

# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

volume 2/2013

## Emozioni in formazione

ISSN: 2279-6991

idipsi



Istituto di Psicoterapia  
Sistemica Integrata



# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Emozioni in formazione**

volume 2/2013

## **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)

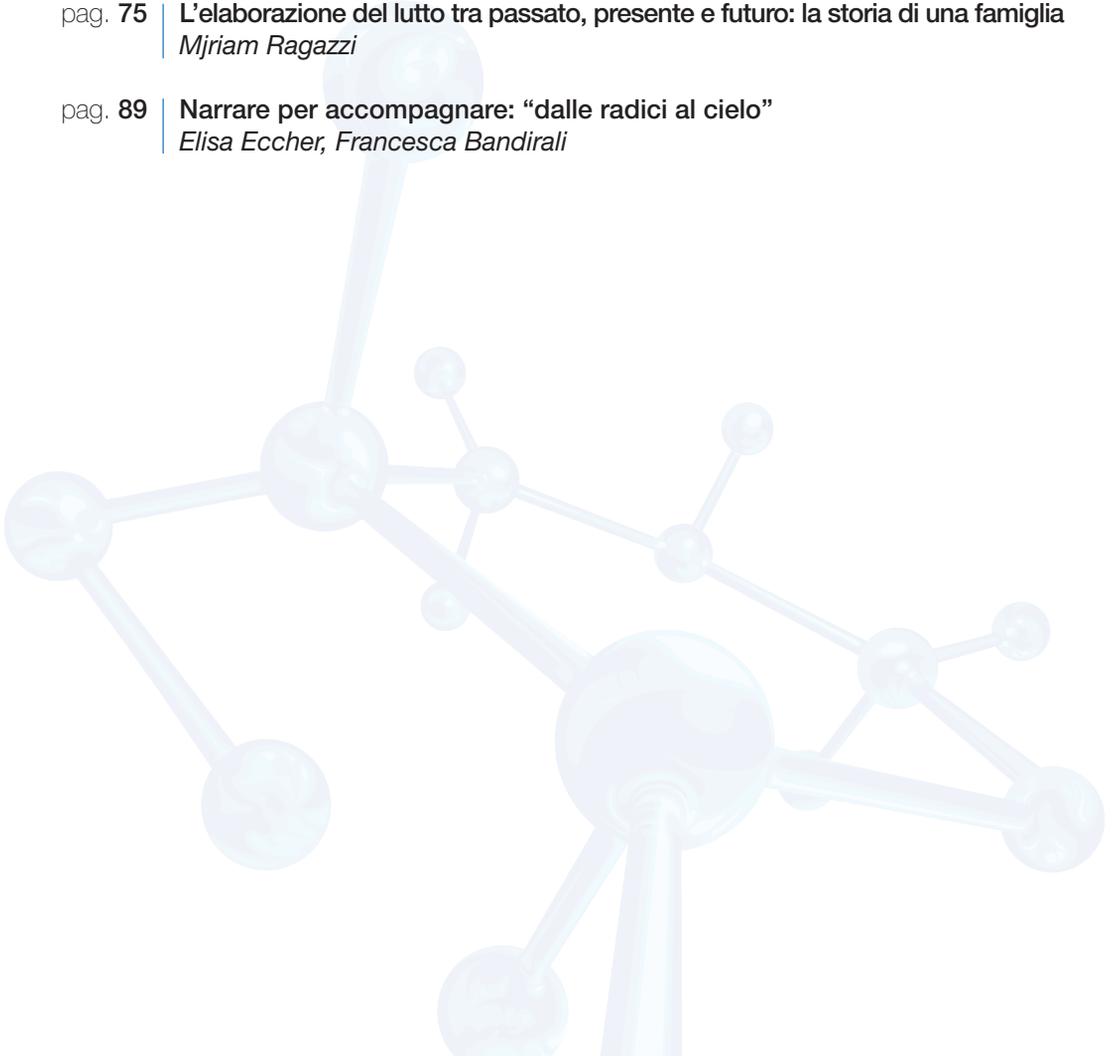
## **Segreteria organizzativa**

Ilaria Dall'Olmo



## Indice

- pag. 05 | **Teoria e clinica della sofferenza psicologica nelle relazioni affettive significative: un contributo sistemico integrato**  
*Paola Ravasenga e Gianfranco Bruschi*
- pag. 17 | **Verso un'estetica della relazione: l'Analisi Didattica IDIPSI**  
*Daniela Ferrari*
- pag. 31 | **Diventare "terapeuta come persona": riflessioni su pregiudizi e storia personale come risorse per la terapia**  
*Stefania Caltieri*
- pag. 45 | **Di chi sono le emozioni in terapia?**  
*Francesca Facchini*
- pag. 61 | **I movimenti nella relazione tra i terapeuti: la co-terapia**  
*Benedetta Colombari*
- pag. 75 | **L'elaborazione del lutto tra passato, presente e futuro: la storia di una famiglia**  
*Miriam Ragazzi*
- pag. 89 | **Narrare per accompagnare: "dalle radici al cielo"**  
*Elisa Eccher, Francesca Bandirali*





