolato dal principio del possesso e dell’assimilazione, con messaggi impliciti del tipo: “Sarai amato nella misura in cui corrispondi alle nostre aspettative” oppure “quello che tu fai ci serve per riempire i nostri vuoti”. In questo caso il figlio adottivo si trova a vivere un conflitto insostenibile: eventuali scelte “controcorrente” possono avere come conseguenza quel temuto “abbandono effettivo” già sperimentato. Baldascini (2008) afferma che il processo di reciproco svincolo è possibile se “l’altro” (figlio o genitore) e le sue scelte non servono al riconoscimento del proprio ruolo. Quindi se il figlio riesce a sopportare la disapprovazione di un genitore rispetto ad una sua scelta, in quanto la sua appartenenza come figlio in quella famiglia non è messa in discussione, il processo di differenziazione può proseguire. Allo stesso modo, se un figlio è consapevole che le stesse sue scelte non hanno la funzione di legittimare il ruolo dei suoi genitori, non proverà un sentimento di slealtà nei loro confronti e avrà l’opportunità di cogliere le occasioni che la vita gli presenta per potersi realizzare. A volte succede che la famiglia non permette ad uno dei suoi figli di svincolarsi: questa dinamica solitamente significa che quella persona sta occupando il posto di un altro. Basti pensare al figlio che sostituisce il genitore morto: egli in veste di coniuge non potrà contrarre un altro matrimonio. Lo potrà fare solamente

nella forma, ma resterà sostanzialmente vincolato alla madre-moglie fino a che non sarà in grado di riacquistare la posizione originaria di figlio. Baldascini (2008) tende a precisare che queste considerazioni sulle dinamiche generali della famiglia sono ancora più pregnanti nel caso dell’adozione, la quale si sviluppa solitamente da esperienze di separazioni, abbandoni e lutti. Secondo l’autore, è importante chiarire che “nessuno può sostituire chi non c’è più ne tanto meno prendere il posto di chi non c’è mai stato. Il diritto di appartenenza è una questione importante ed il bambino deve essere aiutato ad occupare il posto giusto nella famiglia adottante” (Baldascini, 2008, p. 63). Negli ultimi anni vi è la tendenza ad adottare sempre più spesso bambini grandicelli o alle soglie di un’età pre-adolescenziale, che porta ad una maggior complessità della relazione adottiva, rispetto alla quale spesso i genitori si trovano sprovvisti di risorse e competenze. E’ importante evidenziare che la difficoltà nel costruire un legame affettivo adeguato può portare frequentemente a dei vissuti di fallimento o di inadeguatezza, quando sarebbe invece necessario un maggiore supporto alle famiglie adottive da parte delle Istituzioni, in modo da poter facilitare l’inserimento del bambino nella nuova realtà quotidiana.



## Bibliografia

- Baldascini, L. (2008). *L'adozione consapevole. La formazione dell'operatore nei Servizi pubblici*. Milano: Franco Angeli.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. 1: Attachment*. London: Hogarth Press (trad. it. *Attaccamento e perdita, Vol. 1, L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- Bramanti, D., Rosnati, R. (1998). *Il patto adottivo*. Milano: Franco Angeli.
- Dazzi, N., Zavattini, G.C. (2011). *Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica*. *Giornale Italiano di Psicologia*, vol.4, pp. 729-756.
- Dell'Antonio, A.M. (1986). *Le problematiche psicologiche dell'adozione nazionale ed internazionale*. Milano: Giuffrè.
- Howe, D. (1998). *Patterns of Adoption: nature, nurture and psychosocial development*. Oxford: Blackwell Science.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1985). *Auto-poiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press; trad. it. *Famiglia e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1976 (in Palmonari 2001).
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Nissi, C. (2011). *Il vissuto emotivo dell'adozione*, Psico-Pratika n. 68, www.human-trainer.com.
- Pace, C. (2010). *Attaccamento*, GDSinforma, anno V, n. 7, settembre-ottobre 2010.
- Palmonari, A. (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Palmonari, A. (2001). *Gli adolescenti*. Bologna: Il Mulino.
- Restori, A. (2011). *Attenzione sensibile al contesto. Per una formazione attenta al tema della consapevolezza*, Cambiamenti, vol. 3, p. 5.
- Vadilonga, F. (a cura di) (2010). *Curare l'adozione. Modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.





Finito di stampare nel giugno 2015 da

**EDICTA**  
EDIZIONI