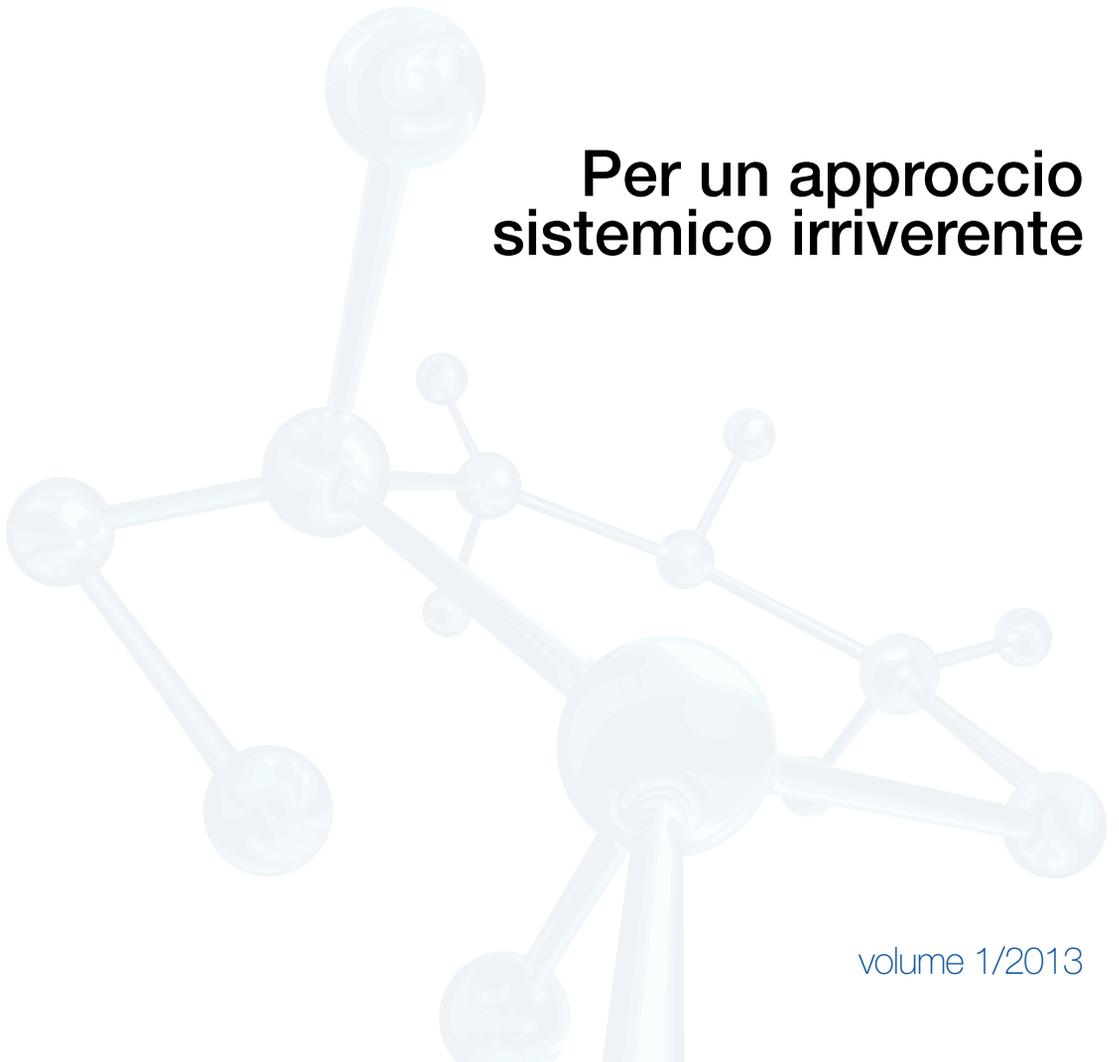


# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Per un approccio  
sistemico irriverente**



volume 1/2013

## **Direttore Responsabile**

Antonio Restori

## **Direttore Scientifico**

Mirco Moroni

## **Coordinamento redazionale**

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

## **Redazione**

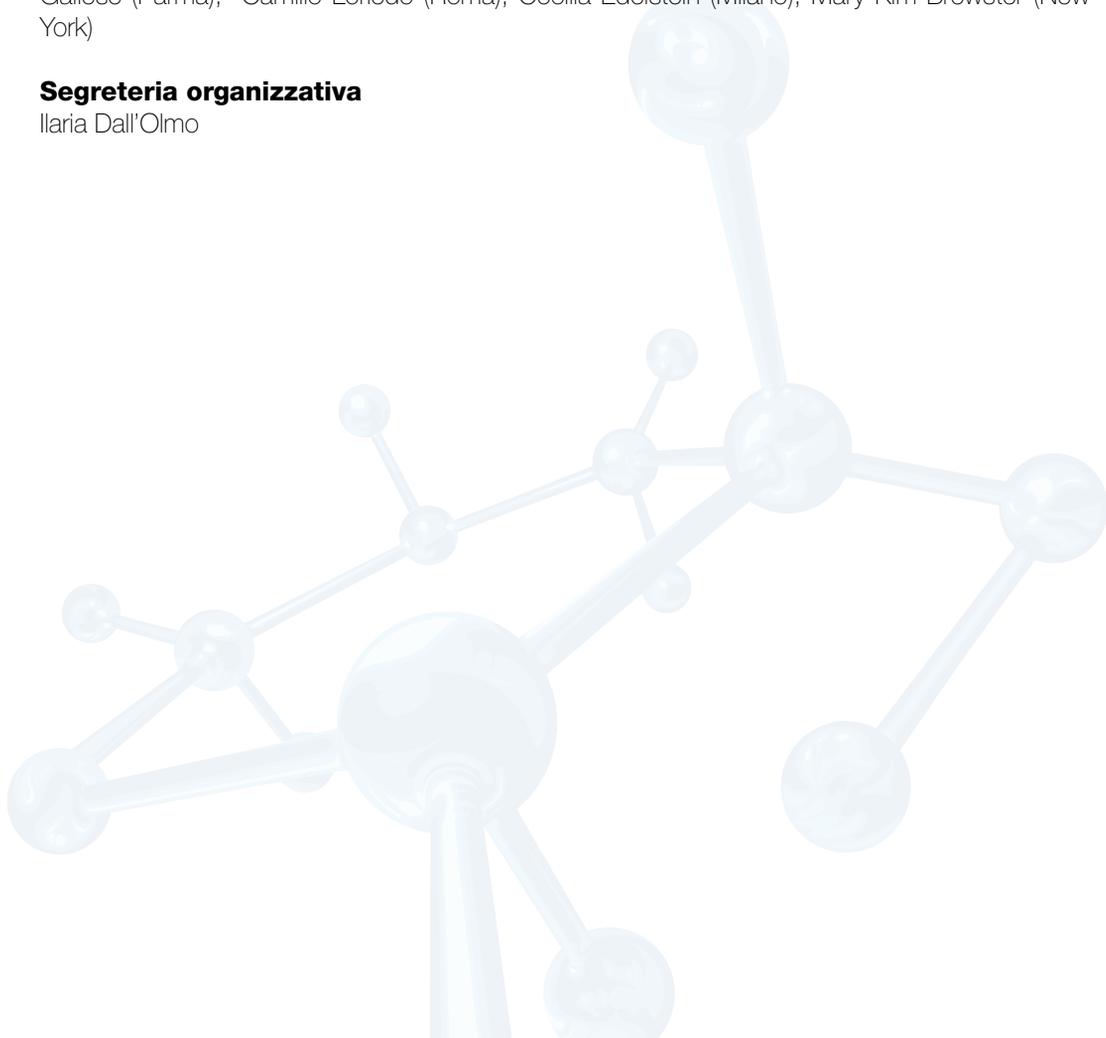
Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Nadia Locatelli, Fabiana D'Elia, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrini, Valeria Lo Nardo, Paolo Persia

## **Comitato Scientifico**

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

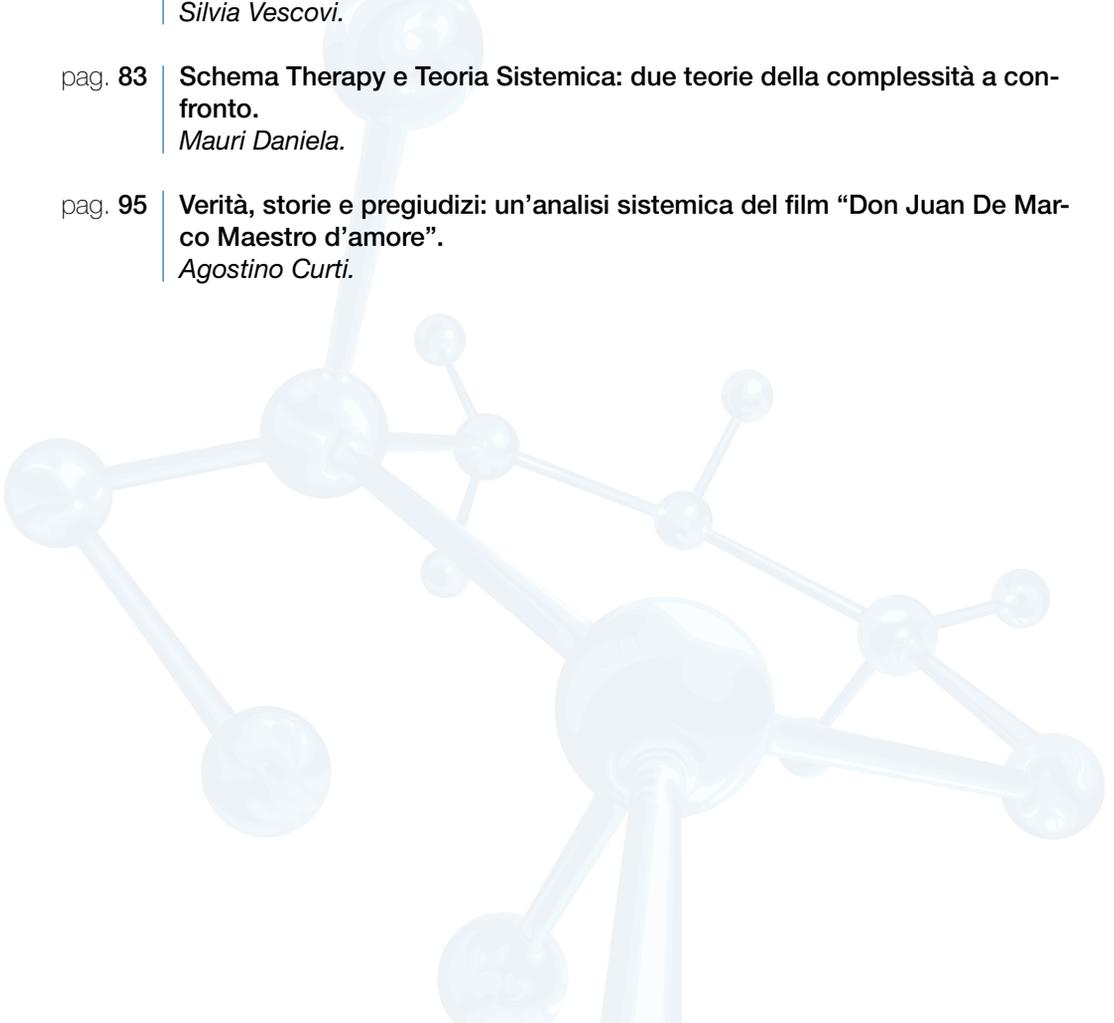
## **Segreteria organizzativa**

Ilaria Dall'Olmo



## Indice

- pag. 05 | **Editoriale.**  
*Mirco Moroni, Antonio Restori*
- pag. 15 | **Embodiments. Il corpo in relazione.**  
*Antonio Restori*
- pag. 27 | **Tra Bateson e Perls: sistemi, emozioni e corpo in relazione.**  
*Giada Ghiretti*
- pag. 39 | **La Psicosi, tra Sistemi e Costellazioni.**  
*Emanuele Arletti.*
- pag. 53 | **Lutti, depressione, dipendenze, dall'amore che fa ammalare all'amore che guarisce attraverso le Costellazioni di Bert Hellinger.**  
*Elisabetta Carlotti*
- pag. 67 | **"Le parole possibili per un sistema capacitante". Spunti di riflessione in chiave sistemico-integrata sulla demenza di Alzheimer.**  
*Silvia Vescovi.*
- pag. 83 | **Schema Therapy e Teoria Sistemica: due teorie della complessità a confronto.**  
*Mauri Daniela.*
- pag. 95 | **Verità, storie e pregiudizi: un'analisi sistemica del film "Don Juan De Marco Maestro d'amore".**  
*Agostino Curti.*





## Contesti, relazioni ed emozioni

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

Il modello sistemico integrato proposto dal nostro Istituto si arricchisce di anno in anno di nuove intuizioni epistemologiche e interessanti contributi per il lavoro clinico. Il modello formativo IDIPSI, attraverso la posizione che integra, incorporandola, l'epistemologia sistemica, con linguaggi epistemici appartenenti a paradigmi differenti, sta caratterizzandosi sempre più come meta-modello epistemico. L'atteggiamento perturbativo di apertura, di confronto, di sperimentazione continua verso differenti approcci clinici e differenti modalità di approdo alla relazione terapeutica, ci consente di mantenere una posizione formativa estetica capace di rimodulare l'organizzazione dei saperi come una sorta di esercizio di deutero-apprendimento continuo. Metafore che si avvicinano a questo movimento epistemico sono certamente i sistemi *autopoietici*, e i *rizomi*.

Spiccano infatti in questi tre volumi editoriali del 2013, approfondimenti nell'area della teoria della teoria riferiti al lavoro sul corpo in terapia e alla relazione terapeutica intesa come processo riflessivo che procede per autopoiesi. Così come sono state inserite, soprattutto nel secondo volume, esperienze in ambito clinico riferite all'area delle emozioni in terapia, e di come possano essere gestite e utilizzate secondo il modello sistemico IDIPSI. Nel terzo volume ci si sofferma nell'area della pratica clinica e delle possibili applicazioni in contesti pubblici e privati, e in modo particolare in luoghi dove storicamente la disciplina della psicoterapia sistemica stenta ad essere applicata.

Per la prima volta, inoltre, proviamo a raccogliere le suggestioni della formazione personale degli allievi nell'analisi didattica, attività che caratterizza in nostro Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata.

Infine abbiamo deciso di inserire i contributi che hanno trattato le contaminazioni dell'approccio sistemico con la psicologia della Gestalt, con il cognitivismo di terza generazione (Schema Therapy), il pensiero di Bert Hellinger, in accordo con l'idea di meta-modello che l'Istituto sta proponendo al proprio interno e alla comunità scientifica.

Buone letture.



# Embodiments

## Il corpo in relazione

Antonio Restori<sup>1</sup>

### Sommario

Attraverso una rivisitazione del concetto di “corpo” nell’età classica, e del dualismo mente-corpo, si approfondisce il tema del “corpo in relazione”, attingendo al pensiero di Bateson e all’epistemologia sistemica. L’uso della metafora e il pensiero abduttivo due strumenti efficaci per affrontare la relazione terapeutica. Ad esse si aggiunge il contributo offerto dal lavoro di Milton Erickson, con la sua sensibile posizione centrata sul rapporto, ai minimi segnali del linguaggio non verbale, e alle tecniche di induzione ipnotica. L’autore suggerisce una rilettura in chiave sistemica, secondo il modello di IDPSI, dell’opera ericksoniana, riportando l’attenzione del lavoro clinico sulla riflessività del terapeuta.

### Parole chiave:

Corpo, relazione, metafora, abduzione, rapporto, presenza mentale.

### Abstract

*Through a review of the concept of “body” in the classical age, and the mind-body dualism, it explores the theme of “the body in relationship”, according to Bateson’s thinking and systemic epistemology. The use of metaphor and thought abductive, two effective tools to address the therapeutic relationship. In addition there is the contribution from the work of Milton Erickson, with his sensitive position centered on the rapport, the minimal cues of non-verbal language, and techniques of hypnotic induction. The author suggests a reinterpretation systemic, according to the model of IDPSI, Erickson’s work, bringing the attention of the clinical work on the reflectivity of the therapist.*

### Key words:

*Body, relationship, metaphor, abduction, rapport, mindfulness.*

---

<sup>1</sup>Direttore Didattico IDPSI, [direzione@idipsi.it](mailto:direzione@idipsi.it)

*Eppure qualcosa mi dice che non fu un caso che l'inventore delle coordinate, che sono tra gli strumenti scientifici più materialisti e raffinati, conferì anche dignità alla superstizione dualistica affermando la separazione mente materia. Le due idee sono intimamente legate. E la loro relazione la si coglie con nettezza massima quando il dualismo mente/materia viene visto come uno strumento per eliminare la metà difficile del problema dall'altra metà, più facilmente spiegabile. Una volta separati, i fenomeni mentali potranno essere ignorati. Questa sottrazione, naturalmente, lasciò alla metà che poteva essere spiegata un carattere troppo materialistico, mentre l'altra metà divenne affatto soprannaturale. Ma da entrambe le parti sono rimasti margini vivi e la scienza materialistica ha nascosto questa ferita generando il proprio insieme di superstizioni.*  
G.Bateson

## ANEMONI

Il gonfalone degli psicoterapeuti sistemici si è modificato nel corso degli ultimi trent'anni assumendo forme esteticamente più intonate con l'ambiente circostante, quasi confondendosi nei confini con altri vessilli di altre Compagnie e Corporazioni, come un anemone, fiore rizomatico divenuto leggenda nelle *Metamorfosi di Ovidio*<sup>2</sup>.

Ormai siamo consapevoli che per solcare mari agitati dobbiamo affinare la nostra sensibilità estetica, le vibrazioni che ci comunicano il corpo in relazione, il nostro sestante più prezioso, che nessuno ci può indicare come usare, ma che ognuno di noi può conoscere meglio ed utilizzare durante ogni genere di navigazione.

*Immaginiamo di sentire il vento, che fa fischiare le vele,  
e ci accarezza il corpo, e ci fa scegliere di lasciare le cime,  
e poggiare, e poi orzare, andare sopravvento,  
e sentire le vele che pungono e fileggiano...*

*Se il vento gira a prua, le vele si aprono,  
ma poi, se noi tiriamo le cime, si gonfiano,  
e la barca si sposta, ma si sposta anche il vento,  
come se non vi fosse un confine che separa i corpi in relazione.*

E il corpo, l'anima, la psiche, potremmo riconnetterli in modo abduittivo all'anemone, il fiore del vento, il soffio vitale (*anemos*). La metafora dell'anemone ci aiuta ad allontanarci da dualismi mente-corpo, che in quanto tali ci portano a unire separando, imprigionandoci in paradossali ricorsività. Ritroviamo la non-dualità nel pensiero greco pre-platonico, nella lirica greca, dove il mito del corpo è caratterizzato soprattutto dall'assenza della mente.

La poesia greca si dipana attraverso molteplici manifestazioni corporee: turbe della frequenza e del ritmo cardiaco, turbe del linguaggio, turbe vasomotorie, deficit del visus, acufeni, alterazione cenestesica, un quadro, insomma, vicino all'attacco di panico.

---

<sup>2</sup>La leggenda narrata da Ovidio, dice che Adone, ucciso da un cinghiale, veniva pianto da Venere che l'amava. Venere versò una sostanza magica sul sangue dell'amato da cui nacque una fiore, l'anemone. Il suo legame coi venti è testimoniato anche dall'origine del nome *ànemos*, dal greco vento.

D'altronde è possibile rilevare che sovente i pazienti utilizzano il linguaggio del corpo per esprimere un dolore mentale e che la narrazione della mitologia personale spesso si serve di metafore somatiche. La nostra lingua è ricca di metafore che coinvolgono il cuore come organo per indicare un investimento emotivo intenso; il dolore toracico può così assumere una dimensione comunicativa, diventare cioè una modalità narrativa del proprio mondo interno e, da evento somatico, divenire un mezzo di comunicazione simbolica delle emozioni.

Per gli antichi greci, non c'era un'anima dentro il corpo. Per Omero l'anima è l'occhio che vede, l'orecchio che sente, il cuore che batte, il corpo vivente insomma, che è diverso dal cadavere perché è «espressivo» e non «rappresentativo» di un teatro che si svolge alle sue spalle, nell'anima appunto, o nel suo inconscio, come noi oggi crediamo.

Il linguaggio di Omero è corporeo perché non ha ancora ridotto il corpo a materia inerte a disposizione dell'anima, a mero segno fisico di trascendenti significati psichici. Per questo Omero può distinguere il corpo dal cadavere, mentre Platone è costretto a identificarli e a concludere che il corpo è per noi una tomba, introducendo la parola «anima»<sup>3</sup>, in greco *psyché*, capace di costruire un sapere valido per tutti; un'anima che non designa tanto la nostra coscienza

o la nostra psiche, ma la nostra capacità di astrarre dal sensibile, cosa che i bambini non sono capaci di fare, ma poi col tempo e con lo sviluppo delle capacità cerebrali imparano.

Pensiamo a quando ci troviamo coinvolti in una comunicazione dove una persona racconta sue sensazioni: *“il mio corpo è rigido, gelido, e la mia voce congelata, non riesco a sbolccarmi...”*

Può essere questa una comunicazione di un bambino?. Difficile dirlo. Ma se proviamo ad immaginare un bambino che pronuncia una frase di questo tipo, probabilmente penseremmo come piuttosto improbabile che possa comunicare attorno alle sensazioni del proprio corpo; semplicemente le agirebbe, come *incorpate* e non rappresentate in un simbolismo linguistico connotativo.

Per poterle rappresentare ci vuole una buona “carica” di lo, capace di trasformare le sensazioni del corpo in percezioni e in emozioni comunicabili.<sup>4</sup>

Potremmo forse considerare, da una prospettiva evuzionistica, un passaggio nella civiltà degli umani, dall'età della conoscenza sensibile, corrispondente al pre-platonismo, dove corpo e mente sono indistinti, all'età della conoscenza epistemica, neo-platonica.

Abbiamo così sostituito la possibilità di mantenere un ancoraggio con una conoscenza estetica “sensibile alla struttura che con-

---

<sup>3</sup> Originariamente espressione dell'essenza di una personalità, intesa come sinonimo di «spirito», o «io», a partire dall'età moderna, con Cartesio, venne progressivamente identificata soltanto con la «mente» o la coscienza di un essere umano. (Vedi Descartes, *Meditazioni metafisiche*, a cura di Gianfranco Cantelli, La Nuova Italia, 1982 pp. 39-42).

<sup>4</sup> Nell'ambito della psicologia sperimentale, la sensazione è un cambiamento a livello dell'attività neuronale che deriva dall'interazione diretta dei nostri organi sensoriali con l'ambiente esterno, mentre la percezione è l'organizzazione di tali dati sensoriali in un'esperienza complessa a livello cognitivo. Quindi, la sensazione è l'informazione di base così come si presenta ai nostri sensi, mentre la percezione è il processo successivo che implica l'interpretazione e l'attribuzione di senso alle sensazioni.

nette”, come nella metafora del veleggiare, con la metafora della “seconda navigazione”, originaria nel pensiero neo-platonico di Eustazio, che rifacendosi a Pausania spiega che “si chiama ‘seconda navigazione’ quella che uno intraprende quando, rimasto senza venti, naviga con i remi”<sup>5</sup>. Quindi, la prima navigazione riguarda i filosofi che hanno preceduto Platone, che osservavano il mondo fisico e la natura attraverso i sensi (le vele); mentre la seconda navigazione attinge alla filosofia platonica, dove l’uso dei remi si riferisce al primato della ragione, causa di molte nostre sofferenze.

### SILLOGISMI IN ERBA

La domanda che ci stiamo ponendo da tempo è: è possibile “flirtare” con entrambe le metafore? O ancora: in che rapporto stanno le sensazioni con le percezioni? Sono le sensazioni del corpo a governare i processi mentali? O viceversa?.

Se 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.

Come afferma Bateson, “l’abduzione è un

modo per proporre somiglianze a partire da altre somiglianze”, e costituisce il metodo migliore per studiare i fenomeni emotivi e relazionali, in quanto “tutta l’arte, la terapia, la religione, il totemismo, l’umorismo, sono fenomeni abduktiv” (Bateson G., 1980, p. 192).

Lo stesso Bateson descrive l’accoppiamento senso motorio, mente – corpo - ambiente, una unità inscindibile, una danza, appunto, di parti interagenti, che caratterizza l’approccio estetico relazionale, come maniera di abitare ed essere al mondo, attraverso relazioni, pattern, configurazioni, combinazioni di messaggi e di livelli logici, grovigli di metafore, climi emotivi, sensibilità.

Osserva Bateson “con buona pace dei logici, tutto il comportamento animale tutta l’anatomia ripetitiva e tutta l’evoluzione biologica, sono ciascuno al suo interno, tenuti insieme da sillogismi in erba” (Bateson G., Bateson M. C., 1989, pag.49)

Quest’ultimi, ben diversi dai sillogismi della logica tradizionale, cosiddetti *in B-a-r-b-a-r-a*, in cui i membri di una classe condividono il medesimo predicato (esempio tipico: *gli uomini sono mortali, Socrate è un uomo, Socrate morirà*), sono fondati sulla connessione tra un predicato che connette i due elementi presenti nelle premesse sillogistiche, *l’erba e l’uomo*, come nell’esempio batesoniano: “*l’erba è mortale, gli uomini sono mortali, gli uomini sono erba.*”(Bateson, 1972, pag. 248)

E l’epistemologia batesoniana, si esprime, appunto, attraverso connessioni e differenze “in erba” tra entità diverse, attraverso il metodo della giustapposizione, che genera altre somiglianze, tali che la “struttura che

<sup>5</sup> Giovanni Reale, *Per una nuova interpretazione di Platone*, Vita e Pensiero, 20.a ed. Milano 1997, pp. 137-58

*connette riguarda vari aspetti e livelli della relazione, altro dalla logica finalistica di stampo razionalistico [...] quale struttura connette il granchio con l'aragosta, l'orchidea con la primula e tutti e quattro con me? E me con voi e tutti e sei noi con l'ameba da una parte e lo schizofrenico dall'altra?"* (Bateson G. 1984, pag. 21)

Ricordiamo poi che per Bateson tutto ciò che riguarda i processi mentali ha fondamento nella natura biologica (creatura), e solo attraverso il linguaggio del sogno, dell'arte, del gioco, possiamo entrare in relazione, e tutti questi linguaggi si articolano attraverso l'uso della *metafora*, sintassi del processo abduittivo (Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F. 2012).

## **SACRA UNITÀ**

Nell'ambito della clinica sistemica, fino alla fine degli anni 80', si è sostato soprattutto sulle relazioni e sulla cibernetica che governa l'organizzazione dei sistemi umani. Successivamente si è cominciato ad osservare le retroazioni e i feedback emozionali del sistema terapeutico, e ci si è riavvicinati a Bateson, passando da Siegel, Bion, Satir, Perls, Varela, seguendo le orme tracciate da Gianfranco Cecchin, avvicinandoci alla psicologia della Mindfulness e alle neuroscienze.

Muovendoci in questa direzione, all'interno del nostro impianto formativo e agire clinico, stiamo sperimentando un nuovo modo di sostare nella relazione terapeutica, sapendo che è incarnata in un corpo che non ha confini (simulazione incarnata), e che comunica per metafore e per abduzione. Il corpo in relazione è l'unità di apprendimento precursore di ogni atto epistemico, è la sacra unità intesa da Bateson come individuo-nel-suo-ambiente.

E in quest'ottica l'interazione tra corpi in relazione avviene in modo "non istruttivo".

In quanto sistemi viventi autopoietici, dotati di propria struttura e organizzazione, la natura della nostra relazione è di tipo "perturbativo"; perciò a fronte di una perturbazione inter-sistemica possiamo parlare di determinismo strutturale, riferito quindi alla struttura del nostro sistema vivente che auto determina e modifica una nostra forma di organizzazione interna.

Il corpo inteso in relazione, rimanda ad una unità epistemica senza confini spaziotemporali precisi. Basti pensare alla metafora del cieco con il bastone. Dove finisce il corpo del cieco? Nel momento in cui il cieco, grazie al bastone, "sente", questo strumento è di fatto diventato un prolungamento del suo corpo. Il bastone diviene il suo strumento di tatto e di conoscenza. Se poi pensiamo alla dimensione temporale come luogo della memoria che incorpora le esperienze senso-motorie mentalizzate attraverso le relazioni, potremmo considerare la natura umana ancora più inter-relata di quanto si possa immaginare.

Sempre riferendoci a Maturana e Varela, il terapeuta e il paziente possono essere considerati parti del medesimo sistema per "accoppiamento strutturale" e, quindi, qualunque cosa avvenga nell'uno non può non riverberarsi sull'altro. Tuttavia, osservarsi mentre si è in relazione, ed essere presenti alle sensazioni esperite non è affatto semplice.

## **LE "MINIMAL CUES" NEI CORPI IN RELAZIONE**

Tra i terapeuti sistemici che hanno maggiormente sviluppato approcci sensibili alla relazione corporea e all'osservazione della sua competenza comunicativa, possiamo attin-

gere interessanti suggestioni da Milton Erickson, prima ancora di Lowen, Perls e Reich (Lowen, 1965, 1967, 1975, Perls 1969, Reich 1949).

Erickson ha insegnato la pratica dell'utilizzazione, attraverso cui sviluppare una profonda relazione empatica con i pazienti, basando il rapporto su un accoglimento sensibile ad ogni minimo segnale comunicativo presente in terapia. L'utilizzazione intesa non come tecnica, ma come posizione relazionale attenta al linguaggio non verbale del paziente e ai minimi segnali rilevabili nel corpo, nel viso, nel respiro, gli arrossamenti della pelle, i movimenti dei bulbi oculari dietro le palpebre chiuse: le minimal cues, per l'appunto. Del resto Milton, come afferma Brigitte Stübner *"...non aveva "inventato" niente, ma "ricordato" le esperienze dalla sua infanzia e gioventù...Già prima di essersi ammalato di polio aveva una percezione diversa dal solito: era daltonico, aritmico, dislessico e "sordo" alla musica. La sua diversità lo aveva stimolato a fare infiniti esperimenti di osservazione per capire le persone e il loro modo di vedere e concepire il mondo.* - (Stübner B., 2013 pag 136).

Erickson accompagnava alle minimal cues anche una profonda attenzione al *rapport*, inteso come modellamento e allineamento alla fisiologia, al linguaggio e alle qualità vocali dei suoi clienti, atteggiamento per lui fondamentale per poter assumere una relazione "sincronizzata".

Attraverso la tecnica del *ricalco* o *rispecchiamento* ( *pacing* o  *mirroring*) entrava in rapporto con l'interlocutore e ciò lo aiutava a "sintonizzarsi" sulla sua frequenza.

Il *ricalco* consiste nell'allinearsi modificando il modo di atteggiarsi, parlare e agire ricalcando i modi dell'interlocutore. Significa in altri termini entrare nella sua mappa del mondo

e osservare il suo punto di vista. Questo può realizzarsi solo dopo aver osservato i suoi comportamenti (minimal cues), aver individuato i predicati sensoriali che utilizza e aver compreso la sua mappa e quindi il suo modello del mondo. Il ricalco si suddivide a sua volta in: ricalco verbale (*verbal mirroring*) ossia l'analisi delle parole più frequentemente utilizzate dall'interlocutore; ricalco extraverbale o non verbale (*physical mirroring*), che avviene attraverso la riproduzione della postura, della gestualità, dei toni e dei volumi utilizzati dall'interlocutore.

Anche Carl Rogers, Fritz Perls, e Virginia Satir, hanno approfondito il tema del *rapport*, e l'attenta analisi del linguaggio non verbale; così come Daniel Stern, quando parlava del *"present moment"*, delle piccole esperienze vissute insieme, che sono i momenti centrali in un rapporto, le esperienze che creano un cambiamento attraverso la creatività condivisa; sono i cambiamenti nel campo inter-soggettivo che si basano sulla mutua sensibilità per i minimal cues, aspetti riferiti al tema dell'empatia e del cambiamento.

Il salto dalla prima alla seconda cibernetica ci suggerisce però di estendere questa rilevazione anche ad un dimensione riflessiva del sistema terapeutico, in modo complessivo e speculare.

Del resto lo stesso Erickson afferma che l'induzione ipnotica è enormemente facilitata se anche l'ipnoterapeuta va in trance. Anche se ciò può sembrare paradossale un buon ipnotista va sempre in trance con il paziente; non può porsi come una componente distaccata e oggettiva nella relazione ipnotica. Come afferma G.Ducci *"..si è osservato che la profondità dello stato di trance aumenta quando si verifica il cosiddetto tuning in: l'attività muscolare del soggetto e quella dell'ipnotista si modificano simultaneamente*

*ed in modo congruente con la suggestione verbale.*" (Ducci G., 2000 p. 112).

E qui ritorniamo al "sè del terapeuta", non tanto come posizione concettuale, narrativa, ma come percezione delle proprie sensazioni in terapia, soprattutto corporee. E' soprattutto attraverso questo riconoscimento delle proprie sensazioni, i minimi segnali del corpo, che possiamo sintonizzarci con l'altro e restituire all'altro la sensazione di essere visto, e quindi di esistere, come ci suggerisce Gianfranco Cecchin (2008). Ma per riuscire a fare questo è necessario sviluppare una consapevolezza paziente, non avere fretta, osservare e ascoltare, osservarsi e ascoltarsi.

La pazienza è la capacità di vedere, sentire, toccare, assaporare e odorare il più pienamente possibile gli eventi interiori ed esteriori della nostra vita. È entrare nella nostra vita con occhi, orecchie e mani aperte in modo da conoscere veramente quello che accade. La pazienza è una disciplina assai difficile proprio perché è un movimento opposto al nostro impulso irreflessivo a fuggire o a combattere.

La pazienza comporta lo stare con, il vivere interamente, l'ascoltare attentamente ciò che si presenta qui e ora, in presenza mentale.

### **Bibliografia**

- Anzieu D. (1996), *"Il Pensare - Dall'io pelle all'io pensante"*, Roma: Borla
- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*, Milano: Adelphi

- Bateson, G., Bateson, M.C. (1987). *Dove gli angeli esitano*, Milano: Adelphi
- Bertalanffy L. (1971). *Von, Teoria generale dei sistemi*, Milano: ISEDI
- Bion W. R. (1996), *"Cogitations"*, Roma: Armando
- Bocchi G. - Ceruti M., a cura di (1986), *"La sfida della complessità"*, Milano: Feltrinelli
- Cecchin G (2008) *Ci relazioniamo dunque siamo. Curiosità e trappole dell'osservatore* Rivista Connessioni
- Ceruti M. - Preta L., a cura di, (1990), *"Cos'è la conoscenza"*, Bari: Laterza
- Ducci G., (2000) *"La relazione terapeutica in ipnosi"*, in AA.VV, Milano: Franco Angeli
- Galimberti U., a cura di (1992), *"Dizionario di psicologia"*, Torino: UTET
- Gallese V., Migone P., Eagle M. N., (2006) *«La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi»*, Psicoterapia e Scienze Umane, XL, 3
- Fossi G., Rossi R., (1992) *Mito, religione e pensiero analitico*, Roma: CIC
- Maturana H.R., Varela F. J (1985) *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio
- Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F. (2012). *Integrare e connettere*. Cambiamenti, vol. 1
- Siegel, D.J. e Hartzell, Mary, (2005). *Errori da non ripetere*. Milano: Raffaello Cortina
- Stern D.N.,(2004) *Il momento presente - In psicoterapia e nella vita quotidiana -* Milano: Raffaello Cortina
- Stübner B., *Le minimal cues*. Rivista italiana di Studi sistemici n.8
- Varela F. J., (1992) *Un know-how per l'etica*. Lezioni italiane, Bari: Laterza
- Von Foerster H. (1987) *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio
- Watzlawick P., (1976) *La realtà della realtà*, Roma: Astrolabio



# Tra Bateson e Perls: sistemi, emozioni e corpo in relazione

Giada Ghiretti<sup>6</sup>

## Sommario

L'autore vuole sostenere che è possibile parlare di dialogo ed integrazione tra approcci differenti, che possono trovarsi ad interfacciarsi nella gestione di casi clinici. In particolare vuole mostrare come l'approccio sistemico e l'approccio gestaltico abbiano potuto riflettere insieme su un caso seguito in parallelo e come questo abbia portato maggiore competenza riflessiva individuale e di coppia nella famiglia analizzata e maggiore consapevolezza dell'agire terapeutico nelle figure coinvolte.

L'autore attraverso i concetti cardine dei due approcci ha voluto metterli in relazione ed ha trovato punti di contatto, che hanno permesso di agire in parallelo, influenzandosi reciprocamente. Entrambi hanno utilizzato il corpo in terapia, hanno usato tecniche tipiche del loro approccio, senza diventare la tecnica, ma usandola da sfondo. Inoltre entrambi hanno riflettuto intorno al tema della malattia, dandole una connotazione relazionale.

L'autore conclude riportando le sue riflessioni da co-terapeuta familiare sistemico e quelle degli altri professionisti coinvolti, terapeuta familiare sistemico e terapeuta individuale gestaltica, intorno ai temi della competenza riflessiva della coppia e della consapevolezza come terapeuti integrati.

## Parole chiave:

Integrazione, corpo, emozioni, tecniche, competenza riflessiva, agire terapeutico.

## Abstract

*The author would argue that it is possible to speak of dialogue and integration between different approaches, which can be interfaced to the management of clinical cases. In particular, to show how the systemic approach and the Gestalt approach have been able to reflect together on a case followed in parallel and how this has led to greater competence reflexive individual and couple in the family analyzed and awareness for therapeutic in the figures involved.*

*The author through the key concepts of the two approaches has wanted to relate and found points of contact, which allowed to operate in parallel, influencing each other. Both have used the body in therapy, they used techniques typical of their approach, without becoming the technique, but using it as a backdrop. They also both have reflected on the theme of illness, giving it a relational connotation.*

---

<sup>6</sup> V anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata.

*The author concludes his reflections by bringing co-systemic family therapist and those of other professionals involved, systemic family therapist and individual therapist Gestalt around the themes of reflexive competence of the couple and awareness as therapists integrated.*

**Key words:**

*Integration, body, emotions, techniques, reflexive competence, therapeutic act.*



## INTRODUZIONE

Il dialogo tra tre terapeuti di formazione differente, che si sono interconnessi nella presa in carico di una coppia in difficoltà, ha portato considerazioni riguardo a come approcci differenti possano interagire, danzare insieme, influenzarsi reciprocamente, per condurre persone, coppie, famiglie ad una maggiore consapevolezza e a come lo scambio, il confronto tra i terapeuti coinvolti in questo processo abbia potuto determinare cambiamenti ed interessanti movimenti, rintracciabili in tutti gli attori coinvolti, famiglie e terapeuti. Il caso clinico, che ha stimolato i terapeuti a riflettere su un dialogo possibile e sul tema dell'integrazione, è stato seguito in un percorso di terapia di coppia presso il Centro di Terapia della Famiglia, da una coppia di terapeuti di formazione sistemica e in terapia individuale, da una psicoterapeuta di formazione gestaltica.

Il modello IDIPSI propone di "agire eticamente integrati nella relazione" (Moroni M., Restori A., 2012). Secondo Moroni, Restori, Sbattella (2012): «L'epistemologia sistemica si caratterizza per la sua propensione a non reificare i prodotti dei modelli teorici; l'orientamento integrato facilita la calibrazione dei modelli nei differenti contesti di applicazione della clinica.» (p. 10).

Come terapeuti sistemici è risultato importante essere consapevoli che l'agire di un pezzo del sistema si sarebbe potuto riflettere sull'intero sistema, inoltre che non si poteva conoscere a priori come si sarebbe riorganizzato il nucleo: le perturbazioni fatte in terapia familiare avevano ripercussioni sul singolo, così come le riflessioni, i movimenti che avvenivano in terapia individuale ne avevano sulla coppia e sulla famiglia.

Motore di questo lavoro è l'idea d'integrazione, intesa come completamento, che

comporta "la consapevolezza della propria, infinita incompletezza" e anche il considerare l'incontro con qualsiasi realtà come un completamento della propria identità, del proprio equilibrio. (Moroni, M., Restori, A., Sbattella F., 2012).

La visione sistemica ha aiutato a percepirsi come individui in relazione con il mondo, come terapeuti in relazione con altre figure, professionali e non, che insieme condividevano la responsabilità del cambiamento.