# **Teoria e clinica della sofferenza psicologica nelle relazioni affettive significative: un contributo sistemico integrato**

Gianfranco Bruschi, Paola Ravasenga<sup>1</sup>

## **Sommario**

Il presente contributo intende proporre un'analisi di alcune teorie in uso nel trattamento clinico della sofferenza psicologica nelle relazioni di coppia. Vengono in particolare presi in considerazione il contributo di matrice psico-analitica sul narcisismo nella coppia, la teoria psicodinamica dell'attaccamento come matrice primordiale nella creazione delle relazioni di coppia, i contributi delle posizioni sistemico-relazionali nella ricerca di significato alle interazioni sofferenti, la prospettiva sociologica di collocazione della sofferenza psicologica della coppia nel panorama della società contemporanea. Si propone la lettura di un caso per esemplificare l'integrazione ed al contempo il superamento dei singoli contributi.

## **Parole chiave:**

Sofferenza, coppia, relazione, dipendenza affettiva, co-dipendenza, dipendenza

## **Abstract**

*This paper aims to present some theories actually in use in clinical treatment of psychological suffering in couple relationship. They are particularly taken into account the contribution of psycho-analytic matrix on narcissism in the pair, the psychodynamic theory of attachment as a matrix in the primal creation of a couple's relationship, the contributions of the systemic-relational positions in the search for meaning to interactions suffering, the sociological perspective of placing the psychological suffering of the couple in the panorama of contemporary society. It proposes the reading of a case to exemplify the integration and at the same time overcoming the single contributions.*

## **Key words:**

*Suffering, couple, relationship, love addiction, co-dependence, dependence*

---

<sup>1</sup>Didatti – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata.

## INTRODUZIONE

Gli autori hanno intrapreso un percorso di riflessione e confronto sulle relazioni affettive sofferenti, in occasione del seminario residenziale *Idipsi* del giugno 2013: chiamati a proporre degli stimoli di lavoro clinico per gli allievi della nostra scuola, abbiamo scelto di portare nel gruppo alcune tra le tante voci sofferenti che abitano le nostre stanze di terapia, quotidianamente. Erano soprattutto “*VOCI DI DONNA*”, alle quali faceva da contrappunto, in un dialogo immaginario, la voce del terapeuta.

L'idea, allora molto embrionale, e con un intento esperienziale, era di concentrare l'attenzione – di dare voce appunto - alle tante forme silenziose di violenza psicologica che popolano le narrazioni cliniche, soprattutto da parte delle donne: in un periodo storico nel quale l'attenzione legislativa e dei media alla violenza agita sulle donne è molto elevata, ci è sembrato paradossale che invece vi siano tante, numerose, diffuse forme di violenza psicologica, non solo agite sulle figure femminili della relazione, ma diremmo caratterizzanti l'equilibrio stesso, la ragion d'essere della relazione.

La sofferenza psicologica, il dare e ricevere sofferenza e violenza, possono ritrovarsi in relazioni affettive significative “altre” rispetto a quelle di coppia: pensiamo alle relazioni genitore-figlio e a quelle nella fratria. Tuttavia gli autori hanno scelto di concentrarsi maggiormente su quelle relazioni – di coppia appunto - che in epoca attuale nel mondo occidentale, sono solitamente scelte e costruite liberamente, ed altrettanto liberamente potrebbero sciogliersi, ma che si strutturano invece nel tempo come relazioni di sofferenza, di dipendenza, anzi, di **CO-DIPENDENZA**: “...Sine te nec tecum vivere possum..”, ..non posso vivere con te, né

senza di te.. (Marziale, Catullo, Ovidio).

In alcuni casi queste coppie si trovano a vivere non solo situazioni di mutua sofferenza, ma talora fasi di conflitto che possono sfociare in minacce di violenza o in veri e propri agiti aggressivi, nell'estremo tentativo di conservare una relazione che inevitabilmente si rompe, anche per opera dello stesso agito aggressivo, in una sorta di paradossale atto lineare e unilaterale che rompe la rete che tiene e protegge ambedue i partners.

## CO-DIPENDENZA NELLA RELAZIONE DI COPPIA

Il concetto di dipendenza/co-dipendenza relazionale è da distinguere dalla dipendenza affettiva come modalità di relazione attribuibile ad un soggetto nell'ambito del disturbo di personalità dipendente, nonché dalla co-dipendenza intesa come relazione tra due partner nella quale uno dei due è dipendente da sostanze (Guerreschi, 2011). Potremmo chiamarla co-dipendenza affettiva, che sta ad indicare tutti e due i termini della relazione, implicati nel rapporto di dipendenza che non consideriamo univoco, ma utile per ambedue i componenti della coppia (inter-dipendenza) per stare in piedi, l'uno appoggiato all'altra. Tale utilità si rivela una possibile disfunzionalità ai fini di un equilibrato adattamento alla vita quotidiana dei soggetti coinvolti nella coppia, visti nell'arco del ciclo di vita.

La relazione di co-dipendenza affettiva permetterebbe di confermare i modelli di relazione appresi, di non affrontare grandi crisi e quindi anche cambiamenti troppo forti o troppo differenti, favorendo invece un processo di lento e graduale adattamento grazie al contesto di relazione protettivo fornito dall'altro, in un gioco di coppia che porta

reciproci vantaggi ad ambedue.

Potremmo definire la co-dipendenza affettiva come un modello di relazione potenzialmente disfunzionale, che si viene a costruire in una coppia di partners come reciproca compensazione dell'equilibrio dei loro sistemi individuali, secondo la coerenza dei modelli di relazione con il sé e con l'altro costruiti nelle relazioni primarie. Tale co-dipendenza rende difficoltoso affrontare quei passaggi evolutivi che porterebbero ad una evoluzione individuale, favorendo invece un adattamento alla realtà dipendente dalla relazione con l'altro.

In pratica la funzione centrale della relazione è costituita dalla conservazione della relazione stessa, che metterebbe al riparo da processi di sofferenza che farebbero crescere i due individui coinvolti, fissandosi come una "complementarietà conservativa" rigida e disfunzionale rispetto ai compiti evolutivi degli individui, della coppia e della famiglia che nel tempo si costruisce. La relazione da mezzo diviene fine, in un rapporto nel quale ognuno vede se stesso e l'altro con le sue categorie, senza riuscire a mettere in atto una vera e propria comunicazione empatica.

Potremmo definire la "complementarietà conservativa" prima denominata: una relazione complementare nella quale, come in uno specchio, i due soggetti proiettano il loro pensiero e la loro azione nei confronti dell'altro, che riceve e che rimanda segnali confermantici il contesto di relazione chiuso che c'è tra i partecipanti.

## **ALCUNE TEORIE IN USO SULLE RELAZIONI AFFETTIVE SOFFERENTI**

*Teoria analitica del narcisista:*

*il paradosso della dipendenza affettiva  
femminile in epoca post-femminista.*

La crisi narcisistica di un individuo sempre più indipendente ma anche sempre più solo, che si rispecchia solo in se stesso, incapace di utilizzare consapevolmente la possibilità di essere in relazione, sembra fare da sfondo all'originarsi di un bisogno che può essere soddisfatto attraverso una relazione che diviene confermantica, che fa stare in piedi, come utilizzazione di amore, piuttosto che un rapporto d'amore, dove ciò che conta è l'altra persona in quanto garante del mio bisogno. Secondo alcuni autori le relazioni infelici sono contraddistinte da una relazione di dipendenza dove è il bisogno a condurre le danze: "Credo che l'amore sia caldo e il bisogno freddo, qualche volta anche crudele, perché trasforma l'altro in uno strumento" (Valcarengi, 2009, p. 17).

Ma libertà non è sinonimo di solitudine da rapporti. Le relazioni possono essere legami e al tempo stesso consentire di muoversi liberamente con facoltà di scelta; non potere esistere senza l'altro non è certo libertà ma bisogno. L'amore è privilegio delle persone libere: se il rapporto è in qualche modo obbligato da una qualche forma di co-dipendenza si riproduce una relazione di amore-odio come quella tra carceriere e prigioniero, carnefice e vittima, che poi si scambiano i ruoli a seconda delle situazioni.

La relazione di co-dipendenza costringe ad un'oscillazione tra un duplice senso di colpa: di non aver fatto quanto richiesto ed atteso dall'altro e di non aver reagito secondo le prospettive personali, che sembra il dilemma di disturbi con matrice narcisistica di oggi (Valcarengi, 2009). Desiderio e bisogno dunque: il primo è libero e responsabile, generativo, il secondo è dipendente e limitato, collusivo. Il primo è autonomia pur nell'appartenenza ad un ordine più grande,

il secondo è passività con un conflitto tra indipendenza e dipendenza dall'altro. La relazione di dipendenza basata sul bisogno è asimmetrica per i due generi: per l'uomo sembra essere l'aver qualcuno al proprio servizio, per la donna invece l'aver qualcuno che la domina e la sostiene. E' una relazione di amore ma con costi alti e sofferenza che porta a crisi continue, relazione che parte da quella fondamentale tra madre e figlio/a, primaria dipendenza che prelude al percorso di crescita ed autonomia, relazione contenitrice della possibile evoluzione di una persona e delle sue potenzialità interattive.