## ACCENNO ALLA TERAPIA SISTEMICA E GESTALTICA, È POSSIBILE PARLARE DI INTEGRAZIONE?

### *Terapia sistemica*

Il gruppo di Milano inizia i primi passi nel 1986, sotto l'influenza del gruppo di Palo Alto, orientandosi poi in una direzione diversa. In Europa inizia a diffondersi con il nome "sistemico". Inizialmente il gruppo era costituito da Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Mara Selvini Palazzoli e Giuliana Prata. Con l'articolo "Ipotizzazione, circolarità, neutralità. Tre direttive per la conduzione della seduta" (Selvini Palazzoli, Boscolo e altri, 1980), vengono introdotti tre concetti terapeutici fondamentali, tesi a trasferire nel lavoro con pazienti e famiglie le implicazioni dell'idea di circolarità cibernetica di Bateson. L'ipotesi deve essere sistemica, ossia circolare e relazionale, deve rappresentare tutti gli elementi di una situazione ritenuta problematica e le loro connessioni. L'*ipotesi* propone di vedere la terapia come momento di ricerca insieme con la famiglia. Durante le sedute, il terapeuta sollecita la raccolta d'informazioni in termini di rapporti: con il concetto di circolarità viene inteso il modo in cui tali sollecitazioni influenzano la famiglia. Le relazioni vengono indagate raccogliendo informazioni su comporta-

menti interattivi in determinate circostanze, su differenze entro rapporti specifici, chiedendo una graduatoria dei vari membri rispetto certi comportamenti o certe interazioni, sul cambiamento di una relazione prima o dopo un episodio specifico, su differenze rispetto a circostanze ipotetiche. Con il termine neutralità il gruppo di Milano intende un modo di muoversi in seduta fra le problematiche portate dalla famiglia, senza rimanerne intrappolati e peggiorare la situazione. Se un terapeuta ha agito in modo neutrale, nessun membro della famiglia potrà accusarlo di aver preso le difese di uno di loro. Nell'articolo "Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità." (Gianfranco Cecchin, 1987), Cecchin propone una rivisitazione del termine neutralità, suggerendo di descriverla come una posizione di curiosità che il terapeuta dovrebbe assumere. La curiosità stimola l'invenzione di punti di vista e mosse alternativi. Ipotizzazione e circolarità sono alimentate dalla curiosità: quando i terapeuti percepiscono di essere incapaci di formulare ipotesi, o quando le domande circolari non aiutano a formularne di nuove, hanno perso il loro senso di curiosità, hanno accettato il copione portata dalla famiglia. La circolarità aiuta a sviluppare ipotesi e a mantenere un atteggiamento neutrale, aiuta a sviluppare, rifinire e abbandonare le ipotesi sulla famiglia.

### ***Terapia gestaltica***

Per la Psicologia della Gestalt fondamentale è il tema dell'interazione tra individuo e ambiente: ogni oggetto è in relazione al contesto nel quale è incluso. L'individuo, in ogni istante, è parte di qualche campo, il suo comportamento è in funzione del campo totale, che comprende sia lui che l'ambien-

te. Un'altra caratteristica peculiare dell'approccio gestaltico è il lavoro sulla consapevolezza: percepirsi nei propri gesti, nel proprio corpo, nelle proprie parole. L'essere se stessi rappresenta l'obiettivo primario del lavoro gestaltico: «in un dato momento nessun può essere diverso da ciò che è in quel momento, incluso il suo desiderio di essere diverso» (Perls, 1969, p. 115 ed. orig.). La terapia gestaltica muove il paziente a fare delle scoperte, non insegna, non s'impone. Perls sottolinea l'importanza delle emozioni: «Le emozioni sono il linguaggio stesso dell'organismo; modificano l'eccitazione basilare a seconda della situazione da affrontare. L'eccitazione viene trasformata in emozioni specifiche e le emozioni vengono trasformate in azioni sensoriali e motorie. Le emozioni producono le cariche energetiche e mobilitano i modi e mezzi per soddisfare i bisogni.» (Perls, 1973, p. 33 ed. orig.).

Nella terapia viene dato modo al paziente di far riemergere i conflitti passati, che ostruiscono la strada nel presente, così da esplorare modalità diverse per affrontarli. Vengono identificati i blocchi, sciolti i nodi, canalizzate le energie intrappolate, riappropriate le parti amputate di sé. Si forniscono strumenti di comprensione e consapevolezza, si aiuta a riconoscersi nei copioni di vita che vengono continuamente agiti nel presente, facendo passare dalla condizione di scissione e confusione a quella del confronto e dell'integrazione. In presenza di un sintomo, l'obiettivo del terapeuta gestaltico è di risalire da esso al modo-di-essere-nel-mondo che indica tutti i vissuti, di cui il sintomo è segnale.

### ***È possibile parlare di integrazione tra i due modelli?***

Attraverso il caso seguito in parallelo dai

due approcci e un successivo dialogo tra i terapeuti coinvolti, è stato possibile rilevare punti di contatto tra i due approcci, così come momenti in cui in terapia di coppia è stata possibile una riflessione sulla terapia individuale e momenti in cui in terapia individuale è stata possibile un'elaborazione di quanto accaduto in coppia.

### **L'uso delle tecniche**

Durante il percorso terapeutico di coppia sono state adottate diverse tecniche proposte dall'approccio sistemico, così come la terapeuta gestaltica ha avuto modo nei colloqui individuali di utilizzare tecniche tipiche del suo approccio.

Nei colloqui di coppia si è partiti con l'utilizzo del genogramma e con la narrazione della storia della coppia. È importante favorire il racconto dell'inizio della relazione, cosa ha unito all'inizio marito e moglie, al fine di mettere in rilievo gli elementi positivi; che cosa attualmente fanno bene insieme, in che cosa l'altro è bravo.

La coppia può essere considerata come il punto d'incontro tra due assi immaginari: uno verticale, il vincolo di filiazione e uno orizzontale, quello di alleanza (Canevaro, 1999). Quando s'incontra una coppia occorre considerare tre piani generazionali (famiglia d'origine, coppia, figli), al fine di valutare se risultano ben distinti, grazie ad un adeguato bilanciamento tra appartenenza e separazione/differenziazione del sé.

Il lavoro sul genogramma permette di ripercorrere con le persone la propria storia familiare, le relazioni che esistono tra i membri di quel nucleo, i momenti significativi di quella famiglia.

Nel percorso di coppia sono stati anche utilizzati momenti di meta riflessione, riprendendo il tema della riflessività, introdotto

dalla Dott.ssa Gwyn Daniel, della Tavistock di Londra per la prima volta durante il residenziale del 2009 del Centro Milanese di Terapia della Famiglia tenutosi a Bellaria, in relazione alle conversazioni interne al terapeuta. La Dott.ssa Daniel suggeriva di non sottovalutare l'importanza delle voci interne del terapeuta, ma di utilizzarle anche con la famiglia. Sulla base anche delle sollecitazioni della Dott.ssa Daniel, durante il percorso terapeutico ci sono stati alcuni momenti che hanno portato i due terapeuti a riflettere insieme, dentro la stanza di terapia, di quello che si stava verificando, una sorta di meta riflessione sulla strada percorsa fino a quel momento con la coppia. Questo ha permesso di volta in volta di aprire a nuovi scenari e alla famiglia di sentirsi pensata e vista da altri. L'idea alla base di queste riflessioni era che il terapeuta potesse creare un'area d'interazione, tale da far sì che i membri della famiglia si percepissero come co-creatori della propria realtà. Maturana e Varela (1978) hanno affermato che i terapeuti non possono cambiare le famiglie, bensì possono nel processo terapeutico perturbare il sistema attraverso l'interazione: solo se il sistema familiare permetterà alla perturbazione di influire sulla sua organizzazione, si potrà ottenere un cambiamento terapeutico. Riprendendo quanto affermava Andersen (1984), che aveva introdotto il metodo del reflecting team, famiglia e terapeuta devono arrivare a considerare le proprie posizioni non come "obiettività", ma come "obiettività tra parentesi".

La meta riflessione in terapia è stata anche possibile grazie al concetto di cibernetica di secondo ordine: il terapeuta è inserito nel sistema terapeutico, è un osservatore intenzionale nel contesto terapeutico (osservatore degli osservatori, responsabile della

responsabilità). Il terapeuta diviene responsabile, nel senso che naviga nel sistema dal di dentro, in un modo definito dal contesto. Oltre che una meta riflessione tra i terapeuti, in alcune occasioni, è stata utile una meta riflessione con i coniugi, al fine di esternare cosa si aspettassero dal percorso terapeutico, quali fossero le loro premesse. Si parla in questo caso di riflessività relazionale (Daniel, 2011): viene offerta al cliente, da parte del terapeuta, la possibilità di riflettere sul percorso terapeutico e sull'atteggiamento del terapeuta stesso, al fine di riadattare il percorso ai bisogni della famiglia (Burnham, 2005).

Nel caso preso in considerazione, anche la terapeuta individuale ha utilizzato alcune tecniche con i due coniugi, durante il percorso.

La terapia gestaltica è spesso conosciuta per alcune tecniche, ma Perls precisa che «una tecnica rimane pur sempre un espediente (...). Il processo di crescita è un processo che chiede tempo.» (Perls, 1969, p. 10 ed. orig.). Alcune fra le tecniche gestaltiche più conosciute risultano essere: l'uso del tempo presente (l'episodio diventa significativo nel momento presente, è lì che viene rievocato); comunicazione diretta; assunzione di responsabilità intesa come abilità a rispondere (riappropriazione consapevole del vissuto); l'uso della prima persona; de-enfatizzare la nozione d'inconscio; monodramma (o sedia vuota, permette di esplorare, riconoscere e integrare meglio le polarità opposte di una relazione); catarsi emozionale; l'ologramma (far emergere la tridimensionalità della gestalt emergente); gestaltung (processo morfogenetico); la frase ripetuta (ampliamento del vissuto emotivo latente); amplificazione (rendere più esplicito ciò che è implicito); il fenomeno e

il linguaggio corporeo (ciò che si manifesta); esperimento (procedere per tentativi ed errori); correre dei rischi; passaggio dal sostegno ambientale all'auto-sostegno.

Nel caso considerato, la terapeuta ha usato la tecnica della sedia che scotta, che viene impiegata nei lavori sulle polarità, sulle parti interne che si dividono per arrivare a lavorare sul loro dialogo, con l'obiettivo di integrarle. Le persone appaiono come un insieme di parti, che a seconda del disturbo, del malessere sono più scisse di altre: attraverso questa tecnica se ne diventa consapevoli, al fine di imparare a convivere.

Altre tecniche usate sono state quelle espressive, sempre con l'utilizzo di una sedia. Ad esempio, si fa sedere il paziente in una sedia diversa dal posto in cui si siede normalmente durante i colloqui, e dall'altra parte, su un'altra sedia, si può mettere o una persona morta, o una che se n'è andata e non vuole più parlare. Per iniziare viene detto al paziente di mettere la sedia dove vuole, alla distanza che va bene per lui. Il paziente si permette di dire all'altro tutto quello che non è mai riuscito a dirgli. L'importante diventa non dire realmente quelle cose a quella persona, perché il dialogo è con la persona internalizzata. L'importante è che succeda, che venga detto, è come se quello che succede in terapia diventasse reale, diventasse una realtà psichica, che provoca una serie di emozioni.

Altre tecniche riguardano il tema della consapevolezza e della meditazione, con il corpo o meno e l'attenzione alla parte non verbale.

## **LA MALATTIA**

Entrambi gli approcci nei percorsi terapeutici realizzati si sono avvicinati al tema della malattia ed è quindi stato possibile rilevare,

come attraverso teorizzazioni, procedure, concetti differenti, sia però simile il significato che secondo loro la malattia arriva a detenere in un contesto familiare.

Secondo Boscolo e Cecchin (1983), una famiglia si rivolge all'esperto quando nel tempo non è riuscita a risolvere i suoi problemi, i comportamenti che ritiene inaccettabili. Il sintomo diviene il risultato finale dei tentativi non riusciti di risolvere il problema: la famiglia che arriva in terapia porta con sé la storia di costruzione del sintomo. La famiglia di norma accetta la diagnosi: i familiari non sintomatici si muovono cercando di mantenere l'etichetta al paziente designato. Secondo Boscolo e Cecchin, il compito del terapeuta sistemico è quello di cominciare dalla fine, ossia vedere perché una famiglia si è definita sintomatica. Per Bateson la definizione di 'matto' o di 'attivo e passivo' è effetto di un apprendimento 2 (cambiamento correttivo dell'insieme di scelte che si può optare oppure cambiamento nella segmentazione della sequenza delle esperienze), secondo Boscolo e Cecchin occorre spingere le famiglie ad un apprendimento 3 (cambiamento correttivo nel sistema degli insiemi di opzioni tra le quali si sceglie, si arriva a comprendere più profondamente che bisogna cambiare i paradigmi se si vuole continuare ad esistere, è possibile solo se si sono indossate 'lenti' differenti per osservare la realtà e si conoscono le 'lenti' precedenti). Il terapeuta deve togliere l'etichetta di malattia e portare la famiglia a non definirsi più come un sistema che ha bisogno di terapia. Secondo gli autori, il processo terapeutico deve portare l'individuo, la famiglia a cambiare punteggiatura.

Secondo l'approccio sistemico occorre sradicare il sintomo dal corpo e portare a conoscenza il ruolo che assume nella relazione

tra persona e contesto. Il sintomo diviene il prodotto di una relazione che ha livelli di disorganizzazione, il sistema evidenzia un errore di organizzazione e comunicazione.

In terapia familiare è stato importante prendere in considerazione i disturbi portati dai coniugi alla luce dei meccanismi che creavano all'interno della famiglia nucleare e allargata e discuterne con entrambi i coniugi. In terapia individuale la terapeuta ha lavorato con i coniugi al fine di vedere le parti scisse, diventarne consapevole e imparare a convivervi.

Ha lavorato sul sintomo, facendo diventare il paziente, il sintomo che portava, e chiedendogli una serie d'informazioni: quando era nato, che funzione aveva, a che cosa serviva. L'idea che emerge è che se un sintomo è presente, in un qualche modo il paziente lo mantiene perché ne ha un vantaggio secondario. Offrendo al paziente la possibilità di vedere che tipo di ruolo gioco il sintomo nel suo sistema, lo si porta anche ad assumersi la responsabilità di quello che fa e di quello che è, facendogli vedere il suo copione.

## UTILIZZO DEL CORPO IN TERAPIA

In psicoterapia familiare, il terapeuta raccoglie informazioni utili anche dalla disposizione spaziale dei membri della famiglia, osservando posizioni di vicinanza/lontananza spaziale in relazione di vicinanza/lontananza emotive. La scultura familiare rappresenta una tecnica terapeutica attiva, che permette, attraverso l'uso del corpo e dello spazio, l'espressione d'idee ed emozioni. La scultura produce nuovi significati e una nuova rappresentazione delle relazioni.

Virginia Satir (1964) usava la scultura familiare per indagare le relazioni all'interno della famiglia attuale e anche in quella trigenera-

zionale: chiedeva ai membri della famiglia di rappresentare come si vedevano in relazione l'uno all'altro, considerandosi come argilla plasmabile.

La scultura familiare permette di usare un linguaggio differente da quello verbale, che si focalizza sul corpo, sullo sguardo e sui gesti dei membri della famiglia. Nel caso clinico in esame è evidente quanto il passare da un canale verbale a uno non verbale sia stato rilevante nel portare un cambiamento nei membri della coppia, nel modo di pensarsi, nel modo di entrare in relazione, nel modo di sentire i bisogni e le esigenze dell'altro. La seduta nella quale è stato utilizzato il corpo, lo spazio, ha favorito il superamento delle incomprensioni linguistiche, i messaggi veicolati dal corpo sembrano essere arrivati all'attenzione dell'altro come motivo di riflessione. L'uso del corpo ha permesso di mettere in circolo emozioni che rischiavano di rimanere ancorate a ragionamenti intellettualizzati, che tenevano la coppia in blocco, legata alla ricerca di motivazioni verbali.

Si può rilevare che anche per il terapeuta gestaltico è importante prestare attenzione alle manifestazioni che il corpo del proprio paziente presenta: posture e movimenti, voce, ritmo respiratorio. Il terapeuta gestaltico si discosta da qualsiasi interpretazione del gesto corporeo, preferisce stimolare il paziente alla riflessione su quello che in quel momento il corpo sta comunicando.

Secondo i Gestaltisti, il linguaggio del corpo presenta il vantaggio di essere radicato nel "qui e ora", a differenza della voce che tende a raccontare più del "che cosa" che del "come" e tende a disperdersi nell'"altrove e poi".

In Gestalt lo scambio tra terapeuta e paziente può essere non solo verbale o visivo, ma può prevedere anche l'utilizzo del corpo:

questo può portare all'emersione di materiale arcaico del periodo infantile pre-verbale. Spesso, siccome il corpo a corpo reale con il terapeuta può risultare limitante, si utilizza al suo posto un cuscino, che porta il paziente a legittimarsi altri comportamenti, come colpirlo violentemente, in una catarisi allo stesso tempo liberatoria e rivelatrice, che verrà ripresa in un secondo momento sul piano verbale.

## **L'INVIO A PERCORSI DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE**

Bateson (1972) scrive «La mente individuale è immanente, ma non solo nel corpo essa è immanente, anche in canali e messaggi esterni al corpo; e vi è una più vasta Mente di cui la mente individuale è solo un sottosistema. [...] Ciò che sto dicendo dilata la mente verso l'esterno.» (p. 502)

Nel caso considerato, dopo circa sei mesi dall'inizio della terapia di coppia, è stata presa in considerazione la possibilità di aprire per i due coniugi anche uno spazio individuale. Nella terapia di coppia risulta evidente che si realizza l'interazione di due sistemi familiari differenti, con storie e dinamiche tipiche di ognuno; ogni membro della nuova famiglia ha già un bagaglio di legami significativi prima di formare la coppia, formati all'interno del suo nucleo d'origine.

La scelta di inviarli a una collega ad orientamento gestaltico derivava dalla necessità di aprire la riflessione al Sé. «Chiamiamo sé il complesso sistema di contatti necessario per l'adattamento in un campo difficile» (Perls, Hefferline, Goodman, 1951, p. 436). La Gestalt propone un percorso esperienziale di graduale appropriazione ed integrazione delle parti scisse, porta a far emergere le gestalten incompiute, al fine di individuare ciò che ha portato ad un'interruzione e fa-

vorirne l'evoluzione naturale.

Il lavoro in terapia individuale apriva, in alcune occasioni, riflessioni anche nella terapia di coppia, così come accadeva il contrario. Ciò che emergeva permetteva ai terapeuti familiari di inserirli nella cornice del percorso di coppia, al fine di garantire un continuum tra i due percorsi, che si svolgeva in parallelo. Il momento della terapia di coppia permetteva anche ai due coniugi di riconoscersi dei cambiamenti, che avevano ripercussioni sulla loro vita insieme, ma che trovavano fondamento nel singolo.

### **RIFLESSIONI CONCLUSIVE: I DUE PERCORSI IN PARALLELO HANNO PORTATO AD UNA MAGGIORE COMPETENZA RIFLESSIVA INDIVIDUALE E DI COPPIA?**

Sulla base delle considerazioni fatte e degli scambi avvenuti con la coppia, penso che, a conclusione del percorso, si possa affermare che i coniugi sembravano più consapevoli delle loro dinamiche interne e di come funzionavano uno in relazione all'altro. Quello che sembra emergere è una maggiore conoscenza di sé nella quotidianità, dai momenti tranquilli a quelli di alta conflittualità, così come sembra essere presente una maggiore comprensione dei movimenti che si possono fare con e verso il coniuge. Questo non risulta essere sufficiente, a porre termine alla conflittualità nella coppia, ma li rende liberi di muoversi consapevoli, almeno in parte, delle conseguenze delle proprie mosse.

Al fine di considerare i diversi punti di vista, si è allargata questa riflessione anche al Terapeuta familiare e a quella individuale, chiedendo se secondo loro i due percorsi hanno concorso a determinare nei coniugi

una maggiore conoscenza di sé, una maggiore competenza riflessiva individuale e di coppia.

Secondo il Terapeuta familiare: «Avvicinare l'approccio sistemico a quello gestaltico rappresenta un'interessante perturbazione tra sistemi concettuali ed epistemologici. Molte aree trasversali s'incontrano sul confine, come ad esempio la posizione nel rapporto, il concetto di campo e insieme, e altri ancora. Condividere un'esperienza terapeutica in settings epistemologici contigui aumenta la possibilità per i sistemi di ripensare ai propri modelli organizzativi interni, aumentando la sensibilità al contesto, pur mantenendo salde le identità strutturali.»

Secondo la Terapeuta individuale: «Credo fermamente che questo doppio lavoro portato avanti parallelamente, abbia determinato una maggior consapevolezza individuale e di coppia. Più precisamente penso che il lavoro individuale centrato sulla rilettura della propria storia familiare, sulla scoperta del mandato o copione di vita personale, abbia contribuito ad aumentare la conoscenza di sé e del proprio modo di funzionare nel mondo e quindi in relazione e che questa conoscenza abbia agevolato la possibilità di vedere le dinamiche che si ripetevano nella coppia e lavorarci, contemporaneamente in uno spazio altro.»

Anche durante i colloqui di terapia familiare è stato possibile con i coniugi su che tipo di conoscenza come individui e come coppia stavano maturando, dai movimenti da tenere come coppia, a come reciprocamente si percepivano e come avrebbero voluto percepirsi.

### **LA CONSAPEVOLEZZA DEL SISTEMA TERAPEUTICO NELL'AGIRE CLINICO INTEGRATO**

Bateson era interessato alla *struttura che connette* i saperi, non alle descrizioni percepite come fenomeni a sé: ciò che catturava la sua attenzione era come ogni descrizione apparisse distante dall'oggetto descritto. La proposta dell'approccio sistemico integrato è di connettere i singoli, i contesti e i servizi tra loro, ma anche, a livello individuale, integrare memorie e speranze, idee ed emozioni, realtà e desideri, immaginazioni ed azioni concrete. (Moroni, Restori, Sbattella, 2012) Al fine di riflettere su quali considerazioni è possibile rintracciare dal lavoro svolto, è stato domandato ai terapeuti coinvolti in questo processo terapeutico (Terapeuta familiare, Co-Terapeuta, Terapeuta individuale), se l'agire integrato può essere visto come arricchente per le figure professionali coinvolte.

Terapeuta familiare: «Al di là delle differenze nelle strutture concettuali degli approcci terapeutici, accade anche a noi sistemici di cogliere l'utilità del lavoro terapeutico individuale in affiancamento a quello di coppia o familiare. Lo spazio di lavoro terapeutico individuale può sicuramente facilitare esplorazioni profonde del mondo interno rappresentazionale del paziente e la stessa relazione di aiuto favorisce, attraverso la posizione riflessiva del terapeuta, riposizionamenti identitari del paziente e reframing narrativi che possono condizionare il mondo delle relazioni del sistema familiare.»

Co-Terapeuta familiare: «L'integrazione, il dialogo, la riflessione tra due modelli differenti, che si sono trovati a muoversi in parallelo e a riflettere a posteriori sul percorso svolto, ha condotto ad un interessante scambio di punti di vista ed è stato arricchente in quanto ha evidenziato punti d'incontro e di lontananza tra i due approcci. È stato curioso prendere in considerazione

come entrambi abbiamo riflettuto sul significato che la malattia assumeva, lavorando con tecniche differenti, ma per arrivare a una connotazione in seduta simile, inserendo la malattia in un contesto più ampio, relazionale.

Entrambi ci siamo trovati a porre attenzione al non verbale: l'approccio gestaltico con l'attenzione ai messaggi che il corpo trasmette nel qui ed ora, noi con l'utilizzo dello spazio e del corpo in seduta, attraverso la scultura familiare.»

Terapeuta individuale: «Ho trovato molto arricchente lo scambio dei diversi punti di vista dei due percorsi terapeutici e anche molto d'accordo e in linea con gli interventi effettuati.

Sicuramente un lavoro così compiuto in sinergia ha portato i coniugi a una maggior consapevolezza in minor tempo e di riflesso ha permesso ai terapeuti impegnati sui due fronti (individuale e di coppia) la possibilità di proporre una più ampia gamma d'interventi per le consapevolezze già raggiunte individualmente e di conseguenza una maggiore fluidità nella comprensione delle dinamiche della coppia.»

#### Bibliografia

- Andersen, T. (1984). Consultation: would you like co-evolution instead of referral? *Fam. Syst. Med.*, vol. 2
- Andolfi, M. (2006). *La terapia di coppia in una prospettiva trigerazionale* A.P.F.
- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente* Milano: Adelphi
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura* Milano: Adelphi
- Bateson, G., Bateson, M.C. (1987). *Angels Fear – Towards an Epistemology of the sacred* New York: Macmillan Publishing Co. (Trad. it. *Dove gli angeli esitano* Milano: Adelphi (1989).
- Bogliolo, C. (2012). *Dalla scultura alla rappresentazione spaziale della famiglia* Roma: Armando Editore

- Boscolo, L., Bertrando, P., Fiocco, P.M., Palvarini, M.R., Pereira, J. (1991). Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia. *Terapia Familiare*, vol. 37
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo* Torino: Bollati Boringhieri
- Boscolo, L., Caillé, P., Cecchin, G., Hoffman, L., Keeney, B., Malagolo Togliatti, M., Selvini Palazzoli, M., Telfener, U. (1983). *La Terapia sistemica* Roma: Casa Editrice Astrolabio
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (2004). *Clinica sistemica* Torino: Bollati Boringhieri
- Burnham, J. (2005). *Relational reflexivity: a tool for socially constructing therapeutic relationships* In C. Flaskas, B. Mason, A. Perlesz, (eds), *The space between: experience, context, and process in the therapeutic relationships*. London: Karnac
- Canevaro, A. (1999). *Nec sine te nec tecum vivere possum*, In: Andolfi M., a cura di, *La crisi della coppia, in una prospettiva sistemico-relazionale* Milano: Raffaello Cortina
- Cecchin, G. (1987). Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità. *Fam. Proc.*, vol. 26
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1992). *Irriverenza* Milano: FrancoAngeli
- Daniel, G. (2011). *Riflessività e diversità culturale* Power Point presentato all'interno del ciclo di conferenze "Percorsi con le famiglie" Parma
- Deriu, M., Gisolo, Canevacci, De Biasi, Zolletto, Iacono, Conserva, Inglese, Kenny, V., Cini, Baten, M.C. (2000). *Gregory Bateson* Milano: Bruno Mondadori
- Ginger, S. (1990). *La gestalt Terapia del contatto emotivo* Roma: Edizioni Mediterranee
- Gurman, A.S., Kniskern D.P. (1995). *Manuale di terapia della famiglia* Torino: Bollati Boringhieri
- Hoffman, L. (1984). *Principi di terapia della famiglia* Roma: Casa Editrice Astrolabio
- Maturana, H.R. (1978). *Biology of language: the epistemology of reality* in Miller e Lenzenberg
- Moroni, M., Restori, A. (2012). *Contesti, relazioni ed emozioni. Cambia-menti*, vol. 1
- Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F. (2012). *Integrare e connettere. Cambia-menti*, vol. 1
- Perls, F. (1947). *Ego, hunger and aggression: a revision of Freud's theory and method* London: George Allen & Unwin – (1969) N.Y.: Random House (trad. It. L'io, la fame e l'aggressività 1995 Milano: Franco Angeli)
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P., (1951). *Gestalt Therapy: excitement and growth in the human personality* New York: Julian Press (trad. it. 1971 *La terapia della Gestalt: eccitamento e accrescimento nella personalità umana*, Roma: Astrolabio)
- Perls, F. (1973). *The Gestalt approach & eye witness to therapy* Science and Behavior Books, Inc. (trad. it. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia* 1977 Roma: Astrolabio)
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy. A guide to theory and technique* Palo Alto, CA: Science and Behaviour Books
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). *Hypothesizing-Circularity-Neutrality. Three Guidelines for the Conduction of the Session*. *Fam. Proc.*, vol. 19 (trad. it. Ipotizzazione, circolarità, neutralità. Tre direttive per la conduzione della seduta *Terapia Familiare*, vol. 7 (1980)
- Tomm, K. (1987). *La "strategizing" come quarta linea-guida per il terapeuta*, *Fam. Proc.*, Vol. 26
- Tomm, K. (1988). *Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?*, *Fam. Proc.*, Vol. 27
- Watzlawich, P., Weakland, J.H. (1978). *La prospettiva relazionale* Roma: Astrolabio
- Zerbetto, R. (2008). *La Gestalt terapia della consapevolezza* Milano: Xenia Edizioni e Servizi



# La Psicosi, tra Sistemi e Costellazioni

Emanuele Arletti <sup>7</sup>

## Sommario

Come si costruisce la psicosi nel sistema famiglia secondo un approccio sistemico? Gregory Bateson pone le basi per rispondere a questa domanda, sviluppando la teoria del doppio legame. I contributi di Mara Selvini Palazzoli, Danilo Solfaroli Camillocci e Gaspare Vella, forniscono ulteriori chiavi esplicative: gli stadi del processo psicotico in famiglia e la triade schizofrenica. Su queste premesse, Selvini e Pasin illustrano un modello terapeutico integrato. Esiste una possibile interazione fra la teoria sistemica e la teoria delle costellazioni familiari nell'ambito della psicosi? Si forniranno possibili lenti interpretative, ripercorrendo l'epistemologia delle costellazioni familiari attraverso il contributo del fondatore Bert Hellinger.

## Parole chiave:

psicosi, schizofrenia, Bateson, Hellinger, costellazioni familiari, doppio legame.

## Abstract

*How does psychosis generate in the family system according to a systemic approach? Gregory Bateson lays the groundwork to answer to this question, developing the theory of the double bind. The contributions of Mara Palazzoli, Danilo Solfaroli Camillocci and Gaspare Vella, provide additional explanatory keys: the stages of the psychotic process in the family and the schizophrenic triad. On this basis, Selvini and Pasin illustrate an integrated therapeutic model. Is there a possible interaction between systems theory and the theory of family constellations in the context of psychosis? This paper will provide possible interpretive lenses, tracing the epistemology of family constellations through the contribution of the founder Bert Hellinger.*

## Key words:

Psychosis, schizophrenia, Bateson, Hellinger, family constellations, double bind.

---

<sup>7</sup> Il anno – scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata E-mail: dr.arletti@gmail.com

«Il saggio accetta il mondo, così com'è, senza paura e senza obiettivi.  
Si è riconciliato con la fugacità e non mira a ciò che va perso con la morte.  
Riesce ad osservare, perché è in armonia, e interviene per quanto richiesto dal flusso della vita.  
Sa distinguere: va o non va perché è senza obiettivi.  
La saggezza è il frutto di una lunga disciplina, tuttavia chi la possiede lo fa senza fatica.  
È sempre in cammino e raggiunge la meta, non perché cerca. Cresce». <sup>8</sup>

## LA COSTRUZIONE DELLA PSICOSI NEL SISTEMA FAMIGLIA

### *Il doppio legame in Bateson*

Bateson (1956) riconduce la psicosi a una patologia relazionale e mostra come la comunicazione distorta dello schizofrenico e le dinamiche comunicative *double bind* diventino enormemente più comprensibili se l'osservazione si sposta dalla monade (l'organismo con l'insieme dei suoi processi intrapsichici, dei suoi pensieri, delle sue intenzioni e delle sue emozioni soggettive) al sistema (contesto) con cui la monade interagisce. La teoria del doppio legame sfrutta il complesso teorico degli studi sulla comunicazione per fornire una chiave esplicativa di disturbi classicamente legati a problemi interni all'individuo. La malattia mentale emergerebbe come risposta a una situazione d'indecidibilità pragmatica legata alla paradossalità dell'ambiente cognitivo. Questa condizione si realizza tramite la confusione tra messaggi di tipo logico diverso (emessi indifferentemente tramite codificazioni analogiche o digitali), di cui uno nega l'altro, all'interno di una situazione in cui non è possibile metacomunicare sull'intero processo e quindi risulta impossibile uscire dal sistema paradossale. Nella famiglia la comunicazione svolge una funzione omeostatica volta al mantenimento della stabilità delle relazioni esistenti, necessaria per la sua sopravvivenza. Nel caso in cui

tale equilibrio sia schizofrenico, la stabilità è mantenuta attraverso il sacrificio del componente più debole che assume su di sé tutta la follia. Il paziente identificato si sacrifica per mantenere la sacra illusione che quanto dice il genitore ha senso. Attraverso la schizofrenia manifesta del figlio, i genitori riescono a mantenere un'apparenza di normalità che copre la loro schizofrenia celata, occultando i loro disturbi.

### *La triade schizofrenica: giochi psicotici e ruoli-maschera*

Le dinamiche comunicative *double bind*, la loro funzione omeostatica nel sistema famiglia e il mantenimento dell'equilibrio schizofrenico attraverso il sacrificio del paziente designato, possono essere connessi agli specifici processi in famiglia che conducono alla costruzione della psicosi. Mara Selvini Palazzoli (1988) illustra un possibile modello stadiale diacronico, relativo all'evoluzione dei giochi psicotici in famiglia che conducono al manifestarsi della sintomatologia schizofrenica. La descrizione della triade schizofrenica in famiglia, è ripresa anche da Danilo Solfari Camillocci e Gaspare Vella (2006) che ne propongono un modello descrittivo, basato sulle dinamiche relazionali e comunicative di coppia. Seguendo il modello stadiale diacronico (Selvini Palazzoli, 1988), si possono identificare sei stadi.

*ivLo stallo nella coppia genitoriale. Il gioco*

---

<sup>8</sup> Bert Hellinger. Gli ordini dell'aiuto (2006, p.11).

necessario per generare un sintomo psicotico è lo stallo, mirato ad evitare l'escalation e quindi un possibile scisma. Uno dei coniugi a volte esibisce una serie appariscente di mosse d'attacco, di provocazioni, di apparenti trionfi (provocatore attivo); sembra che stia per vincere, ma l'altro, quietamente, invariabilmente, sfodera una mossa che azzerà il punteggio (provocatore passivo). *L'invischiamento del figlio nel gioco di coppia.* L'errore epistemologico del futuro paziente designato, consiste nell'attribuire linearmente ragioni e torti, scambiando il provocatore passivo per vittima e quello attivo per carnefice. È probabile che il genitore perdente ricerchi attivamente la solidarietà del figlio, assumendo atteggiamenti seduttivi (sospiri, velate allusioni alla propria infelicità) o accettando le offerte parimenti seduttive del figlio stesso (con scambi di sguardi e confidenze). Questa è la fase più segreta del processo. Le comunicazioni seduttive, affidate all'implicito e all'analogico, possono essere interpretate come ambigua promessa (ogni seduzione lo è). Il paziente si coinvolge nel gioco allettato da questa promessa, il cui mantenimento è però continuamente differito e ambiguamente negato, instaurandosi così un tipico andamento oscillante. Ciò che differenzia tale configurazione dal classico triangolo perverso descritto da Haley (1967) è un'ulteriore caratteristica della coalizione: oltre ad essere sotterranea, trans generazionale e negata, è pressoché esclusivamente strumentale. In questo risiede la potenziale patogenicità: non si tratta di un'offerta di relazione incestuosa compensatoria, bensì di un legame che mira esclusivamente a perpetrare il gioco di stallo genitoriale. *Il comportamento inusitato del figlio.* Ossessionato dal gioco, il futuro paziente designato decide di entrarvi

apertamente. Fino ad allora, la solidarietà nei confronti del genitore perdente si era manifestata con segnali quasi impercettibili: ora sarà testimoniata da fatti che non potranno passare inosservati. Si manifestano nuovi comportamenti provocatori, aggressivi e di forte protesta, ma senza caratteri di patologia, che perseguono un duplice obiettivo: sfidare l'arroganza del genitore e mostrare al genitore perdente come dovrebbe fare per ribellarsi. *Il voltafaccia del presunto alleato.* È possibile che dopo il terzo stadio, il genitore vincente e il genitore perdente possano recedere, ma se ciò non accade il figlio ha fallito clamorosamente il suo duplice obiettivo e i genitori continuano a perpetrare i rispettivi ruoli nel gioco di stallo. Il genitore perdente può inoltre, come estremo voltafaccia, schierarsi con il genitore vincente contro il figlio, disapprovandolo e persino punendolo, passando così dalla parte di colui che il figlio ingenuamente riteneva il nemico comune. *L'esplosione della psicosi.* Fallito nel proposito di sottomettere il genitore vincente e tradito dal compare segreto, il figlio presumibilmente vive sentimenti composti, in cui si fondono la depressione per il tradimento subito e il senso d'impotenza, insieme ad una cieca furia distruttiva, ad una smania affannosa di rivincita. Cresciuto in un contesto d'apprendimento dominato dal gioco di stallo dei suoi genitori, il paziente non concepisce la possibilità di dichiararsi sconfitto. La sintomatologia psicotica sarà l'arma che gli consentirà di prevalere, dove ha fallito il comportamento inusitato. *Le strategie basate sul sintomo.* Dal momento in cui la psicosi esplose, ogni membro della famiglia può organizzare una strategia attorno al sintomo: ciò ha l'effetto pragmatico di mantenere il sintomo stesso. Il genitore perdente ricava vantaggio da quegli aspetti della

sintomatologia del figlio che sono più direttamente rivolti contro il genitore vincente; è quindi possibile che, ogni volta che il figlio tenti di abbandonare il sintomo psicotico, trovi nel genitore perdente un ostruzionista nascosto, confondente quanto implacabile, che può esprimere una manifesta tolleranza nei confronti dei sintomi del figlio. L'altro genitore, il vincente, quando non si è ancora giunti al sesto stadio, potrebbe comportarsi come strenuo sostenitore della terapia, nell'idea di accettare entusiasticamente ogni possibile aiuto per liberarsi dalle catene offerte dalla sintomatologia del figlio. Quando si passa al sesto stadio, spesso anche il genitore vincente si oppone, in modo sotterraneo, a un mutamento dello status quo. Anch'egli, infatti, ha ormai elaborato una strategia fondata sul presupposto che il sintomo persisterà e si comporta così in modo da mantenerlo. La guarigione del paziente designato, potrebbe significare smuovere lo stallo coniugale che si protrae stereotipicamente. Così, a questo stadio, entrambi i genitori possono risultare avversari ugualmente implacabili nel lavoro terapeutico. Danilo Solferoli Camillocci e Gaspare Vella (2006) specificano la possibile esistenza di due tipi di stallo coniugale, connessi all'adozione stereotipica di ruoli maschera. Nello stallo definito *per opposizione* uno dei due coniugi appare sconfitto, paralizzato, dominato dall'altro, che si mostra invece determinato, agguerrito, impositivo. Le mosse di quest'ultimo rientrano nell'ambito definito della *provocazione-sfida* ("faccio ciò che tu non sai o non vuoi fare") e della *provocazione-trasgressione* ("faccio ciò che so che tu non approvi"): per convenzione chiamiamo questo coniuge il *coniuge apparentemente stimolatore*. Le contromosse dell'altro sono invece del tipo

*provocazione-omissione* ("non faccio ciò che ti aspetteresti") e *provocazione-muro di gomma* ("agitati quanto vuoi tanto non mi scomponi"): lo chiameremo *coniuge apparentemente inibitore*. Anche nello stallo definito *per raggiro* troviamo un coniuge apparentemente stimolatore, intransigente, fortemente ansioso e restrittivo, forse tendenzialmente tirannico. Le sue azioni provocatorie rientrano nell'ambito della *provocazione-sfida* ("Qui si fa come dico io"). Tuttavia egli appare isolato, ininfluenza, isterilito in una muta protesta che attende, e non trova, il modo di esprimersi efficacemente e credibilmente. Il resto della famiglia sembra appena scalfito da questo suo tentativo di determinare i comportamenti e i valori: formalmente nulla si muove contro di lui, ma egli è oggetto di una rete di raggiri che ne determina una pressoché totale disconferma. Ciò si costruisce attraverso le contromosse del coniuge apparentemente inibitore: comportamenti di *provocazione-omissione* ("Non faccio ciò che tu vuoi che io faccia") e ancor più di *provocazione-raggiri* ("Faccio, dietro le tue spalle, ciò che so che tu non vuoi"). La cristallizzazione dei giochi di stallo comporta, come mossa-contromossa ulteriore, un'attribuzione reciproca di ruolo, non smentita, che suona funzionale al rigido equilibrio della coppia. Questi sono chiamati *ruoli-maschera*. I ruoli maschera sono una designazione stereotipica di un'immagine che ciascun coniuge accredita dell'altro con se stesso e con le altre persone della famiglia, in primis i figli. Il bisogno di dare un senso cognitivo ed emotivo dell'altro rimane un bisogno vitale: gli atteggiamenti e i comportamenti reciproci aprono continuamente spazi di inspiegabilità e di sofferenza. Diviene allora imperativo imporre o iniettare significati nell'altro: infatti,

se questi accetta l'attribuzione di significati, allora si ha la sensazione e l'illusione di essere pervenuti ad una validazione consensuale. Si tratta, però, solo di un'impressione e non di una certezza, in quanto l'attribuzione di idee, sentimenti, desideri e motivazioni, non riceve una chiara conferma né una netta smentita. Questo meccanismo di attribuzione è il nucleo dei ruoli maschera. Questi ruoli hanno connessioni e fondamenti nella realtà, ma la caratterizzazione e l'uso strumentale che ne vengono fatti, determinano un incapsulamento reciproco dei coniugi nel ruolo attribuito. Il ruolo maschera ha come obiettivo la salvaguardia del consenso reciproco ma contribuisce a perpetrare la non definizione reciproca.

Nella triade schizofrenica si riscontrano quindi una mancanza di definizione e l'occultamento di significati, che determinano difficoltà a dare significato all'esperienza. Il figlio/a, che è impegnato evolutivamente nella costruzione del proprio Sé, ne subisce le conseguenze più drammatiche: fatica a entrare in un rapporto reale e costruttivo con i genitori e ne consegue l'impossibilità di costruire parti rilevanti della propria identità. La relazione con i genitori risulta soffocante e inficiata dall'occultamento di significati operati attraverso l'adesione ai ruoli-maschera. La sensazione è di frammentazione e di oscillazione fra una posizione di acquiescenza e accettazione passiva della realtà data dai genitori e una posizione di attacco, duro e provocatorio. La scoperta dell'inconsistenza dei ruoli maschera determina la comparsa di aspetti spaventosi e ignoti in una realtà fino a quel momento nota e familiare, anche se contraddittoria e ambigua. Il collegamento di significati opposti, che ne deriva, determina l'emergere di aspetti oscuri e minacciosi, che il figlio non riesce a rico-

noscere e ad elaborare. La sua esperienza ne risulta invalidata e la potenziale esplicitazione aperta dei significati occultati è al contempo desiderata e terrorizzante. La sua mente, nel tentativo di riconciliare l'inconciliabile, di ricercare e di respingere la verità, non sembra avere alternative all'elaborazione secondo una logica dissociativa. L'occultamento di significati (che opera tramite la non definizione, il delirio, la catatonia) e l'atteggiamento provocatorio che esibisce, sembrano agire come un potente mezzo per riequilibrare la relazione, come un inefficace mezzo per provocare/invocare una maggiore definizione da parte dei genitori.

### *Terapia sistemica e psicosi*

Linehan (1993) ritiene che la collaborazione con la famiglia e l'alleanza con il paziente siano le due aree fondamentali che devono guidare nell'utilizzo degli strumenti della psicoterapia e della farmacoterapia. La presa in carico da parte di un'équipe stabile e collaborativa è condizione fondamentale. La terapia delle psicosi deve essere contemporaneamente familiare e individuale in tutti i casi dove ci sono risorse per il cambiamento. Quando è possibile attuarlo, il movimento terapeutico fondamentale consiste nella riattivazione o nella ristrutturazione del legame di attaccamento del paziente nei confronti di almeno un genitore. L'intervento sulla riorganizzazione dei legami di attaccamento è quindi una sorta di terapia della riconciliazione, con i genitori e con i familiari, che deve basarsi sull'integrazione delle loro immagini contraddittorie divise tra idealizzazione e demonizzazione. Un paziente psicotico può riattivare un processo di autoco-noscenza (abbandonando quindi le difese psicotiche) nel momento in cui si sente fondamentalmente protetto: di qui l'obiettivo

terapeutico strategico e centrale di aiutare la famiglia a divenire una base sicura. Movimenti di autonomizzazione del paziente, si sono dimostrati progressi affidabili solo nel contesto di una solidità del legame familiare di affiliazione e appartenenza.

Un esempio di modello trattamentale della psicosi, può essere esemplificato dal protocollo sistemico familiare-individuale (Selvini, Pasin, 2005), basato sulla teoria dell'attaccamento e sull'integrazione di concetti individuali (sintomo come difesa della sofferenza) e relazionali - sistemici (sintomo come reazione a una difficile posizione del paziente nel sistema). La tradizionale correlazione sistemica tra sintomo e famiglia è completata e complessificata con l'inserimento di un terzo polo: i tratti di personalità del paziente. Le relazioni familiari contribuiscono a costruire la personalità del soggetto, che in un momento difficile del suo sviluppo strutturerà un determinato sintomo. Tale modello tratta mentale si articola nei seguenti punti:

1. Relazione terapeutica basata sulla trasparenza, sul consenso e sulla collaborazione (e non sulla provocazione e il paradosso).
2. Attiva ricerca di alleanza privilegiata con il paziente al fine di aiutarlo a ricostruire un attaccamento sicuro nella famiglia e/o con il terapeuta. La definiamo una terapia della riconciliazione.
3. Una presa in carico basata sul lavoro in équipe con lo specchio unidirezionale. Le convocazioni alternano le sedute familiari con sedute individuali e con sottogruppi della famiglia (genitori, fratelli).
4. Integrazione di trattamento psicoterapeutico e trattamento farmacologico, intervento comunitario (se necessario) e programma riabilitativo.

5. Strategia terapeutica basata sul riconoscimento sia dei deficit che delle risorse del paziente, nel rifiuto di una definizione di malattia psichica globalmente invalidante e stigmatizzante.

## TEORIA DELLE COSTELLAZIONI FAMILIARI

*Bert Hellinger: epistemologia delle costellazioni familiari*

Bert Hellinger (1925), dopo venticinque anni di sacerdozio come studioso di filosofia, teologia, pedagogia e teosofia, di cui sedici trascorsi come missionario tra gli Zulu in Africa, ritornò in Europa nel 1969 per iniziare un corso di psicoanalisi a Vienna. Nello stesso anno visitò Arthur Janov negli Stati Uniti e completò un corso di nove mesi sulla *Primal Therapy*. Si interessò alla terapia della Gestalt attraverso Ruth Cohen e Hilarion Petzold e, tramite Fanita English, si avvicinò all'Analisi Transazionale e al lavoro di Eric Berne sull'analisi dei copioni. Il libro di Ivan Boszormenyi-Nagy "*Invisible Bond*" gli fornì un importante contributo nel tracciare le linee fondamentali delle cosiddette "fedeltà nascoste" (gli *irretimenti*) e del bisogno di un equilibrio tra il dare e l'avere all'interno delle famiglie. Anche elementi dello psicodramma di Jacob Levi Moreno e di scultura familiare di Virginia Satir confluirono nella sua preparazione. Approcciò la Terapia familiare sistemica con Ruth McClendon e Leslie Kadis. Lavorando con Thea Schönfelder, si accostò all'Ipnositerapia di Milton Erickson e alla Programmazione neuro linguistica (PNL) di Richard Bandler e John Grinder. Anche la *Provocative Therapy* di Frank Farrelly ha avuto su Hellinger un'influenza importante, così come la  *Holding Therapy* sviluppata da Jirina Prekop. Come per il filosofo Martin Heidegger, la base del

lavoro di Bert Hellinger risiede nella sua insistenza sul *vedere ciò che è* (opposta alla cieca accettazione di ciò che ci viene detto) e in combinazione con una non vacillante lealtà e fiducia nella propria anima. Bert Hellinger, a partire dal 1980, espose le basi delle sue linee teoretiche e metodologiche. Poco dopo, in Francia, Anne Schützenberger mise a punto una tecnica che si potrebbe definire sorella delle costellazioni familiari, chiamata *Sindrome degli Antenati*. Qualche anno più tardi, negli anni '90, due sorelle psicoterapeute del *Mental Research Institute* di Palo Alto, Doris e Lise Langlois, misero a punto un'altra tecnica simile, dandole il nome di *psicogenealogia*.

Hellinger (2006) ritiene che la vita di ognuno sarebbe condizionata da irretimenti del sistema-famiglia, che potrebbero essere portati alla luce attraverso il processo delle costellazioni familiari. Essere irretiti significa prendersi il destino di un altro, a propria insaputa. E per amore. Nelle costellazioni è evidente che i figli condividono i limiti e le energie della loro famiglia, indipendentemente dal fatto che i membri della famiglia stessa ne siano coscienti. Ci sono legami invisibili e non percepibili con tutti i membri della nostra famiglia. Il lavoro con le rappresentazioni mostra che la famiglia è un sistema o campo energetico relazionale, governato da regole precise che si perpetuano nel tempo, nel corso di generazioni. Le costellazioni familiari sono una "messa in scena", riprodotta da rappresentanti, che in modo intuitivo ricreerebbero le interdipendenze esistenti tra i componenti di una famiglia o di un gruppo, permettendo in tal modo di evidenziare le presunte dinamiche inconsce che, nel suo modello, produrrebbero sofferenza in molti aspetti della vita (relazioni affettive, relazioni pro-

fessionali, rapporto con il denaro e con la salute). Una costellazione familiare pertanto non è nient'altro che una rappresentazione relazionale e morfologica. Hellinger descrive questo approccio non come un trattamento psicoterapeutico, bensì come un incontro con la realtà. Se dalla rappresentazione senza copione predefinito scaturiscono miglioramenti, ciò è determinato dal riconoscere ciò che è; i cambiamenti avvengono, infatti, su piani e tempi non immediatamente riconoscibili. La costellazione non cura le malattie, ma cura l'anima e rimette in ordine le cose fuori posto nell'animo individuale e familiare. Consente di mettere ordine. Le malattie esprimono spesso problemi interiori e disordini sistemici, sono un tentativo del sistema corpo-anima-spirito di allentare la tensione che deriva da questo disordine. Si tratta però di un tentativo vano, perché va a scapito dell'organismo. La soluzione vera è eliminare il disordine. Esistono alcuni principi che aiutano a comprendere il funzionamento del Sistema Familiare. La *legge dell'appartenenza*. Ogni membro ha diritto di fare parte del sistema-famiglia e conseguentemente nessuno può essere escluso. Questo riguarda soprattutto i bambini abortiti o morti molto piccoli che di solito vengono dimenticati o addirittura non considerati come membri della famiglia. Anche persone escluse e dimenticate dalla famiglia a seguito di emarginazione sociale, menomazioni fisiche o mentali, carcerazione, omosessualità, emigrazione, scelte religiose, devono essere reintegrate nella famiglia, se ciò non avviene saranno i successori a dover subire le conseguenze dell'esclusione e pagarne il prezzo, spesso rivivendo il destino degli antenati esclusi. La *legge dell'ordine sacro*. All'interno della famiglia, ciascuno detiene una posizione

unica, insostituibile e speciale in relazione a tutti gli altri, che dipende dal momento della nascita, e deve essere riconosciuta e rispettata per mantenere il sistema in armonia. I genitori vengono prima dei figli, i fratelli maggiori prima dei fratelli minori, perché la vita stessa segue un ordine temporale. Chi è arrivato prima ha più diritto di chi è arrivato dopo, se l'ordine viene sovvertito l'energia vitale cessa di fluire. *La legge dell'equilibrio*. Affinché vi sia equilibrio all'interno di un sistema, dovrebbe essere rispettata questa regola: i genitori dovrebbero "dare con amore", ossia senza pretendere niente in cambio e i figli dovrebbero "ricevere con gratitudine", ossia non lamentarsi o giudicare per quello che hanno ricevuto. *L'amore cieco*: il vincolo che unisce i figli ai propri genitori è un sentimento inconscio di natura biologica arcaica che supera l'effettiva mancanza di conoscenza o contatto (nel caso il figlio venga abbandonato e cresciuto da altre persone), o le problematiche relazionali (violenze, abusi, conflitti). È un amore non solo senza condizioni, ma anche cieco, che spinge i figli a prendere inconsapevolmente su di sé il dolore e il destino dei propri genitori. Alcuni figli sono pronti a sacrificare la propria esistenza per i genitori e, nell'illusione di poterli salvare, si condannano a una vita di fallimenti, di solitudine, di malattia e addirittura di morte.

### ***L'atteggiamento terapeutico***

Hellinger (2006) sottolinea che l'elemento più importante per la buona e ottimale riuscita del lavoro sui sistemi è la posizione del terapeuta. Più che l'apprendimento di tecniche e procedure, è importante comprendere l'orientamento di fondo e i valori che guidano il lavoro. Si sceglie di avvalersi delle risorse piuttosto che affidarsi alle debolezze

e si lavora più sulle soluzioni che sui problemi. Il terapeuta osserva ciò che è visibile, invece di lasciarsi guidare dalle proprie teorie, convinzioni personali o ideologie. Questo tipo di visione consente di creare un rapporto, senza esprimere giudizi su ciò che è bene e su ciò che è male, consentendo l'emergere del servizio che si rende all'amore e alla ricerca di soluzioni. Il vedere non conduce a una verità oggettiva, ma è una forza terapeutica che consente di compiere interventi nel rispetto e con amore, in un processo reciprocamente creativo che genera effetti sia sull'oggetto che sul soggetto di tale azione. Il vedere non è qualcosa che si può decidere di fare, poiché implica l'aprirsi con curiosità a trame complesse e consentire l'emergere dell'essenziale. I terapeuti, pur agendo interventi, non hanno alcun controllo sull'uso che i pazienti potranno fare degli interventi stessi. Una presenza con il paziente, orientata alla libertà di scelta, alla possibilità della non azione, al vedere le risorse più che a creare interventi, crea uno spazio vuoto in cui può avvenire la guarigione. Trattare i problemi come se comprenderli equivalesse a risolverli, è una tradizione onorata in psicoterapia; è invece molto facile fissarsi sul problema e ignorare la soluzione. I problemi sono tentativi falliti di amare e uno dei primi compiti del terapeuta è rintracciare il punto in cui il paziente ama; una volta trovato il terapeuta avrà la sua leva terapeutica. Aiutando il paziente a trovare un modo d'amare opportuno e maturo, il problema scompare e lo stesso amore che alimentava il problema lo risolve. Ciò che conduce alla soluzione sono l'amore e la capacità di vedere, il tutto al servizio della ricerca condivisa e collaborante di soluzioni. Hellinger (2006) sottolinea, inoltre, come le *interpretazioni funzionino* solo se attiva-

no l'amore del paziente, se sono fatte su misura della persona e le toccano il cuore. Gli interventi funzionano solo se attivano l'amore del paziente, se lo sanciscono; la reazione del paziente è il criterio che si può utilizzare per valutare se l'interpretazione è più o meno giusta. Se non si fa attenzione, rileggere in chiave positiva una situazione dannosa, rischia di diventare un intervento frutto di un capriccio che banalizza la gravità della situazione e non funzionerà. Il tipo di interpretazione e rilettura che funziona nasce da una precisa *visione* di ciò che è; si offre ciò che si è visto alla consapevolezza del paziente. Descrivere ciò che si vede non significa interpretarlo, significa porsi in atteggiamento umile guidati dalla propria consapevolezza, proteggendosi altresì dal pericolo di credere di portare una verità assoluta rispetto alla situazione che si incontra. Esistono nessi psicologici e connessioni, esistono i legami, ma l'obiettivo non è trovare o rintracciare tutti i legami: la migliore psicoterapia limita i legami che i pazienti trovano, riducendoli all'essenziale.

### ***Aiutare in presenza di psicosi:***

#### ***la sofferenza di un sistema***

Per Hellinger (2005), la psicosi esprime la sofferenza di un sistema e non rappresenta la sofferenza del singolo: dipende dall'anima della famiglia e per questo è possibile avvicinarsi in modo sistemico e tramite le costellazioni familiari. Generalmente dietro la schizofrenia si cela un omicidio in famiglia, spesso un omicidio nascosto. Chi sviluppa una psicosi è confuso, perché deve accogliere nell'anima sia la vittima sia il carnefice. La soluzione è che vittima e carnefice riac-

quistino un posto, un ordine all'interno della famiglia. Ciò può avvenire quando vittima e carnefice, posti uno di fronte all'altro, si accettano e si accolgono nell'anima. Si tratta di un movimento in cui l'accoglienza può consentire di occupare un luogo in cui entrambi sono importanti. Un sistema semplice consiste nel scegliere un rappresentante per il padre e uno per la madre e osservare cosa accade; i movimenti dei rappresentanti mostreranno dove si trova l'essenziale. Attraverso la rappresentazione è possibile portare alla luce. Bisogna tenere presente che i movimenti dei rappresentati e del terapeuta sono all'interno di un campo in cui tutto è in risonanza; il terapeuta che tratta un paziente o una famiglia accede a tale campo e agisce in tale campo. Chi, come il terapeuta accede a tale campo, deve considerare la presenza di un campo personale di antenati, genitori e irretimenti propri che risuonano con il campo cui accede. Il terapeuta è dunque parte attiva e responsabile delle danze interattive, momento per momento: danze che, come suggerisce Bateson (1984), sono al contempo connesse nei livelli interpersonale, sociale e naturale: «Quale struttura connette il granchio con l'aragosta, l'orchidea con la primula e tutti e quattro con me? E me con voi? E tutti e sei noi con l'ameba da una parte e con lo schizofrenico dall'altra?»<sup>9</sup>. Il sistema e il campo sono quindi un tutto integrato, le cui proprietà non possono essere definite da nessuna delle singole parti, ma soltanto dalla loro configurazione e dalla loro relazione. Nel campo fenomenico, esiste una rappresentazione della struttura e di ciò che connette la struttura: l'assenza di un membro

---

<sup>9</sup>Gregory Bateson. *Mente e Natura* (1984, p.21)

squilibra sia la struttura sia la rappresentazione fenomenica di essa. Come sostiene Kurt Lewin, il campo (dinamiche sociali e caratteristiche personali), risulta dalla totalità dei rapporti sociali dei soggetti coinvolti, evidenziando con ciò l'interdipendenza tra individuo e ambiente. Non c'è solo corpo, emozione, pensiero e anima, ma c'è anche contesto: è possibile comprendere molto meglio l'individuo se lo si vede all'interno del suo mondo vitale, del suo ambiente. In altri termini, i fenomeni si definiscono in base all'equilibrio creato dalle forze chesono presenti nel campo: nel campo terapeutico, dunque, anche il terapeuta stesso ne fa parte e risuona con esso contribuendo all'equilibrio delle forze in essere. Rispetto alla gestione della psicosi, secondo Hellinger (2005), è dunque primariamente importante non guardare esclusivamente il cliente, ma il suo sistema, il campo da cui proviene. Bisogna osservare ciò che nel sistema non si è ancora riconciliato: ciò può non essere presente nei ricordi se si tratta di avvenimenti riguardanti antiche generazioni precedenti, e pertanto resta inconsapevole per gli attuali membri della famiglia. In ogni caso, se presente o non al ricordo, la rappresentazione del sistema evidenzia l'energia che continua ad agire. Nel caso della schizofrenia, questa energia proviene da un assassinio e da una vittima che non si sono ancora riconciliati: liberarsi dagli irretimenti e riconciliarsi, conduce a trovare pace nel sistema. Non appena si giudica, non è più possibile aiutare; non appena si prescrivono farmaci con l'idea che la situazione non possa cambiare, senza guardare l'intero sistema con amore, è difficile aiutare.

## CONNESSIONI

Gregory Bateson e Bert Hellinger, teoria si-

stemica e teoria delle costellazioni familiari. Sono molteplici le possibili connessioni fra le teorie nell'ambito della psicosi.

Se Bateson (1956) riconduce la psicosi ad una patologia relazionale e comunicativa, in cui assumono rilevanza le dinamiche double bind, la loro funzione omeostatica nel sistema famiglia e il mantenimento dell'equilibrio schizofrenico attraverso il "sacrificio" del paziente designato, Hellinger (2005) sottolinea come la psicosi esprima la sofferenza di un sistema in cui il paziente si trova irretito e confuso nel duplice ruolo di vittima e carnefice e come attraverso la rappresentazione sia possibile generare un momento di incontro in famiglia tra vittima e carnefice, per poter contribuire ad una soluzione generata dalle risorse provenienti dal sistema stesso. L'atteggiamento terapeutico necessario per contribuire a pervenire ad una risoluzione delle dinamiche psicotiche, assume particolare rilevanza. Hellinger (2005) sottolinea la necessità di osservare le persone con lenti "al di là del bene e del male", ossia comprendendo come i grovigli sistemici generino la sofferenza del singolo e come la ricerca terapeutica di una soluzione non sia orientata alla ricerca di una verità assoluta. È quindi necessario riconoscere che il campo di coscienza del terapeuta risuona con il campo di coscienza del paziente e della famiglia che si incontra: ciò potrebbe generare importanti connessioni con l'epistemologia della II Cibernetica. Una terapia sistemica integrata per la psicosi, prevede la necessità di connettersi con un atteggiamento di presenza mentale che sia estetico e sacro. Il sacro, per primo, è ecologico e con ciò non si cerca di dare una verità, ma di ampliare la domanda fornendo uno scheletro, un metodo, una struttura. Quando giungiamo al sacro e all'estetica, siamo nella

ricerca dell'ampiezza e del tutto. L'estetica può definirsi come uno sguardo unificante che ci rende consapevoli di quell'unità delle cose. La coscienza è molto importante ma al tempo stesso infida, poiché compromette i nostri tentativi di giungere al sacro e all'estetica. La finalità di coscienza può diventare rapidamente distruttiva. Riceviamo i prodotti delle nostre attività mentali, le immagini, ma la creazione di queste immagini sta al di là di noi; è un procedimento miracoloso e straordinario. Ciò di cui alla fine siamo coscienti è una sottrazione della totalità e la totalità non può essere riferita alla coscienza. La coscienza sarà sempre selettiva. Quando giungiamo al sacro e all'estetica, siamo nella ricerca dell'ampiezza e del tutto, mentre la coscienza tende a concentrarsi, per questo la coscienza non può essere la guida principale. Il danno è la separazione, la sacralità è l'unione. Il sacro è la connessione e non il prodotto della spaccatura. Quando la relazione viene danneggiata e si giunge ad un sintomo psicotico, dal terapeuta si esige che comprenda la natura di tale danno: se il terapeuta cerca con il paziente di riportarlo nel nostro mondo, si direzione verso l'idea di manipolazione orientata alla cura. Lo schizofrenico prende il metaforico per l'assoluto e se i terapeuti agiscono le stesse dinamiche in merito alla cura, agiscono con la stessa confusione schizofrenica. Il paradigma è questo: curare il sintomo per rendere il mondo confortevole per la patologia, o scrutare nel futuro cercando di scorgere sintomi e disagi che verranno. Il medico che si concentra sui sintomi rischia di proteggere o di incoraggiare la patologia di cui i sintomi fanno parte. A causa di un forte dolore fisico, si può prendere un analgesico, oppure si può gemere e sopportare, o ancora si può considerare

il contesto sistemico in cui il dolore è nato, agendo così sul messaggio del dolore. Il dolore, però, potrà continuare a persistere anche quando se ne sarà notata l'esistenza e questo accadrà forse perché il messaggio del dolore cambierà nel tempo al persistere del dolore. Un dolore nuovo attira l'attenzione sulla parte che duole e se questo fosse l'unico messaggio del dolore, chi soffre sarebbe spinto a curare solo il sintomo; ma il dolore può continuare e continuare e allora il messaggio cambia: chi soffre è costretto ad esaminare e magari curare zone di pertinenza più vaste, e dovrebbe essere spinto a passare dalla coscienza del sintomo alla cura del sistema più vasto. Il problema è passare dalla considerazione della parte alla considerazione del tutto.

Date queste premesse, risulterebbe comprensibile una terapia che non si direziona verso l'idea di una manipolazione orientata alla cura né verso un focus terapeutico che curi esclusivamente il sintomo senza connetterlo al sistema più vasto in cui esso si costruisce. Esitare come gli angeli in una relazione sacra, ponendosi con umiltà e consapevolezza paziente, potrebbe essere una possibile lente integrata per costruire una relazione terapeutica che sia qualitativamente migliore e che conduca a generare circoli virtuosi di consapevolezza reciproca.

### Bibliografia

- Bateson, G. (1956). Verso una teoria della schizofrenia. In G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni.
- Bateson, G. (1961). *Perceval's narrative, a patient's account of his psychosis*. Stanford: University Press. [Trad. It.: (a cura di) Bertrando P. (2005) *Perceval: un paziente narra la propria psicosi*. Torino: Bollati Boringhieri Editore].
- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.

- Bateson, G. (1991). *A sacred unity: further step to an ecology of mind*. NY: Harper Collins Publishers [Trad. It.: G. Longo (1997). Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi Edizioni S.P.A].
- Bateson, G., Bateson M.C. (1988). *Angels fear: towards an epistemology of sacred*. NY: Hampton Press. [Trad. It.: G. Longo (1989). Dove gli angeli esitano. Milano: Adelphi Edizioni].
- Bateson, G., Jackson D.D., Haley J., Wackland J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Camillocci Solfaroli D., Vella G. (2006). *La triade schizofrenica*. Milano: Franco Angeli.
- Cirillo S., Selvini M., Selvini Palazzoli M. (1988). *I Giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gurman S. A., Kniskern P.D. (1991). *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel. [Trad. It.: P. Bertrando, M.P. Laricchia, G. Stella, S. Rivolta. Ed. It. a cura di P. Bertrando (1995). Manuale di Terapia della Famiglia. Torino: Bollati Boringhieri].
- Haley, J. (1967). Verso una teoria dei sistemi patologici. In G.B. Zuk e I. Boszormenyi Nagy (1970). *La famiglia: patologia e terapia*. Roma: Armando.
- Hellinger, B. (1998). *Love's Hidden Symmetry. What makes love work in relationships*. Zeig Tucker & Co. [Trad. It.: E. Ganelli (2002). I due volti dell'amore. Come far funzionare l'amore nei rapporti affettivi. Spigno Saturnia (LT): Ed. Crisalide].
- Hellinger, B. (2005). *Der große Konflikt*. München: Verlagsgruppe Random House GmbH. [Trad. It.: M.T. Pozzi. Revisione scientifica: A. Piazza, Zanardi A. (2006). Il grande conflitto. La psicologia della distruttività e le strade per la riconciliazione. Milano: Urra-Apogeo s.r.l.].
- Hellinger, B. (2005). *Ein Langger Weg*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co. [Trad. It.: M.T. Pozzi. Revisione: A. Piazza (2006). Il lungo cammino. Intervista con il padre delle costellazioni familiari. Milano: Tecniche Nuove].
- Hellinger, B. (2006). *Liebes-Geschichten*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co. [Trad. It.: M.T. Pozzi. Revisione: A. Piazza (2007). Storie d'amore tra uomo e donna, genitori e figli, noi e il mondo. Milano: Tecniche Nuove].
- Hellinger, B. (2006). *Ordnungen des Helfens*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. [Trad. It.: M.T. Pozzi. Revisione: A. Piazza (2007). Gli ordini dell'aiuto. Aiutare gli altri e migliorare se stessi. Milano: Tecniche Nuove].
- Linehan, M.M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Cortina.
- **Schützenberger, A. A.** (2011). *La sindrome degli antenati. Psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*. Roma: Di Renzo Editore (collana Psiche).

# **Lutti, depressione, dipendenze, dall'amore che fa ammalare all'amore che guarisce attraverso le Costellazioni di Bert Hellinger**

Elisabetta Carlotti <sup>10</sup>

## **Sommario**

Attraverso una breve biografia della vita di Bert Hellinger si vuole sottolineare l'abilità dell'autore nell'aver integrato in modo magistrale contributi provenienti da diverse premesse epistemologiche e da diversi orientamenti terapeutici. Dalla fusione di questi contributi è emerso un metodo originale che si distingue per essere al contempo "diagnostico" e "terapeutico", un trattamento che necessita di poche, spesso una sola seduta e che ha effetti molto perturbanti per il sistema persona-famiglia.

Le costellazioni familiari hanno infatti la particolarità di fare emergere attraverso una rappresentazione corale le dinamiche sistemiche più profonde che legano i membri di una famiglia e ne accomunano i destini rispondendo a leggi che seguono un ordine trans personale e trans generazionale, fatto di amore, alleanze, meccanismi di compensazione, lealtà e mutui sacrifici. In questo elaborato si approfondiscono i meccanismi specifici alla base dei grovigli sistemici, e alcune possibili soluzioni per ripristinare l'equilibrio nel sistema anche attraverso la discussione di alcuni casi che si è provato a leggere partendo dalle premesse di questo interessante approccio.

## **Parole chiave:**

Bert Hellinger, Costellazioni familiari, psicopatologia, dipendenze, depressione, disturbi alimentari.

## **Abstract**

*Through a Bert Hellinger's biography the author want to underline his ability to integrate different kind of theoretical and clinical approach. Hellinger has create an original method both diagnostic and therapeutic: the family constellations. Thanks to this treatment is possible with one or few sessions to obtain great changes in people and families. Hellinger observed that certain governing principles must be respected for the love in the family to flow in a healthy way. And that when these orders are disturbed, suffering and unhappiness ensue. The author purpose is to explain Hellinger method also through some cases.*

## **Key words:**

*Bert Hellinger, Family constellation, Psychopathology, addictions, depression, eating disorders.*

---

<sup>10</sup> III anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: [elisabetta.carlotti@gmail.com](mailto:elisabetta.carlotti@gmail.com)

Ricostruire il pensiero di Bert Hellinger ed il suo metodo risulta complicato, Hellinger, infatti, non dà una definizione formale di cosa intende per sistema familiare, dai suoi scritti non emerge una descrizione coerente e completa del suo modello teorico e i concetti cui si riferisce vengono illustrati prevalentemente nel corso dei suoi seminari. E' evidente però che le sue scelte operative sono orientate non solo da una teoria sulla famiglia e sulla relazione tra il singolo e la sua famiglia, ma anche da una teoria della terapia e una teoria della conoscenza (Simon, Retzer, 1985). A tal proposito affermano Arcelloni e Gaspari (2010):

*“Come nella ricostruzione di un puzzle bisogna avere la pazienza di ricomporre i frammenti delle sue affermazioni per ricostruire il modello teorico che utilizza e che rende ragione delle sue scelte”.*

Questo elaborato si prefigge, con tutti i limiti che tale lavoro comporta, lo scopo di “tentare la ricostruzione del puzzle”, attraverso una rielaborazione personale della lettura dei testi di Hellinger (Hellinger 2001, 2002, 2004) e di autori che si rifanno al suo metodo ( Ulsamer, 2000; Schneider e Gross, 2006; Schutzenberger e Devroede 2009; Svagito 2010) e attraverso riflessioni personali derivate dall'aver osservato alcuni casi clinici partendo dalle premesse dell'autore, nonché attraverso la partecipazione attiva ad un seminario esperienziale di Costellazioni. Per comprendere l'approccio ed il metodo di Bert Hellinger si ritiene utile, innanzitutto, una conoscenza dello straordinario percorso di vita e formativo, grazie al quale l'autore è approdato alla teoria che l'ha reso famoso.

Nato in Germania nel 1925, considera i suoi genitori e la casa in cui è cresciuto tra i fattori che hanno maggiormente influenzato gli

sviluppi ultimi del suo lavoro. Grazie alla loro forma di fede riuscì a non credere alle teorie del nazionalsocialismo imperanti all'epoca, venendo schedato come “nemico del popolo” dalla gestapo, paradossalmente riuscì a sfuggire alla gioventù nazista quando fu arruolato nell'esercito all'età di 17 anni. Fu catturato in battaglia e finì in un campo di guerra degli alleati in Belgio. Al termine di questa esperienza di prigionia, all'età di 20 anni realizzò un desiderio che risaliva alla sua infanzia ed entrò in un ordine religioso a cui si consacrò. Trascorse 16 anni in Africa, come missionario, occupandosi di dirigere la sua parrocchia e di insegnare in una grande scuola di cui divenne poi direttore. Questa esperienza a contatto con la cultura Zulù gli permise di approfondire la relatività di molti sistemi culturali da un lato e dall'altro di notare come alcuni elementi siano trasversali alle diverse culture e universali. Dopo 25 anni decise con serenità di abbandonare l'ordine religioso e cercare altre strade per la sua crescita interiore. Tornato in Germania iniziò un tirocinio in psicoterapia e incontrò la sua futura moglie con cui si unì in matrimonio dopo poco tempo. Come psicoterapeuta abbracciò e approfondì diversi approcci, dall'iniziale innamoramento per la psicoanalisi Freudiana passò a frequentare un corso con Janov (autore di Primal Scream) negli Stati Uniti da cui apprese l'importanza di introdurre esperienze vissute a livello corporeo nel processo terapeutico. L'importanza che attribuiva a tali esperienze lo portarono presto ad una rottura con la psicoanalisi e a continuare la sua ricerca. Si avvicinò alla terapia Gestalt studiando con Ruth Cohen e Hilarion Petzold, venne introdotto da Fanita English all'Analisi Transazionale e al lavoro di Erich Bern. Insieme alla moglie elaborò quindi un primo approccio

che integrava la terapia della Gestalt, la *Primal Therapy* di Janov e l'Analisi Transazionale con ciò che aveva imparato della psicanalisi e delle dinamiche di gruppo. Ebbe modo così di rilevare come alcuni copioni passino da una generazione all'altra interessando interi sistemi famigliari. Mise alla luce in questo periodo i meccanismi di identificazione famigliare grazie anche al libro di Boszormenyi-Nagy, *Invisible Blinds* (legami invisibili) e la scoperta dell'esistenza di alleanze nascoste e del bisogno di equilibrio, nelle famiglie, tra il dare e il ricevere. Entrò in contatto con la Terapia della famiglia facendo un tirocinio con Ruth McClendon e Leslie Kadis, con loro incontrò per la prima volta le costellazioni famigliari. Attraverso poi un articolo di Jay Haley sul "triangolo perverso" apprese l'importanza delle gerarchie all'interno della famiglia. Grazie ad un tirocinio con Milton Erickson e la Terapia ipnotica e successivamente un altro di Programmazione neurolinguistica poté ulteriormente arricchire il suo bagaglio di esperienza, a questo si aggiunse la conoscenza della terapia della provocazione di Frank Farelly e la terapia dell'abbraccio di Irena Precop. Coloro che abbiano una certa famigliarità con il panorama della psicoterapia potranno capire che il contributo maggiore di Bert Hellinger non sta tanto nell'aver "inventato" qualcosa di nuovo ma nell'aver saputo integrare elementi diversi come pochi prima di lui avevano saputo fare. Ad essi ha aggiunto alcuni elementi tratti dalla spiritualità cattolica e dalle tradizioni Zulù, (il culto degli antenati, il bisogno di connettersi con le forze della natura). Gli elementi propri del cattolicesimo non vengono citati direttamente nei suoi scritti ma la visione della famiglia che Hellinger propone come "ideale" in base agli ordini dell'amore, il concetto di onorare

il padre e la madre, i riferimenti all'anima, la concezione della sessualità, la presa di posizione in merito all'aborto ed altri elementi presenti nel suo lavoro sembrerebbero richiamare i principi della fede cattolica e gli hanno valso alcune critiche di bigottismo. Ad una più attenta analisi delle sue opere si può notare però come egli in più occasioni affermi che non è suo obiettivo entrare in merito ad alte questioni che devono necessariamente rimanere un mistero, si limita ad osservare ciò che è "sulla terra" e a notare di volta in volta alcune regolarità all'interno delle relazioni, con un approccio "empirico" vede i risultati di alcune esperienze umane all'interno del singolo e della sua famiglia e da questi deduce cosa sarebbe stato meglio, cosa può avere prodotto sofferenza e soprattutto quale possibile soluzione potrebbe apportare benessere, senza la presunzione di potersi addentrare in questioni più profonde.

## **SENSI DI COLPA E INNOCENZA, LA COSCIENZA SECONDO HELLINGER**

Un primo tema che esemplifica bene questo approccio empirico a questioni filosofico-metafisiche è quello della coscienza: secondo Hellinger la coscienza non sarebbe una sorta di voce interiore al servizio di un bene assoluto ma un "fenomeno" che non avrebbe a che fare con il "bene" e il "male", in quanto questi sono concetti relativi e dipendenti dal particolare contesto in cui una persona si forma e vive. Sarebbero il contesto e le regole che lo costituiscono a determinare il senso di colpa o di innocenza che una persona sperimenta in ogni momento della sua vita e che si è soliti chiamare coscienza. La coscienza sarebbe indispensabile per soddisfare bisogni fondamentali quali quello di appartenenza, di mantenere un equilibrio

tra il dare ed il ricevere, di salvaguardare le abitudini e convenzioni sociali, ci sarebbero quindi una coscienza individuale, una sistemica ed una sociale, a volte in conflitto tra di loro. Si manifesterebbe, inoltre, in base a tanti criteri quanti sono i diversi legami che una persona considera importanti, ci sarebbero quindi criteri validi per il rapporto con il padre, altri per quello con la madre, altri per quello con la Chiesa, con i colleghi, con lo stato ecc..

### **GLI ORDINI SISTEMICI DELL'AMORE**

La visione di Bert Hellinger dei sistemi familiari postula l'esistenza di alcuni ordini che sono difficilmente definibili in base alle categorie di conoscenza comune ma che è possibile ravvisare con l'aiuto delle costellazioni familiari, il metodo utilizzato principalmente dall'autore sia a scopo "diagnostico" che "terapeutico". Il concetto di ordini dell'amore parte dalla premessa che le persone che sono legate da vincoli di sangue, indipendentemente dal fatto che abbiano la possibilità di frequentarsi o meno e dalla qualità della loro relazione, siano e rimangono per tutta la vita ed anche oltre, profondamente legate. La natura di questo legame invisibile sarebbe talmente profonda da influenzare in modo anche radicale il destino di ogni singolo membro che potrebbe trovarsi così in balia di forze che non conosce e che finché non conosce può solamente "subire". All'interno del "sistema famiglia" che risponde alle leggi degli ordini l'autore fa rientrare: i figli, i genitori ed i loro fratelli, i nonni e qualche volta i loro fratelli ed i bisnonni, qualunque altra persona che sia "uscita dalla scena" per lasciare il posto ad altri membri del sistema, ad esempio un precedente partner di uno dei genitori o dei nonni, oppure qualcuno da cui un membro

della famiglia abbia ottenuto un vantaggio in seguito ad una perdita, una partenza, una disgrazia o la morte. All'interno di queste relazioni il legame più forte di tutti, secondo Hellinger, è quello dei figli nei confronti dei genitori, quello tra fratelli e quello tra marito e moglie. Come è stato citato, la coscienza è al servizio dei legami e agisce in modo tale che questi vengano preservati ad ogni costo. Un'altra forza molto potente, l'amore, regola i rapporti tra i membri di uno stesso sistema, che questi ne siano consapevoli o meno. I figli sarebbero quindi portati nel profondo della loro anima ad amare i genitori fino a dare la vita per loro, così come i fratelli fra di loro, ed i coniugi l'uno per l'altro, indipendentemente dalla natura delle emozioni che sperimentano. Quando per i motivi più diversi questi ordini dell'amore non vengono rispettati si scatenano delle forze all'interno del sistema per cui, nel tentativo di ristabilire gli ordini e le appartenenze uno o più membri, di solito i più deboli, possono andare incontro a diverse forme di sofferenza. Alcuni esempi di dinamiche che l'autore ha visto ricorrere nei casi da lui seguiti potranno forse meglio chiarire il concetto di ordini.

### **I MOVIMENTI DELL'ANIMA**

#### *"Lo faccio per te"*

L'esempio più comune riguarda i ruoli che ogni persona dovrebbe ricoprire all'interno della famiglia, se questi non vengono, per i motivi più diversi, ricoperti da chi dovrebbe, un altro membro del sistema se ne assumerà il carico. Il fenomeno dei figli "adulterizzati", "genitorializzati" non è certo nuovo per l'approccio sistemico, una delle declinazioni di tale fenomeno che ha comportato non poche critiche a Hellinger riguarda la sua visione dell'incesto in famiglia. L'autore ha interpretato in più occasioni all'interno del-

le sedute di costellazioni questo fenomeno vedendolo come la possibile conseguenza di un sistema in cui una madre non riuscendo ad amare il proprio uomo come una compagna “dovrebbe fare”, per una serie di motivi anche indipendenti dalla sua volontà, a livello inconscio offrirebbe a lui la figlia la quale, per amore della madre accetterebbe questo mandato. Non poche critiche, anche feroci, sono state poste ad Hellinger durante le sedute di costellazioni in cui emergeva questo tema. Il più delle volte i fautori di queste critiche erano psicologi, psicoterapeuti, o comunque professionisti delle relazioni d’aiuto. A questi professionisti Hellinger rispondeva mettendo in evidenza il loro coinvolgimento emotivo che rendeva loro difficile il “restare” in una situazione del genere senza rispondere al bisogno impellente di punire “il carnefice” e difendere “la vittima” rinforzando o creando in questa la “legittima rabbia” nei confronti del “carnefice”, rabbia che, dal loro punto di vista avrebbe permesso alla vittima di distanziarsi da ciò che era avvenuto. Questo coinvolgimento porterebbe, secondo Hellinger, a perdere di vista due questioni fondamentali: che l’abuso, così come ogni altro fenomeno avvenuto in una famiglia andrebbe letto in ottica sistemica, un’ottica in base alla quale è necessario uscire da una lettura lineare e considerare tutti i membri del sistema e le complesse dinamiche che li legano. “La vittima” potrebbe infatti, alla luce di tale apertura vedere legittimata ed accolta una sua parte, che comunque c’è, l’amore per i genitori ed anche per il proprio “carnefice”, quell’amore incondizionato che ogni figlio, anche di fronte a soprusi e trascuratezze, prova. E’ un terreno molto delicato quello dell’abuso, uno dei dilemmi che i terapeuti si trovano ad affrontare è ben descritto da

Levi e Mazzoncini:

*“Come riuscire ad emergere dalla mistificazione degli affetti, senza favorire né la collusione, né la negazione dei sentimenti” (La violenza negata, 1992, a cura di Bertolini M., Caffo E., pag.148)*

La modalità proposta da Hellinger potrebbe essere uno spunto interessante per uscire da questo circuito: accompagnare il figlio ad un atteggiamento che prevede il riconoscimento della sua “bontà”, del sacrificio che avrebbe accettato in nome dell’amore per entrambi i genitori lo porterebbe ad uscire da una percezione totalizzante di sé come “vittima passiva”, nel contempo un figlio dovrebbe lasciare ai genitori le conseguenze (legali, morali ecc..) delle loro azioni, perché solo loro, in quanto adulti, possono e devono portare il peso di tali conseguenze.

#### *“Ti seguo”*

Questo fenomeno avverrebbe a livello inconsapevole quando un membro della famiglia, di fronte alla morte di un altro a cui era legato “decide” dentro di sé di seguirlo nella morte. Non ci si riferisce solo all’atto del suicidio ma ad una serie di altre azioni e stili di vita che nonostante la persona non commetta con il deliberato intento di morire ne potrebbero causare il decesso (es. tossicodipendenza, depressione grave, anoressia, malattie, incidenti).

Un drammatico esempio di questo movimento lo troviamo in un brano tratto dal libro di S.Krull, (2008) *“Come affrontare la perdita di una persona cara”*.

Racconta di Henrik, un bambino che ha perso la sua famiglia in un incidente stradale. Arrivato in ospedale sente le voci dei medici e degli operatori che lo invitano ad interagire con loro.