Le radici di questo rapporto affondano nella storia dell'umanità, forse anche in quella dei mammiferi: madre e donna che dà la vita, donna di cui si ha paura come di una primordiale dipendenza, paura della dipendenza a cui si risponde con l'altrettanto arcaica violenza. La violenza che in forme sottili cerca di stabilire la supremazia ed il controllo sulla donna che, ancora con la paura, si paralizza nel lasciare immutato il rapporto: può essere così che si colluda con il punto di vista dell'altro, perché si ha paura delle conseguenze in termini di sopravvivenza. Ci ricollegiamo così all'attaccamento e alle sue conseguenze sull'apprendimento di uno stare in relazione, attaccamento che nei secoli sembra aver influito su una trasformazione dei ruoli, dal verticale all'orizzontale, orizzontalità che significa anche prendere in mano la propria vita con le proprie responsabili azioni, senza aspettare o chiedere che sia qualcuno a liberarci.

### ***I contributi della teoria dell'attaccamento***

Ma come possono durare così tanto le relazioni infelici? Cosa tiene insieme nelle relazioni infelici? Secondo la teoria dell'at-

taccamento si tratta del legame che si è costruito anticamente con la madre, tanto che il partner di oggi risponde a quel gioco confermando le richieste di riconoscimento in termini di modelli mentali di relazione dia-dica (Attili, 2004).

Si ipotizza che gli attaccamenti di tipo insicuro, in misura più o meno accentuata, cioè l'ambivalente-invischiato e l'evitante-distanziante, si combinino fra loro e si confermino reciprocamente nelle loro premesse disfunzionali verso il sé e l'altro. Va detto che i tipi di attaccamento insicuro descritti sono teorici e che nella realtà i diversi casi si presentano come risultanti di mescolamenti diversi, a partire dalla tipologia osservata con le osservazioni sugli stili di attaccamento. In particolare gli evitanti sembrano essere attratti dagli ambivalenti e viceversa, con esiti di relazione anche lunghi nel tempo ma tendenti all'infelicità.

Sembra essere questo il meccanismo che favorisce il mantenimento di relazioni sofferenti: bisogno di coerenza-conferma e attivazione del sistema di attaccamento, come meccanismi di mantenimento delle relazioni infelici. Relazioni infelici che durano per la conferma coerente dei modelli di relazione reciproci, per la "complementarietà conservativa" della relazione, che quanto più è insoddisfacente e violenta, tanto più conferma modelli disfunzionali di interazione, che comunque sono gli unici conosciuti e riconosciuti: una sorta di imprinting della relazione di coppia ed in generale con l'altro, che è colui che attiva e dà significato al sistema di attaccamento.

L'attaccamento disorganizzato ancora di più concorre a identificare nella stessa figura accudente e aggressore, con alternanza imprevedibile, intermittente, che favorisce sentimenti di paura ma contemporanea-

mente di bisogno. Non potendo percepire alcuna forma di controllo affettivo-emotivo, (controllo che viene deputato alla figura stessa accudente e aggressiva), si scelgono partner che soddisfano tali caratteristiche. Osserviamo relazioni che si rompono più facilmente in una società che incoraggia la soddisfazione ed il piacere come possibilità a portata di mano, a sfavore di una faticosa ma crescente capacità di dialettica con l'altro, anche nel conflitto e nel dissidio. Nella gestione dei conflitti le coppie insicure sono contraddistinte da coercizione con maggiore probabilità di rottura o da evitamento con maggiore probabilità di allungamento di relazioni infelici.

Può essere interessante introdurre in questo caso l'ipotesi che ad essere confermato sia un modello di interazione che ha basi triadiche (quello tra padre e madre osservati dal figlio che è all'interno del gioco, che a sua volta si riverbera sul rapporto madre-figlio/a e su quello padre-figlio); quando si considera la coppia madre-figlio/a va detto che tale relazione è influenzata inevitabilmente dal rapporto nella coppia genitoriale: per esempio un padre periferico conferma una madre depressa che sta sul figlio, oppure un padre autoritario e ambivalente spinge una madre a comportamenti contraddittori tra la protezione dei figli e la sottomissione al marito. Da questo punto di vista è piuttosto interessante l'ipotesi che la relazione tra padre e madre di tipo violento/aggressivo/ ad alta Emotività Espresa, con una madre proiettata sul/la figlio/a oppure ritirata e depressa, possa essere alla base dello sviluppo di una complementarietà conservativa, che il/la figlio/a osserva nella relazione tra i due adulti e che vive sulla propria pelle con riflessi diversi a seconda del genere.

*Altri contributi sulla relazione di coppia come equilibrio dinamico nel tempo tra sistemi motivazionali dell'attaccamento, dell'accudimento e della sessualità (Castellano, Velotti, Zavattini, 2010).*

Le relazioni di coppia stabili e instabili, riuscite e non riuscite, sembrano diverse a seconda degli stili di attaccamento dei soggetti coinvolti: sicuri, insicuri-evitanti, insicuri-ambivalenti. Coppie felici, che affrontano i cambiamenti ed i conflitti con capacità di autoregolazione affettiva; coppie fluttuanti, che alternano periodi di felicità ad altri di precarietà della coppia; coppie in crisi, che erano felici e che sono cadute in situazioni che minacciano la fine della coppia; coppie infelici che pur vivendo con senso di fallimento e fatica, non si lasciano per non perdere il legame che tiene in piedi i due partner. Le coppie infelici con rapporti abusanti e violenti sono caratterizzate da partner con attaccamenti di tipo insicuro, ansioso/evitante o evitante/ansioso. Le strategie di ri-connessione in queste coppie hanno bassi livelli di successo per la disconferma reciproca che i due modelli di attaccamento portano con sé (escalation negativa). L'evitante ha premesse sul sé e sull'altro di non amabilità e quindi evita il conflitto, a volte con risultati di accumulo di tensione o al contrario di sminuimento della relazione; l'ambivalente cerca le conferme a tutti i costi e non le trova nell'evitante, facendosi anche più aggressivo e scoraggiando ulteriormente il partner. Spesso è l'ansioso a vivere i livelli più alti di dipendenza e rabbia/aggressività per la grande delusione rispetto ai bisogni di attaccamento frustrati. La rabbia diviene strategia eccessiva ed impropria per riguadagnare la figura di attaccamento. Gli evitanti però possono veder esplodere la loro violenza dopo aver negato e controllato le

espressioni di rabbia, con aspetti anche di crudeltà mentale e fisica verso il partner di cui non capiscono le emozioni. Dal punto di vista relazionale, queste coppie, pur restando nell'ambito della teoria dell'attaccamento, possono essere connotate dal punto di vista dell'osservazione, sugli assi semantici della distanza/prossimità e della connessione/ri-connessione.

### *Contributi dalle teorie sistemico-relazionali*

Abbiamo accennato come nelle relazioni di coppia a sfondo narcisistico l'uno proietta sull'altra i modelli di relazione sperimentati ed appresi nell'infanzia: l'obiettivo è cercare una copia di quella relazione nel rapporto attuale, non trovandola o trovandola in modo parziale, con possibilità di confronto e crescita ma anche di conflitto e rottura o del dispiegarsi di una relazione sofferente. Né con te né senza di te, sembra lo slogan delle coppie infelici, un rapporto simbiotico dove le persone stanno insieme per la compensazione di bisogni personali inconsapevoli.

Il contributo di Telfener (2006) bene illustra le implicazioni relazionali dell'equilibrio affettivo che contraddistingue le coppie con forte impronta narcisistica di uno dei partner. Sentirsi in gabbia ma al tempo stesso continuamente evitati, ignorati e talora svalutati, ma nel contempo non liberi di agire scelte indipendenti, talora essere oggetto di tradimento ma anche di gelosia: non sono che alcuni dei vissuti contraddittori e dei pattern di relazione che talora ritroviamo in queste storie di coppia. La dinamica descritta da Telfener (2006) è quella tra il soggetto che si sacrifica (dipendente) e il soggetto (narcisista) che diviene persecutore svalutante, che proietta sull'altro le parti di sé che ha bisogno di riprodurre e confermare: "è

come se il narciso dicesse non chi sono ma chi sono per te e diventasse fondamentale che la donna pensi tutto il bene di lui" (...) dato questo circuito così stretto il compito dei due partner diventa delicato: non essere così vulnerabili da essere minacciati dall'indipendenza dell'altro, non essere così indipendenti da attentare alla vulnerabilità dell'altro" (Telfener, 2006). Se la risposta è confermate in positivo si assiste a circoli virtuosi, altrimenti ne scaturiscono circoli viziosi dove ognuno proietta sull'altro gli aspetti mentali e comportamentali che appartengono a se stesso, come ad esempio l'ambivalenza che si rimprovera al partner senza guardare alla propria. Il circolo vizioso porta a disagio affettivo e i due si allontanano con rancori e paure, facendosi molto male con provocazioni e accuse del tipo "non sei mai ..." o "sei sempre ..." quando un momento prima "avevano fatto bene all'altro". Questo succede, continua Telfener, quando fra i due non c'è più l'elemento affettivo oppure quando l'amato viene visto come troppo vicino e pericoloso o come un fuggiasco, perché non c'è un'esperienza di base sicura nelle relazioni affettive dei componenti della coppia infelice e quindi ci si difende a oltranza. La coppia sembra oscillare tra una fase nella quale c'è fusione ad un'altra nella quale il messaggio dell'uno viene colto come distacco, non-amore, fuga, e l'altro si sente offeso, non compreso, soprattutto lasciato solo.

In questi casi spesso pare che il dolore dell'uno non sia riconosciuto dall'altro, come un dialogo tra sordi, anzi il dolore del partner provoca esperienze di paura, rabbia, impotenza, fuga. Sembra importante invece favorire un'operazione di espressione e riconoscimento senza colpe e accuse, dove sia chiarito che l'esperienza dell'uno

non può essere controllata dall'altro, a favore di una consapevolezza comune della sofferenza di entrambi.