*“Dai, piccolo Hendrik, di qualcosa! Hai*

sete?” E il giovane ragazzo di 7 anni pensa solo ai rumori dei macchinari ospedalieri, chiedendosi dove si trova. “Ero in un ospedale sconosciuto, c’erano persone sconosciute. A quel punto decisi di spegnermi. Se non ci fossi più stato allora nessuno avrebbe potuto conoscermi. E se nessuno mi avesse conosciuto, allora sarei stato morto. E se fossi stato morto, allora sarei stato di nuovo con mamma, papà e Toby. E quindi mi spensi, clic! Spento, non sentire, non parlare, non vedere”.

Nel libro si narra poi che uscito dall’ospedale Hendrik venne affidato ad un amico di famiglia ed in seguito ad una struttura residenziale, qui tenterà più volte il suicidio fino a quando, grazie all’aiuto di professionisti ed amici riuscirà a “decidere per la vita e per un suo progetto di vita”.

### **“Vado io al posto tuo”**

Movimento per cui un membro della famiglia avendo avvertito “nell’anima” che un altro vuole morire si offre, sempre in modo non consapevole di farlo al posto suo, nell’illusione che con il proprio sacrificio possa salvare il primo. Spesso dall’esperienza di Hellinger sono i figli a compiere questo movimento nel tentativo di salvare uno dei due genitori. Come sottolinea infatti la Shutzenberger: “Tutti i bambini vogliono guarire i loro genitori”. (Shutzenberger, A.A., Devroede, G., 2009. Una malattia chiamata genitori)

Una delle possibili storie che potrebbe esemplificare questo movimento è quella di un uomo che l’autore ha avuto modo di seguire nel lavoro in una comunità terapeutica, il signor N.

N. ha bei ricordi della sua infanzia, una madre che lo amava ed era orgogliosa di lui, un padre presente che gli ha insegnato a dare valore alla vita e a con-

quistarsi le cose con l’impegno. Una sorella con cui condivideva momenti felici. N. ha molti amici, da adolescente qualche ragazzina ed un lavoro che gli piace. Frequenta la parrocchia e suona la chitarra in chiesa, così come nei locali con alcuni amici con cui ha costituito un gruppo Rock. Ha 17 anni quando suo padre si ammala ed in pochissimo tempo muore. Sua madre si spegne, la ricorda taciturna, ostile, vorrebbe gridarle che soffre anche lui, che vuole consolarla ed essere da lei consolato ma sua madre è lontana. Dopo un anno si ammala anche lei di cancro. N. nel frattempo ha un incidente sul lavoro e perde un pezzo di un dito, non può più suonare e si vergogna a farsi vedere dalle persone, perde tutte le sicurezze in se stesso, è a questo disagio che collega la decisione che di lì a poco avrebbe preso, andare in una piazza malfamata e chiedere ad un tossico di fargli la prima dose di eroina. Inizia così una vita che lo porterà allo sbando più totale, a commettere ogni tipo di azione legato alla vita da strada, azioni che tutt’ora preferisce non raccontare. Sua mamma lo seguirà in ogni momento cercando più volte aiuto dai servizi e andandolo a trovare spessissimo quando entrerà in comunità. Sua mamma vive altri 10 anni nonostante il tumore e durante il funerale la sorella di N. lo accuserà di averla uccisa lui, con la sua condotta degenerata.

Volendo avanzare ipotesi basate sugli ordini dell’amore potrebbe essere invece proprio il contrario, N. avrebbe sacrificato la sua vita nell’illusione di salvare quella della madre la quale alla morte del coniuge avrebbe deciso di seguirlo. Questo potrebbe esse-

re uno dei rari casi in cui, forse, un sacrificio di solito inutile potrebbe avere invece sortito l'effetto sperato. Dai racconti di N. sembrerebbe infatti plausibile che proprio la preoccupazione per il figlio potrebbe avere aiutato la signora a non lasciarsi morire prima del tempo e a combattere una malattia dalla prognosi infausta.

### ***Irretimento***

Un membro della famiglia o del sistema familiare allargato, spesso appartenente a generazioni precedenti quella dei genitori è stato per vari motivi escluso dalla famiglia, (perché ha deviato dalle norme familiari, creato con la sua condotta un qualche tipo di scandalo, perché tossicodipendente, malato psichiatrico, o per altri motivi). Questa persona può essere stata esclusa "fisicamente" a suo tempo e spesso anche nella memoria condivisa. L'esclusione dalla memoria può essere avvenuta anche, in altri casi, come forma di difesa dal dolore del ricordo, per esempio nel caso della morte di un bambino o di morti particolarmente traumatiche. In questi casi il destino della persona non accettata o la cui memoria non è stata onorata si ripercuoterebbe su un altro membro della famiglia che sarà destinato a riviverlo o a portarne il peso incorrendo in altre forme di sofferenza.

### ***Malattia come espiazione***

Una ulteriore dinamica che potrebbe portare alla malattia e al suicidio, ad incidenti ed alla morte, è il desiderio inconsapevole di espiare una colpa. Può venire vissuta come una colpa un avvenimento che è stato provocato dal destino, come un aborto spontaneo, la malattia, l'handicap o la morte di un bambino piccolo. Altre volte la colpa può essere vissuta a causa di un

evento che ha portato vantaggio e salvezza ad una persona a discapito di un'altra, nonostante la prima non l'avesse provocato deliberatamente, per esempio un bambino la cui madre è morta nel darlo alla luce. Altre volte ancora la colpa potrebbe essere semplicemente quella di avere avuto un destino più favorevole rispetto ad altri nella medesima o simile situazione, è il caso di persone sopravvissute ad un incidente che ha visto la morte di altri o ad una calamità o ad un campo di prigionia. C'è anche il caso in cui la colpa corrisponde ad un'azione compiuta deliberatamente, come avere abortito o abbandonato un figlio senza che ve ne fosse necessità, preteso che un altro facesse del male o deciso di fare del male a qualcuno. Spesso, in tutti questi casi, ci si sente in dovere di estinguere la colpa personale e quella determinata dal destino pagando il danno inferto con una propria sofferenza, nell'illusione che così la colpa venga compensata. Questi atti possono, secondo Hellinger, essere favoriti o sostenuti da una credenza religiosa per cui dal peccato ci si possa ripulire tramite l'autopunizione e la sofferenza. Rispetto a quest'ultima dinamica Hellinger riflette su quanto, in realtà, non solo non serva ad ottenere di poter riparare la presunta colpa ma possa causare ulteriore dolore e morte andando ad incentivare meccanismi del tipo "ti seguo" o "vado io al posto tuo" in altri membri della famiglia e perpetuando così un ciclo di morti e sofferenze inutili.

## **PSICOPATOLOGIA**

Non è possibile identificare nell'approccio di Hellinger dei criteri univoci alla base delle diverse forme di disagio psichico, da quanto accennato fino ad ora è facile ravvisare come ad uno stesso destino si possa giun-

gere in risposta a diversi movimenti dell'anima (la malattia o la morte può essere "scelta" per rispondere al "ti seguio", a "lo faccio al posto tuo", ad un irretimento ecc.). Per Hellinger non c'è un sistema uguale ad un altro e non è possibile prevedere quali movimenti nasceranno a partire da una comune condizione di partenza, ciò nonostante ha riscontrato alcuni fenomeni che si presentano più spesso di altri nel caso di specifiche forme di disagio psichico.

### ***Depressione***

Per quanto riguarda la depressione, per esempio, ha riscontrato come spesso possa essere la risposta dell'anima di un figlio che si rifiuta di onorare un genitore, di accettarne il destino, ponendosi invece in una posizione di giudizio e di arroganti recriminazioni perché il genitore non è come lui avrebbe voluto o non ha dato ciò che secondo lui avrebbe dovuto. Questo può avvenire anche quando il genitore ha agito comportamenti effettivamente non in linea con ciò che un genitore dovrebbe agire, per esempio essendo stato trascurante, maltrattante, avendo avuto abitudini che lo hanno portato a non curarsi dei bisogni dei figli ecc.. Per "onorare un genitore" Hellinger non intende il perdono o l'assoluzione, non intende nemmeno che il figlio debba compiere azioni concrete di benevolenza nei confronti di quel genitore. Onorare, come viene inteso da Hellinger, è un movimento dell'anima, un'azione che il figlio compie dentro di sé e che può essere quindi sempre fatta indipendentemente dal fatto che il genitore sia vivo o morto, accessibile o sparito, conosciuto o mai conosciuto. Onorare un genitore è rendere onore al fatto che indipendentemente da ciò che può avere commesso, quell'uomo, quella donna, unendosi all'altro genito-

re hanno trasmesso la vita al figlio, onorare un genitore è quindi onorare la propria vita e nel contempo la fonte più alta da cui viene la vita. Il rifiuto di compiere quest'atto interiore oltre che alla depressione potrebbe portare, in base all'esperienza di Hellinger, a ripercorrere il destino di quel genitore o ad assumerne i tratti.

### ***Anoressia- bulimia***

Anche in questo caso possono svilupparsi in seguito ai movimenti già citati, soprattutto l'anoressia che tanto si avvicina come estrema conseguenza alla morte. Rispetto alla bulimia invece Hellinger ha notato come spesso possa insorgere in figlie che vivono un conflitto di lealtà nei confronti dei due genitori il cui rapporto di coppia sarebbe caratterizzato da una madre che rifiuta il padre ed un padre che vorrebbe andarsene, la figlia si abbufferebbe per trattenerne il padre e vomiterebbe poi per lealtà nei confronti della madre. Alla luce di questa dinamica si potrebbe leggere la storia di S., una donna che l'autore ha seguito durante un tirocinio.

S. ha 38 anni, giunge in terapia perché le amiche e la madre la spingono in quanto non trovano normale il suo essere "ossessionata" da un ragazzo più giovane di lei, già fidanzato e che non ha intenzione di lasciare la compagna nonostante sporadicamente abbia rapporti sessuali frettolosi e freddi con S. La donna è arrivata ad uno stato in cui non riesce a pensare ad altro che a lui, ne monitora l'abitazione e gli spostamenti, così come fa con l'abitazione della fidanzata. All'interno dei colloqui emerge come S. sia bulimica dall'età di 18 anni, con la madre dice di avere un rapporto simbiotico da sempre, si raccontano tutto, lei la aiuta ad occuparsi della casa

dedicando a questo i suoi giorni liberi dal lavoro. Sente di dovere molto a sua madre perché questa “le ha dato tutto”, per amore suo e dei suoi fratelli avrebbe infatti accettato di continuare a vivere con suo padre nonostante questi fosse un bugiardo patologico, avesse il vizio del gioco, e un'altra donna. S. fatica moltissimo a ricostruire la storia della sua infanzia ed adolescenza. Si decide di utilizzare una tecnica atta a far riemergere i ricordi: in uno stato di rilassamento si chiede ad S. di descrivere una situazione recente che l'ha turbata, la donna descrive un momento in cui ha visto il ragazzo che abbracciava la fidanzata ed ha provato una fortissima rabbia mista a dolore, le si chiede di “stare” con quelle emozioni e poi di lasciare emergere un ricordo dell'infanzia: S. ricorda di una notte, in cui la madre parlava al telefono con l'amante del padre mentre questi era intento a fare le valigie per andarsene. Lei, bambina, era entrata in camera e piangendo era riuscito a convincerlo a rimanere.

Prima della conoscenza dell'approccio di Hellinger l'autore leggeva questa situazione focalizzandosi sul bisogno di S. di essere confermata e riconosciuta all'interno delle relazioni, che la Ugazio (2012) rileva come dinamica ricorrente nelle famiglie delle pazienti con disturbi alimentari. S. lo esprimeva cercando continue rassicurazioni e conferme dalle amiche, dalla madre e dalla terapeuta, ci si domandava se fosse anche questo bisogno a spingerla a dover a tutti i costi conquistare “l'uomo di turno”. In base all'approccio di Hellinger si potrebbe ipotizzare che S. per amore di sua madre abbia “deciso” di aiutarla a tenere il marito,

questo “spiegherebbe” il suo sintomo alimentare, “spiegherebbe” perché è l'unica della famiglia che riconosca del bene in suo padre e che nonostante lo descriva come un mostro gli parli e si preoccupi per la sua salute. Potrebbe essere anche il caso di un “doppio spostamento”, S. starebbe vivendo le emozioni della madre nei confronti del padre, dirigendole verso questo ragazzo. Si potrebbe considerare anche il fatto che, secondo la visione di Hellinger un figlio non può permettersi, per fedeltà ad un genitore amato, di essere più felice di lui finché rimane imbrigliato nell'amore cieco. Molte domande restano aperte sulla storia di S.

### *Tossicodipendenza*

Rispetto alle dipendenze Hellinger ritiene che possano svilupparsi in seguito ai già citati meccanismi: ti seguo, vado io al posto tuo, irretimento, come frutto quindi dell'amore cieco di un membro della famiglia che si sacrificerebbe per un altro, oppure potrebbero sorgere in famiglie in cui la madre, attraverso le sue parole e la sua condotta, trasmetterebbe al figlio un messaggio del tipo “prendi solo da me perché da tuo padre non c'è nulla di buono”. La dipendenza sarebbe quindi una sorta di ribellione, di vendetta del figlio nei confronti di una madre da cui ha preso troppo tranne il permesso di prendere dal padre. La visione di Hellinger non si discosta molto da alcuni studi sistemici classici rispetto alla dipendenza, in base a questi studi era stata riscontrata una “sovrersione delle gerarchie tradizionali”: il padre appariva come una figura assente ed emotivamente distante dal figlio, mentre la madre si dimostrava particolarmente coinvolta, indulgente e spesso simbiotica. In molti casi l'alleanza figlio – madre – nonna ostacolerebbe la coppia genitoriale. (Can-

crini, L., 1984). Un caso conosciuto dall'autore che potrebbe essere coerente con la visione di Hellinger è il seguente:

G. una giovane di 32 anni ha avuto come genitori due tossicodipendenti, la madre quando lei è nata ha deciso di uscire dalla dipendenza affrontando vari percorsi comunitari, il padre dopo i primi mesi ha abbandonato il percorso e la famiglia. Con la madre e la sorella maggiore G. ha un rapporto molto intenso, ne cerca continuamente l'approvazione sentendosi supportata ma di rado davvero capita. Nei confronti di G. la sorella e la madre sembrano avere invertito i ruoli, entrambe sono comunque d'accordo sul fatto che il padre sia una figura deplorabile e che G. quando lui si fa sentire (all'improvviso, dopo mesi o anni di silenzio, facendo promesse e dichiarando il suo affetto per lei) dovrebbe rifiutarlo ed evitarlo. G. non può permettersi di desiderare un rapporto con suo padre, non ha mai potuto farlo o quantomeno senza sentirsi in colpa e perdere la lealtà nei confronti della madre.

In questa situazione sembrerebbe plausibile si sia verificato un movimento del tipo "Prendi solo da me, perché da tuo padre non arriva nulla di buono", descritto da Hellinger. Come "soluzione" per uscire da questo movimento l'autore in genere propone che il figlio debba poter "stare sotto l'influenza del padre", con il benessere della madre. Nel caso in cui il padre abbia condotte che agli occhi della madre sono "disdicevoli", come soluzione ulteriore Hellinger propone spesso che la madre dichiari la sua disponibilità affinché il figlio "diventi come suo padre". Dichiarando la sua disponibilità ad accettare ed amare il figlio anche qual'ora

questi seguisse le orme del padre la madre lo libererebbe dalla lotta per evitarlo e quindi dall'esito finale di questa lotta che potrebbe essere di "doverne ripercorrere il destino".

## **DALL'AMORE CIECO ALL'AMORE CONSAPEVOLE**

Per amore cieco si intende l'amore che sta alla base di tutti i movimenti fin'ora esplorati, è un sentimento di cui non si è consapevoli ma che spinge ad una compensazione, al sacrificio dei vivi per i morti, dei sani per i malati, dei felici per gli infelici e degli innocenti per i colpevoli. E' una forza molto potente difficile da abbandonare perché oltre che essere inconsapevole è alimentata da un intimo senso di bontà, di nobiltà e dall'illusione che proprio in virtù di questa lealtà e bontà non si sarà mai abbandonati. Alla luce di questo il passaggio all'amore consapevole può incontrare molte resistenze. Questo passaggio è facilitato dalla partecipazione alle costellazioni famigliari, il metodo per eccellenza di Bert Hellinger. Una seduta di costellazioni avviene solitamente in gruppo, spesso vi è un primo momento di raccoglimento in cui partecipanti con l'aiuto del conduttore si accostano ad un atteggiamento di "presenza" che può essere facilitato dall'utilizzo di tecniche meditative. Si chiede poi chi desideri portare una propria situazione, la persona che lo desidera si siede vicino al conduttore e viene da questi aiutata a formulare una richiesta. Si chiede di esporre solo i fatti in modo molto scarno, da chi è formato la famiglia ed eventualmente "il sistema famiglia". Si chiede poi a chi pone la questione di scegliere tra i membri del gruppo un "rappresentante" per ogni membro della famiglia che il conduttore ritiene utile sia "messo in scena". Scelti i rappresentanti si chiede al

cliente di posizionarli nello spazio e di metterli in connessione tra di loro lasciandosi guidare dalle sensazioni del momento. Fino a questo punto il metodo ricorda molto le sculture familiari ampiamente usate nella psicoterapia sistemica. Si ottiene attraverso questa prima fase che il cliente possa avere una “fotografia” della sua rappresentazione interiore del sistema a cui appartiene e già di per sé questa presa di visione e quindi di consapevolezza può essere molto utile. Nelle costellazioni però viene chiesto al cliente di scegliere e posizionare un rappresentante anche per sé stesso e terminato il posizionamento di sedersi ed osservare ciò che avviene. A questo punto i rappresentanti seguono l’indicazione del facilitatore ad entrare in contatto con ciò che sentono nella loro posizione e rispetto agli altri elementi del campo. Si crea così una particolare dinamica per cui i rappresentanti cominciano ad essere connessi con il “campo di coscienza” e a “sentire ed agire” ciò che appartiene alle persone di cui interpretano il ruolo pur non conoscendole e non avendo nessuna informazione in merito. Il conduttore si limita a *vedere* e facilitare le dinamiche che emergono “entrando in connessione con il sistema”. Attraverso i movimenti dei rappresentanti e le risposte che danno alle domande del conduttore si può constatare se si è in presenza di uno dei movimenti precedentemente citati: “ti seguio”, “vado al posto tuo”, irretimenti ecc.. Il conduttore chiede in più occasioni ai rappresentanti come si sentono nella determinata posizione che ricoprono e dalle emozioni e dagli eventuali sintomi somatici che i rappresentanti dichiarano di provare tra le indicazioni per effettuare degli spostamenti. Attraverso successivi spostamenti agiti o dai rappresentanti seguendo un loro “istinto” o dal

conduttore seguendo la sua esperienza è possibile arrivare ad una sistemazione finale in cui i rappresentanti dichiarano di sentirsi “al loro posto”. Al cliente viene poi, se il facilitatore lo ritiene utile, data la possibilità, trovato l’assetto finale, di mettersi al posto che gli spetta; spesso, giunti a questo punto il conduttore suggerisce al cliente di provare a dire alcune frasi ad uno dei rappresentanti o a sentirsi dire da uno di essi alcune frasi. Sono “farsi risolutrici” molto brevi che aiuterebbero l’anima dal cliente ad uscire dai blocchi sistemici portando alla luce l’amore nascosto e ripristinando l’ordine nel sistema. Spesso il conduttore suggerisce anche dei gesti, molto semplici ma dal significato profondo, ricorrente è per esempio l’inchino di fronte ad uno o più membri della famiglia che vanno onorati oppure l’abbraccio. Hellinger postula che la soluzione trovata durante la costellazione possa portare benessere non solo ai clienti, ma a tutto il loro sistema, anche alle persone con cui i clienti non sono in contatto. Questo è uno dei molti aspetti di questo metodo che suscita incredulità. L’autore ritiene sia inutile accostarsi a questo approccio ricercandone una spiegazione “razionale”, sono più le domande che restano aperte e il desiderio di approfondire che quello di “capire”, per quanto si è fino ad ora visto non si può che concludere che sicuramente è una interessante visione dei sistemi e che il metodo potrebbe essere integrato con la gestione classica del colloquio sistemico e portare alcuni vantaggi. In primis potrebbe essere utile per far emergere dinamiche interne al sistema di cui i membri non sono consapevoli e che quindi difficilmente potrebbero portare in colloquio, con questo ci si riferisce sia alle emozioni dei vari membri interni al sistema, ai loro “movimenti”, che alla

struttura del sistema stesso. Non sono rare le situazioni in cui, “mettendo in scena” un sistema il conduttore possa “vedere” dalle reazioni dei rappresentanti che mancano alcuni elementi, spesso elementi determinanti di cui chi porta la storia non è a conoscenza: (relazioni extraconiugali, aborti, lutti traumatici di cui non si parla ecc..). Potrebbe essere un valido strumento per aiutare una persona a rielaborare un lutto, la possibilità di confrontarsi con la persona deceduta viene data anche durante altre forme di intervento, attraverso la “presentificazione”, per esempio, ma durante una costellazione familiare il clima emotivo già carico viene ulteriormente intensificato dalle frasi risolutive che il conduttore fa ripetere. Queste brevi frasi, in cui si utilizza un linguaggio “arcaico” hanno la peculiarità di essere incisive e liberatorie. Volendo spostare il focus dall'efficacia o meno del metodo ci si interroga su cosa possa avere contribuito a sancirne un così grande successo. E' opinione di chi scrive che forse potrebbero essere proprio gli elementi che hanno valso tante critiche ad Hellinger. Il suo ricorso ad una teorizzazione semplice, lineare, chiara, assoluta, potrebbe essere stato percepito come rassicurante. Come sottolineano Arcelloni e Gaspari (2011), infatti: “Viviamo in un'epoca in cui i valori assoluti sembrano estranei alle teorie delle idee, è stato affermato che non possiamo non dirci postmoderni (Bertrando, 1998). Forse la sicurezza con cui Hellinger propone la sua visione delle cose riesce a colmare un vuoto: le numerosissime persone che accorrono ai suoi seminari probabilmente sono spinte dalla voglia di individuare un punto fermo nella incertezza della loro quotidianità.”

## Bibliografia

- Arcelloni, T., Gaspari, G. (2001). Lavorare con i grandi gruppi, la terapia sistemica di Bert Hellinger. *Connessioni*, 10: pp: 143-154.
- Bertolini, M., Caffo E., (1997). *La violenza negata, disagio psichico relazioni familiari abuso all'infanzia*. Milano: Guerini e Associati s.r.l..
- Bertrando, P. (1998). Testo e contesto. Narrativa, postmoderno e cibernetica. *Connessioni*, 3: pp:47-73.
- Cancrini, L. (1984). Tossicomanie, consumo e spaccio di stupefacenti: cause, interventi e cure possibili. Riuniti Editore.
- Collas, K. (1994) (ed.), *Hirtenbriefe Klaus Hemmerle, Einhart, Aachen*, 1994
- Krull, S. (2008). *Come affrontare la perdita di una persona cara*, Vicenza: Ed. Il punto d'incontro.
- Hellinger, B. (2002). *I due volti dell'amore, come far funzionare i rapporti affettivi*. Spigno Saturnia (LT): Edizioni Crisalide.
- Hellinger, B. Ten Hövel, G. (2001) *Riconoscere ciò che è, la forza rivelatrice delle costellazioni familiari*. Milano: Urra –Apogeo srl.
- Hellinger, B. (2004). *Ordini dell'amore, Un manuale per la buona riuscita delle relazioni*. Milano: Urra – Apogeo srl.
- Miller, A. (2013). *La rivolta del corpo, I danni di un'educazione violenta*. Milano Raffaello: Cortina Editore.
- Simon, F.B., Retzer, A. (1995). *Das Hellinger – Phaenomen*. Psychologie Heute, 6: 28-31
- Svagito. (2010). *Le radici dell'amore, Costellazioni familiari, i legami che vincolano e il cammino verso la libertà*. Milano: Urra –Apogeo s.r.l..
- Schneider, J.R., Gross, B. (2006). *Fia-*

be e costellazioni familiari. Brugherio (Milano): Grafiche parole nuove.

- Schützenberger, A.A., Devroede, G., (2009). *Una malattia chiamata "genitori"*. Roma: Di Renzo editore.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse sto-*

*rie proibite, Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri editore.

- Ulsamer, B. (2000). *Senza radici non si vola, La terapia sistemica di Bert Hellinger*. Spigno Saturnia (LT):Edizioni Crisalide.





# **“Le parole possibili per un sistema capacitante” Spunti di riflessione in chiave sistemico-integrata sulla demenza di Alzheimer**

Silvia Vescovi <sup>11</sup>

## **Sommario**

Il presente contributo, nato dall'esperienza di tirocinio dell'autrice svolta in una residenza sanitaria assistenziale, propone uno spunto di riflessione sull'importanza della parola quando si trattano persone con patologie come la demenza di Alzheimer. L'Approccio Capacitante qui illustrato si basa sulle teorie del Conversazionalismo. Il suo scopo è tener vivo l'uso della parola del paziente demente anche quando essa perde il suo valore comunicativo e si fonda sul riconoscimento delle *competenze elementari* del paziente, sull'ascolto e l'accoglienza di parole, azioni ed emozioni, per come vengono espresse e agite. Esempi di tecniche conversazionali condotte con la guida dei concetti chiave di tale approccio sono forniti da frammenti di conversazioni tra l'autrice e taluni ospiti della struttura. Viene inoltre introdotto il concetto di “sistema capacitante”, per richiamare l'importanza che tutti i membri del sistema di cui un malato è parte, dai famigliari ai professionisti, condividano un atteggiamento unitario verso questo tipo di patologia focalizzando l'attenzione sull'ascolto, sulle parole ancora possibili, su una relazione di cura non passiva, sulle capacità e le competenze del paziente ancora vive e da mantenere in vita. Un “sistema capacitante” rimanda altresì alla connessione e integrazione di saperi, discipline e ruoli al fine di programmare l'organizzazione delle attività, del personale e degli spazi in questo tipo di ottica.

## **Parole chiave:**

Conversazionalismo, Approccio Capacitante, demenza di Alzheimer, conversazione, parola, sistema capacitante.

## **Abstract**

*This paper presents the results of a study, carried out during an internship in a nursing home, that aims to investigate the impact of the Capability Approach when treating diseases such as Alzheimer's disease. This approach results from the Conversationalism, that can be defined as a set of techniques facilitating the emerging of the word in a demented patient. Examples of the implementation of the Capability Approach through the conversational techniques can be found in the transcripts of parts of the conversations between the internee and some elderly patients of the nursing home. The author introduces the concept of “Capability System”, in which all members, from the family to the professionals are required to share the same attitude towards the treating of a patient suffering from Alzheimer's disease. This attitude focuses on an active care based on the listening of the patients, on their abilities*

---

<sup>11</sup> Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: vescovi.silvia@libero.it

and competences, that are still alive or that have to be kept alive. An “Capability System” relates to the importance of connecting different fields of knowledge, subjects and roles, respecting, however, their differences; moreover involves the integration of multiple approaches, together with an understanding of the other, that is necessary to plan and organize accordingly the space and the activities of the personnel.

**Key words:**

*Conversationalism, Capability Approach, Alzheimer disease, Conversation, Word, Capability system.*



## PREMESSE

La mia esperienza di tirocinio svoltasi prevalentemente a contatto con anziani fragili ospiti di una RSA (residenza sanitaria assistenziale), mi ha portato a riflettere sulla complessità della demenza di Alzheimer, sui sintomi cognitivi, psichici e comportamentali di questa patologia. Proprio tale complessità rende necessario assumere un punto di vista sistemico e un approccio globale ed integrato (che rappresenta già un'istanza del Progetto Demenze della Regione Emilia Romagna del 1999) quando si ha a che fare con questa realtà, sia essa quella del malato che vive al proprio domicilio o quella dell'ospite di una struttura socio-sanitaria.

«Trattandosi poi di una malattia di cui gran parte ancora ci sfuggono le cause, malgrado la mole enorme di ricerche che le sono dedicate e per la quale, soprattutto, non esiste a tutt'oggi una terapia specifica efficace, tanto più si capisce la necessità che da ogni parte, con tenacia e umiltà, ciascuno di noi, terapeuti e operatori sociali, getti nella difficilissima battaglia tutte le competenze di cui dispone, assieme ai propri orientamenti, teoretici ed etici» (Lai, 2004, p. 15).

Dinnanzi a una patologia così invalidante le domande che affiorano potrebbero essere diverse: “come restituire dignità all'anziano?”, “come farlo sentire parte attiva del processo di cura, o meglio del sistema di cura e non ai margini, come fruitore passivo di un servizio?”; “l'ambiente fisico e relazionale in che modo e in che misura influisce sulla conservazione delle abilità comunicative e delle capacità cognitive di un anziano?”. L'entrare in relazione con anziani istituzionalizzati, con o senza diagnosi di demenza, conduce a constatare una verità semplice ma fondamentale: l'importanza della parola.

## L'APPROCCIO CAPACITANTE

L'Approccio Capacitante è stato ideato in tempi recenti da Pietro Vigorelli, medico, ricercatore e psicoterapeuta e s'interseca con altre teorie e approcci precedentemente diffusi e noti al mondo dell'anziano fragile e demente e non solo tra i quali, per citarne solo alcuni, il Conversazionalismo di Giampaolo Lai con le attività dell'Accademia delle Tecniche Conversazionali, la Validation Therapy di Naomi Feil e il metodo Gentle Care di Moyra Jones.

L'Approccio Capacitante invita, così come anche la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), a focalizzare l'attenzione sulle capacità ancora in vita dell'anziano fragile e demente. Invita a concentrarsi sulla sua capacità di parlare, seppur lentamente, sull'ascoltare senza interrompere o correggere le sue parole; sul lasciare il paziente libero di fare le cose, di agire come può senza timore di sbagliare, cercando di comunicargli il messaggio di “fare quello che può”, come può e quando può. Inizialmente tale approccio ha centrato la propria attenzione sulla cura dei pazienti con demenza di Alzheimer, ma ben presto ha ampliato lo sguardo agli anziani fragili, anche senza deficit cognitivi. Nei suoi scritti l'autore parla di “trappola” allorché si effettua la valutazione multidimensionale e la diagnosi dei sintomi, dei deficit, dei bisogni dell'anziano fragile e istituzionalizzato. La tendenza generale è, infatti, quella di focalizzarsi e mettere in risalto gli aspetti carenziali, mentre l'aspetto relativo alle risorse e alle capacità viene ignorato: un circolo vizioso in cui l'anziano fragile o demente viene identificato con la sua fragilità e la sua demenza, per cui chi lo assiste vede solo i sintomi del declino funzionale e della perdita di autonomia e l'anziano farà la stessa cosa. Si sentirà sempre

meno autonomo e adeguato dinnanzi alle aspettative dell'ambiente, parlerà il meno possibile per paura di sbagliare, di sentirsi a disagio e di non capire, con conseguente perdita della funzione comunicativa della parola e riduzione degli scambi con l'esterno.

L'atteggiamento verso la malattia che guida sia la programmazione e l'organizzazione dei servizi che la ricerca, diviene, in definitiva, anche la trama delle dinamiche relazionali tra paziente, familiari, caregiver, operatori, amministratori e gestori di servizi, con importanti ricadute pratiche.

### LE PAROLE POSSIBILI

Vigorelli (2011) propone di pensare alla malattia di Alzheimer come "malattia della parola". Sono le parole a essere malate e imparando ad ascoltarle e a scegliere quelle giuste, l'operatore o il familiare possono tenere vive le competenze dell'anziano migliorando, come naturale conseguenza, la qualità della relazione.

"La dimensione della parola nei soggetti affetti da demenza ha ricevuto uno scarso interesse nell'ambito della ricerca; questo è dovuto probabilmente all'ormai noto fondamento organico di questa patologia e all'utilizzo del paradigma di causalità lineare che dalla compromissione delle strutture cerebrali fa derivare il principio esplicativo necessario e sufficiente degli svariati sintomi clinici di deterioramento" (Bolis, 2001).

Dinnanzi ai tipici segnali della patologia che emergono nel linguaggio verbale, i familiari agiscono comportamenti naturali, ma deleteri: suggeriscono le parole, completano le frasi, fanno domande, si innervosiscono se il proprio congiunto non ricorda, non finisce di parlare, farfuglia parole senza senso. I colloqui diventano sempre più deludenti, forieri di ansia e frustrazione e il risultato è

che il paziente parla sempre meno e i familiari, i conoscenti e i professionisti con cui inevitabilmente ha a che fare, tendono a rivolgergli la parola il meno possibile, convinti che sia inutile.

"*Tanto non capisce*" diviene un pericolo "principio dormitivo", direbbe Bateson (1984), che impedisce di pensare in termini relazionali e paralizza qualsiasi mutamento di prospettiva. L'autore ci ricorda che "l'individuo deve essere inserito in un contesto più ampio della sua singolarità, secondo un criterio ecologico", poiché «solo mantenendo ben saldi il primato e la priorità della relazione si potranno evitare spiegazioni dormitive» (p. 179). Infatti, «non ha senso parlare di 'dipendenza', di 'aggressività' o di 'orgoglio' e così via. Tutte queste parole affondano le loro radici in ciò che accade tra una persona e l'altra, non in qualcosa che sta dentro una sola persona» (p. 179).

E' esemplificativo il concetto di "danno aggiuntivo" o "eccesso di disabilità" (Vigorelli, 2005) nell'ambito della demenza di Alzheimer che comprende i deficit non strettamente dipendenti dal danno cerebrale: mentre alcune abilità decadono per le cause naturali della patologia, ve ne sono altre, quali la capacità di parlare, che si spegne progressivamente in risposta all'ambiente in cui il paziente vive e alle interazioni tra individuo e le persone che fanno parte del sistema curante.

Uno degli strumenti principali di cui si avvale l'approccio capacitante è il Conversazionalismo, un dispositivo concettuale e pratico che parte dal testo, da frammenti di conversazioni registrate e fedelmente trascritte. L'ideatore è Giampaolo Lai che nel 1985 pubblica "La conversazione felice" dove ha tentato di risolvere il dilemma "come se ne esce?" in una conversazione che parrebbe

impossibile, come quella con le persone colpite da deterioramento cognitivo, se riferita ai nostri criteri e ai nostri standard di “normalità”. La risposta di Lai sta nel cosiddetto criterio della “felicità” conversazionale e l’obiettivo è il passaggio da una comunicazione inefficace ad una conversazione “felice”, volta ad infondere sicurezza di sé, senso di adeguatezza e serenità nel malato. In termini pratici si tratta di una conversazione in cui i due conversanti parlano rispettando i turni di parola, senza interrompere né sovrapporsi, in cui le parole fluiscono senza incepparsi e le frasi sono sufficientemente coese dal punto di vista grammaticale e sintattico. L’ottica conversationalista distingue, infatti, nell’attività del linguaggio, due funzioni autonome e distinte tra loro: la funzione comunicativa, in cui le parole dette hanno un senso logico e ottengono l’obiettivo di comunicare con gli altri, e la funzione conversazionale. La prima decade con relativa rapidità nella demenza fin dall’insorgere dei primi sintomi, conducendo il paziente alla penosa sensazione di non capire e di non essere capito; la seconda è invece ben conservata anche in fasi ormai avanzate, con la possibilità per il paziente di osservare le regole della cortesia conversazionale, soprattutto quella di dare e prendere i turni di parola a tempo debito; Lai parla, a tal proposito, della possibilità di una “conversazione senza comunicazione” (Lai, 2000). La conversazione del paziente Alzheimer tende a spegnersi nelle fasi più avanzate e negli stadi gravissimi fino al mutacismo, ma se si riesce a tenere viva fin dagli esordi questa competenza, utilizzando tecniche mutuata dal Conversationalismo, oltre alla volontà e all’impegno dei curanti, il paziente non si annichisce in un isolamento precoce fatto di silenzio, dove il decadimento diviene veloce ed inesorabile.

## CONCETTI CAPACITANTI

L’Approccio Capacitate non si focalizza solo sul linguaggio e sulle tecniche conversazionali. Lancia una sfida coraggiosa alle istituzioni e ai servizi che si occupano di assistenza socio sanitaria: invita a programmare di meno e ad osservare e ascoltare di più i bisogni dell’ospite o del paziente al fine di riconoscere e di tenere vive le cosiddette *competenze elementari*. Tali competenze, in particolare, sono: la *competenza a parlare*, cioè a produrre parole indipendentemente dal loro significato logico e dalla loro coerenza; la *competenza a comunicare*, mediante il linguaggio verbale, non verbale e para-verbale; la *competenza a contrattare* sulle cose della vita quotidiana (ciò è riscontrabile anche, ad esempio, nella cosiddetta contrattazione del motivo narrativo durante gli scambi conversazionali: di che cosa vogliamo o non vogliamo parlare); la *competenza emotiva*, cioè la possibilità di provare ed esprimere le proprie emozioni, positive e negative che siano; la *competenza a decidere* anche in assenza di libertà personale. L’organizzazione di una RSA comporta inevitabilmente un elevato rischio di disconoscimento di tali competenze a causa della rigidità e della talora eccessiva regolamentazione insita nella tipologia di struttura. Gli ospiti si alzano alla stessa ora, secondo i turni di lavoro degli operatori e la giornata è scandita dalle attività scelte e programmate in base ai loro presunti bisogni. Le stanze da letto sono spesso anonime e tutte uguali, arredate in base agli standard di legge. Moyra Jones nel metodo Gentle Care auspica che tutte le attività, comprese quelle del mattino, come l’alzarsi da letto, vengano effettuate nel rispetto delle scelte e delle esigenze dell’ospite, che l’operatore impara ad ascoltare e a riconoscere: in ogni mo-

mento della giornata l'espressione della competenza a decidere viene legittimata e rispettata.

Le stesse attività ludico-ricreative<sup>12</sup> dovrebbero avere almeno due caratteristiche: essere significative e utili per l'ospite ed essere il prodotto di una contrattazione.

I pazienti dementi manifestano spesso emozioni negative, sminuite dall'atteggiamento degli operatori perché troppo difficili da tollerare; il compito dell'operatore capacitante consiste nell'accogliere le emozioni dell'altro, nel dare loro un nome, nel restituirle con parole semplici e senza giudizi con l'obiettivo di legittimare i suoi sentimenti così come sono e per come li ha espressi, nel riconoscere la competenza emotiva. Un'altra caratteristica della demenza di tipo Alzheimer è la progressiva difficoltà a riconoscere persone e luoghi, il tempo e lo spazio. Chi vive con un paziente Alzheimer ha l'impressione di non riuscire più ad attribuirgli un'identità definita. Tale punto di vista è stato definito da Vigorelli come *monoidentità* ed è un ulteriore, forte motivo di disagio e di rabbia nel caregiver.

«Ciò spesso accade perché, dal momento in cui viene data a qualcuno l'etichetta di malato di Alzheimer, tutti, medici, psicologi, infermieri, famigliari vedono in lui solo la malattia e riducono una persona, che fino al momento della diagnosi è dotata di emozioni, di parole, di ricordi, di ruoli sociali, alla monoidentità di demente; lo sforzo consapevole dovrebbe invece andare nella direzione di riconoscere al paziente le sue *identità molteplici* che generalmente sono quelle

di madre, padre, moglie, marito, di persona che ama cucinare, giocare a carte, che sa svolgere numerose attività» (Vigorelli, 2011). Le lesioni cerebrali, che s'instaurano progressivamente e a seconda della fase della malattia, fanno sì che ogni paziente viva in ogni momento in un suo *mondo possibile*, imprevedibile, molto distante dal nostro nel tempo, nello spazio e nella logica. L'emergere di questi mondi possibili crea ancora una volta imbarazzo e tensione nel caregiver che cerca di riportare il malato nel suo mondo senza riuscirci; quest'ultimo d'altra parte, non sentendosi capito, si rifugia in un atteggiamento di chiusura e isolamento o dà luogo a comportamenti aggressivi e oppositivi. Occorrerebbe accogliere e accompagnare il paziente nel suo mondo, come suggerisce la Validation Therapy di Naomi Feil che mira a ridurre ansia, aggressività e sospettosità nel paziente attraverso il tentativo di entrare nella sua realtà, nel seguirlo e nel cercare di capire quali sentimenti stia provando in quel momento; un'opera di validazione finalizzata a riconoscere l'autenticità e l'importanza dei bisogni espressi (Feil, 1982, trad. it. 1996).

Una figlia adulta così definisce il suo rapporto con la propria madre malata di Alzheimer: «Purtroppo mi scambia sempre per sua madre, ma ho capito che se sto al gioco, piuttosto che inorridire ed arrabbiarmi come facevo prima, possiamo stare meglio insieme...»<sup>13</sup>

## L'AMBIENTE FISICO

Merita una riflessione anche l'ambiente fisi-

---

<sup>12</sup>Cfr. le attività di animazione proposte da Alfeo Foletto (2012) in La soddisfazione nella casa di riposo. Residenza per Anziani del Veneto Anno 2009/2010 su <http://www.anzianiesoddisfazione.wordpress.com>

<sup>13</sup>Tratto dall'articolo di Filippo Tinelli "E' possibile conversare senza comunicare?" pubblicato su Familiarente; 0.2 Settembre 2012: 11.

co, gli spazi abitati da una persona afflitta da questo tipo di patologia. Marc Jones, figlio di Moyra Jones, e Antonio Guaita (2011) hanno contribuito a declinare secondo un approccio “protesico” il metodo Gentle Care, affermando che la persona con demenza trae il massimo benessere possibile da tre elementi combinati tra loro: gli individui con i quali interagisce, lo spazio nel quale vive e le attività che svolge. L’approccio è definito protesico in quanto si propone di compensare i deficit del paziente fornendo quegli elementi che questi non è più in grado di produrre autonomamente e modificando il contesto di vita per consentirgli di utilizzare le abilità che ancora possiede.