## I PARADOSSI DELLE RELAZIONI DI COPPIA

La relazione che si costruisce a partire da un "quid pro quo" che rappresenta la soddisfazione complementare del bisogno di uno dei due partner, e che si incastra altrettanto bene nel bisogno dell'altro di rispondere a quella parte, diviene un sistema che si regge da solo attraverso due esseri e due corpi che si appoggiano l'un l'altro (Mosconi, 2006).

L'autore parla dei *paradossi del quid pro quo*, che nascono quando le aspettative idealizzate di un partner verso l'altro sono in contraddizione con la definizione della relazione che si viene a creare, che dipende da tanti fattori.

Il padre di tutti i paradossi: ci scegliamo un partner utile a definire rapporti con la nostra famiglia di origine. Si prevedono due possibilità:

- a. che ci permetta di ripetere o proseguire un'esperienza se questa è stata soddisfacente;
- b. ci faccia vivere un'esperienza compensatoria e/o di risarcimento se questa è stata insoddisfacente.

Secondo Mosconi e colleghi, ci proiettiamo nel futuro alla ricerca del passato, con un'inevitabile idealizzazione del partner o della partner, idealizzazione che favorisce profezie che si auto-avverano.

Ne discendono dei paradossi-figli caratterizzati da relazioni di tipo complementare o simmetrico.

1. Relazione di dipendenza che include un aspetto gerarchico (io ti salverò o salvami, lui è buono, comprensivo o

lo farò per te, ti aiuterò, ecc.). Il paradosso si può formulare in questo caso: come essere pari senza perdere la relazione di dipendenza. È il paradosso più frequente che nelle sue forme più esasperate può portare a conflitti particolarmente aggressivi.

2. Prevede una relazione paritaria di due tipi: a) di sostegno reciproco di fronte a debolezze condivise; b) di competizione, "ci amiamo perché siamo liberi e dinamici". Il paradosso si può riassumere nel modo seguente: *come essere interdipendenti essendo liberi.*

I poli dei paradossi descritti sono inquadribili in una costruzione linguistica logica che cerca di spiegarsi il disordine e rumore emotivo emergente nelle relazioni affettive. È l'operazione che comunemente facciamo mentre siamo attraversati dagli accadimenti emotivi nel nostro rapporto col mondo. Tali poli sembrano ruotare attorno a significati di "dipendenza" e "libertà", per cui pare difficile che esista l'una e l'altra insieme; anzi sembrano escludersi a vicenda. Quando uno dei due partners modifica la sua posizione nel rapporto di coppia, la definizione della relazione ne risente, così da creare un paradosso che si autoalimenta delle stesse azioni dei due che cercano di ristabilire le posizioni relazionali iniziali, richiamabili a quelle vissute (secondo la teoria dell'attaccamento) nei primi rapporti affettivi. Tale movimento a due, che potremmo chiamare danza, non si realizza nel senso di trovare un nuovo equilibrio che reintegri i cambiamenti, ma devia verso posizioni di mantenimento della relazione che sembra avere motivazioni forti nel sostenere l'individualità del soggetto. L'individuale integrità dei partner, o anche di uno solo di essi, sembra minacciata dal movimento verso l'integrazione

della coppia, dall'abbandono di una complementarietà conservativa rassicurante. Potremmo avanzare l'ipotesi che "libertà" e "dipendenza" siano poli logici contrapposti che sembrano caratterizzare le relazioni infelici. Sembra non esserci libertà senza attaccamento e quindi dipendenza. Un processo di separazione-individuazione riuscito non può avvenire se non attraverso la relazione con l'altro. La libertà è anche quella di essere dipendenti senza sentirla come una minaccia al proprio equilibrio psichico. E insieme alla libertà anche il desiderio pare influenzato da una relazione sana, dove i partecipanti sono liberi di fare delle scelte e lo sono perché possono permettersi di non dover fare da contesto all'altro, di non doverlo far stare in piedi oppure di non appoggiarsi al partner per poter "camminare". I soggetti della coppia sono in pratica in grado di fare una scelta. Possiamo osservare nell'oscillazione logica tra libertà e dipendenza una nuova formulazione del paradosso della coppia: se si è liberi ci si ritrova soli e incompresi, se si è soli ci si trova liberi ma senza relazione. Nelle relazioni di co-dipendenza affettiva sembra essere una caratteristica comune di fondo.