Il metodo Gentle Care vede nell’organizzazione dell’ambiente un programma riabilitativo. Non basta che l’ambiente sia sicuro e privo di barriere, deve essere anche il più simile possibile a una casa, piacevole e gradevole nei colori, nell’arredo, negli ausili, nella luce, con attenzione particolare alla disposizione degli spazi esterni e interni. Le modificazioni ambientali non mutano il decorso naturale della malattia ma possono ridurre i problemi comportamentali e il declino funzionale. Durante la deambulazione del paziente con wondering ad esempio, un ambiente sicuro, sgombro da barriere e senza i dispositivi o gli interventi che lo inibiscono fa sì che l’aggressività e i sintomi psicotici vengano ridotti senza l’utilizzo di farmaci o mezzi di contenzione e occorrerà un minore apporto di personale.

## LE TECNICHE CONVERSAZIONALI

Il Conversazionalismo ha identificato alcune tecniche volte a tener viva la competenza conversazionale del paziente e le ha riassunte in una sorta di algoritmo (Vigorelli, 2005) da applicare sia alle conversazioni

effettuate nel contesto terapeutico, sia agli scambi verbali, informali della vita quotidiana:

Non fare domande

Non completare le frasi del paziente

Non interrompere le frasi del paziente

Restituire al paziente il motivo narrativo

Somministrare al paziente frammenti della propria biografia

Partendo dallo studio di frammenti di conversazioni registrate ed effettuate in un setting preciso (ovvero tra paziente e conversante seduti uno di fronte all’altro o a tre quarti, con un registratore in vista e in assenza di stimoli di disturbo), il conversazionalista cerca di distinguere gli strumenti linguistici che facilitano la conversazione e la rendono “felice”, da quelli che invece la ostacolano.

Le équipes di studiosi si concentrano inoltre sui cosiddetti indicatori testuali, ovvero gli elementi grammaticali, lessicali e sintattici del linguaggio e analizzano, ad esempio, l’indice di riferimento, ovvero il rapporto tra sostantivi e verbi, tipicamente basso nei pazienti Alzheimer.

## IL RACCONTO DI UN’ESPERIENZA: CONVERSAZIONI IN RSA

Durante il percorso di tirocinio di specializzazione presso l’RSA del Comune di Colorno, che fa parte della rete dei servizi socio-sanitari integrati del Distretto di Parma e che accoglie anziani non autosufficienti, ho tentato di mettere in atto le tecniche peculiari del Conversazionalismo e taluni concetti chiave dell’Approccio Capacitante.

Ho visionato le cartelle cliniche e socio-sanitarie di tutti gli ospiti e ho rilevato 13 diagnosi di Alzheimer, 7 delle quali con un punteggio al test MMSE inferiore a 4 o non

rilevabile, trattandosi di persone mutaciche il cui stadio della malattia era ormai gravemente avanzato.

Da Aprile ad Ottobre 2013 ho raccolto e registrato un totale di 20 conversazioni con anziani affetti dalla malattia di Alzheimer, ma anche da demenze di altra natura, da lieve decadimento cognitivo legato all'età. Oltre a ciò ho raccolto registrazioni semplicemente con ospiti che avevano manifestato il desiderio di narrare di sé, della propria famiglia, del proprio passato o del proprio presente. Mi sono confrontata con le varie figure professionali per concordare il momento scelto per il colloquio, che è sempre stato presentato all'anziano come una "chiacchierata", un pretesto per raccogliere storie di vita o per conoscere il loro grado di benessere all'interno della struttura. E' stata sempre riconosciuta all'ospite la facoltà di accettare o meno la registrazione della conversazione, di scegliere o proporre il motivo narrativo, di parlare come poteva e come si sentiva e di decidere il momento dei saluti. Ho raccolto il consenso alla registrazione ma, per motivi di privacy, indicherò solo l'iniziale del nome del conversante, mentre con l'iniziale del mio nome indicherò i miei turni verbali. Gli indicatori testuali in queste conversazioni non stati oggetto di analisi.

### **A PROPOSITO DEI "MONDI POSSIBILI"**

Riporto un frammento di conversazione con la signora E., che ha 88 anni, ex commerciante, vedova con due figli, uno dei quali, insieme alla moglie, rappresenta il punto di riferimento della signora. E. ha una diagnosi di demenza di Alzheimer e un punteggio al MMSE di 8/30. Parla poco e tende a ripetere lo stesso motivo, richiamando a gran voce l'attenzione di chi passa.

Mentre l'operatrice accompagna me e la

signora nella sua stanza, al momento di sederci E. dichiara che non vuole parlare di sé, che non ne ha voglia, ma alla fine parla per otto minuti.

2 E: No, no, no! io dico chia...chiacchiere... Mi chiedo che dopo se mi pare rispondo se no, no..eh?

2 S: Sì, facciamo così? Vuole che le chieda io le cose?

3 E: Eh!

3 S: Sì... lo volevo sapere un po'... che lavoro ha fatto nella sua vita, per esempio!

4 E: La fornaia.

4 S: La fornaia!

5 E: Mio papà lo fa ancora il fornaio. E io quando ho tempo ci vado a dare una mano.

5 S: Davvero? Ma che bello!

6 E: Eh.

6 S: Ma quindi lei fa il pane o lo vende e basta?

7 E: Io do una mano a mio padre e basta, io non è che io faccia il pane per tutti. Aiuto i miei quando ho tempo.

7 S: Eh, quando ha tempo, certo, perché si dovrà occupare anche della casa!

8 E: Eh sì, ho due figli.

8 S: Due figli.

9 E: Mh.

9 S: Ah però!

10 E: E' sposato, un bel marito.

10 S: Ah sì?... Due figli e poi avrà anche dei nipoti...

11 E: Fin'ora ne ho dei piccolini (incomprensibile) molto piccolini... adesso cresceranno e dopo poi vediamo se ne vorranno ancora, cosa vogliono loro...

11 S: Ah quindi non si sa ancora!

12 E: Mh.

12 S: Quanti ne ha fin'ora?

13 E: Due nipoti.

13 S: Due nipoti.

14 E: Due nipotini.

14 S: Quanti anni hanno lo sa?

15 E: No..non lo so.

In questo frammento la signora E. parla al presente. Nel suo mondo possibile è ancora una fornaia, una nonna giovane che lavora ogni tanto con il padre quando non è impegnata nelle faccende domestiche. La veridicità dei contenuti non è importante, ciò che conta è che l'ospite riesca a parlare nel suo modo e a dire quel che si sente ed è in grado di dire; e conta l'accettazione di ciò che dice, senza giudizi e tentativi di correzione. A nulla sarebbe servito se avessi tentato di portarla nel mio mondo dicendole che non lavora più da tempo, che forse i suoi nipotini sono grandi e che non si trova più nella sua casa. In questo frammento emerge subito al turno 2 la competenza a contrattare della signora, la quale asserisce che non ha voglia di chiacchierare e mi invita a farle domande a cui avrebbe risposto solo se avesse voluto. Come già sottolineato, partendo dall'osservazione che gli ospiti di una struttura vivono in un contesto che impone orari e regole limitando la libertà di scelta, il riconoscere all'anziano di poter decidere se parlare oppure no, di scegliere gli argomenti della conversazione, nonché il momento del congedo diviene un'occasione per farlo sentire una persona ancora in grado di poter dare la propria opinione (De Ranieri e Ghiretti, 2012).

Ai turni 6, 12, 14 e 18 (non riportato) sono caduta in un errore assai frequente, quello di fare domande. Alle domande di quanti anni avessero i nipotini e (turno non riportato) dove lavorasse il figlio, la signora ha risposto che non lo sapeva. Se l'interlocutore ha deficit di memoria o non riesce a comprendere la domanda, il flusso delle parole può facilmente bloccarsi, la persona può

innervosirsi o chiudersi in un atteggiamento difensivo.

Ai turni 4, 7, 13 ho tentato di restituire alla signora il suo motivo narrativo, anche solo con la ripetizione di una parola.

Le regole conversazionali sono imprescindibili dal linguaggio non verbale e para verbale: il contatto visivo, un tono di voce pacato e rassicurante, il sorriso, un atteggiamento di disponibilità e di ascolto attivo contribuiscono alla creazione di una relazione d'aiuto e gettano le basi per gli incontri successivi. Zanon e Gentile (2011) sottolineano che per relazionarsi con un anziano occorrono "disponibilità umana", ovvero il "saper partecipare in modo profondo alle vicende umane" e "competenza" nel senso di sapere osservare e sapere entrare in relazione con l'altro nonostante questo possa portare un costante confronto con difficoltà, frustrazioni e vissuti emotivi negativi.

### *Un esempio di "conversazione senza comunicazione"*

Di seguito riporotto qualche frammento di una conversazione effettuata con la signora A. di 86 anni, che è vedova, ex commerciante e ha un'unica figlia, molto presente, sposata e con un figlio. La signora ha una diagnosi di Alzheimer in fase avanzata con un punteggio al MMSE di 5/30. Presenta spesso agitazione psicomotoria, wondering e la cosiddetta "afasia fluente".

Durante la conversazione, durata 22 minuti, la signora è rimasta seduta di fronte a me senza dare segni di disagio o insofferenza, ha parlato a lungo, come si evince dai lunghi interventi presenti nella registrazione integrale, rispettando i turni di parola.

1 A: Sì, sì... Lascia stare e mettiti seduta, lascia stare.

1 S: Va bene, lascio stare (A. si siede)... Al-

lora A., io mi chiamo Silvia!

2 A: Sì... Figlia?

2 S: Silvia!

3 A: Me lo diceva Roberta (è la figlia) però eh... perché io gli dicevo Roberta, dico, c'aveva la signora un...insieme con quella signorina che è gli venuta male perché non era... Eh sì dico... Roberta non ci sei stata te! Eh, dice, m'ha detto, (incomprensibile) ma non ce l'ho fatta...se no... (incomprensibile)...eh ce la faceva e come!

3: S Certo che ce la faceva!

4: A Beh invece mi dice, un'altra volta sai che ci va lei! Sì, sì, perché ce l'ha con lei... me non ci sta, dice, non ci sta, ma non ci sta perché lei c'ha tutti i bambini, son della madre, son suoi... eh, bisogna che fare... sì, sì, basta il primo, basta il primo... (incomprensibile)... no, no!

4 S: Certo...basta il primo.

Fin dal turno 1 è emersa la *competenza a contrattare* della signora, che ho lasciato libera di decidere quando e dove sedersi e il momento di iniziare la conversazione.

Anche nei casi così evidenti di "conversazione senza comunicazione", in cui tutte le frasi hanno perso la logica e la coerenza, è tuttavia possibile restituire il motivo narrativo e riferirsi a quanto detto dal paziente: talora si potrà trattare di frasi intere, talora, come nei casi più gravi, di parole singole. Ho riconosciuto la *competenza a parlare* della signora, ovvero di poter produrre frasi e parole indipendentemente dal loro significato, tentando di non fare domande, di non correggere gli errori grammaticali o le parole senza significato della paziente, di non completare le frasi. Ho cercato di accompagnare la signora nel suo mondo, così come l'ho intuito ascoltando le sue parole anche quando non sono riuscita a carpirne il senso e nonostante il suo parlare apparisse

pressoché sempre confuso, disorganizzato e poco comprensibile. Ho spesso utilizzato le risposte in eco e in varie occasioni ho restituito alla signora frammenti della mia autobiografia.

La signora ha manifestato il piacere della conversazione o comunque la positività del clima che si era creato non solo con il linguaggio non verbale (con numerosi sorrisi e qualche risata) ma anche attraverso i numerosi complimenti che mi ha rivolto (turni 31 e turni 14, 32 e 33 non riportati):

31 A: (...) No, no... stai bene!...anche sul viso c'hai tutte quelle belle cose che danno alla donna... alle donne sì!

## BRUTTI RICORDI

Il brano di seguito riportato è un breve frammento della conversazione durata circa 30 minuti con la signora F., che ha 92 anni, vedova con due figli e quattro nipoti, con i quali ha una buona relazione; totalmente non autosufficiente, è stata ricoverata da pochi mesi presso la struttura a causa della complessità dei bisogni assistenziali. La signora ha una diagnosi di probabile demenza di Alzheimer di grado lieve e in fase iniziale, come si evince dal punteggio di 20/30 al MMSE.

Riporto un frammento nel quale ho lasciato emergere la competenza emotiva della signora, sia a livello verbale che non verbale:  
F 38: (si commuove) C'ho un dispiacere quello è grosso, non lo posso sposare. Un mio nipote, che ha 22 anni, è saltato addosso ad un camion e l'ha (incomprensibile) ma proprio tanto, tanto, tanto...

S 39: Poverino.

F 39. Eh sì, 29 anni, un bel ragazzo.

S 40: Eh beh... quello è un dispiacere molto grosso.

F 40: Eh! Ieri sera mia figlia è andata al ro-

sario di un signore e allora s'è fermata (incomprensibile) e lui piangeva "non son mica più buono" e io c'ho detto "t'aiuto io" e c'ho aiutato ed era contento.

S 41: Ah sì? Era contento dopo?

F 41: Sì, sì.

S 42: Sentire i propri famigliari vicini, la propria nonna vicina per lui sarà molto importante.

F 42: Eh sì, sì, sì. Mi chiama proprio "nonna, allora facciamo le nostre paroline?" "sì Luigi, andiamo e vedrai che il Signore ti aggiusta"... eh...è così signorina!

S 43: Ho capito... Quindi ha quel dispiacere lì che è molto grosso.

La signora ha parlato a lungo e volentieri, come si evince dai turni verbali spesso più lunghi dei miei, nel brano integrale. Ho tentato, anche nella parte che non ho riportato, di restituire il suo motivo narrativo, di non fare domande, di non interrompere e di somministrare frammenti della mia autobiografia. La conversazione, durata 30 minuti, ha preso anche toni piacevoli e la signora a tratti è parsa serena all'affiorare di ricordi e di quanto vede ancora di positivo nel suo presente:

S 44: (...) Però avrà anche dei bei ricordi F., a parte questo brutto, con una bella famiglia così numerosa!

F 44: Eh sì, sì, mia figlia ci tiene. Quando va fuori, a far spesa, mi compra sempre un regalino, qualche cosa, perché mi piace andare in ordine, pulita.

S 45: Giusto! Le fa sempre un regalino!

F 45: Sì. L'altro giorno è andata... (silenzio)... (mi mostra un bracciale)

S 46: Eh che bello, com'è colorato! Molto carino.

F 46: Pensa sempre per me.

*Non sono in grado*

Il signor P. è sposato e da sempre ha lavorato nell'azienda di famiglia con i tre figli e la moglie finché, a causa della difficoltà di gestione dei sintomi tipici della patologia di Alzheimer (lo stato di agitazione del signore aumenta nel proprio contesto di vita familiare e lavorativo) si è reso necessario il trasferimento in casa protetta. Il MMSE ha riportato un punteggio di 13/30.

La conversazione è durata 13 minuti e il frammento seguente riporta, nel turno 26, un esempio di errore conversazionale:

20 P: (...) son diventato lo strimpello del posto...cerco di divertire quelli, quelli della mia età, quelle persone anziane che non sanno neanche camminare.

20 S: Fa bene, li fa divertire.

21 P: Lo faccio per loro, io non pretendo niente, non voglio niente. Però...(silenzio) spero di riuscirci, faccio come fa lei.

21 S: Sì, fa come faccio io!

22 P: Sappiamo tutti e due che abbiamo un passo...un passo da elefante da superare.

22 S: Un passo da elefante, certo.

23 P: (silenzio)...Lei cosa dice della mia vita?

23 S: Io non la conosco la sua vita, però ricordo che mi ha raccontato che ha fatto sempre il fornaio, sempre. Questo me lo ricordo...poi di altro non so!

24 P: Una famiglia con tre fratelli...(silenzio)

24 S: Tre fratelli.

25 P: Tre fratelli. Son sempre stato odiato da...i fratelli no perché ero giovane allora però le ragazze si credevano che io adoperassi i soldi per...per vivere, per far vivere un po' di benessere. Ad esempio (incomprensibile)...è uno che vive legato alla sedia, è come legare un uomo in un pozzo, veder quest'uomo che ha più di 80 anni seduto là (incomprensibile), non è un bene che gli fai...gliel'ho detto!

25 S. Gliel'ha detto?

26 P: Eh! (incomprensibile) non è un bene legare una persona, tant'è vero che i carabinieri di Sorbolo m' han richiamato e m' han detto: "G. (il suo cognome), vuol fare del bene a quel..." non sono in grado. Non sono in grado, anche se lei magari potrebbe pensare e dire "ma perché non è in grado, è in grado anche lei!" no, sono in grado fino qui, da qui a qui non sono più in grado.

26 S: Li legano per il loro bene, altrimenti cadrebbero e si farebbero male. Forse per quello!

27 P: Mi dica cosa vuol sapere ancora.

Per tutta la conversazione ho tentato di non interrompere, non completare le frasi, non suggerire le parole e tollerare le lunghe pause e i vuoti. Da questi brevi frammenti, si possono osservare ancora integre, nonostante i momenti di silenzio, la competenza a parlare, anche senza significato logico e la competenza a comunicare, che ho entrambe riconosciuto ed accolto, senza obiettare sulla mancanza di senso di talune espressioni e affermazioni. Al turno 26 il signor P. ha ripetuto ben sei volte l'espressione "non essere in grado" riferita a se stesso e alla probabile consapevolezza della propria condizione di non autosufficienza. L'errore che probabilmente ho compiuto è stato quello di restituirgli il motivo narrativo della sua proposizione precedente, troppo lontana, e questo potrebbe avere spento il libero fluire della conversazione, come si evince dalla battuta (una delle ultime) "mi dica cosa vuol sapere ancora". Se mi fossi limitata a una risposta in eco dinnanzi all'affermazio-

ne sulla propria inadeguatezza, riconoscendogli la competenza emotiva, avrei potuto contribuire ad avvicinare meglio l'ospite al proprio mondo interno, a fargli esternare un sentimento doloroso e a rendere più fluida e gratificante la conversazione.

## CONCLUSIONI

Attraverso la formazione e la sensibilizzazione dei familiari<sup>14</sup>, dei caregiver e del personale che ruota attorno all'assistenza dell'anziano demente si potrebbero gettare le basi per una cultura del "sistema capacitante", un approccio in grado di accogliere le esigenze e i bisogni dell'anziano affetto da una patologia invalidante per sé e per il sistema familiare, di restituirgli, insieme alla dignità, la libertà di fare "quel che può", di "provarci", di ascoltare la sua voce, di riconoscere le competenze che ancora possiede, anche solo quella di parlare.

A fronte di un progresso significativo nella comprensione del funzionamento cognitivo nei casi di deterioramento, le problematiche di ordine economico degli ultimi anni hanno inciso sulle restrizioni di organico del personale che opera in questi servizi, comportando talora difficoltà, tensioni nel clima di lavoro. Nonostante le pressioni per il contenimento dei costi, la filosofia delle RSA non può essere quella della "riduzione del danno" e dell'assistenza sanitaria tout court e gli operatori si fanno carico di un enorme sforzo per non rimanere imprigionati in questa empassé.

Le persone, comprese quelle colpite da demenza, non "abitano" solo luoghi fisici, "abitano" luoghi mentali, nella misura in cui le

---

<sup>14</sup> Cfr. Vigorelli, P. e Valenti, G. (n.d.) La formazione del familiare per tener viva la competenza conversazionale del paziente Alzheimer su <http://www.formalzheimer.it/testi/familiare.pdf> e Vigorelli, P. (2010). *Il gruppo ABC. Un metodo di autoaiuto per i familiari di malati Alzheimer*. Milano: Franco Angeli.

loro parole possono risiedere in una mente che le accoglie.

Per un paziente con deterioramento cognitivo è ancor più vera l'affermazione secondo cui la coscienza di sé non dimora in una dimensione intrapsichica, ma in una dimensione interpersonale; ciò che Tronik (1998) chiama "espansione diadica di coscienza", cioè la capacità di espandersi nella coscienza dell'Altro, è una grande risorsa di benessere non solo per i malati di Alzheimer, ma anche per chi, familiare o operatore, interagisce con loro.

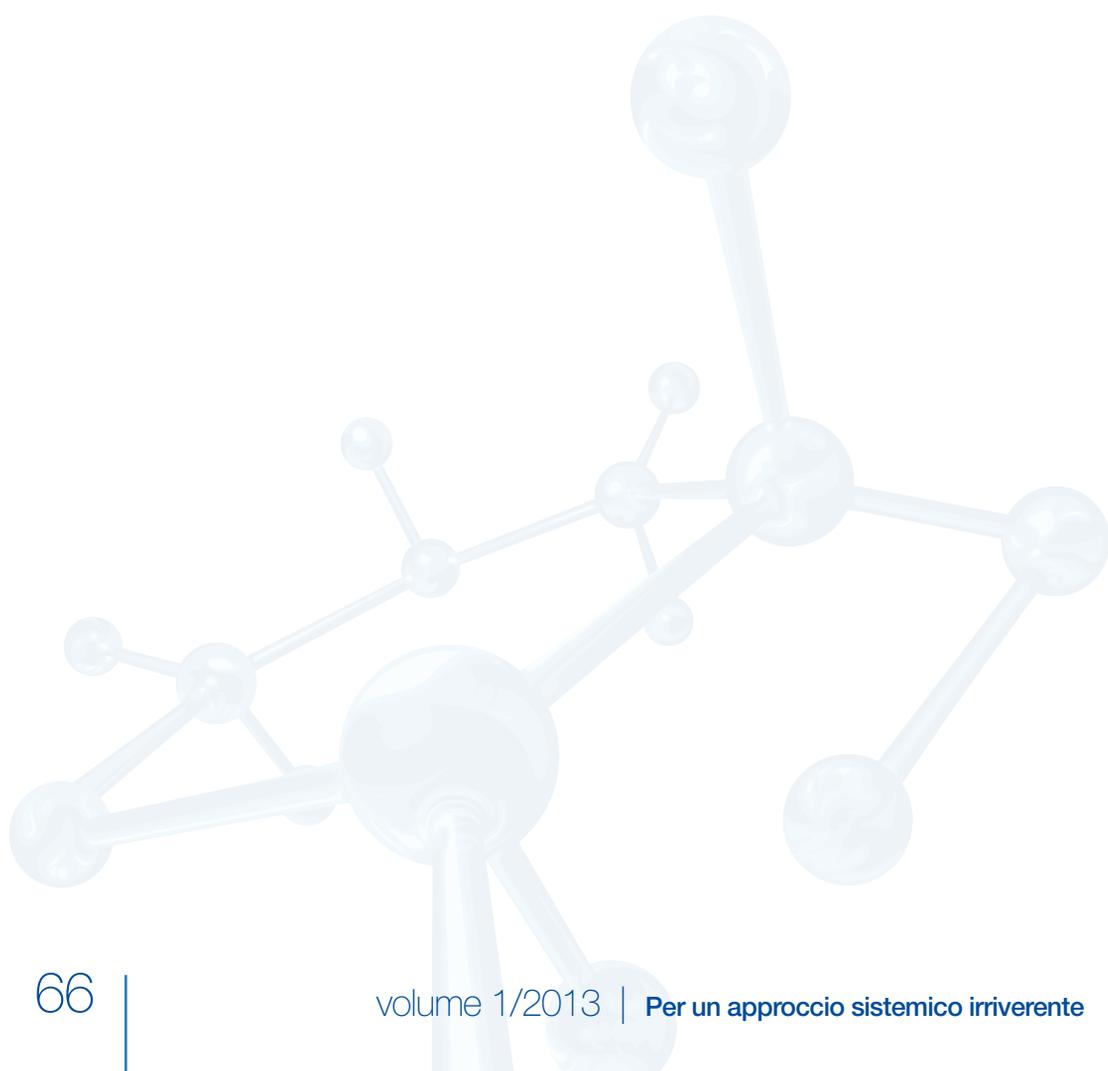
L'auspicio è che queste semplici "buone pratiche" di dialogo possano portare un piccolo contributo alla felicità conversazionale di entrambi.

#### Bibliografia:

- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bolis, S. (2001, Aprile). Uno studio su testi registrati di conversazioni con pazienti dementi. (Ed. La vita felice, anno XIII), *Tecniche conversazionali*, 25, 19-26.
- De Ranieri, E., Ghirelli G. (2012). Vivere in una residenza sanitaria assistenziale: condivisione di storie narrate dai protagonisti. In *Cambia-menti, Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, 4/2012, 11-27.
- Feil, N. (1982). *Validation: the Feil method*. Cleveland, Ohio: Edward Feil production. Trad. it., Il metodo Validation. Milano: Sperling & Kupfer (1996).
- Foletto, A. (2012). La soddisfazione nella

casa di riposo, rintracciato il 3 Novembre 2013 su <http://www.anzianiesoddisfazione.wordpress.com>

- Guaita A., Jones M.A. (2011). Prosthetic approach for individuals with dementia? *JAMA*, 305(4), 402-403.
- Lai, G. (1985). *La conversazione felice*. Milano: Il Saggiatore.
- Lai, G. (2000). Malattia di Alzheimer e Conversazionalismo. *Terapia Familiare*, 63, 43-59.
- Lai, G. (2004). Prefazione. L'arte della conversazione. In: Vigorelli, P., a cura di, *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*, (pp. 15-17). Milano: Franco Angeli.
- Tinelli, F. (2012, Settembre). E' possibile conversare senza comunicare? *Familiariamente*, 0,2, 11.
- Tronick, E. Z. (1998). Espansione diadica degli stati di coscienza. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290-299.
- Vigorelli, P. (2005). Comunicare con il demente: dalla comunicazione inefficace alla conversazione felice. *G. Gerontol*, 53, 483-487.
- Vigorelli, P. (2010). *Il gruppo ABC. Un metodo di auto aiuto per i familiari dei malati di Alzheimer*. Milano: Franco Angeli.
- Vigorelli, P. (2011). *L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*. Milano: Franco Angeli.
- Vigorelli, P., Valenti, G. (n.d.). La formazione del familiare per tener viva la competenza conversazionale del paziente Alzheimer, rintracciato il 5 Novembre 2013 su <http://www.formalzheimer.it/testi/familiare.pdf>
- Zanon, A., Gentile, A. (2011). *La comunicazione con il paziente anziano istituzionalizzato*. Milano: Franco Angeli.



# Di chi sono le emozioni in terapia?

Francesca Facchini <sup>15</sup>

## Sommario

Parlare di emozioni è sempre riduttivo. Sono processi in continuo divenire e pertanto sfuggono alle collocazioni. Nonostante questa premessa, l'autrice pone una domanda: "Di chi sono le emozioni in terapia?". L'articolo illustra come le possibili risposte a questa domanda (le emozioni sono del paziente, del terapeuta o del sistema) portino con sé diverse implicazioni terapeutiche e invita a considerarle non tanto come appartenenti a chi le manifesta, ma piuttosto come un substrato condiviso e cogenerato. Partendo dalle riflessioni di due studiosi apparentemente molto distanti tra loro, Bateson e Bion, l'autrice analizza una terapia familiare soffermandosi sui metacontesti delle emozioni, sui significati che è possibili attribuirvi, sul linguaggio del corpo, sull'utilizzo della metafora. Conclude poi con una riflessione specifica sulla consapevolezza emotiva dei terapeuti, la quale permette di lavorare in modo riflessivo sulla creazione di un contesto nuovo di accettazione reciproca, legittimazione e libertà.

## Parole chiave:

Emozioni, Terapia, Bateson, Bion, Meta-contesto, Metafora.

## Abstract

*Talking about emotions is always an understatement. Emotions are processes in constant evolution and thus escape the locations. Despite this premise, the author poses a question: "Who owns the emotions in therapy?". The article shows how the possible answers to this question (the emotions belongs to the patient, the therapist or the system) lead to different therapeutic implications and invites us to consider the emotions not as those belonging to who shows them, but as a shared cogenerated substrate. Starting from two scholars apparently far away from each other, Bateson and Bion, the author analyzes a family therapy focusing on meta-contests of the emotions, on meanings that may be attribute to, on the body language, on the use of metaphor. Then concludes with a specific consideration on the emotional awareness of the therapists which allows to work in a reflexive way on the creation of a new context of mutual acceptance, legitimacy and freedom.*

## Key words:

Emotions, Therapy, Bateson, Bion, Meta-contest, Metaphor.

---

<sup>15</sup> Il anno – scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

## DEL PAZIENTE

Rispondere a questa domanda sembra scontato. Le emozioni sono di tutti, ma in psicoterapia l'occhio è puntato verso chi è seduto da una parte della scrivania, essendo il paziente colui che chiede aiuto. Il più diffuso strumento diagnostico nell'ambito psichiatrico-psicologico, ossia il "DSM" (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), pubblicato dalla "American Psychiatric Association", ad oggi giunto alla IV edizione, insegna a conoscere il paziente indagando la sua sfera emotiva. Nella parte dell'esame psichiatrico dedicata allo "stato mentale" del paziente vi è sempre un posto per l'osservazione delle emozioni: *"Sono appropriate o inappropriate? Piatte? Superficiali? Controllate? Il paziente riesce a mettere in parole le emozioni o le esprime per mezzo di una preoccupazione fisica? Sente le emozioni? Le esprime in modo verbale o per mezzo di acting out?"*. Possiamo rispondere che sì, le emozioni in terapia sono principalmente del paziente. Ogni indirizzo terapeutico decide poi come guardarle e cosa farne. Nella terapia psicodinamica ad esempio, sin dai tempi di Alexander (1946) si pensa che il paziente debba passare attraverso una "esperienza emozionale correttiva", adatta a riparare l'influenza traumatica di esperienze precedenti. Ma questa idea non appartiene solo alle teorie dinamiche. Nelle *teorie cognitive* troviamo uno snodo irrinunciabile che attribuisce efficacia terapeutica al recupero nel corso del trattamento delle emozioni primarie derivate in particolare dalla relazione infantile con la madre. Questa ipotesi viene confermato anche dalla *teoria dell'attaccamento* e dalla *neurobiologia*, la quale dice che le esperienze primarie fondamentali, comprese le difese che il neonato ha utiliz-

zato per gestire le angosce, immagazzinate sotto forma di emozioni nell'amigdala (sede della memoria implicita che, in quanto struttura sottocorticale antica, si sviluppa prima dell'ippocampo, sede della memoria esplicita) modellano la nostra visione del mondo e la nostra personalità. Per questo motivo in terapia un'indagine irrinunciabile è quella che riguarda il mondo emotivo del paziente e una delle funzioni che spesso il terapeuta cerca di esercitare è quella del "rispecchiamento". Mettendo le emozioni in parole o associando un'emozione a un'esperienza il clinico aiuta il paziente a comprendere, significare ed esprimere quello che prova, e che è incapace di accettare o di esprimere. L'immediata popolarità, in epoche e contesti differenti, di teorici come Rogers, Kohut e la Miller -che sottolineano l'importanza del potere del rispecchiamento dello stato emotivo del paziente- suggerisce la pervasività del bisogno di ognuno di avere un testimone che nomini e convalidi i propri affetti, rievocando quella che Bion chiamerebbe "rêverie materna". Possiamo rilevare come in tutte le cosiddette *terapie esperienziali* (che siano "centrate sul cliente", come nel modello di Rogers, o derivanti dal "Modello Esistenziale" o da quello "Gestaltico") la consapevolezza da parte dei pazienti di quello che accade nella propria esperienza interiore durante la terapia abbia la precedenza sui processi di intellettualizzazione o sulle strategie relative ai cambiamenti comportamentali (Greenberg et al., 2002). Le emozioni del terapeuta sarebbero quindi l'esito di un duplice processo: da una parte una massimizzazione della propria consapevolezza (Satir, Baldwin, 1983), dall'altra di una sintonizzazione con le emozioni esperite dal proprio paziente, funzionale allo stabilirsi dell'alleanza terapeutica e al buon esito

della terapia. Ancora una volta, la ricerca biologica fornisce la validazione empirica all'importanza della relazione empatica in terapia. Kandel (1998) ha dimostrato che i fattori relazionali e sociali (quindi anche la psicoterapia) esercitano un'azione sul cervello modificandone stabilmente la funzione dei geni, cioè la loro espressione proteica, che interessa le sinapsi e i circuiti neuronali. Ne consegue che la "cultura" si fa sempre più "natura" e quindi il ruolo dell'empatia, della mentalizzazione e dell'intelligenza emotiva sarebbero determinanti sulla salute mentale (Fonagy, 2001). Ancora una volta, anche nella terapie di stampo più relazionale, le emozioni importanti in terapia, con cui è importante empatizzare, rimangono quelle del paziente. L'idea implicita è quella di un terapeuta nella veste di scienziato neutrale ed oggettivo in grado di non provare emozioni oppure di soggetto passivo, ricettore di emozioni altrui.

## DEL TERAPEUTA

Le emozioni a cui si è principalmente prestatato attenzione nel *setting* terapeutico sono quelle del paziente, anche perché l'inclusione del clinico nel processo terapeutico e nella riflessione e osservazione di quanto viene co-costruito, è un'acquisizione relativamente recente. Il primo riferimento alle emozioni del terapeuta è nato con il concetto psicoanalitico di "controtransfert" che viene utilizzato in due modi diversi: un emergere nel terapeuta di sentimenti repressi o desideri infantili che solitamente si pensa ostacolino la terapia e che quindi vengono controllati, oppure l'insieme generale di emozioni che il terapeuta prova e che non sono considerate di intralcio, ma piuttosto indicatori dei processi inconsci del paziente, utili a interpretazioni più efficaci.

Ad oggi, l'osservazione e l'utilizzo del "controtransfert" è un elemento imprescindibile anche in altri tipi di terapia, come la terapia familiare, che però lo declina in un senso sistemico. Essa ipotizza che la famiglia, nella sua relazione con il clinico, tenda a riprodurre i *patterns* interattivi che la caratterizzano, per cui il terapeuta finirebbe per occupare una posizione, nel sistema di relazioni, che è la stessa solitamente sperimentata da un membro, provando le emozioni associate a quella posizione (Selvini et. al, 1989). Un esempio classico è quello del terapeuta che, lavorando con i genitori del paziente, finisce per vivere un'esperienza relazionale di triangolazione o di invischiamento. Il pregiudizio legato alla considerazione delle emozioni come ostacolo alla terapia sembra quindi superato, ma al suo posto sarebbe comparso un altro tipo di pregiudizio, di stampo moralistico, che sollecita il terapeuta a lavorare con le emozioni positive per costruire col paziente una relazione contraddistinta da positività e calore umano (Green & Herget, 1991). Tale cambiamento di prospettiva è nato sia dal bisogno correggere un'immagine ormai consolidata di terapeuta cinico e distaccato, ma anche dall'intento di distanziarsi da principi psicoanalitici basati su rabbia, angoscia, colpa che non appartenevano all'epistemologia sistemica. Fondamentale infine fu l'influenza della tradizione psicoterapeutica americana che aveva un carattere fortemente ottimista e liberazionista. Da qui la concezione di un individuo basilarmente buono, incattivito dalle costrizioni esterne (Varela, 1992) e la tendenza, espressa al massimo nelle terapie narrative (White, 1992) e conversazionali (Anderson, 1997) a vedere i pazienti solo in base alle risorse e agli aspetti positivi, sulla scia di Milton Erickson e del suo motto:

“chiunque fa sempre il meglio che può nella situazione in cui si trova”. Il rischio, in questo tipo di approccio, è quello di mettere in secondo piano, o peggio di non vedere, tutto quello che può essere negativo o spiacevole, trascurando un risvolto essenziale delle relazioni umane. Questa *forma mentis* inoltre potrebbe andare implicitamente a perpetuare l’idea che ci siano emozioni “giuste” e emozioni “sbagliate”, mentre sarebbe più utile chiedersi come utilizzare quelle emozioni, qualunque esse siano.

## DEL SISTEMA

L’ottica sistemica si fonda sul concetto di sistema che definisce in maniera complessa la relazione tra soggetti (o processi) e il loro contesto, per coglierne le interdipendenze e le capacità di generare nuove configurazioni, apprendendo attraverso continui *feedback* sociali e costituendo così relazioni complesse. Inizialmente introdotto per descrivere sistemi “osservati”, grazie a Bateson (1977) e Von Foerster (1990) il concetto di sistema diventa riflessivo e circolare. In questo modo anche il singolo soggetto, paziente o terapeuta o aragosta, è sempre considerato all’interno dell’universo che lui stesso cerca di descrivere e che realizza attraverso le sue relazioni e narrazioni. Se consideriamo le emozioni generate da tali relazioni e descrizioni, il focus da adottare, l’unità di misura minima, è la “scena relazionale” composta da diversi attori, presenti e non. Le emozioni pervadono la scena grupale e sono elementi processuali onnipresenti, ubiquitari, condivisi dai soggetti, incarnati dai singoli, ma non appartenenti ad essi in modo esclusivo. Luca Casadio nel suo articolo “*Idee per una teoria relazionale delle emozioni*” (2006) mette in relazione gli aspetti emotivi e quelli relazionali in un si-

stema, partendo dagli studi antropologici di Bateson e quelli sui gruppi di Bion. Bateson in “Verso un’ecologia delle mente” (1977) parla di “*Eidos*” e “*Ethos*”. L’*Eidos* sarebbe l’insieme degli aspetti razionali, delle teorie astratte, delle finalità coscienti del gruppo che in una cultura condivisa tende a divenire costante, una mappa condivisa. L’*Ethos* invece sarebbe l’organizzazione emotiva, inconsapevole, istintiva dell’interazione in quel gruppo, costruita attraverso la storia del gruppo e ripetuta nel tempo perché ritenuta adattiva. Anche l’opera di Bion (1967) sui gruppi introduce il binomio tra “*gruppo di lavoro*” e “*gruppo in assunto di base*”. Il primo sarebbe costituito da una mente razionale, finalizzata e strumentale, il secondo invece descriverebbe un aspetto universale della vita mentale, la tendenza del singolo a combinarsi istantaneamente e involontariamente con gli altri, condividendo con loro un assetto emotivo. Entrambi gli autori ci dicono la stessa cosa: il sistema o gruppo, nel costituirsi, mette in comune non solo le finalità coscienti dei singoli ma anche un modo di sentire e di sentirsi che porta continue turbolenze e nuove configurazioni. Trasportando questo concetto nel contesto della terapia vediamo che l’incontro con il terapeuta segna la nascita di un nuovo contesto, non solo strumentale, ma anche emotivo, che emerge dalle modalità relazionali, emotive e corporee dei singoli individui e che chiameremo “mente sistemica”. Utilizzare questi concetti in terapia non è stato mai facile. A partire dalle prime scuole di pensiero che ignoravano intenzionalmente tutto ciò che il paradigma psicoanalitico aveva arbitrariamente collocato in un’area intrapsichica non osservabile, passando per le terapie sistemico-strategiche che ignoravano le emozioni perché distra-

enti, o “non positive”, le emozioni sono state spesso considerate un “campo minato”. Ad oggi, come sostiene Bertrando (2009) *“noi vogliamo considerare le emozioni non come cose ma come processi, modi diversi di stare insieme e quindi aspetti delle relazioni. Se c'è la relazione, allora ci sono le emozioni, e viceversa. La scelta deliberata di non voler prendere in considerazione gli aspetti emotivi non ne cancella, ovviamente, l'esistenza”*. Ma il pericolo di collocare le emozioni negli individui, piuttosto che nella relazione, è sempre in agguato. *“Sotto sotto –scrive ancora Bertrando- siamo ancora convinti che le emozioni siano espressioni di stati interni e che, in qualche modo, appartengano agli individui”*. Per descrivere la complessità di questo passaggio vorrei presentare un caso clinico, in cui un'equipe sistemica ha provato a lavorare con le emozioni del sistema, affrontando la difficoltà dei pazienti, come la propria, di “guardare in faccia” le proprie emozioni per ricollocarle nell'*Ethos* condiviso.

### CASO CLINICO

La famiglia Qadir arriva al “Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia DSM-DP” dell'Ausl su invio del “Centro per l'Adolescenza e la Giovane Età Adulta” che segue il figlio maggiore, Giacomo. Si presentano in seduta la madre Ludovica di 42 anni, il padre Amhed di 46 anni e Giacomo di 17 anni. La coppia, oltre a Giacomo, ha altre 3 figlie minori: Silvia, 15 anni, Simona, 12 e Sonia, 8. La storia della famiglia Qadir è legata a un progetto importante di “Comunità-Famiglia” portata avanti una decina d'anni, durante i quali la famiglia ha ospitato minori allontanati temporaneamente dalle proprie famiglie dal Tribunale dei Minori. Per una serie di problemi finanziari e non, nel

2008 la comunità fu costretta a chiudere. Lo stesso anno il sig. Qadir inizia a manifestare i primi disturbi dell'umore e viene preso in carico dal “Centro di Salute Mentale” locale. Subisce anche un “Trattamento Sanitario Obbligatorio” in seguito ad un tentativo di suicidio. Ad oggi sta proseguendo una terapia farmacologica, ma non ha mai intrapreso una psicoterapia individuale. Il sig. Qadir ha una parziale invalidità dovuta ad un problema alla gamba che lo rende claudicante sin da piccolo, inoltre, qualche anno fa ha contratto l'epatite e ha avuto un problema di cancrena al piede. Questi problemi fisici gli causano un dolore cronico da anni. Il sig. Qadir ha origine nordafricane, è di religione islamica, vive in Italia da più di 20 anni e attualmente lavora come custode in un'azienda. La sig.ra Qadir lavora come Operatrice Socio-Sanitaria, ha origini parmigiane ed è cattolica praticante. La religione sembra essere una parte importante della loro vita e la fede, nonostante le diverse declinazioni, è un punto di incontro. La richiesta di aiuto di questa famiglia al “Centro per l'Adolescenza” arriva dalla sig.ra Qadir in seguito a episodi violenti avvenuti tra Giacomo e il padre. Il ragazzo nell'ultimo periodo ha avuto numerosi diverbi con i genitori e con le sorelle, in un'escalation di intensità esitata in una aggressione al padre, sia in forma verbale (gli avrebbe urlato *“sei un fallito”*) sia fisica (lo avrebbe colpito con un bastone) e in una fuga da casa durata alcuni giorni. Il ragazzo non nega di fare uso frequente di cannabinoidi, ha problemi di rendimento scolastico che lo porteranno alla bocciatura. Dalla presa in carico sono state svolte 4 sedute familiari, una seduta di coppia e una individuale con Ludovica. Dopo un *drop out* di alcuni mesi, Amhed e Ludovica hanno accettato di intraprendere

un percorso di terapia di coppia. Giacomo invece continua il suo percorso individuale presso il “Centro per l’Adolescenza”.

Sin dal primo incontro la famiglia ha riportato la fatica quotidiana di affrontare le emozioni negative. Ludovica parla della rabbia, della paura, del senso di fallimento, del senso di colpa che abitano in casa loro, ma è solo lei che nomina le emozioni. Il marito e il figlio sembrano invece reagire in modo simile: negando la sofferenza con frasi evasive e sibilline. Ludovica riporta la fatica che quotidianamente vive nel vedere i due scappare dal dialogo, dal confronto, negare le emozioni, implodere e poi scoppiare. Pare che per Ludovica le emozioni siano un substrato condiviso, appartenente a tutto il sistema, mentre per il marito appartengono e contraddistinguono prima di tutto la sua vita, forse perché il dolore cronico e la sofferenza mentale sono in lui talmente intense e informi da non poter essere condivise. Tra loro, il figlio adolescente, nelle vesti di “paziente designato”, che assorbe le emozioni di tutti e poi le agisce, le fa uscire senza controllo e senza trovare un perché. Per lavorare con le emozioni in terapia, spunti molto utili ci vengono forniti dalla “Emotion-Focused Therapy” di Greenberg e colleghi. La EFT offre ai terapeuti indicazioni per differenziare i vari tipi di emozioni, distinguendo ad esempio le cosiddette “emozioni primarie” da quelle “secondarie” e le emozioni non adattive, cioè bloccate, da quelle adattive, ossia quelle che producono un cambiamento o conducono alla trasformazione. La rabbia di cui abbiamo parlato in terapia con la famiglia Quadir ad esempio non è sempre la stessa, e quindi non può essere trattata o pensata nello stesso modo. La rabbia di Giacomo non è uguale a quella di Amhed, né a quella di Ludovica. Lo scopo adatti-

vo della rabbia (primaria) è quello di porre dei limiti o di essere assertivi. Lo scopo non adattivo della rabbia reattiva (secondaria) potrebbe essere quello di dissimulare un altro sentimento. Ad esempio, la rabbia di Giacomo nei confronti del padre potrebbe essere un’emozione reattiva finalizzata a dissimulare la paura di perderlo. In questo caso, l’emozione primaria deve essere riconosciuta, così da poter accedere alla tendenza adattiva latente, e cioè la ricerca di una conferma da parte del padre che non se ne andrà. Come afferma Kohut (1992): «non serve affrontare la rabbia a viso aperto, bisogna far scomparire il bisogno che la produce». Gli spunti di lettura delle emozioni possono permetterci di riferirci ad una scena più generale cogenerata dagli stessi attori nel tempo, anche se in modo inconsapevole, vedendo le emozioni non come unità appartenenti al singolo, ma come elementi processuali creati e situati nello spazio e nel tempo delle relazioni. Può essere utile perciò evidenziare “scene tipo”, metacontesti, che ci aiutino a cogliere la natura relazionale e processuale del sentire emotivo. Come insegna Bion (1967), in “Esperienze nei gruppi” in ogni dialogo avviene sempre una ri-calibrazione dei ruoli nel campo, che portano a loro volta turbolenze affettive e nuove configurazioni emotive, descrivibili non solo in termini di simmetria o complementarità (Bateson, 1936) ma anche come “assetti di base” o “metacontesti” di attacco-fuga, accoppiamento o dipendenza. Ritornando all’emozione della rabbia, vediamo che questa può portare a diversi scenari relazionali: dalla ricerca di uno scontro fisico (come è successo tra Giacomo e il padre), all’abbandono del campo (come fa Amhed quando, durante la terapia, esce a fumare), fino alla percezione incontrollabile di un fastidio

che sfocia in pianto (come succede spesso a Ludovica durante le sedute). Il singolo soggetto, immerso in un contesto emotivo gruppale, reagisce “agendo”, e le motivazioni razionali, punteggiate in un secondo momento appaiono del tutto insufficienti a descrivere i significati emotivi in gioco. Vediamo uno degli “scenari-tipo” presenti nella famiglia Qadir che abbiamo individuato insieme a loro durante la terza seduta.

CoT: *Giacomo secondo te la mamma come la gestisce la rabbia?*

G: *In modo opposto a come la gestisco io o mio papà, lei la butta fuori*

CoT: *Con le parole o con le azioni?*

G: *In tutti e due i modi*

Tp: *Riesci a fare un esempio?*

G: *Sono domande troppo difficili*

L: *Puoi dire qualunque cosa*

Tp: *La mamma non si arrabbia (ironico)*

CoT: *L'ultima volta che si è arrabbiata?*

A: *Ieri sera*

T: *Ti va di descriverlo?*

CoT: *E' una cosa troppo personale?*

G: *Non ricordo, io rimuovo i momenti che...*

A: *Lui ha risposto alle sue sorelle in un modo scherzoso e lei si è arrabbiata. Ma lui scherzava, non diceva sul serio. Ma l'ha detto dopo che scherzava...ma io l'avevo capito! (racconta il fatto) ...e lei si è arrabbiata, è andata via sbattendo la porta*

L: *Ci manca un pezzo!*

A: *Quale?*

L: *Prima di andare via non è che ho sbattuto la porta e sono andata via, prima di uscire ho detto “guardate che se parlo...” perché lui (riferito al marito) mi ha rimproverato dicendomi che brontolo sempre e di smettere e io prima di uscire ho detto “guardate che mi dispiace darvi fastidio ma se vi parlo è solamente perché non mi...” (esita)*

A: *perché ho voglia di rompere! (ride, anche Giacomo si mette a ridere)*

L: *(scossa) ecco questa è la normalità e io ci sto malissimo*

A: *perché? Cos'ho detto di strano? Scherzavo... Continua...*

L: *io ci sto malissimo (scoppia a piangere)*

A: *cos'ho fatto di male?*

L: *(singhiozzando) io ci sto malissimo, questa è una cosa che a me...io mi sento talmente non rispettata, la mia fatica per loro è normale e io ci sto male e vedo quanto ci stanno male a volte anche la Silvia e la Simona (le sorelle minori) e se io piango e anche se io me ne vado così, arrabbiata, a lavorare che è una cosa che non mi piace, il problema sono io, quando io ho detto semplicemente che per me non è normale che utilizzino questi modi per parlare tra di loro. Quando io faccio la fatica di stare lì a spiegare le cose io sono quella che rompe»*

Tp: *quindi mi sembra di capire che lei dice “tra di noi in famiglia c'è una modalità comunicativa in cui nelle cose si ironizza, c'è il sarcasmo, c'è l'ironia”*

A: *è lui che lo fa (indicando il figlio)*

L: *anche tu lo fai (riferendosi al marito)*

Tp: *anche poco fa è successo. Per calare la tensione...*

A: *si io lo faccio sempre per smussare un po' l'aria invece lei...*

Tp: *lei dice Amhed: “sDRAMMATIZZO, non per banalizzare, ma per rendere tutto più vivibile”. Il problema, come è accaduto poco fa, è che Ludovica il tentativo di sDRAMMATIZZARE lo percepisce come un de-qualificare, banalizzare, non si sente ascoltata*

L: *ma non sempre è così. Ma mentre lo stavo raccontando io mi sono rivista ieri sera, ero proprio lì, ero proprio lì e così come ieri sera sono andata via col magone in questo momento è successa la stessa cosa e*

mi ha fatto effetto che mentre io racconto questa cosa carica delle mie emozioni, della mia fatica, lui fa la stessa cosa che ha fatto ieri sera e mi tappa la bocca (Giacomo ride), io non posso finire di esprimere il mio pensiero...

A: Da oggi in poi non apro più bocca, fidati!

L: Ma io non ti sto chiedendo questo, non è che mi fai contenta così!

Tp: Se ho capito bene la vostra famiglia funziona un po' come un termostato perché, come ogni famiglia, siete un sistema chiuso e producente temperatura, nelle vostre relazioni, nelle vostre comunicazioni producente temperatura e il rischio degli scontri, di scaricare l'emotività aumenta e così ognuno ha trovato la sua modalità per abbassare il livello della temperatura. La strategia che ha trovato Amhed, e in qualche modo anche Giacomo, è quello dell'ironizzare o dello scherzare, usando anche dei toni che non sempre vengono capiti, cercare di alleggerire...

A: Io faccio la battuta poi quando c'è un pò più di calma, quando vedo che le cose si sono calmate torno sul discorso con quella persona, non lo lascio lì il discorso.

G: perché non ha senso mettersi a discutere con me o con lui quando siamo a certi livelli, perché non serve a niente

CoT: in questo momento però io non ho capito cosa stava succedendo. Ludovica stava raccontando un pezzo di quello che era successo ieri sera, non ho capito da dove è nata l'esigenza di fare la battuta (...). Quello che stava raccontando Ludovica aveva ancora un peso per voi? Quello che era successo ieri sera lo sentivate ancora bruciare?

A: per me sì, per me sì, perché mi dà fastidio vederla in questo modo per delle stupidità.

Voglio dire, se tu lasci un pò scorrere stai meglio (...) Loro si beccano continuamente, peggio che cane e gatto e questo mi dà molto fastidio per due motivi: il primo è che vedo star male lei, quando io vedo star male lei io non so che cosa posso fare, quando io vedo qualcuno che le manca di rispetto io vado fuori di testa per cui io non voglio andare a mettere benzina sul fuoco perché se io voglio andare a difenderla con lui andiamo alle mani di nuovo (...). E' questo che io voglio dire alla Ludovica: non è che voglio prenderla in giro o voglio farla stare zitta o non apprezzo i suoi pensieri, il discorso è che quando c'è la tensione così alta in casa secondo me è meglio lasciarlo nel suo brodo. Quante volte anche te sei nervosa dici "voglio stare nella mia stanza, non ci sono per nessuno"?

L: dura due minuti perché dopo due minuti c'è qualcuno che mi viene a chiedere qualcosa

A: questo non è vero, sono le bambine che vengono a cercarti...

L: c'è qualcuno che viene a cercarmi!

A: perché dà fastidio a tutti quanti vederla star male quindi andiamo a cercarla, a rompere le scatole

Tp: Mi sembra importante questa fase, è una fase molto delicata, quella dell'ascolto dei tempi di ognuno.(...) Quello che mi sembra importante, su cui ha senso lavorare insieme è iniziare a lavorare sull'ascolto dei vostri tempi, dei tempi per potervi legittimare, dei tempi per entrare nella tana e per uscire dalla tana. La possibilità di ascoltarvi vi permetterebbe di trovare delle relazioni diverse. Tant'è che Giacomo se ascoltato in tempi diversi, lasciato nella sua tana, poi risponde in un certo modo e se invece viene sollecitato in tempi sbagliati è normale che esploda. Quindi noi ci proponiamo di

*costruire meglio questo tipo di sensibilità perché se no se quando Ludovica si prende i suoi tempi non è legittimata, il sistema va in tilt e questo è un problema perché se c'è in questa famiglia chi non riesce a uscire dalla tana (Giacomo), c'è invece chi non riesce nemmeno a entrarci (Ludovica).*

Possiamo pensare alle emozioni del sistema come compresenti agli aspetti coscienti, collocabili su due piani paralleli tra cui possono verificarsi continue “emergenze” e continui cambiamenti. Per questo lavorare con le emozioni solamente a livello semantico, linguistico non ci pare sufficiente. Se vogliamo lavorare sulle emozioni del sistema, quindi su una “mente emotiva” dobbiamo tenere presente che questa mente si sviluppa nel legame sociale, nello spazio e nel tempo e che in quest’ottica i concetti astratti non sono esclusivamente linguistici ma si basano costantemente sull’apporto di immagini. Ludovica che va a lavorare sbattendo la porta, Giacomo rinchiuso nella sua tana, Amhed a letto a causa dei suoi dolori fisici: queste immagini veicolano, rappresentano, incarnano le emozioni del sistema molto più delle parole. Uno strumento utile per lavorare sulla “mente emotiva” è quello della metafora. Tale rappresentazione polimodale è utile per rappresentare tanto il contenuto, l’oggetto, quanto l’informazione emotiva del contesto relazionale in atto. Si tratta, direbbe Casadio (2007), di una rappresentazione “tanto denotativa, quanto connotativa”. Per lavorare sulle emozioni di questo sistema attraverso una metafora abbiamo pensato di utilizzare un oggetto appartenente alla loro dimensione quotidiana familiare, ossia una sedia. Visto quanto scrisse Von Foerster (1990) ossia “*gli oggetti sono simboli di auo-comportamenti*”, la sedia, nella sua familiarità e neutralità, ci sembrava facilmente

connotabile da emozioni, modi di agire, di relazionarsi, di vivere un contesto. Abbiamo quindi assegnato alla sedia un’emozione particolarmente presente in questa famiglia: la rabbia. Non la rabbia vissuta da ognuno di loro, bensì la rabbia “della famiglia”, allo scopo di far emergere l’*Ethos*, ricollocando la mente nel sistema e non nell’idiosincrasia del singolo. La consegna era quella di decidere se dare o meno uno spazio alla “rabbia della famiglia” all’interno di un cerchio di sedie che rappresentava la loro famiglia e di decidere di conseguenza dove collocarla: dentro al cerchio? Fuori dal cerchio? Fuori dal cerchio ma dentro la stanza di terapia? Fuori dalla stanza? Una volta presa questa decisione bisognava poi dare un orientamento specifico alla sedia rispetto alle altre sedie che rappresentavano i membri della famiglia. A chi era più vicino? Verso chi era rivolta? Abbiamo chiesto a ognuno di loro di fare questo esercizio senza dare spiegazioni, per rimanere su un linguaggio emotivo e non ricadere nelle spiegazioni razional-semantiche. In un secondo momento, una volta finito l’esercizio, avremmo poi commentato insieme. Ecco come hanno interpretato l’esercizio i membri della famiglia:

*L: io oggi volevo sedermi lì (di fianco al marito), o meglio non ho trovato la mia sedia al suo posto perché di solito ero sempre seduta in mezzo a loro (tra marito e figlio). Loro si erano seduti così, come al solito, e la mia sedia era là (nell’angolo) e lui mi ha impedito di sedermi lì (al suo fianco, non in mezzo) e mi ha messo la sedia qua in modo che io stessi in mezzo. Per cui mi ci siederei un po’ io sulla “sedia della rabbia” oggi, perché pensando all’incontro di oggi mi sarebbe piaciuto trovare un po’ di spazio per esprimere la mia rabbia che rimane sempre un pò nascosta perché devo*

scaricare quella degli altri e quindi oggi mi piacerebbe rimanerci un pò seduta sopra, perché la mia rabbia invece di solito rimane sempre un po' nascosta, messa a tacere. Ma le rabbie ci sono lo stesso. Ci sono anche se io sono più morbida, più accogliente, le rabbie ci sono sempre perché ci sono le preoccupazioni, il senso di impotenza, il senso di ingiustizia...e quindi ci starei seduta un po' per farla lavorare, per farla maturare, per farla fruttare, perché muova quello che deve muovere e io non mi adagi sui momenti di serenità. Perché è questo quello che ci capita qualche volta, appena stiamo un pochino meglio allora facciamo finta che non è successo niente, che va tutto bene e invece quello che rimane lì prima o poi esplose di nuovo

TP: dopo su questo ci torniamo Ludovica, sul bisogno di far parlare questa sedia

L: mi basta starci seduta sopra per adesso

TP: adesso però la richiesta è diversa, poi ci torniamo su questa cosa. Dovrebbe in questo momento collocare la sedia, che è la rabbia che sente dentro la famiglia, la rabbia della famiglia. Può spostare questa sedia rispetto a dove la sente collocata per esempio dentro, vicino, fuori. Scelga la collocazione spaziale in base a come si sente lei in questo momento

L: La metterei dentro, in mezzo, equidistante anche dalle bimbe che non ci sono, perché anche loro credo che abbiano il loro bel pezzo di rabbia

CoT: ed è rivolta verso di lei questa sedia?

L: sì, è legato un po' al discorso che facevo prima perché penso che mi voglia dire delle cose

CoT: la vuole guardare?

L: sì non voglio dimenticarmela perché a volte fa comodo, ma ora no. Voglio continuare a guardarla e a non dimenticarla.

(...)

A: io la metterei fuori dalla porta

TP: fuori da quale delle due porte? Perché quella è una porta semi trasparente a vetro (da cui si esce in giardino) e questa invece è una porta di legno

A: ma preferisco mille volte vederla, farla rimanere fuori, però vederla

TP: la porta rimane aperta o chiusa?

A: no chiusa

L: non la metta troppo lontano!

A: perché ho imparato a gestirmi la rabbia

CoT: ma questa però non è la sua rabbia, è la rabbia della famiglia, è di tutti, appartiene a tutti

A: ah! Allora cambia, non so neanche io dove metterla

TP: allora stiamo intanto su questo doppio livello

A: ma io non vedo rabbia in famiglia

TP: allora facciamo come ha fatto Ludovica che è stata prima un attimo sulla sua di rabbia e poi ha rappresentato anche la rabbia della famiglia. Lei, Amhed, dice: "La mia rabbia io sento di collocarla fuori, la vedo a distanza" ma se dovesse rappresentare, sempre attraverso la sedia, la rabbia che in qualche modo sente nella famiglia, dove la sente? Se c'è. Lei può anche dire "io non la sento" ma se dovesse esserci dove la collocerebbe questa sedia?

A: vicino a lui (indica il figlio)

TP: dove Amhed?

A: vicino a lui

TP: Di fronte? Di fianco?

CoT: verso la mamma? Verso le sue sorelle? Verso di lei?

A: verso tutti e quattro

TP: tutti e quattro in che senso?

A: la mamma e le sorelle

CoT: e quindi la rabbia è vicino a Giacomo, ma rivolta verso gli altri?

A: aspetta, può darsi che non abbia ben capito, ma la rabbia in che senso? la rabbia è la mia rabbia o la rabbia che c'è in famiglia?

Tp: che c'è in famiglia

A: sempre lì vicino, sempre lì vicino a Giacomo, sì

CoT: rivolta verso gli altri o rivolta verso di lui?

A: rivolta verso tutti! (...) lo ho imparato col tempo a tenerla fuori la mia rabbia. Perché ho vissuto tanto con la rabbia dentro, non verso la mia famiglia ma verso me stesso, che faceva male anche a loro! Poi non lo so, con gli anni, non lo so come, ma sono riuscito in un modo o nell'altro a tenerla fuori di casa. Mi fa stare bene tenerla fuori di casa. Ultimamente è raro che mi arrabbio in casa, non è infatti che mi arrabbio neanche, cambio tono di voce poi basta. Poi subito dopo mi giro e scherzo, non sono più arrabbiato. Ma la rabbia più grande che ho è verso di me stesso!

Tp: Giacomo riesci tu a descrivere dove collocheresti la tua rabbia in questo sistema?

G: non ne ho idea

Tp: se te la senti. Se no puoi passare...

G: passo

Tp: e riesci a collocare quella della famiglia, per come la senti?

G: non lo so.

Tp: non riesci in questo momento a pensarla?

G: no. Non lo so

CoT: non lo sai nel senso che non sai dov'è o non sai se c'è?

G: c'è, ma non so dove metterla

CoT: comunque è dentro?

G: attorno...dentro...comunque c'è. C'è.

L'elemento più interessante emerso da questo esercizio è stata la necessità di entrambi i partecipanti di passare attraverso la col-

locazione della propria rabbia, per potersi poi "sintonizzare" sulla rabbia del sistema. Questo ci dice quanto il lavoro che nasce dalla considerazione dell'emozione come proprietà di un sistema non necessiti l'abbandono dell'idea, sensata e preziosissima, che le emozioni appartengano a un corpo, a un individuo, colui o colei che gli dà voce e volto. Ma al contempo questo tipo di lavoro sottolinea come la riflessione sull'individualità delle emozioni non debba essere fine a se stesso, ma possa anzi condurci alla relazione, al contesto, al processo. Riflettere sull'emozione del sistema non vuol dire ignorare l'individuo, anzi. E questo vale per ogni individuo facente parte di quel gruppo, terapeuta o paziente che sia, poiché l'*Ethos* del sistema terapeutico nasce proprio dall'incontro strutturale, come direbbe Varela, dei singoli sistemi emotivi, nessuno escluso. Come diceva Bion (1967), "quando due personalità si incontrano, si crea una tempesta emotiva. Se fanno sufficiente contatto da essere consapevoli l'uno dell'altra, o anche da non esserlo, dalla congiunzione di questi due individui si produce uno stato emotivo". In ogni incontro il soggetto rimette in scena le proprie modalità emotive e utilizzando una metafora o un gioco metaforico come proposto in questo caso, la rappresentazione avviene in modo più spontaneo, creando un nuovo contesto di apprendimento, per differenza, e permettendo un salto di livello: dalla mente individuale alla mente sistemica. Quando si parla di "mente sistemica" in terapia si intende un sistema di cui fanno parte i pazienti insieme ai terapeuti e all'equipe dietro allo specchio. Bertrando (2009) ci insegna che "se noi come terapeuti riusciamo ad acquisire una diversa comprensione della nostra posizione in un sistema, il nostro sistema emotivo, il modo

in cui sperimentiamo le nostre emozioni può cambiare. Se non riusciamo a comprendere dove ci troviamo emotivamente, cadiamo facilmente preda di emozioni che ci possono sovrastare. Se abbiamo un senso della nostra posizione emotiva, questa non diventa meno emotiva, ma ne facciamo esperienza con un maggiore grado di consapevolezza". L'aumento della consapevolezza è indubbiamente uno degli obiettivi terapeutici che un clinico ambisce ad ottenere, ma che non può essere sviluppato se il clinico per primo non ne è fautore. Per questo, dopo l'esercizio della "sedia della rabbia della famiglia", terapeuti ed equipe si sono riuniti per confrontarsi su quanto esperito durante la seduta, sulle rispettive posizioni, emozioni, pregiudizi e sulle diverse ipotesi di lavoro. Era stata una seduta particolarmente intensa e anche la discussione si era prolungata per quasi venti minuti. Per non perdere la corposità della discussione i terapeuti decidono di fare un reflecting team e di condividere con la famiglia i dubbi riguardo al proseguo della terapia. L'equipe ha infatti deciso di offrire uno spazio solo alla coppia, togliendo Giacomo dalla posizione di colui che deve esprimere la rabbia di tutti, cioè manifestare il sintomo. Questo esercizio ha consentito di rendere più esplicito e condiviso il processo di co-costruzione dei significati all'interno della terapia, nutrendo l'alleanza terapeutica e legittimando il fatto che all'interno di un sistema possano convivere, grazie al dialogo e al confronto, posizioni anche molto distanti tra loro. Si è cercato di costruire un sistema basato non sulla paura del giudizio o sull'omertà del proprio sentire, ma piuttosto sulla libertà: libertà di vivere e palesare le proprie incertezze, libertà di pensiero divergente, libertà di confronto.

Tp: «La sensazione è che Ludovica non

possa esprimere la rabbia, ha provato a sedersi in un posto diverso ma appena fa un tentativo viene ricollocata al suo posto solito. Questo significa che in questa famiglia se uno dei membri prova a fare dei movimenti diversi, l'altro non lo permette e si torna in una posizione di non cambiamento. La sensazione che ho è che questa famiglia sia un po' bloccata nei ruoli e che non ci sia posto per la rabbia, la rabbia deve stare fuori, è una posizione di profonda protezione della propria famiglia»

CoT: «il mio dubbio però è questo: nella loro famiglia non c'è posto, non c'è tempo, non c'è modo per esprimere la rabbia, però noi qua che contesto vogliamo costruire? Perché io sento, come terapeuta, una richiesta di aiuto da parte di Ludovica, la leggo nel suo sguardo e lei ci ha proprio chiesto di sedersi su quella sedia e noi non glielo abbiamo lasciato fare. Io come terapeuta vorrei darle questa possibilità, vorrei darle tutto il mio ascolto. Mi è costato molto, a livello emotivo, non permetterle di sedersi sulla sedia della rabbia e non dare ascolto alle sue emozioni. Però poi mi chiedo: Ludovica vuole essere ascoltata da me o da altre persone? E da chi non vuole essere ascoltata? E' questo il tempo per sedersi su quella sedia? »

E: «io sento molto la paura che la propria rabbia possa diventare pericolosa. Ludovica è molto al centro della famiglia, prima di tutto come madre, e io sento molto la paura delle sue emozioni. E' come se mi dicesse: "io sono quella che deve coordinare tutta la famiglia. Se salto io? Chi tiene su tutte le carte?"»

Tp: «però il rischio è che se la rabbia non si può esprimere perché è pericolosa, Giacomo diventi quello patologico perché esprime la rabbia, la esprime con le sue moda-

lità e allora diventa “il problema” e se c’è un problema allora tutti si muovono, però il rischio è che i suoi movimenti di sperimentazione in questo modo vengano bloccati, perché questi movimenti avvengono necessariamente per tentativi ed errori e in questa esplorazione solo la rabbia muove, fa rumore. Il problema è che se all’interno del sistema noi confermiamo che Giacomo è “il problema” allora imprigioniamo il suo percorso di esplorazione »

La posizione che il terapeuta assume in terapia non è dunque provocata solo reattivamente dagli atteggiamenti del paziente (cioè dal controtransfert), ma anche da meccanismi di identificazione (risonanze), di differenziazione con la propria storia e da tanti altri fattori. Per questo è importante che il terapeuta rifletta insieme all’equipe su come contribuisce a costruire il sistema emotivo, per evitare di mettere in discussione le premesse del paziente e nel contempo di dare per scontate le proprie. Partendo da questo presupposto i membri dell’equipe si sono ritagliati un momento di riflessione insieme, ad alcune settimane di distanza dall’ultima seduta svolta, tenendo ben presente che “è più probabile che la terapia abbia effetto sulla rabbia se riesce a facilitare nel sistema una maggiore accettazione reciproca (dato che la rabbia è il contrario dell’accettazione). Ma perché questo accada, è necessario che sia prima di tutto il terapeuta ad accettare tutti i membri del sistema. E l’accettazione deve essere sincera, non strategicamente simulata perché, nella nostra esperienza, le persone reagiscono a quel che percepiscono affettivamente, che non si può mai nascondere del tutto” (Ekman, 2002). Ecco alcuni stralci dell’intervisione:  
CoT: «Visto che noi stiamo lavorando con

loro sulla rabbia, vorrei cercare di riflettere su come noi viviamo la rabbia, sia come persone, sia all’interno di questo sistema. Come sperimentiamo noi rabbia? Cosa ci fa arrabbiare? Come ci sentiamo rispetto alla nostra possibile rabbia, anche in terapia? Perché io ad esempio in una seduta precedente in cui io avevo simulato la rabbia di Giacomo, in quella situazione io mi ero molto arrabbiata con lui, perché mentre io mi sforzavo di dare voce alla sua sofferenza, mettendo la mia persona e le mie emozioni in gioco, lui tirava fuori il cellulare e non si interessava minimamente di quello che stavamo facendo. Ecco, in quel momento, a me è pulsato il sangue nelle tempie. Quindi se mi fermo a riflettere mi rendo conto che questa cosa è stata molto destabilizzante per me. Come se fosse un po’ un tabù o qualcosa di negativo, un’emozione che quando mi sono trovata a vivere ho nascosto, in parte. Cioè in parte ho sentito l’esigenza di fermarmi perché quella emozione lì mi stava impedendo di andare avanti, perché poi la stavo comprimendo e quindi ancora di più mi bloccava. Quindi mi sono fermata e l’ho guardato, credo con uno sguardo assassino, però poi non è che io abbia legittimato più di tanto questa emozione....

Tp: «A me viene anche da pensare che la nostra difficoltà a legittimare questa emozione sia molto speculare alla difficoltà della famiglia. Proprio perché per il papà la rabbia è talmente pericolosa che la caccia fuori, la mamma alla fine non ci si siede mai su quella sedia o ci si siede solo quando è in un luogo sicuro, dove può essere contenuta. Poi c’è il figlio maggiore che ogni tanto la agisce, scoppia, lui è quello che la agisce ma poi non ne parla molto perché non se ne può parlare. Nel senso che lui è messo in un doppio legame in qualche modo, dato

che il messaggio che gli viene mandato ha questa doppia valenza: non si può parlare della rabbia, noi genitori possiamo parlare del perché proviamo rabbia nei confronti dei tuoi comportamenti, però tu non puoi parlare della tua rabbia.

CoT: però noi stiamo cadendo nello stesso tranello perché stiamo continuando a parlare della rabbia di Giacomo, non stiamo parlando della rabbia che c'è tra Ludovica e Amhed e non stiamo comunque parlando della nostra rabbia!(...)Ad esempio, rispetto a come abbiamo lavorato noi, dietro lo specchio vivevate qualcosa di diverso? Che emozioni avete provato? Noi ci siamo soffermati molto sulla rabbia, forse facendoci prendere da quella che è stata la loro domanda iniziale... ma tu vedi invece altre emozioni preponderanti?

E: secondo me c'è un legame, un senso di famiglia sottostante che non riesco a capire bene. Cioè c'è un perno che non sia avere uno scopo, un progetto, come quello della comunità o un eventuale problema dei figli? Quindi io al di là della rabbia andrei a vedere che cos'è per loro la famiglia, stare bene, perché continuano a stare in questa famiglia. Soprattutto i due coniugi. E' mai stata felice questa famiglia? Cioè oltre tutto il senso di ingiustizia per tutte le cose che gli sono capitate, a parte i sensi di colpa che forse erano usciti nelle prime sedute...oltre a tutte queste emozioni negative, ci sono e quali sono le emozioni positive?

Questi stralci di intervista, per quanto parziali e non esaustivi, sono stati riportati con l'intento di descrivere come possa essere fecondo fermarsi a riflettere e a osservarsi, soprattutto a fini dell'esercizio della riflessività, poiché come scrive Fruggeri (1992): "le emozioni diventano uno strumento, più che un oggetto dell'autosservazione, diven-

tano cioè uno strumento per monitorare la funzione terapeutica. L'autosservazione in questo senso è intesa come un osservare se stessi mentre si osserva la famiglia, è cioè intesa come riflessività".

## CONCLUSIONI

La descrizione di questo caso clinico ha lo scopo non tanto di rispondere alla domanda iniziale, quanto di mostrare come sia possibile riflettere sulle emozioni da più punti di vista, pensandole non solo in termini individuali o duali, ma come proprietà di un sistema. Attraverso i processi e gli strumenti che ho descritto, ho cercato di capire come si attiva un processo di cambiamento, soffermandomi su quanto sia importante non solo riflettere insieme, ma costruire e immergersi in un territorio comune fatto di comprensione, di condivisione, di rispecchiamento e di esplorazioni in territori tanto pericolosi, che un individuo da solo non si spingerebbe ad esplorare. Poiché, come ha scritto Bertando (2012) in una breve rassegna sul cambiamento in psicoterapia: "la parte essenziale della terapia è vivere la relazione in un certo modo, più che raccontarsi in un certo modo". E per quanto mi riguarda, vivere la relazione terapeutica "in un certo modo" significa farlo anche attraverso le emozioni.

## Bibliografia

- Alexander, F., Thomas M., French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., text rev.) Washington, DC: Author.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities*. New York: Basic Books.
- Bateson, G. (1936). *Naven*. Torino: Einaudi.

- Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi
- Bertrando, P., Arcelloni, T. (2009). Veleni. Rabbia e Noia nella terapia sistemica. *Terapia Familiare*, 89, 5-28.
- Bertrando, P. (2012). I processi di cambiamento in terapia sistemica. *Riflessioni Sistemiche*, 6, 154-165.
- Bion, W. (1967). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando.
- Casadio, L. (2006). Idee per una teoria relazionale delle emozioni. *Terapia familiare*, 81, 67-88.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Cortina.
- Fruggeri, L. (1992). Le emozioni del terapeuta. *Psicobiattivo*, 3, 23-34.
- Green, R.J., Hergert, M. (1991). Risultati terapeutici di un'equipe sistemico-strategica: importanza del calore umano del terapeuta nella ristrutturazione attiva. *Ecologia della mente*, 12, 43-65
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association,
- Kandel, E. (1998-1999). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*.
- Kohut, H. (1977). *Pensieri sul Narcisismo e la Rabbia Narcisistica*. In: AA.VV., (1992). *Rabbia e Vendicatività*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lerner, E. (1993). Una visione strategica delle emozioni del terapeuta. *Terapia familiare*, 42, 49-53.
- Satir V., Baldwin, M. (1983). *Satir: Step by step*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino A.M. (1989). L'individuo nel gioco: strategie terapeutiche e progresso della conoscenza. *Terapia Familiare*, 31, 65-74.
- Varela, F. (1992). *Un know-how per l'etica*. Roma: Laterza.
- Von Foerster, H. (1990). Etica e Cibernetica del secondo ordine. *Psicobiattivo*, III.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. A cura di U. Telfener. Roma: Astrolabio.



# **Schema Therapy e Teoria Sistemica: due teorie della complessità a confronto**

Mauri Daniela <sup>16</sup>

## **Sommario**

L'obiettivo del presente lavoro è quello di compiere un'incursione nei "territori" dello Schema Therapy per scoprire aspetti che possano rappresentare una connessione possibile con la Terapia Sistemica. Verranno analizzati, perciò, elementi di risonanza e differenza, che proveremo ad utilizzare come "lenti" che ci aiutino nella visione sempre più complessa dell'individuo inserito nel contesto. Lo scopo esplicito di questa ricerca è quello di trovare nuovi strumenti e nuove narrazioni possibili, ipotizzando l'applicabilità di alcune modalità operative tipiche dello Schema Therapy all'interno della terapia familiare, come ad esempio l'uso della tecnica della sedia vuota e degli esercizi immaginativi.

## **Parole chiave:**

Schema Therapy, Teoria Sistemica, Tecnica della sedia vuota, Terapia familiare, Integrazione.

## **Abstract**

*The aim of this work is to perform an incursion in the "territories" of Schema Therapy for discovering aspects that can represent a possible connection with Systemic Therapy. It analyses, therefore, elements of resonance and difference, that tries to use as "lenses" that can help us in a vision of ever more complex of the individual in the context. The explicit goal of this research is to find new tools and new narrations possible, hipotesizing the applicability of some typical modes of operation of the Scheme Therapy within the family therapy, such as use of the technique of the empty chair and exercises imaginative.*

## **Key words:**

Schema Therapy, Systems Theory, The empty chair technique, Family Therapy, Integration.

---

<sup>16</sup> Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata.

## PREMESSA

La Schema Therapy sviluppa l'integrazione tra una serie di tecniche e modelli per favorire la lettura e l'azione del terapeuta di fronte a pazienti che presentano patologie complesse, come i disturbi di personalità. Un concetto chiave di questo tipo di approccio è l'azione riparatrice svolta dal terapeuta che risponde ai bisogni primari non soddisfatti dell'individuo, per andare a modificare gli schemi maladattativi che si sono formati durante l'infanzia e per portare allo sviluppo di un adulto sano. Una revisione degli studi condotti sulla Schema Therapy ha confermato esiti clinicamente efficaci (Masley et al, 2012), ma ricerche sono ancora in corso per l'applicazione di questo tipo di terapia per il lavoro individuale, con le coppie e con i gruppi.

In risonanza con la teoria sistemica, sembra che il processo svolto nella terapia dello ST abbia adottato un modello terapeutico che vada oltre la logica lineare causa-effetto, analizzando l'interdipendenza di molteplici fattori, i quali risiedono non solo all'esterno, ma anche all'interno dell'individuo. Gli schemi maladattativi, infatti, sono in sostanza l'esito di relazioni familiari che potremo definire dis-funzionali, ma che non possono essere attribuiti ad una causa efficiente. Ciò che ci colpisce è dunque lo sforzo, anche in questo caso, di superare l'antica dicotomia aristotelica, a favore di una causalità circolare. Il mutamento della parte modifica il sistema globale che a sua volta modifica la parte, secondo una modalità ricorsiva, fino a che il sistema non si stabilizza grazie ai meccanismi omeostatici di cui è dotato. In tal caso sembra che anche lo ST accolga, almeno implicitamente, uno dei punti fondanti della Prima Cibernetica (Telfener, Casadio, 2003, p. 157).

Questa stessa posizione era già stata espressa chiaramente da Gregory Bateson quando indicava la tendenza dell'uomo a ricercare spiegazioni del mondo esterno secondo una logica di tipo lineare, senza che questa, però, potesse effettivamente offrire un reale cambiamento al sistema. Infatti, diceva G. Bateson: "...la natura cibernetica dell'io e del mondo tende a essere non percepita dalla coscienza, in quanto i contenuti dello schermo della coscienza sono determinati da considerazioni di finalità. La formulazione della finalità tende ad assumere la forma seguente:

D è desiderabile; B conduce a C;
-------------------------------------

Ma se la mente complessiva e il mondo esterno non posseggono in generale questa struttura rettilinea, allora imponendo loro a forza questa struttura ci impediamo di scorgere la circolarità cibernetica dell'io e del mondo esterno. [...] In particolare il tentativo di indurre un cambiamento in una data variabile, situata o nell'io o nell'ambiente, sarà probabilmente intrapreso senza comprendere la rete omeostatica che circonda quella variabile." (Bateson, 1972, p. 485, trad. it. 1976). La circolarità è una caratteristica intrinseca delle relazioni dell'uomo che, per definizione, sono sempre reciproche, circolari e retroattive.

Sulla base di questa premessa, possiamo distinguere due esiti del presupposto epistemologico dello ST. Da una parte vi è l'idea che il terapeuta abbia funzioni direttive e risolutive nell'agire terapeutico; dall'altra parte sembra, però, che ciò avvenga indagando, intervenendo, partecipando alle interazioni del soggetto, ancorché queste

possano essere identificate solamente nella vita interiore dell'individuo. Dal punto di vista sistemico, il primo aspetto – cioè le premesse dello psicoterapeuta – non possono essere accolte. Infatti, con il passaggio alla Cibernetica di Secondo Ordine, la terapia sistemica riconosce come il terapeuta entri nelle decisioni di ciò che è osservato, rinunciando alla propria “obiettività”, per entrare totalmente nell'unità terapeutica. Egli, infatti, non fotografa la realtà, la co-costruisce con gli attori del setting terapeutico; da una parte formulando ipotesi; dall'altra accettando la storia del paziente.

Sembra, invece, plausibile accogliere alcune delle modalità operative dello ST perché in tali processi riscontriamo quanto meno l'apertura alla dimensione della circolarità intesa in senso sistemico, anche se come detto tale apertura può darsi solo implicitamente. Per questo motivo proveremo, in questo primo e necessariamente sintetico approccio, ad evidenziare i metodi di lavoro dello ST e che a nostro avviso potrebbero essere studiati per essere eventualmente integrati nella psicoterapia sistemica, convinti che ciò possa migliorare la capacità di comprensione della complessità dell'individuo e del lavoro terapeutico con la famiglia. Diamo, quindi, un breve sguardo e per linee generali all'impianto teorico dello ST.

### **CHE COS'È LA SCHEMA THERAPY**

Il principale teorico della Schema Therapy è Jeffrey Young, il quale ha studiato a partire dagli anni '90 questo innovativo approccio per la cura di pazienti tradizionalmente considerati “difficili” e resistenti al cambiamento. Esso rappresenta un approccio terapeutico integrato, che coniuga al suo interno elementi derivanti dalla teoria cognitivo comportamentale, dalle teorie dell'attaccamen-

to, terapie centrate sulle emozioni, approcci psicodinamici e teorie della Gestalt. L'idea di fondo è quella di fondere armonicamente varie concettualizzazioni, cercando di superare i limiti di certi protocolli terapeutici, creando così un modello sistematico e strutturato, per rispondere al meglio alle problematiche complesse dell'individuo.

L'assunto teorico di base del modello sostiene che le origini primarie dei disturbi di personalità siano rappresentate dai bisogni emotivi dell'infanzia non soddisfatti, in particolare quelli riguardanti all'abuso e al rifiuto. Ciò può portare allo sviluppo di Schemi Maladattativi, Mode e stili di coping disfunzionali. L'obiettivo primario della Schema Therapy è quello di aiutare i pazienti a soddisfare i loro bisogni emotivi primari in modo funzionale attraverso rapporti interpersonali sani.