## RELAZIONI DI COPPIA E SOCIETÀ

La trasformazione delle relazioni sociali, anche nella coppia, nelle relazioni affettive ed in quelle sessuali ha aperto nuove posizioni nel rapporto uomo-donna. I ruoli maschile e femminile sono profondamente mutati, nel campo aperto della comunicazione, del mercato, dei consumi e dei bisogni. La donna e l'uomo che sembrano essere più liberi ed indipendenti da ruoli rigidi e sacrificanti, vivono la crisi della gestione di tale libertà proprio nella celebrazione massima dell'individuo. E' possibile che i vincoli sacri delle

relazioni, inalienabili ed insostituibili, tra gli esseri umani si stiano trasformando? Sergio Manghi (2013), studioso delle relazioni nella società umana, fornisce alcuni contributi di riflessione: *"Come dice Bateson, la relazione viene prima, precede (Mente e natura, 1984). La vita come dispiegarsi biologico in tutte le sue forme, nella sua intima natura relazionale. Relazione che è sempre implicante tre termini come minimo, non due. Il desiderio e la violenza sono emergenti dalle relazioni triadiche uomo-donna-uomo, dove violenza ed desiderio si concentrano nella contesa con l'altro del segno del potere, la conquista della donna, tanto più se desiderata da altri o da molti>> (...) la dinamica al cui interno tende così tanto spesso a prender corpo, con l'apparente fatalità degli automatismi meccanici, la violenza di un uomo verso una donna, va compresa non a partire dalla sola relazione diadica uomo-donna, come mi pare che per lo più accada, ma dalla relazione triadica uomo-donna-uomo: il desiderante, la desiderata, il mediatore simbolico del desiderio (...) È la sfida a saper riconoscere, in un continuo ri-conoscere, che il desiderio non si lascia beffare, nella sua natura intimamente relazionale, sociale, mimeticamente oltre-individuale. A saper di continuo ri-conoscere, nelle nostre danze relazionali, le differenze-nella-relazione e le differenze-nella-somiglianza. Con l'aspro conflitto, ma dovremmo saper dire il vitale conflitto, che questo ri-conoscimento porta necessariamente con sé"* (Manghi, 2013). Un conflitto vitale appunto, che può trasformarsi nella relazione difficile, infelice, violenta, a seconda dei casi, se non ci prendiamo cura del ri-conoscimento reciproco della matrice relazionale del desiderio, nella sua irriducibile dipendenza dai desideri al-

trui. Il conflitto può trasformarsi però nella relazione co-evolutiva, se i soggetti coinvolti si assumono davvero la responsabilità dei passi nella loro danza quotidiana, indipendentemente dalle forme che queste relazioni prenderanno, nel senso di una maggiore libertà, ma anche di una maggiore responsabilità e consapevolezza.

## **SUGGERIMENTI PER UN INTERVENTO CLINICO SISTEMICO-INTEGRATO**

Alle teorie corrispondono le prassi, non solo cliniche, ma anche sociali e legislative.

Le teorie che abbiamo sinteticamente esplorato, e che sono maggiormente presenti nella trattazione e nella cura delle relazioni di coppia sofferenti, sembrano talora accomunate dal muoversi nell'ambito di una logica binaria del tipo insieme/separati.

Le teorie sono spesso le premesse implicite che utilizziamo in ambito clinico come sistema di osservazione, confronto, co-costruzione narrativa, attivazione di cambiamento. Possono diventare con facilità i nostri pregiudizi nella pratica clinica.

Se allora alle teorie corrispondono le prassi, ci piacerebbe pensare di poter offrire qualche cosa oltre la premessa implicita del con te/senza di te nelle situazioni di sofferenza della relazione di coppia.

Eppure queste coppie, o i singoli partner di queste coppie, arrivano a noi con una narrazione rigida che spesso è del tipo "vorrei (lasciarlo) ma non posso (farne a meno). Chiedono in sostanza cooperazione ad un progetto che prevede due sole alternative ed una richiesta di schieramento.

Quale ventaglio possiamo invece aprire nel dialogo clinico? Possiamo con curiosità interessarci a quali spazi di significato nuovi, non esplorati, magari paradossali possiamo narrare in queste coppie? Contemporanea-

mente e non in alternativa al vorrei/ma non posso? In alternativa invece al concentrarci sulla maggiore o minore bontà dell'ipotesi "insieme" versus l'ipotesi "separati"?

L'esperienza primaria di relazione può essere considerata come un apprendimento 2, un apprendere ad apprendere la relazione con l'altro secondo certe regolarità confermate e confermanti (secondo una delle definizioni che Bateson ha dato al termine "epistemologia"), e funge da premessa sul sé in relazione con l'altro. Anche se la premessa riguarda il sé, l'altro è sempre coinvolto perché il senso di sé si è costruito specularmente e tende a mantenere una coerenza, una conferma che viene ricercata nel partner o nella partner. Oppure il soggetto cerca la possibilità di non essere messo in discussione, di trovare una complementarietà nell'altro/a, appunto, conservativa di una relazione confermante ambedue le parti in causa.