Il disagio dell'individuo trova quindi le sue radici nell'infanzia o nell'adolescenza e con la Schema Therapy si tenta di ricostruire lo sviluppo degli schemi maladattativi, analizzarli e comprenderli, renderli egodistonici per il paziente e attraverso il reparenting cercare di colmare, in parte, le carenze che il paziente ha subito durante la sua crescita. Possiamo quindi considerare questo tipo di approccio finalizzato al trattamento degli aspetti patologici di personalità che sottostanno al disturbo o lo mantengono attivo, focalizzandosi sull'individuazione e la modificazione di alcuni aspetti psicologici profondi, come “schemi mal adattativi precoci” (Young, 2007). Young riporta l'esempio di come pazienti trattati con una terapia cognitivo-comportamentale per disturbi in asse I, mostravano inizialmente un miglioramento con una riduzione della sintomatologia, ma (con un alto numero di ricadute) era alto il numero di ricadute. La soluzione

ipotizzata è stata quella di cercare di risalire alle origini profonde del sintomo. In tal modo, secondo lo ST, si è potuto correlare, ad esempio, il disturbo agorafobico di Asse I, con lo schema di “Dipendenza e Vulnerabilità” e attraverso il lavoro su questo schema mal adattivo riportare il paziente ad un maggior livello di funzionalità.

La Schema Therapy si articola in due fasi: la fase di “Assessment e psicoeducazione” e la fase di “Cambiamento” (Young, Klosko, Weishaar, 2007). Nel corso della prima fase il compito principale del terapeuta è quella di individuare gli schemi e i mode che caratterizzano il paziente, comprenderne le origini ricercandole nell’infanzia e nell’adolescenza e creare delle associazioni tra questi e la vita presente. Nella seconda fase vengono utilizzate in modo integrato varie tecniche, quali strategie cognitive, esperienziali, comportamentali e interpersonali, al fine di correggere gli schemi disadattativi, le distorsioni interiorizzate da bambini, rafforzando il mode di Adulto sano.

### ***Schemi, stili di coping e Mode***

Un costrutto teorico centrale nella Schema Therapy è appunto quello di Schema. Uno schema è una struttura conoscitiva organizzata che si sviluppa durante l’infanzia, e si manifesta in alcuni comportamenti, sentimenti e pensieri. Nello Schema sono incluse credenze riguardanti se stessi, il mondo esterno e gli altri, risultanti dall’interazione tra i bisogni infantili di base, temperamento innato e ambiente circostante iniziale. Benché uno schema non sia direttamente misurabile, può essere valutato analizzando la storia del paziente e osservando il modo in cui egli si comporta, le regole e strategie di vita che egli adotta.

L’influenza di vari fattori può portare allo

sviluppo di Schemi Maladattativi Precoci (SMP) e strategie di coping disfunzionali. In particolare, l’interazione tra il temperamento innato del bambino, l’ambiente di crescita, l’influenza delle cure genitoriali, l’aver sperimentato eventi traumatici quali vissuti di abuso, di perdita, o anche il ricevere troppe attenzioni o aspettative e manifestazioni di affetto eccessive, il mancato soddisfacimento dei bisogni emotivi primari, sono considerati fattori predisponenti allo sviluppo di specifici tipologie di schemi.

E’ importante sottolineare che Young considera i comportamenti maladattativi delle risposte ad uno schema, vengono quindi innescati dagli schemi ma non ne fanno parte. Gli schemi risultano resistenti al cambiamento, perché seppur fonte di sofferenza per l’individuo, rispondono al bisogno insito nell’essere umano di coerenza, risultano sicuri e familiari, vengono considerati come delle verità assolute per interpretare gli eventi.

Sono stati individuati 18 schemi maladattativi precoci (vedi tabella) che correlano con i disturbi di personalità e tali schemi sono organizzati attorno a cinque domini. Il primo dominio denominato “distacco e rifiuto”, contiene la credenza di base che i propri bisogni di accettazione e accadimento non saranno corrisposti. Il secondo dominio definito “mancanza di autonomia e abilità” deriva tipicamente da genitori iperprotettivi o, al contrario, da situazioni di estremo abbandono, con conseguente fallimento nel(lo) sviluppare un’identità autonoma e indipendente. Nel terzo dominio rientrano individui caratterizzati da mancanza di regole, con scarsa capacità di autodisciplina e rispetto per gli altri. Nel quarto dominio rientrano gli individui con eccessiva attenzione ai bisogni degli altri, ipercontrollo e inibizione. In que-

sto caso può essere portato all'estremo il senso di inconsapevolezza dei propri bisogni e desideri, reprimendo aspetti importanti della propria personalità per conquistare l'amore e l'approvazione degli altri. Infine, il quinto dominio, riguarda credenze rigide di se stessi, degli altri e del mondo, che può portare all'ipercontrollo, inibizione e cinismo (Young et al., 2007).

L'attivazione di uno schema equivale alla presenza di una minaccia e, secondo Young, le persone possono mettere in atto tre tipi di comportamento in risposta allo schema: resa, cioè un comportamento di convalida dello schema, accomodante e dipendente; evitamento, negando ed evitando ogni situazione che possa attivare lo schema, che può portare all'appiattimento emotivo e isolamento sociale; ipercompensazione, il soggetto reagisce in modo disfunzionale mettendo in atto un comportamento completamente opposto allo schema. Un esempio di modalità di gestione dell'attivazione degli schemi potrebbe essere "io sono inadeguato" quindi evito di trovarmi in situazioni in cui posso sperimentare la mia inadeguatezza (risposta di coping di evitamento); oppure posso utilizzare la strategia di coping dell'ipercompensazione facendo sentire gli altri inadeguati.

Studi dimostrano che la presenza di Schemi Maladattativi rappresentano una delle principali fonti di vulnerabilità verso lo sviluppo di disturbi e la loro valutazione ha importanti implicazioni per la comprensione dell'eziologia e del mantenimento della patologia. Una valutazione attenta degli SMP risulta fondamentale per impostare un adeguato ed efficace trattamento, rendendo meno probabile il rischio di ricaduta (Colman, 2010).

Infine gli Schemi attivano alcuni stati di azione denominati Mode. I Mode sono emo-

zioni, cognizioni e comportamenti specifici che sono attivi in un certo individuo nel qui e ora.

Il concetto di Mode venne postulato da Young in quanto osservò che in pazienti affetti da gravissimi disturbi di personalità sono presenti numerosi, se non tutti i diciotto Schemi Maladattativi. Il mode rappresenta quindi il tentativo di creare una macro unità, al fine di rendere il lavoro meno caotico e più sensibile ai cambiamenti che avvengono momento per momento nel paziente, identificando quale schema e stile di coping sono attivi.

Sono stati osservati dieci tipi di Mode, raggruppabili in quattro categorie: i Mode innati del Bambino, i Mode di Coping Maladattivi, i Mode del Genitore Interiorizzato e il Mode dell'Adulto Sano. Queste quattro parti dialogano tra loro nella testa del soggetto, sono presenti anche nell'adulto psicologicamente sano. I mode in persone affette da disturbi mostrano delle caratteristiche di pervasività, il soggetto si sente sopraffatto da una certa emozione e una parte di sé esclude le altre in una sorta di stato dissociativo. Inoltre i mode patologici sono rigidi, non si adattano alla realtà e il soggetto non ne è consapevole.

## COME INTERVENIRE?

L'intervento terapeutico della Schema Therapy va ad agire su quattro livelli:

- ← A livello cognitivo vengono analizzate e allo stesso tempo modificate eventuali convinzioni disfunzionali del paziente nei confronti degli eventi sia attuali che del passato.
- ← Il livello emotivo viene approfondito attraverso tecniche immaginative ed esperienziali. Ciò permette di aiutare il paziente di ampliare la comprensione

dei suoi schemi passando da un piano puramente razionale ad uno emotivo. Con le tecniche immaginative, si richiamano ricordi negativi dell'infanzia, spesso traumatici. Viene attivato il ricordo immagazzinato nella memoria episodica e il vissuto emotivo connesso. Il terapeuta interviene modificando le immagini e di conseguenza le emozioni connesse. I vissuti di disagio e sofferenza sperimentati nell'infanzia, che hanno dato vita a SMP, tendono a riproporsi in età adulta di fronte a determinati eventi di vita. Andando a lavorare sul ricordo attraverso la tecnica del Rescripting, permette al soggetto la messa in atto di comportamenti più adattativi e funzionali. Nel lavoro terapeutico, una volta identificato il mode disadattativo (es. Genitore punitivo, esigente, ecc.) il terapeuta può dialogare in maniera decisa e spesso contrastarlo prendendo le difese del bambino.

Altre tecniche esperienziali che il terapeuta può utilizzare per favorire il cambiamento sono la Tecnica delle sedie, che vedremo più avanti, e Role Playing.

La relazione terapeutica assume un'importanza fondamentale e diviene strumento di cambiamento attraverso quello che viene definito il limited reparenting. Questo approccio prevede che il terapeuta vada ad appagare attivamente i bisogni emotivi primari, identificando i bisogni insoddisfatti sottostanti i mode ed entrando in contatto con il bambino vulnerabile. Il terapeuta offre al paziente un'esperienza di accudimento, conforto, accoglienza e guida. In terapia non bisogna evitare la sofferenza e probabilmente l'esercizio di imagery utilizzato nella ST è molto impegnativo dal punto di vista emotivo, però per la prima volta il

paziente non soffre solo, ma vive l'esperienza di essere supportato, compreso e le sue emozioni vengano validate, ad esempio dire "Capisco come si è sentita, ora non è sola". Quindi è fondamentale l'atteggiamento empatico del terapeuta, la sua partecipazione, il tono di voce; il terapeuta dovrebbe comportarsi come se realmente avesse davanti un bambino da proteggere. Inoltre potrebbe essere utile rendersi disponibili anche dopo la seduta, ad esempio con contatti telefonici.

In seguito a questa esperienza curativa il paziente vede soddisfatti i bisogni del Bambino vulnerabile ed apprende ad assumere il controllo sulla parte mode Adulto sano. Infatti il terapeuta funge da esempio per costruire l'Adulto funzionale, con il tempo il paziente imparerà lui stesso a contrastare la parte critica e a prendersi cura del Bambino vulnerabile. Grazie al reparenting i pazienti iniziano ad ascoltarsi e a concentrarsi sui propri bisogni.

Infine il livello comportamentale, dove si lavora per la rottura dei pattern comportamentali disfunzionali attraverso esercizi come il problem solving, training sulle abilità, role playing e messa in atto dei comportamenti appresi nel quotidiano. E' importante sottolineare che a differenza della terapia cognitivo comportamentale, questa parte è affrontata alla fine del percorso terapeutico, perché trattarla all'inizio potrebbe portare a un cambiamento comportamentale dovuto a una cambiamento nello stile di coping e non nei vissuti.

**TERAPIA I CON I GRUPPI:  
"LA FAMIGLIA SURROGATA SANA"**

La ST utilizzata con i gruppi (Farrell & Shaw, 2012) viene pensata in particolare per pazienti che soffrono di un disturbo borderline di personalità. In questi casi è stato dimostrato il beneficio prodotto dalla dimensione grupppale della terapia. Gli obiettivi dell'intervento rimangono i medesimi della terapia individuale, cioè il cambiamento degli schemi e mode attraverso esperienze emozionali correttive.

La STG ha un'efficacia amplificata dovuta a fattori specifici che si trovano nei gruppi che arricchiscono e addirittura catalizzano interventi e principi attivi della Schema Therapy. Avviene anzitutto un'espansione del limited reparenting dalla diade della ST individuale all'intero gruppo che diviene una "famiglia surrogata sana". Utilizzando questa analogia il gruppo offre esperienze correttive per attaccamenti mancati, inoltre va ad interagire con i sintomi tipici del disturbo Borderline, come il senso di abbandono, la mancanza di senso di appartenenza, sfiducia nei confronti degli altri, senso di vuoto e inadeguatezza. Viene offerta ai pazienti una casa sicura, in cui riempire le lacune nell'apprendimento emotivo, esperienze di accettazione e riconoscimento. L'utilizzo della metafora "famiglia" consente di riferirsi al gruppo come qualcosa di tangibile, che crea legami reali rispondendo ai bisogni base e permette la ricapitolazione correttiva del gruppo familiare primario.

Infine, un altro aspetto peculiare della STG è la presenza di due terapeuti. Essi non hanno il ruolo di facilitatori passivi, ma sono visti come delle guide attive, dei "direttori d'orchestra". E' necessaria una loro presenza forte, coerente, assertiva e supportiva per ogni paziente e, continuando ad utilizzare la metafora della famiglia, i terapeuti devono compiere le azioni che compirebbero "bra-

vi genitori". La presenza di una Co-terapia è fondamentale per il mantenimento di un contatto sia verbale che non verbale con l'intero gruppo.

### **IPOTESI SU COME CALARE LA ST ALL'INTERNO DELLA TERAPIA FAMILIARE**

La Schema Therapy è attualmente utilizzata in terapia individuale, con le coppie e con i gruppi. Sono, però, in corso studi per estendere questo approccio alla terapia familiare. Di seguito prenderemo in considerazione due tecniche utilizzate nella ST e ipotizzeremo possibili applicazioni in ambito familiare.

L'utilizzo di tecniche esperienziali come quelle immaginative possono presentare alcune criticità quando si lavora con tutti i membri della famiglia presenti, in particolare per il livello di sofferenza che può portare in seduta l'immagine e l'evento richiamati alla memoria. Inoltre questa tecnica, così come formulata dalla ST, può essere applicata con soggetti con età non inferiore all'adolescenza. Tenendo conto di questi limiti, sarebbe interessante individuale una modalità in cui, nel momento dell'imagery rescripting, il terapeuta possa entrare insieme al genitore nell'immagine da riparare evocata dal figlio. In questo modo il terapeuta avrà la funzione di guida e modello per far sì che avvenga un corretto limited reparenting. Viene utilizzata la metafora del terapeuta come "il genitore sano" e con la presenza della famiglia reale in seduta ciò potrebbe rappresentare un fattore facilitante e potenziante il cambiamento.

La tecnica della sedia vuota è un metodo molto utilizzato ed efficace in terapia familiare. Questa tecnica viene inizialmente studiata dai teorici della Gestalt. Essa prevede vari passaggi in cui inizialmente si chiede al pa-

ziente di immaginare che una persona con cui ha una relazione emotivamente intensa (padre, madre, coniuge) sia seduta sulla sedia vuota di fronte a lui, e di parlare a questa persona dei problemi della loro relazione e dei sentimenti specifici verso di lei. Il paziente in seguito cambia sedia e parla come se fosse l'altra persona, e questo mostra come il paziente pensa che l'altra persona lo veda. Inoltre, la tecnica della sedia vuota può essere usata per incoraggiare i pazienti a parlare a parti diverse di se stessi, alle loro paure, ai loro desideri, o sogni, per cercare di confrontare i loro sentimenti ed accettarli come parte del loro essere totale.

Similmente, la Schema Therapy adotta questa tecnica per lavorare su diversi aspetti della personalità del paziente, che vengono messi "fisicamente" su sedie differenti. Spesso il paziente non è consapevole del modo che sta agendo in un dato momento. Il compito del terapeuta è anzitutto quello di fargli rilevare la presenza del modo, proponendo che questa modalità venga successivamente posta su una sedia separata. La sedia dove era seduto il paziente rimane libera per il Bambino Abbandonato. All'inizio il paziente siede sulla sedia del Genitore Punitivo ed esprime tutti i commenti punitivi tipici di questa modalità. Poi siede di nuovo sulla sedia originaria e il terapeuta continua a dire che la sua presenza (parte punitiva) è dannosa e chiede al paziente seduto sulla sedia del Bambino che cosa sta provando. Il paziente può combattere in prima persona la propria parte punitiva, cambiando sedie e giocando diversi ruoli, quali quello dell'Adulto funzionale o del Genitore punitivo. Quando si lavora per contrastare il modo Punitivo il terapeuta agisce in modo sicuro, attacca verbalmente questa parte, costringendo la modalità al silenzio, si potrebbe

perfino agire simbolicamente mettendo la sedia del Genitore punitivo fuori dalla stanza. Si possono utilizzare inoltre più sedie nella stanza, che servono per presentificare altri tipi di mode, come il Protettore Distaccato, oppure si può mettere su una sedia una strategia di coping disfunzionale utilizzata dal paziente. Non bisogna perdere di vista l'obiettivo finale che è sempre quello di entrare in contatto con la parte del Bambino vulnerabile, contrastando le modalità disfunzionali. La rappresentazione con sedia permette un intervento terapeutico più diretto, efficace e consente di aumentare la consapevolezza e il grado di controllo del paziente (Arntz, A., Genderen, V.H., 2011). Per calare questa modalità di uso delle sedie all'interno della terapia familiare, si potrebbe ipotizzare di presentificare i vari modi agiti all'interno della famiglia, rendere consapevoli i vari membri, porre i modi su sedie differenti e farli dialogare tra loro. Si verrebbe a creare un contesto riparatorio, andando a contrastare i modi disfunzionali e favorendo la comprensione e il riconoscimento dei bisogni dell'altro.

## **VERSO UNA POSSIBILE INTEGRAZIONE**

L'impostazione della Schema Therapy è fortemente orientata al paziente e tende a normalizzare piuttosto che patologizzare le problematiche presenti. Ciascun individuo sviluppa specifici modi, schemi e stili di coping, l'unica differenza è che queste caratteristiche sono più accentuate e rigide nei soggetti clinici. Inoltre, lo sviluppo di specifici SMP possono essere considerati adattivi, in quanto permettono la sopravvivenza di fronte ad un ambiente che non soddisfa i bisogni emotivi primari. Ad esempio, in situazioni di abuso o privazione

emotiva nell'infanzia, al bambino farebbe troppa paura pensare che i propri genitori siano cattivi o incapaci di amare. Accettare questo significherebbe che non otterrebbe mai l'amore incondizionato che cerca. Pertanto il bambino, adattivamente, pensa che se solo fosse "abbastanza bravo" l'abuso non avrebbe luogo e sarebbe amato. Questo può portare da adulto alla ricerca di amore continuando a sperare in persone inaccessibili o violente. Diviene perciò necessario analizzare come la vita di un gruppo familiare possa dare origine ad un comportamento che potremo definire come "del paziente designato" e in tal caso osservare la circolarità del processo di minacce e controminacce agite. Da qui sarà possibile lavorare per ricercare un significato al di là del sintomo e aiutare l'individuo ad uscire dalla trappola della patologia, ponendo l'attenzione non più sul singolo individuo ma su tutto il sistema della relazioni familiari.

Su questa linea ci viene in aiuto l'Approccio Sistemico laddove indica come il sistema diventa disfunzionale quando rimane rigido e non offre la possibilità di cambiamento o di uscita. Il sintomo allora viene visto come il rumore di un sistema disfunzionale, ma che ne mantiene la sua omeostasi. Infatti, la teoria Generale dei Sistemi e in particolare la Prima Cibernetica sostengono che un sistema mantiene la sua omeostasi grazie a un meccanismo auto correttivo che è la retroazione negativa. Tra i partner viventi la transazione è sempre circolare ed ogni punteggiatura di tipo lineare, nel senso prima-poi, causa-effetto, non può che essere arbitraria. Il comportamento comunemente designato come schizofrenico, ad esempio, può essere perciò visto come una retroazione negativa potentissima in quanto paradossale, in risposta ad un gioco che

si perpetua attraverso minacce e controminacce per evitare che qualcuno si stacchi e lasci il campo (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1975). Come sosteneva Maria Selvini Palazzoli e i suoi collaboratori (1975), in terapia bisogna accettare che vi sia un comportamento disturbato, evitando tuttavia di definirlo patologico, perché "in tal modo si toglie al sintomo il suo significato relazionale".

Anche solo con questi brevi accenni possiamo vedere come entrambi gli approcci vadano a ricercare la funzione, l'origine e il significato che il sintomo assume in un determinato contesto, partendo dal presupposto che esso si è sviluppato per assolvere una funzione adattativa, in risposta ad una minaccia per la sopravvivenza dell'individuo.

Durante il trattamento con la Schema Therapy è necessario indagare la storia della nascita dello schema e come questi vengono tramandati. Qui, a differenza di quanto avviene nella terapia sistemica, assume un importante effetto terapeutico il mostrare e rendere consapevole il paziente della relazione esistente tra i propri schemi e quelli genitoriali, mostrando una sorta di ereditarietà degli schemi. Secondo la ST ciò porterà il paziente ad apprendere che non era lui ad essere sbagliato, ma che dipendeva da difficoltà appartenenti ai genitori. Capire che i propri schemi sono il frutto di una storia permette di comprendere più a fondo i meccanismi messi in atto e la loro derivazione, di sviluppare un'immagine positiva di sé, perdonarsi e vedere le fragilità genitoriali che hanno caratterizzato il proprio contesto di crescita. Quindi un obiettivo della terapia è capire i mode Genitore disfunzionale ed essere in grado di vederli come gli aspetti negativi interiorizzati dei caregiver, non

come le persone stesse. Nell'ottica sistemica, in particolare con il passaggio alla Cibernetica di Secondo Ordine, è possibile accogliere il modello di indagine e anche servirsi degli schemi come strumenti di ipotizzazione. Ciò, tuttavia, rimane all'interno di una proposta che il terapeuta può fare al fine di sollecitarne l'eventuale conferma del paziente, ma sempre con l'apertura e l'accoglienza all'eventuale storia che l'individuo decide di proporre per parlare di sé.

Il particolare lavoro di indagine della ST, nel continuo richiamo alle relazioni familiari e al sistema di significati che vengono tramandati, potrebbe essere utile per ampliare la comprensione della storia dell'individuo che nella psicoterapia sistemica viene svolto attraverso l'uso del genogramma familiare. Il presupposto è che il disagio o il sintomo personale non riguarda unicamente la persona che lo vive, ma coinvolge l'intero sistema familiare, comprese le generazioni precedenti e come tale può essere meglio compreso all'interno di una storia che comprende più generazioni. Attraverso l'analisi dei rapporti intergenerazionali possono essere maggiormente evidenziati: gli schemi di funzionamento significativi, la trasmissione e la percezione di valori, dei miti, delle regole, dei riti, dei segreti, degli stili di vita, script familiari e dei modelli relazionali proposti e adottati. Una comprensione profonda della propria storia, infatti, permette all'individuo di muoversi oltre il passato.

Mentre fin qui abbiamo potuto vedere aspetti che potrebbero diventare di utile integrazione, dobbiamo allo stesso tempo rilevare alcune importanti differenze epistemologiche tra i due approcci che rispecchiano delle premesse per certi versi antipodiche, sulle quali, evidentemente, è necessario fare grande attenzione.

La ST sostiene, infatti, che per avviare un processo di guarigione occorra focalizzarsi sui bisogni emotivi non soddisfatti durante l'infanzia, i quali hanno turbato il normale processo evolutivo. Solo, poi, attraverso "un'immersione in profondità" il terapeuta potrà riparare i traumi legati al passato. In questo luogo è importante che il paziente arrivi a spiegare e comprendere in modo adeguato il funzionamento delle sue diverse modalità degli schemi per poter rafforzare l'Adulto funzionale e insegnare al Bambino come affrontare le emozioni, facendo sì che gradualmente l'aspetto punitivo e quello del Protettore distaccato non siano più necessarie.

Nella teoria sistemica, al contrario, l'enfasi è sulla comunicazione piuttosto che sui bisogni, basti pensare agli studi condotti da Bateson e Watzlawick sui processi comunicativi e lo sviluppo della patologia. La loro attenzione è sugli effetti pragmatici della comunicazione, anche se oggi possiamo accogliere che livelli comunicativi possano dispiegarsi nella vita interiore del soggetto. Il sintomo è una forma di dis-comunicazione ed è pertanto il prodotto di una certa "cattiva" comunicazione all'interno di un sistema, sia esso esterno o interno. In terapia è attraverso l'uso delle ipotesi e delle domande circolari che si crea un contesto in cui le rigidità presenti si dissolvono, permettendo l'apertura di nuovi circuiti, nuove idee e prospettive. Vengono usate le metafore e le narrazioni come strumenti di cambiamento e per ristrutturare il sistema disfunzionale. Cecchin (2003) sosteneva che l'azione terapeutica non consisterà nel creare libertà assoluta, ma prigionie sempre nuove, offrendo al paziente la possibilità di uscire dalle idee fisse che vengono viste come perfette e favorire l'entrata del soggetto in un'altra

idea da lui scelta. La nascita di nuove idee e significati avviene sempre all'interno di un contesto comunicativo- relazionale. La terapia sistemica, inoltre, sostiene l'importanza della metacomunicazione per riuscire a definire una relazione. Il cambiamento di un sistema può avvenire quando è possibile attuare una chiara ridefinizione delle relazioni. Per quanto riguarda il ruolo del terapeuta, peraltro, dobbiamo considerare che anche lo ST in qualche modo lo rende integrato nel più ampio "sistema terapeutico", anche se non sembra prenderne atto. L'osservatore e l'osservato non sono più separabili, anche se il ruolo talvolta direttivo del terapeuta dello ST sembra nascondere a se stesso che in realtà sta co-costruendo con il paziente un nuovo modo di "stare insieme", che cambia non solo il paziente, ma anche il terapeutica. Così come ampiamente dimostrato all'interno del paradigma della Cibernetica di Secondo Ordine.

Come abbiamo visto, nella Schema Therapy è centrale un ruolo attivo del terapeuta che interviene a rispondere ai bisogni emotivi primari, a riparare i ricordi traumatici attraverso l'uso di varie tecniche. A volte, il terapeuta deve assumere una funzione direttiva, ad esempio quando deve respingere l'aspetto punitivo del paziente. La relazione terapeutica è caratterizzata da un clima empatico e accudente all'interno della tecnica fondamentale del reparenting. Il terapeuta funge quindi da modello e promotore per lo sviluppo dell'Adulto sano, ma nel momento in cui si coinvolge nella dinamica relazionale per ripararla ne rimane coinvolto ed entra sostanzialmente nel "sistema terapeutico". In effetti, come sappiamo dall'esperienza Sistemica, all'interno della relazione terapeutica vengono co-costruite storie, di modo che tra terapeuta e paziente si creano nuove re-

altà possibili. Illuminante in questo senso è l'articolo di Gianfranco Cecchin, "Revisione dei concetti di ipnotizzazione, circolarità e neutralità. Un invito alla curiosità", in cui si parla di ipotizzazione, come tecnica per posizionare la relazione e offrire nuovi copioni; di circolarità, come la capacità di scalzare il sistema di credenze e creare nuove storia; e infine di neutralità-curiosità, ovvero la modalità di sperimentare e inventare punti di vista e mosse alternative. Quindi abbiamo una visione di neutralità del ruolo del terapeuta intesa non come assenza di responsabilità e posizione distaccata, ma come stato di curiosità che spinge ad esplorare nuove modalità di azione. In effetti a differenza della ST, nella terapia sistemica il terapeuta ha un ruolo "meno interventista" e di facilitatore dei processi di cambiamento, in quanto non è colui che insegna o istruisce, ma diviene uno specchio. Egli perturba il sistema e ne cambia il punto di vista epistemologico, fornendo nuovi copioni, nuove lenti per favorire il cambiamento.

## CONCLUSIONI

"Deve esserci un fondo su cui poter cucire queste complesse relazioni, ma la trapunta a quadri non è la storia dei vari pezzi di stoffa di cui è fatta; è la loro combinazione in un nuovo tessuto che dà calore e colore" Bateson (1989).

Nel presente lavoro abbiamo fatto il tentativo di delineare alcuni aspetti dello Schema Therapy, cercando di marcare quegli elementi che potrebbero configurarsi come punti di connessione con la Teoria Sistemica applicata alla psicoterapia. Sono emersi alcuni punti di contatto, a nostro avviso circoscrivibili meramente alle modalità di intervento terapeutico, anche se a livello teorico le differenze rimangono importanti e forse

incolmabili. L'obiettivo principale di questa ricerca era tuttavia quello di individuare possibili percorsi di integrazione per poter accogliere la dimensione così complessa dell'individuo umano nel suo contesto, potendo fornire al terapeuta nuove ipotesi di lettura e strumenti di lavoro. E questo ci sembra possa essere un compito riuscito.

### **Bibliografia**

- Arntz, A., Genderen, V.H. (2011). La Schema Therapy per il disturbo borderline di personalità. Raffaello Cortina, Milano.
- Bateson, G. (1976). Verso un'ecologia della mente, trad. ital. Milano: Adelphi.
- Bateson, G., Bateson, M.C. (1989). Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro. trad. ital. Milano: Adelphi.
- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). Idee perfette. FrancoAngeli, Milano.
- Cecchin, G. Revisione dei concetti di ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un invito alla curiosità. Ecologia della Mente 5\1988.
- Colman, L.K. (2010). Maladaptive Schemas and Depression Severity: support for incremental validity when controlling for cognitive correlates of depression. Trace: Tennessee Research and Creative Exchange, 5.
- Farrel, J., Shaw, I. (2012). Manuale di Schema Therapy di Gruppo per il Disturbo Borderline di Personalità. Istituto di Scienze Cognitive, Sassari.
- Masley, S.A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G., Taylor, M.A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. Cognitive Behaviour Therapy, 41, pp. 185-202.
- Interdisciplinary Journal of Contemporary research in Business, 3, pp. 207-224.
- Morin, E. (1983). Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione. Trad.ital. Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F., (1975). Paradosso e Controparadosso. Feltrinelli. Milano.
- Young, J. E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2007). Schema Therapy. La terapia cognitive-comportamentale integrate per I disturbi della personalità. Eclipsi, Firenze.
- Telfener, U., Casadio, L. (a cura di) Sistemica, (2003). Voci e percorsi della complessità. Bollati Boringhieri, Torino.

# **Verità, Storie e Pregiudizi: un'analisi sistemica del film "Don Juan De Marco Maestro d'amore"**

Agostino Curti <sup>17</sup>

## **Sommario**

Il presente lavoro nasce dalla volontà di approfondire i concetti teorici di Verità, Storie e Pregiudizi come elementi essenziali della terapia, prendendo spunto dalla lettura del testo "Verità e Pregiudizi" di Cecchin, Lane e Ray.

L'autore, partendo dalla definizione dei tre concetti e dalla loro declinazione in ambito sistemico, analizza le scene più significative del film "Don Juan De Marco Maestro d'amore", al fine di rendere più concreta la teoria che sta alla base del testo.

In particolare, viene dimostrato come l'incontro fra terapeuta e paziente sia essenzialmente un incontro fra due realtà/verità ugualmente valide e meritevoli di rispetto, fra storie e pregiudizi che non devono essere eliminati ma piuttosto accolti e combinati, in modo da produrre nuove visioni e nuove prospettive. Perché, in fondo, realtà e irrealtà sono solo diverse posizioni da cui si guarda una narrazione.

## **Parole chiave:**

Verità, Pregiudizi, Storie, Curiosità, Rispetto, Ri-narrazione.

## **Abstract**

*The purpose of this work is to deepen the theoretical concepts of Truth, Stories and Prejudice as essential elements of the therapy, taking a cue from text reading "Truth and Prejudice" by Cecchin, Lane and Ray.*

*The author, starting from the definition of the three concepts and their variation with the systemic analyzes the most memorable scenes of the movie "Don Juan De Marco Maestro d'amore", in order to make more concrete the theory that underlies text.*

*In particular, it is shown how the encounter between therapist and patient is essentially a meeting between two reality/truth equally valid and deserving of respect, between stories and prejudices that should not be deleted but rather welcomed and combined to produce new visions and new perspectives. Because, after all, reality and unreality are only several locations from which you look at a narrative.*

## **Key words:**

Truth, Prejudices, Stories, Curiosity, Respect, Ri-narrative.

---

<sup>17</sup>Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: agostinocurti@alice.it

## VERITÀ

Se cerchiamo sul dizionario il significato del termine “verità”, troviamo: Rispondenza al vero, alla REALTA’.

Ciò che è vero, rispondente alla REALTA’, in relazione a determinati fatti.

Ciò che è VERO IN ASSOLUTO (in filosofia e teologia).

Come si può notare, il concetto di verità è strettamente legato a quello di realtà e ciò introduce il problema del “che cosa è reale”.

Uno degli autori di riferimento della teoria e dell’approccio sistemico, che più si è occupato di questo argomento, è Heinz Von Foerster. Il punto di partenza della sua riflessione è come sia possibile la conoscenza del mondo che ci circonda, da cui deriva il problema se la nostra conoscenza ci mostri una realtà già esistente, indipendente da noi, oppure se tale realtà sia una nostra costruzione.

In altri termini, <<è il mondo la causa primaria e la mia esperienza la conseguenza o è la mia esperienza a essere causa primaria e il mondo la conseguenza?>> (Von Foerster, 1996, p. 34) <sup>18</sup>.

Von Foerster sostiene che gli oggetti che vediamo e gli eventi che viviamo non sono esperienze primarie, fatti oggettivi, ma rappresentazioni di relazioni: scrisse che il mondo, come lo percepiamo, è una nostra invenzione. Non a caso uno dei suoi libri più noti, che riporta una conversazione del 1997 fra lui e il giovane giornalista Benhard Parksen, si intitola “La verità è l’invenzione di un bugiardo”.

La realtà non esiste e non c’è qualcosa

che possa dirsi oggettivo, poiché tutto ciò che è, è prodotto solo dalla percezione sensibile. Essa viene intesa quindi come *costruzione del soggetto*.

Gli oggetti del mondo vengono costruiti attraverso la nostra attività nel mondo stesso; in tale prospettiva, non si può neppure affermare che il mondo abbia degli oggetti poiché, nel momento in cui si utilizza il termine “mondo”, si sta già compiendo un’inferenza riguardo alla nostra esperienza.

Anche le caratteristiche e le proprietà che si crede risiedano nelle cose si rivelano, in ultima analisi, essere proprietà dell’osservatore.

L’osservatore è quindi colui che ordina e organizza un mondo costruito dalla sua esperienza: egli è, al tempo stesso, il costruttore e l’ordinatore della realtà, colui che stabilisce un ordine fra i tanti possibili: *non un ordine qualsiasi, bensì quello a lui più utile e funzionale alle proprie attività*.

Questo mutamento di prospettiva provoca il passaggio dalla cibernetica di 1° ordine, che studia le modalità di funzionamento dei sistemi considerandoli separati dallo osservatore, alla cibernetica di secondo ordine, dove viene reintrodotta il ruolo dell’osservatore nella costruzione della realtà osservata. La “distruzione” della verità ha, per Von Foerster, anche un immediato effetto etico: *impone ad ogni individuo il rispetto di tutte le visioni e l’assunzione di una forte responsabilità rispetto a quanto si dice e si fa*. Se, inoltre, la realtà è una costruzione, allora è valido quello che Von Foerster chiama “imperativo etico”: agisci sempre in maniera che il numero delle pos-

---

<sup>18</sup> “Attraverso gli occhi dell’altro”

sibilità cresca. Si deve agire, cioè, in modo da produrre nuove possibilità percettive: questo è possibile solo a patto che si amplino le libertà degli altri individui e delle comunità umane.

Da un principio di questo tipo scaturiscono conseguenze anche per la vita pratica degli uomini, per esempio in ambito educativo: poiché non esiste una sola, ma tante verità quanti sono gli uomini, allora non solo l'insegnante ma anche l'allievo ha una verità da insegnare. Va abbandonata l'idea dell'allievo come semplice ricettore di una verità esistente al di fuori di lui e, allo stesso modo, l'insegnante deve diventare un "ricercatore" che stimola gli allievi ad elaborare il sapere e a collaborare in un clima di reciproca fiducia.

Analogamente, è da riconfigurare il rapporto fra psicoterapeuta e paziente con problemi psichici.

Von Foerster dimostra che alcune malattie psichiche sono tali solo in certi ambienti culturali e terapeutici, ma se molte delle patologie psichiche sono costrutti culturali, allora si devono modificare il significato di malattia e il corrispondente atteggiamento del terapeuta: egli deve fare in modo che la persona sofferente sostituisca da sola le rappresentazioni della realtà che provocano dolore con quelle che producono sensazioni più piacevoli. Si passa quindi da una visione statica e passiva del paziente a una concezione dinamica che concede il massimo spazio ad un dialogo bidirezionale, dove ognuno presta grande attenzione alle parole dell'altro, cercando, per quanto possibile, di porsi nella prospettiva da cui questi muove.

Anche il pensiero costruttivista di Maturana e Varela, ponendo l'accento sull'osservatore e sui suoi costrutti mentali, ha una

notevole importanza nella cibernetica di 2° ordine: la conoscenza non è più oggettiva, ma diventa una conoscenza costruita attraverso l'autoriflessività e i sistemi viventi assumono le caratteristiche di sistemi autonomi e autoroganzanti.

La visione post-moderna in terapia sistemica, *accetta tutti punti di vista, tutte le narrative, non giudica i punti di vista come migliori o peggiori in assoluto, poiché non esiste una verità che abbia valore assoluto, ma esistono verità che hanno un valore e una validità locale.*

Si passa così dal costruttivismo al costruzionismo sociale.

Con questo passaggio anche il modo di fare terapia sistemica subisce dei cambiamenti, come dimostra l'evoluzione del modello di Milano.

Gli obiettivi della terapia non sono più i sintomi e i pattern comportamentali, ma le *premesse epistemologiche e i sistemi di significato*: il terapeuta deve creare un contesto di deutero-apprendimento, in cui il paziente possa trovare le proprie soluzioni. L'attenzione è rivolta, cioè, al cambiamento della visione del mondo del paziente e al cambiamento della storia in cui egli è immerso.

La tecnica terapeutica diventa quella dell'esplorazione, dell'empatia, dell'ascolto e del calore umano del terapeuta. Si comincia, inoltre, a prestare attenzione al mondo interno del terapeuta, alla connessione fra le varie esperienze teoriche e pratiche e al mondo interno del paziente, nonché alla relazione *fra i due mondi* e i vari sistemi in cui sono inseriti. Lo scopo della terapia diventa quello di aiutare il paziente a riorganizzare i propri sistemi interni.

## STORIE

Il passaggio dal costruttivismo al costru-

zionismo suscita un particolare interesse per la narrativa e, quindi, per le storie.

La nostra vita è regolata da attribuzioni di significato, da interpretazioni che costituiscono le griglie per determinare e decodificare il mondo in cui viviamo e il modo in cui ci muoviamo in esso. I sistemi di credenze possono venir pensati come storie - contestualmente e temporalmente definite - che noi, in quanto esseri umani, condividiamo all'interno di una stessa cultura e che narriamo per organizzare le nostre esperienze e per orientarci nel vivere. Queste storie derivano dal rapporto tra ciò che ci è capitato fino a quel momento e ciò che ci aspettiamo succeda; dal rapporto tra presente, passato e futuro; dal rapporto tra i vincoli e le possibilità del nostro quotidiano. Sono storie uniche che noi costruiamo soggettivamente, pur all'interno della nostra comunità di appartenenza.

La narrazione organizza dunque la struttura dell'esperienza umana: le persone conferiscono senso alla loro vita attraverso il racconto delle loro esperienze. L'atto stesso di raccontare fornisce l'opportunità di creare una versione differente della nostra vita e, quindi, di noi stessi. Fin da bambini, per poterci spiegare ciò che avviene e poter avere l'illusione di controllare gli eventi, organizziamo/semplifichiamo/costruiamo la nostra esperienza in storie (Bruner, 1990). Ciascuno porta poi la propria storia/identità con sé, scrivendone la trama in avanti e riscrivendola a ritroso con maggiore o minore flessibilità.

Telfener (1997) sostiene che, se pure l'idea di entrare in contatto con la molteplicità delle versioni di vita sia interessante e, a volte, plausibile, questa capacità coinvolga solo persone soddisfatte di sé e capaci di ipotizzare più percorsi possibili, di prendere

in considerazione più premesse per il proprio agire. Questo discorso non è più valido di fronte alla patologia, in cui sembra che gli individui si trovino in una situazione di apprendimento zero (Bateson, 1972), chiusi cioè in un circuito di premesse ed azioni ricorsivamente collegate e nell'impossibilità di uscire da tale circuito. Chi presenta sintomi psicopatologici utilizza spesso categorie rigide e tende a rileggere la propria vita utilizzando sempre le medesime categorie.

Gli individui ricercano una coerenza nella loro storia, quasi che sia questa coerenza a confermare la loro identità e non tutti accettano di raccontare storie diverse, caratterizzate da incongruenze o da scelte che appaiono in conflitto tra loro. La possibilità di "cambiare idea", come pure la possibilità di rendere più complessa la propria immagine di sé, inoltre, raramente può realizzarsi in solitudine: la creazione di narrazioni alternative è più facile nel contesto di un dialogo con un interlocutore vissuto come prestigioso. Il contesto terapeutico e il dialogo che in terapia si inizia e si porta avanti sembrano costituire dunque un'occasione privilegiata per costruire una differente versione che permetta di leggere e interpretare in maniera diversa gli eventi.

La metafora narrativa può venire utilizzata per descrivere ciò che gli individui portano in seduta. La sofferenza, allora, è vista come l'espressione di una *inadeguatezza tra le storie che le persone raccontano di se stesse e la propria esperienza attuale*.

Potremmo definire la terapia come uno spazio condiviso, definito contestualmente e temporalmente, in cui sia possibile mettere in discussione le mappe e le storie limitate che si portano con sé e in cui sfruttando la forza empatica dell'incontro

stesso - sia favorita l'esplorazione di versioni differenti degli eventi relazionali. Il clinico entra nella narrazione del paziente, mette in dubbio alcune consequenzialità, collega fatti, ricordi, emozioni, particolari isolati tra loro, ampliando così la gamma delle possibilità di scelta.

Alcuni autori (per esempio, Fruggeri, Ugazio e White) parlano di *decostruzione delle premesse e delle storie* piuttosto che di costruzione di nuove narrazioni, pur nel rispetto assoluto delle trame dei clienti. Le domande e i commenti servono per mettere in discussione la coerenza delle spiegazioni e delle premesse che vengono portate in seduta; le proposte di trame più complesse, allo stesso modo, permettono di rendere più flessibile e più ampia la prospettiva, purché rispettino la plausibilità delle mappe presenti, introducendo allo stesso tempo novità e stupore. Insieme si esplorano letture differenti del canovaccio presentato, si ampliano le possibilità, si mutano i punti di vista, si rilegge la storia utilizzando premesse diverse, si favoriscono o inventano nuove soluzioni.

Fruggeri (1991) sostiene che, se il clinico introduce premesse diverse da quelle condivise da uno o più membri di un sistema, questi rileggono le informazioni proposte per disconfermare la nuova ipotesi e convalidare le proprie premesse. Quando invece il clinico "accetta le mappe e premesse proposte e lavora invece sulla coerenza fra descrizioni, spiegazioni, significati e mappe, la rigidità iniziale incomincia ad incrinarsi, fino al punto in cui qualcuno all'interno del sistema propone una spiegazione che lascia intravedere una mappa diversa e permette di seguire una traccia alternativa".

Un aspetto fondamentale riguarda sicu-

ramente la posizione del clinico in questo processo.

Anche i clinici, infatti, oltre ad ascoltare, utilizzano spiegazioni o narrazioni in base, tra le altre cose, a chi sono, alla fase del loro ciclo professionale, alla loro storia personale e professionale e al loro paradigma di riferimento. L'ascolto dipende anche dalla capacità di stupirsi propria del singolo clinico, dal suo senso di meraviglia, dalla disponibilità ad accettare come unico e singolare l'intreccio che ciascuno porta in consulenza. White (1992) ci spiega con molta efficacia quanto siano importanti le categorie che i clinici utilizzano nel narrare, per decodificare e descrivere la situazioni, al fine di non bloccare l'evoluzione del sistema, di per sé inevitabile. Non credere alla necessità della patologia permette di decodificare gli eventi utilizzando altre metafore, non cadendo quindi nel rischio iatrogeno della reificazione.

Il processo terapeutico diventa "semplicemente" un processo di *ri-narrazione* delle storie, in cui i pazienti recuperano la possibilità e la capacità di essere autori, tramite l'interazione con il terapeuta; un intreccio di narrazioni condivise, in cui i temi portati dal paziente sono dapprima de-costruiti, quindi ricostruiti fino a formare narrazioni che possono fornirgli metafore più adatte, nuove rappresentazioni di se stesso nel passato, nel presente e nel futuro.

## **PREGIUDIZI**

Il termine *pregiudizio* (dal latino *prae* – prima e *iudicium*-giudizio) può assumere diversi significati che hanno tutti in qualche modo a che fare con la nozione di "giudizio prematuro", cioè parziale e basato su argomenti insufficienti.

In psicologia sociale, quando si parla di

pregiudizi, ci si riferisce a un tipo particolare di atteggiamenti. Più precisamente, essi sono posizioni di favore o sfavore che hanno per oggetto un gruppo e si formano nelle relazioni fra esso e gli altri gruppi.

Un pregiudizio, generalmente, è basato su una preferenza immotivata per un particolare punto di vista o una particolare ideologia; un tale pregiudizio può portare ad accettare o rifiutare la validità di una dichiarazione, non in base alla forza degli argomenti che la supportano, ma in base alla corrispondenza con le proprie idee preconcepite, senza alcuna riflessione.

Ciò non significa che, prima di affrontare qualsiasi questione, sia necessario liberarsi da ogni pregiudizio, ma solo che di ogni pregiudizio va assunta piena consapevolezza, al fine di relativizzarne il peso e di abbandonare qualsiasi pretesa di verità a priori che ci impedirebbe di accettare storie diverse dalle nostre.

Anche i terapeuti sono soggetti a pregiudizi: ognuno, infatti, predilige determinate idee, interpretazioni, strutture, metafore, azioni, disturbi e stili. Tali "riverite preferenze" li portano costantemente a modellare le conversazioni e l'intera terapia secondo i propri desideri.

Cecchin, Lane e Ray ci dicono che <<quando parliamo di pregiudizi intendiamo ogni serie di fantasie, idee, verità accettate, sentimenti, preconcezioni, nozioni, ipotesi, modelli, teorie, sentimenti personali, stati d'animo e convinzioni nascoste: di fatto, ogni pensiero preesistente che contribuisca, in un incontro con altri esseri umani, alla formazione del proprio punto di vista, delle proprie percezioni e delle proprie

azioni>> (Cecchin, Lane e Ray, 1997, pag. 7)<sup>19</sup>.

Ovviamente ciò che conta non sono solo i pregiudizi del terapeuta, ma anche i preconcezioni e le opinioni dei clienti. La terapia, infatti, avviene *nell'interazione fra i pregiudizi dell'uno e dell'altro*. Essa implica uno scambio costante tra i due, in cui le azioni e le espressioni dell'uno sono costantemente ispirate, assumono significato, vengono modellate e modellano quelle dell'altro, in un circuito cibernetico.

Il movimento narrativo (Goolishian e Anderson, Andersen, White, Hoffmann e altri) ha enfatizzato l'aspetto della *storia del cliente come storia di significati*, cercando di evitare che il terapeuta assuma la posizione di "esperto". Gli autori invitano il terapeuta a diventare un ascoltatore attivo, non facendo nulla che possa interrompere la formulazione della storia da parte del cliente: al massimo, il terapeuta può co-creare la storia attraverso un dialogo teso a proteggere il cliente dai pregiudizi e dalle interferenze del terapeuta stesso. Questi non deve imporre nessun punto di vista al cliente, ma deve assumere una posizione di "non-autorità", di definitivo rispetto per la fantasia del cliente e di ridimensionamento dell'imposizione dei propri pregiudizi.

Il pericolo implicito nei pregiudizi è che, se esasperati, essi possono arrivare ad essere confusi con la realtà: quando un terapeuta diventa eccessivamente "fanatico" nei confronti di uno specifico orientamento, pone l'adesione ad esso al di sopra dei bisogni del cliente, correndo il rischio di non essere in grado di vedere nulla se non con il filtro di tale modello.

---

<sup>19</sup>Verità e pregiudizi - Un approccio sistemico alla psicoterapia"

D'altra parte, i pregiudizi personali riguardanti l'essere di aiuto o il desiderio di svelare la realtà al cliente possono, a volte, prevalere sullo stesso modello terapeutico di riferimento, per cui i terapeuti che credono fortemente nel concetto di aiuto finiscono per accettare acriticamente una premessa ampiamente condivisa nel mondo occidentale: l'aiuto è sempre qualcosa di buono. Tale premessa diventa la luce-guida del lavoro terapeutico, trascurando il fatto che considerare il cliente come un povero individuo sofferente e bisognoso di compassione potrebbe diventare un atteggiamento non rispettoso nei suoi confronti.

Il punto di vista dei terapeuti sistemici è quello di accettare la possibilità di dubitare delle proprie idee, nella teoria e nella pratica, e di imparare in qualche modo a convivere con esse. Alla base della terapia sistemica c'è consapevolezza del terapeuta che le sue idee non sono verità astratte, ma pregiudizi derivanti dalla sua esperienza di vita e quindi passibili di cambiamento e utilizzabili nel rapporto terapeutico.

I terapeuti possono divenire più umili e più consapevoli della propria partecipazione al "dramma della terapia", affrontando, accettando, mettendo in discussione e utilizzando le limitazioni derivanti dai propri pregiudizi. Abbracciare la "verità dell'assurdo" li incoraggia a recitare più liberamente nel teatro della terapia, permettendo loro di non essere mai troppo seri su qualcosa, comprese le storie e le grandi "storie di storie" che costituiscono l'essenza della terapia stessa.

I terapeuti consapevoli dei propri pregiudizi, pronti a metterli in discussione, diventano più vivaci e curiosi, e si sentono liberi dalla proibizione di allontanarsi dall'ortodossia.

Ai terapeuti è utile coltivare sempre un pic-

colo dubbio riguardo a ciò che stanno pensando e osservando, per evitare di diventare eccessivamente entusiasti e, quindi, pericolosi per i clienti.

Di solito, si può presumere che più i clienti sono convinti dei loro pregiudizi, più sono insicuri. Di fronte a questa insicurezza, il terapeuta può incuriosirsi e domandarsi perché la persona abbia così bisogno di ancorarsi a quel pregiudizio: l'esperienza ci dice che quando i clienti si tengono così tenacemente stretti ad una convinzione è perché da essa dipende la loro stessa identità.

La tensione che si genera fra i pregiudizi del terapeuta e quelli del cliente costituisce l'essenza della terapia: è importante sforzarsi di mantenere un buon livello di tensione piuttosto che permettere che essa scivoli in una rigida situazione di impasse.

Il terapeuta, rispetto al cliente, può concedersi più facilmente il lusso di dubitare di tutto. Ci sono però situazioni in cui questo privilegio è più difficile da conseguire, per esempio quando si lavora in un contesto con un'ideologia rigida: il dogma dell'istituzione trionfa e, in una certa misura, dirige il lavoro del terapeuta.

Il terapeuta dovrebbe invece avere la possibilità di mostrarsi apertamente ai colleghi (e questi, ovviamente, dovrebbero essere in grado di discutere pregiudizi differenti senza critica/prevaricazione), partendo dal presupposto che in qualsiasi conversazione *ogni idea abbia uguale dignità e uguali diritti*.

### **"DON JUAN DE MARCO MAESTRO D'AMORE": un'analisi sistemica**

Se dovessimo descrivere brevemente la trama di questo film di Jeremy Leven del 1995, potremmo raccontarla più o meno così:

*Il giovane John Arnold De Marco (Johnny*

*Depp) pensa di essere Don Giovanni, il più grande seduttore di tutti i tempi. Mascherato e avvolto in un mantello, dopo aver tentato di togliersi la vita per una delusione d'amore, si sottopone al trattamento psichiatrico del dottor Jack Mickler (Marlon Brando), perché lo curi liberandolo dal suo palese delirio. Ma le sessioni psichiatriche hanno un effetto inatteso sullo staff medico, in particolare sul dottor Mickler che riesce a riaccendere la passione ormai spenta del suo matrimonio.*

Il film sembrerebbe, né più né meno, la storia di una patologia e dell'incontro fra un paziente e lo psichiatra che lo cura. Ma adottando una prospettiva sistemica, potremmo "leggerlo" in un altro modo...

È la voce dello stesso protagonista ad accompagnare le prime scene, introducendo la storia che definisce la sua identità:

*"Mi chiamo Don Juan De Marco. Sono il figlio del grande spadaccino Antonio Garibaldi De Marco, che è stato tragicamente ucciso per difendere l'onore di mia madre, la "muy hermosa" donna di Santiago di San Martino. Io sono il più grande amatore del mondo. Ho fatto l'amore con più mille di donne. Ho compiuto ventun anni martedì scorso. Nessuna donna ha lasciato le mie braccia insoddisfatta. Solo una mi ha rifiutato e, come vuole la sorte, è l'unica che abbia mai contato per me. Ecco perché, all'età di ventun anni, mi sono determinato a porre fine alla mia vita...ma prima un'ultima conquista..."*

Il giovane si presenta vestito con un lungo mantello nero e una maschera che gli copre gran parte del viso e tanto basta per far sì che la sua storia venga considerata folle da chi lo incontra: la donna che seduce al ristorante gli chiede, ridendo, se ci sia una festa in maschera in corso e più tardi, quando il

giovane sale sul tetto per suicidarsi, il poliziotto giunto sul posto definisce il suo caso "roba per superstrizzacervelli".

Il dr Mickler, lo psichiatra prossimo alla pensione chiamato sul posto per convincerlo a scendere, trovandosi di fronte il ragazzo che gli chiede, puntandogli la spada, "Dónde estas Don Francisco?", adotta invece un approccio completamente diverso.

J: *"Dov'è Don Francisco De Silva? Non mi batterò con nessun altro"*

M: *"Eh..."*

J: *"Dov'è?"*

M: *"Don Francisco De Silva...è partito per Maiorca questo weekend, ma io sono suo zio, Don Octavio Del Flores"*

J: *"Oh, ma così non va bene. Io devo morire per mano di Don Francisco. Io sono Don Juan De Marco"*

M: *"Voi siete il vero Don Juan?"*

J: *"Esattamente"*

M: *"Ma perché, con così tanti successi... il grande Don Juan vuole porre fine alla sua vita?"*

J: *"Perché non è rimasto nulla per cui vivere"*

M: *"Volete dire che non c'è proprio nulla?"*

J: *"No, dal momento che la mia Doña Ana è tutto"*

M: *"Ah... Il suo nome è Doña Ana"*

J: *"Ora comprendete perché devo morire. Chiedo solamente che sia per mano di Don Francisco. In modo che possa essere detto che sono morto per mano di un degno avversario"*

M: *"Don Juan, questa giovane, ehm, Doña Ana deve essere molto speciale. Mi piacerebbe molto sentirti parlare di lei"*

J: *"Non avete mai incontrato una donna che vi ha ispirato ad amare fino a quando tutti i vostri sensi non sono pieni di lei?"*

M: *"Non dubito che perdere un amore come*

questo possa essere molto doloroso. Ma perché perdere la speranza e la vita? Perché perdere tutto? Non dovete dimenticare, amico mio... che il potere del vostro amore... che il potere dell'amore di Don Juan è eterno e non può essere rifiutato.

J: "Vi chiedo scusa per questa esibizione poco virile, Don Octavio"

M: "Prego" (invitandolo a scendere)

J: "Accetto"

M: "Bravo"

Il dr Mickler ha un obiettivo concreto e immediato: far scendere il ragazzo dal tetto. E sa che, per convincerlo, deve trovare un punto di contatto con lui. Comprende subito che l'unica cosa che può fare è rispettare il suo delirio e seguirne la scia; non lo deride per il suo abbigliamento e non si lancia in premature interpretazioni, né gli chiede per quale motivo voglia incontrare il fantomatico Don Francisco De Silva. Non entra in simmetria con lui ma, mettendo in atto un originale stratagemma, si presenta come Don Octavio, lo zio di Don Francisco. Non lo squalifica, dunque, né ingaggia con lui un inutile braccio di ferro ma, mostrandosi ai suoi occhi come una figura accogliente e protettiva, lo induce a desistere dal suo proposito.

Il Dr Mickler "entra" letteralmente nella storia di Don Juan e, in questo modo, riesce a rapportarsi con lui; definendosi personaggio del suo mondo, gli concede ciò che altri gli hanno negato: uno spazio esistenziale. Quello stesso spazio che non viene invece concesso dall'èquipe dell'ospedale psichiatrico in cui Juan viene condotto.

Il dottor Bill, a cui viene assegnato il caso, affronta così il primo colloquio con il ragazzo.

B: "Vuole, ehm...? Vuole parlare del motivo per cui ha cercato di suicidarsi?"

J: "Voi volete che Don Juan De Marco, il più grande amatore del mondo, parli con voi? Che ne sapete voi del grande amore? Avete mai amato una donna fino a quando del latte non è uscito dal suo corpo come se ella avesse appena dato alla luce l'amore stesso e come se lo dovesse a tutti i costi nutrire? Avete mai assaggiato una donna fino a convincerla di poter essere soddisfatta solo assorbendo la lingua che l'ha appena divorata? Avete mai amato una donna così completamente che il suono della vostra voce nel suo orecchio può farla tremare ed esplodere in un piacere tanto intenso da poter essere rilasciato solo dal pianto? Dov'è Don Octavio Del Flores?"

B: "Chi? Ehm... Chi?"

J: "Il mio ospite presso questa villa" (pronunciato alla spagnola)

B: "Villa? Villa? Ah, villa"

J: "Sì, villa"

B: "Villa"

J: "Dov'è Don Octavio?"

B: "Intende il dottor Mickler?"

J: "Chi?"

B: "Ehm... perché pensate che il dottor Mickler sia, ehm, Don Octavio Del Flores?"

J: "Perché voi pensate che Don Octavio Del Flores sia il dottor Mickler?"

I due sembrano parlare lingue diverse. Non c'è, da parte di Bill, alcun interesse per la storia di Juan e lo psichiatra appare completamente smarrito quando il giovane nomina Don Octavio. Insiste nel riportarlo alla "sua realtà" e si arrabbia molto con il dr Mickler che invece lo ha assecondato.

Bill, e con lui gli altri membri dell'èquipe, sembrano schiavi di uno dei pregiudizi illustrati da Cecchin: quello per cui la tipologia è un mito. La tipologia, in questo caso, è la classificazione diagnostica: il ragazzo è stato etichettato come schizofrenico e, come

tale, va trattato. Non c'è spazio per altro. Cecchin invece, ci dice che, quando entriamo nella stanza di terapia e conversiamo con un paziente o una famiglia, tutte queste classificazioni diventano inutili. La classificazione appartiene ad un livello logico diverso dal livello dell'azione e della conversazione terapeutica; come afferma Bateson, il tentativo di utilizzare i risultati della ricerca come base per la conduzione terapeutica è un errore logico. La classificazione deve diventare irrilevante per la conversazione terapeutica; per questo i sistemici usano con molta "leggerezza" le etichette diagnostiche: per evitare reificazioni. Dobbiamo ricordare che queste parole si basano semplicemente sui nostri temporanei pregiudizi verso una determinata persona in un determinato momento, sono solo tentativi "passeggeri" di dare un senso a ciò che sta accadendo. Dopo questo "fallimento terapeutico" il dr Mickler ottiene di poter seguire il caso e ha un primo colloquio con Juan.

M: *"Ho delle pillole. E... Vorrei che lei le prendesse. Credo che la aiuteranno"*

J: *"Pillole per fermare le illusioni? Beh, allora temo che dovremmo prendere queste pillole insieme...perché voi siete gravemente illuso"*.

M: *"Beh, io che illusioni ho?"*

J: *"Questa fantasia secondo cui siete un certo, ehm, dottor Mickler. Voi mi deludete molto, Don Octavio. Sono molto deluso"*.

Il tentativo di riportare il ragazzo ad un'"altra realtà" è un buco nell'acqua, quindi il colloquio si conclude con un patto: il dr Mickler ascolterà la sua versione dei fatti e se alla fine non sarà convinto, potrà far ricoverare il ragazzo.

Juan ha finalmente il "permesso" di raccontare la sua storia ricca di incredibili e avventurose vicende: nato in Messico dal grande

amore fra lo spadaccino Don Antonio e la bellissima Doña Inez, fin da bambino ha sedotto le donne di tutte le età che lo hanno avvicinato e ha capito che il suo destino sarebbe stato diventare il più grande amante di tutti i tempi.

Il Dr Mickler fa delle domande (*"Sei italiano, messicano o spagnolo?"*, *"Scusa. Tuo padre era il Re del Ballo qui a New York, ad Astoria?"*) quelle che, secondo Fruggeri, servono per mettere in discussione la coerenza delle spiegazioni e delle premesse che vengono portate in seduta. Inizia ad insinuare dei dubbi (*"Credevo che avessi detto che tua madre era lì alla luce del sole"*), ma senza contraddire apertamente Juan e continuando a rispettare la sua realtà.

Realtà che lo affascina al punto da portarsi il lavoro a casa e da condividere con sua moglie ciò che sta accadendo in ospedale. Il suo capo, intanto, preme perché il giovane assuma dei farmaci. Il dr Mickler prende tempo (*"Questo ragazzo è fantastico...se gli do dei medicinali, Paul, non riuscirò mai ad entrare in questo suo mondo"*). Successivamente, prova a somministrare un Rorschach, ma Don Juan rimane fermo sulle sue premesse.

Affronta allora la questione da un altro punto di vista:

M: *"Perché non parliamo di chi sono io?"*

J: *"Sì, io so chi siete voi"*

M: *"Chi sono?"*

J: *"Siete Don Octavio Del Flores, zio di Don Francisco De Silva"*

M: *"E dove ci troviamo?"*

J: *"Beh, non ho visto alcun atto di proprietà, ma do per scontato che questa villa sia vostra"*

M: *"Cosa diresti a qualcuno che, ehm... ti dicesse che ti trovi in un ospedale psichiatrico... e che tu qui sei un paziente, e che io*

sono il tuo psichiatra?”

J: *“Direi che costui ha un modo limitato e poco creativo di osservare la situazione. Sentite, voi volete sapere se io comprendo che questo è un ospedale psichiatrico. Sì, questo lo comprendo. Ma allora come posso dire che voi siete Don Octavio e io un ospite nella vostra villa, giusto?”*

M: *“Sì”*

J: *“Vedendo oltre ciò che è visibile all'occhio nudo. Ora, c'è chi non condivide le mie percezioni, questo è vero. Quando dico che tutte le mie donne sono bellezze abbaglianti, essi obiettano. Il naso di questa è troppo grosso. I fianchi di quest'altra sono troppo larghi. Magari i seni di una terza sono troppo piccoli. Ma io vedo queste donne per come sono realmente: gloriose, luminose, spettacolari e perfette. Perché io non sono limitato dalla mia vista. Le donne reagiscono a me in questo modo, Don Octavio, perché percepiscono che io cerco la bellezza che giace al loro interno fino a quando essa non soppraffà tutto il resto. E poi esse non possono evitare il loro desiderio di rilasciare quella bellezza e di avvolgermi in essa. Dunque, per rispondere alla vostra domanda, mi è chiaro come il sole il fatto che questo grande edificio in cui ci troviamo è la vostra villa. È casa vostra. E per quanto vi riguarda, Don Octavio Del Flores... voi siete un grande amatore come me nonostante abbiate perduto la via e l'accento”.*

Il dr Mickler capisce che Don Juan gli sta lanciando una sorta di sfida: abbandonare tutte le sue teorie e lasciarsi andare a ciò che va al di là del consueto e del conosciuto. Come lui riesce a leggere l'animo femminile guardando al di là di ciò che è visibile all'occhio, così lo psichiatra, per comprendere cosa si cela dietro il suo delirio, dovrà

abbandonare gli schemi e le formule su cui si fonda il suo ormai logoro sapere scientifico.

Alla fine, il dr Mickler non può fare a meno di continuare ad ascoltare il racconto di Juan. E una volta a casa, comincia ad ammettere di avere dei dubbi: il ragazzo lo sta coinvolgendo. Al punto che inizia a fare ginnastica e si rimette a corteggiare la moglie con la quale il rapporto era ormai spento.

Lo psichiatra sembra rispondere all'invito di Cecchin: il terapeuta deve sempre coltivare un piccolo dubbio riguardo a ciò che sta pensando e osservando, per evitare di diventare eccessivamente entusiasta e, quindi, pericoloso per il cliente. Il terapeuta deve incuriosirsi e domandarsi perché la persona abbia così bisogno di ancorarsi ai propri pregiudizi, ossia: prima di provare a cambiare il suo mondo, deve cercare di capire quello che è. “Non dobbiamo diventare “riformatori moralistici” convinti che il miglioramento altrui passi attraverso l'adozione dei nostri preconcetti”.

Juan racconta un'altra storia “mitica”: quella della morte in duello del padre, evento che lo ha segnato profondamente e lo ha indotto a decidere di indossare la maschera.

Il Dr Mickler ne è preso a tal punto che quando il suo capo insinua “Non è Don Juan”, lui risponde: “E come fai a sapere che non è Don Juan?”.

Nel frattempo, viene alla luce una storia parallela, quella della nonna del ragazzo: John, il cui padre lavorava per una ditta di lavaggio a secco ed è morto in un incidente d'auto, è cresciuto a Phoneix e non ha mai vissuto in Messico. La madre, attualmente, si trova da qualche parte. La nonna ha visto il ragazzo una sola volta, quando aveva 6 anni, “fino a 3 mesi fa... io, ehm, ho aperto la porta e c'era Zorro!”

Il dr Mickler prova a parlarne col ragazzo.

M: *“Ho appena visto tua nonna. E ha la bizzarra idea che il tuo nome è, ehm, John Arnold De Marco... che sei cresciuto a Phoneix, nell’Arizona, e che tuo padre è morto in un incidente d’auto.”*

J: *“Una fantasia interessante. Ma suppongo che se le fa sentire felice... sia tutto sommato una cosa innocua”*

M: *“Mi ha detto un’altra cosa. Mi ha detto che tuo padre lavorava per una ditta di lavaggio a secco”*

J: *“Voi volete che io vi racconti una storia folle come quella di mia nonna, in modo da farvi pensare che sono sano di mente. Se è questo che ci vorrà per farmi uscire da questo posto, sarò ben lieto di farlo. Ma gira voce che voi siate uno psichiatra.”*

M: *“L’ho sentita anch’io, quella voce”*

J: *“Beh... non ve ne accorgete... quando incontrate una donna completamente pazza?”*

M: *“Mi stai dicendo che tua nonna si è inventata tutto?”*

J: *“In poche parole, sì. Odiava mia madre, ma non è una cosa insolita, perché mia nonna odiava tutti. E così rimanemmo quanto più lontani possibile da lei”*

M: *“A Phoneix, Arizona”*

J: *“Nel Messico”*

M: *“Quindi tu non sei mai vissuto a Phoneix, Arizona?”*

J: *“No, non sono mai vissuto a Phoneix, Arizona”*

M: *“E la morte di tuo padre?”*

J: *“Vi ho già raccontato com’è morto mio padre, Don Octavio”*

Lo psichiatra usa un espediente: prosegue la storia raccontata dalla nonna riferendola ad un altro paziente.

M: *“Sai, io...una volta ebbi in cura un giovane, più o meno della tua età. E, cosa strana,*

*si innamorò di una ragazza su un poster. Ed era molto insicuro con le donne. E insomma...provò a contattarla. Oh, avrà chiamato la rivista un centinaio di volte. Finché finalmente qualcuno della rivista ebbe pietà di lui e gli diede un numero di telefono. Così lui la chiamò. Ed ebbero una conversazione lunga un minuto, e le gli fece sapere che non voleva mai più parlare con lui”*

J: *“E poi cosa successe?”*

M: *“Cosa successe? Lui cercò di suicidarsi, ecco cosa successe”*

Il ragazzo stavolta ascolta, ma alla fine ribadisce: *“Doña Ana (il suo grande amore, la donna per cui vuole morire) è reale, Don Octavio”.*

E prosegue il racconto fantastico sul suo viaggio in Oriente e sulla relazione con la moglie del sultano e le 1500 donne del suo harem.

Il dr Mickler, lavorando in un contesto istituzionale, non può concedersi il lusso di nutrire dei dubbi così, quando subisce ulteriori pressioni dall’alto per convincere Juan a prendere i farmaci, accetta di farlo. In lui, in fondo in fondo, c’è ancora l’idea del paziente schizofrenico che deve essere guarito con i metodi tradizionali.

Ma ecco comparire la mamma di Juan che introduce una storia diversa. Il racconto di Doña Inez, che si è effettivamente fatta suora, si scontra con quello della nonna, conferma quanto riportato da Juan e genera ulteriore confusione.

Dr Mickler: *“...Mi dispiace, ma lei deve capire, sorella, che io devo sapere la verità”.*

Doña Inez: *“La verità è dentro di lei Don Octavio. Io non posso aiutarla a trovarla”*

Il Dr Mickler fa un ultimo tentativo di “decostruire” la storia di Don Juan: *“Ehm.... Perché sei così sicuro che tua madre non*

aveva una relazione con Don Alfonso?”

L'unica cosa che ottiene è di farlo arrabbiare: *“Mia madre non aveva nessuna relazione”*.

Lo psichiatra ha provato a introdurre idee diverse da quelle del paziente ma, come ci dice Fruggeri, le informazioni proposte sono state rilette per disconfermare la nuova ipotesi e convalidare le proprie premesse. E, alla fine, è Juan ad assumere il controllo del dialogo e a far capitolare Jack: *“Voi pensate che io non sappia quello che state facendo, ma lo so. Voi avete bisogno di me per una trasfusione, perché il vostro sangue è diventato polvere e ha intasato il vostro cuore. Il vostro bisogno di realtà, di un mondo in cui l'amore è pieno di difetti continua a bloccare le vostre vene fino a quando non ci sarà più vita in voi. Beh, il mio mondo perfetto non è meno reale del vostro, Don Octavio. E' solo nel mio mondo che voi potete respirare, non è vero? Non è vero?”*

Il dr Mickler ammette che il ragazzo ha ragione e accetta definitivamente le sue premesse.

Alla fine del racconto su Doña Ana, che ha spezzato il cuore di Juan con il suo rifiuto, tra i due si svolge il dialogo decisivo:

J: *“Chi sono io?”*

M: *“Tu sei Don Juan De Marco... Il più grande amatore che il mondo abbia mai conosciuto”*.

J: *“E voi, amico mio? Chi siete voi?”*

M: *“Chi sono io? Io sono Don Octavio del Flores, sposato con la bellissima Doña Lucita, la luce della mia vita. E tu, amico mio... hai visto attraverso tutte le mie maschere”*. Questo è il passaggio che innesca il cambiamento.

Nel contesto psichiatrico, caratterizzato dalla seduta terapeutica e dalla prescrizione del farmaco, si è inserita progressivamente,

guadagnando diritto d'esistenza, un'altra realtà che, dal punto di vista della psichiatria tradizionale, potrebbe essere definita l'“ortodossia del delirio”, ma da un altro punto di vista è semplicemente lo splendido mondo di crescita e formazione di un giovane destinato a diventare il più grande maestro della seduzione femminile.

In questo patto terapeutico, l'apertura concessa dallo psichiatra non è solo una possibilità per il ragazzo, ma anche una necessità dello psichiatra stesso che percepisce in questo “caso” qualcosa che ha assolutamente bisogno di scoprire.

Nelle dieci sedute contrattate, è difficile decidere chi fa terapia a chi, perché nello svolgimento del percorso due esigenze complementari si incontrano e si esaudiscono. Due realtà molto diverse emergono e convivono: quella fantastica di Juan, sostenuta dalla sue affermazioni plateali, e quella razionale del dr Mickler, che si fa strada piano piano attraverso dubbi e supposizioni. La sua abilità terapeutica evidenzia, senza forzature né pregiudizi, una vicenda parallela di rifiuto e abbandono, che, a fronte dell'assoluta necessità di un riconoscimento esistenziale, ha portato il ragazzo a crearsi una grandiosa storia personale che gli permette di sopravvivere. Ma anche il dr Mickler, imprigionato negli schemi della sua grigia esistenza, ha bisogno di liberarsi e vede in Don Juan una possibilità di salvezza per sé, per tornare ad amare sua moglie come non aveva mai potuto fare prima. Entrambe queste realtà, per estinguersi, hanno bisogno di essere de-costruite, affinché i loro protagonisti possano recuperare la libertà. Ma per poter accettare la fine del loro mondo, i protagonisti devono prima ricevere un riconoscimento di convalida che sancisca il passaggio liberatorio.

Il dr Mickler dice al ragazzo: *“lo credo che tu sia Don Juan. Ma c’è molta gente che non lo crede.”*

Lui risponde: *“Allora farò quello che mi chiedete”.*

Ora Juan può prendere i farmaci e, davanti al giudice, racconta la storia che tutti si aspettavano di sentire:

*“Sono nato a Quince. Quando avevo sedici anni mio padre ha avuto un incidente d’auto, mentre stava andando fuori città. Mia madre aveva delle storie con altri e mio padre lo sapeva.*

*Comunque si è sentita così in colpa che, nel giro di tre settimane, si è fatta suora in Messico...Non sapevo cosa fare, così un giorno stavo guardando questa rivista e c’era una ragazza nuda. Sapevo che mi avrebbe ignorato, così com’ero. Stavo leggendo un libro e ho deciso di diventare Don Juan. Allora ho chiamato la rivista. Non volevano aiutarmi, darmi nessuna informazione, così stavo quasi per arrendermi. Una donna ha avuto pietà di me e ha finito per darmi di nascosto il numero. Così le ho telefonato e lei mi ha chiamato imbecille e ha riattaccato il telefono. Allora ho pensato di uccidermi o almeno, ho pensato di dare l’impressione che ero pronto ad uccidermi per attirare l’attenzione. Non ho mai avuto l’intenzione di uccidermi sul serio”.*

Ammettendo di aver messo in atto un comportamento bizzarro, per quanto sensato all’interno della sua triste storia di vita, Juan si guadagna l’etichetta di persona normale e, fra lo sgomento generale di psichiatri e infermieri, viene rilasciato con grande soddisfazione di Jack.

Il film, quindi, non è altro che la storia della reciproca convalida delle due visioni del mondo. In particolare, la remissione della follia di Don Juan nasce dal riconoscimen-

to di realtà che tale follia ha ricevuto: solo quando lo psichiatra percepisce che il mondo di Don Juan è vero, il ragazzo può rinunciarvi. Perché REALTA’ e IRREALTA’ sono solo diverse posizioni da cui si guarda una narrazione.

In questa sorta di “patto di pari opportunità” tra le due visioni del mondo, si ravvisano molte delle caratteristiche della posizione sistemica:

- il totale rispetto per la follia, in nome della neutralità;
- il contratto terapeutico basato sulla “reciproca osservanza” come base di un rapporto paritario;
- il concetto di verità come qualcosa che non può essere postulato a priori, ma come prodotto di una costruzione linguistica;
- la posizione di curiosità adottata da uno psichiatra che, seppur vecchio, è ancora libero dalla rigidità dell’ortodossia. (Apolloni, 1996)

Alla fine, quando si ritroveranno tutti insieme sull’isola di Eros, dove Don Juan conobbe Doña Ana, sarà lo stesso psichiatra ad ammettere la plausibilità della sua storia.

*“La sua Doña Ana, il suo paginone centrale era lì che attendeva sulla spiaggia per l’eternità il suo ritorno, come si erano promessi? Perché no?”*

E a testimoniare il graduale “sentire comune” tra i due protagonisti, il dr. Mickler si congederà dagli spettatori declinando egli stesso la sua “nuova” assunzione d’identità:

*“Mi chiamo Don Octavio del Flores e sono il più grande psichiatra del mondo. Ho curato più di mille pazienti. I loro volti si trattengono nella mia memoria ma nessuno più di Don Juan De Marco”.*

Anche le categorie diagnostiche, così rassicuranti ma anche così vincolanti, verranno

definitivamente abbandonate:

*"Tristemente, devo riportare che il mio ultimo paziente, il grande amatore Don Juan De Marco, soffre di un romanticismo completamente incurabile. E peggio ancora, altamente contagioso".*

## CONCLUSIONI

"La verità è un'abitudine spaventosa" dice Don Juan ad un certo punto del film.

L'idea di voler conoscere/essere in possesso della verità, in effetti, può diventare assai pericolosa perché chiude le prospettive di conoscenza e porta a credere di poter imporre agli altri un punto di vista ritenuto più giusto e valido.

Questo rischio è particolarmente sentito dal terapeuta che, ponendosi come esperto possessore della verità, finirebbe per mettersi in una posizione di "non ascolto" dei suoi pazienti.

Poiché anche il terapeuta è soggetto a pregiudizi, quello che gli si chiede non è di eliminarli ma, piuttosto, di esserne consapevole e di considerare la terapia come uno scambio, basato sul reciproco rispetto, fra i propri pregiudizi e quelli del cliente. In questo modo, egli può ascoltare, co-costruire storie ed essere utile alla persona, dandole valore senza pretendere di esserle di aiuto a tutti i costi.

Fondamentale, a questo scopo, è avere rispetto dei clienti e delle loro storie che, spesso, definiscono a tal punto la loro identità, da rendere impensabile l'idea di abbandonarle.

Adottando una posizione di curiosità e col-

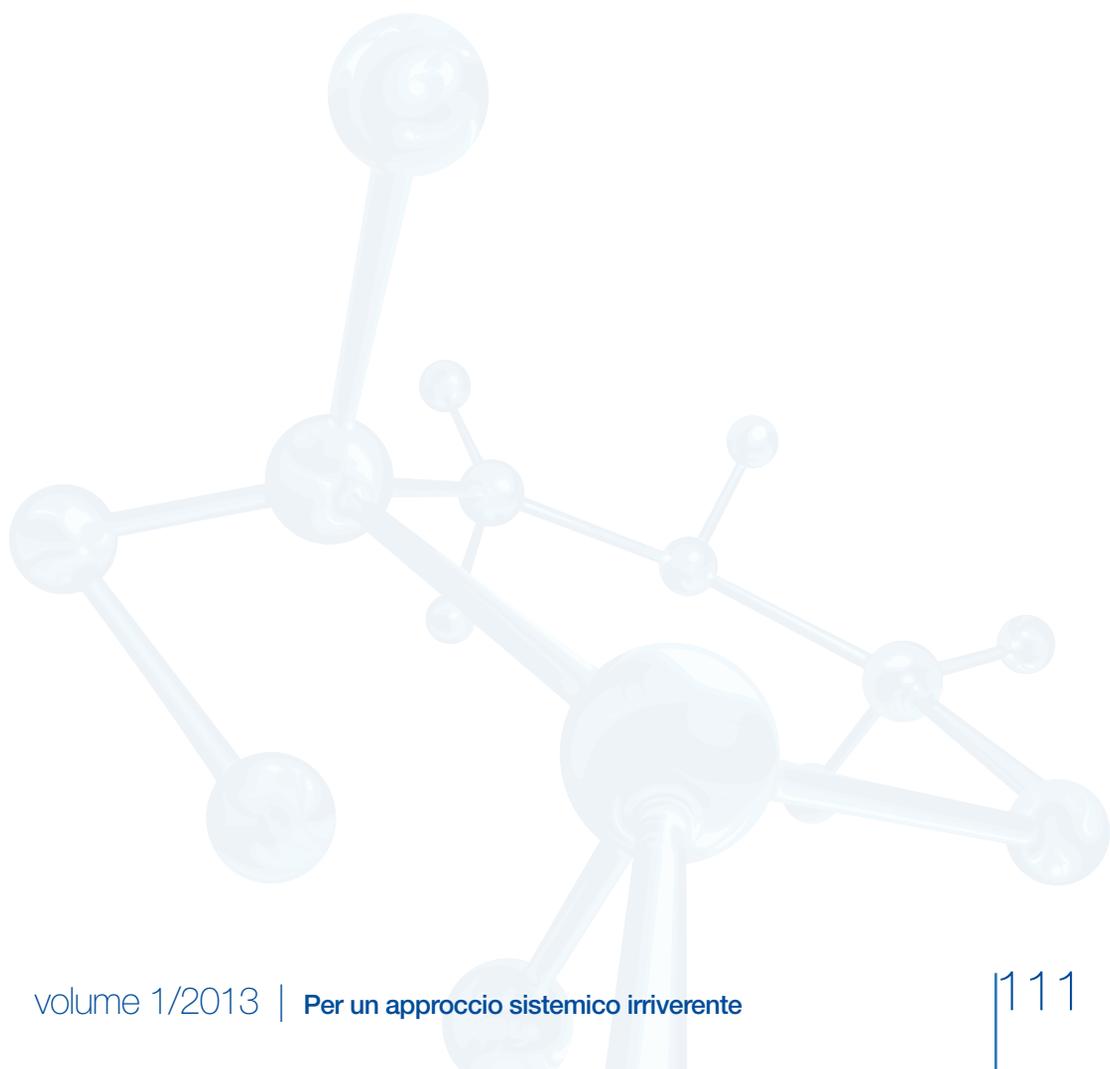
tivando sempre un piccolo dubbio, il terapeuta può entrare nel mondo del paziente e aiutarlo a decostruire una storia e un equilibrio disfunzionali, portandolo a produrre qualcosa di nuovo (ri-narrazione della storia) senza stravolgere in modo irrispettoso la "sua realtà".

Proprio come fa il dr Mickler che non giudica e non etichetta Juan per il suo modo di vestire e la storia che racconta, ma lo accetta così com'è e, in tal modo, lo porta ad accogliere un'altra "verità". Perché, in fondo, realtà e irrealtà sono solo diverse posizioni da cui si guarda una narrazione.

## Bibliografia

- Apolloni, T. (a cura di) (1996). *Don Juan De Marco Maestro d'amore – Recensione sistemica*.
- Bateson G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bruner J. (1990 ed. or.). *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cecchin, G., Lane G., Ray, W.A. (1997). *Verità e pregiudizi – Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fruggeri L., Matteini M. (1991). Strutture e livelli della narrazione terapeutica. In: Ugazio, V., a cura di, *Soggetto, emozioni, sistemi*. Milano: Vita e Pensiero.
- Senatore, I. (2002). L'uomo che amava le donne: Don Juan de Marco. In: *Curare con il cinema*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Telfener U. (1997). La terapia come gioco di ricombinazione. *Connessioni* 1/61 – 74.
- Von Foerster, H. (1996). *Attraverso gli occhi dell'altro*. Milano: Guerini e Associati.
- Von Foerster, H., Porksen, B. (2001). *La verità è l'invenzione di un bugiardo - Colloqui per scettici*. Roma: Meltemi.
- White M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.







Finito di stampare nel giugno 2014 da

**EDICTA**  
EDIZIONI