Oltre ai contributi della teoria dell'attaccamento e della psicodinamica, è importante considerare il versante dei significati che i soggetti della coppia attribuiscono alla loro relazione, significati che sottendono delle descrizioni che i membri della coppia conferiscono alla storia del rapporto, descrizioni che si incastrano in un sistema coerente di pensieri, di cognizione di sé e dell'altro.

I sistemi motivazionali e affettivi sono così in un rapporto di influenza reciproca con il livello del pensiero, cioè della cognizione e quindi del linguaggio, che allarga il campo alla significazione come processo sociale di costruzione delle relazioni di coppia. Si tratta di un livello di complessità circolare che rende più complessa la gestione delle relazioni, per il solo fatto che siamo esseri pensanti e comunicanti ormai con svariati e sempre più veloci mezzi.

E il rapporto di coppia diviene come una partita doppia, dare e avere non hanno un senso gratuito ma sono le parti di uno scambio continuo che si svolge come una dipendenza (Guerreschi, 2011) e come tale non giunge mai ad una soddisfazione: i due si utilizzano reciprocamente per motivi vitali di mantenimento di un equilibrio psichico, che è caratterizzato da fragilità narcisistiche, che “fa i conti” anche con il passato dei soggetti coinvolti e con le proprie famiglie di origine.

Secondo Caillé (2009) la coppia conferisce significato (e legittima quindi l'esistenza di uno spazio di relazione) ad un insieme di eventi e pratiche nelle quali si riconosce e che fanno da contesto significativa per la coppia stessa. Tale contesto può bloccarsi nel tempo e dare luogo ad un circolo di comunicazioni ristagnanti che si rivelano presto come circolo di crisi, che può rimanere tale per tanti anni, anche per tutta la vita. Se il lavoro terapeutico sui significati attivi nella coppia si apre ad una ri-messa in gioco dei significanti, si possono costruire nuove pratiche che danno luogo a nuovi riconoscimenti e a nuovi significati.

La storia della relazione uomo-donna potrebbe essere vista come un dialogo, o anche un conflitto, ininterrotto tra i due termini dell'evoluzione della specie umana, differenti eppure necessari per la continuazione della vita. Irriducibili fra loro, per posizione relazionale verso l'altro, per significati costruiti socialmente con il linguaggio e con l'esperienza e ancora di più per l'ineliminabile tensione che necessariamente si produce nel rapporto uomo-donna, come motore di cambiamento a volte anche doloroso. Il dato di fatto della non riducibilità dei due punti di vista porta verso la necessità di una composizione relazionale evolutiva piuttosto

che verso una lotta di supremazia tra uomo e donna. L'uomo non può che vedere la donna da uomo e la donna da donna, la distanza tra i due è lo spazio relazionale nel quale è possibile il dialogo e il cambiamento, a patto che vi sia ri-conoscimento, nel senso di conoscenza estetica.

C'è vero amore solo dove c'è libertà e la libertà si desidera, la si prende, non la si può chiedere come un bisogno, perché altrimenti è dipendenza. Nella relazione dipendente, l'altro viene investito di significati che fanno da contesto per il partner, ossia conferiscono conferma e valore, ancorché parziali, al suo sistema di significati e viceversa. Potremmo ipotizzare che ciò succeda anche nelle relazioni di amicizia. Nella relazione autonoma, che è insieme appartenenza e libertà, è il soggetto, donna o uomo che sia, a riconoscere la sua parte e a saperla distinguere dall'altro per compiere le sue libere scelte, autonome, moltiplicando così nel rapporto con l'altro le sue possibilità di co-evoluzione e quindi cambiamento (ci riferiamo qui al concetto di autonomia espresso da E. Morin, così come viene a questo proposito citato da Manghi, 2009).

## **ANALISI DI UN CASO SECONDO MODELLO SISTEMICO INTEGRATO OVERO: LA RICERCA DEL BENESSERE NELLA RELAZIONE DI COPPIA ATTRAVERSO LA RICERCA E L'INTEGRAZIONE DI SPAZI DI SIGNIFICATO POSSIBILI NELLA RELAZIONE.**

Veronica e Massimo hanno rispettivamente 40 e 42 anni e si sono presentati un anno fa con la richiesta di una terapia di coppia. Massimo è seguito da due anni. Sta scontando una pena di detenzione per reati connessi all'uso di droghe e a violenze, anche

a sfondo sessuale, compiute sotto effetto di sostanze stupefacenti. E' ormai a fine pena e da due anni, vista la buona condotta, sta lavorando fuori dal carcere, con un rientro serale. Tutti i pomeriggi, prima di rientrare, torna a casa dalla moglie, cenano insieme e poi lui se ne deve andare per rientrare in carcere.

Si sono sposati nel 2012 dopo un fidanzamento di un anno, non hanno figli. Massimo si è già sposato 22 anni fa ed è attualmente separato dalla ex-moglie dalla quale ha avuto due figli: uno di 22 e l'altra di 18 anni, ambedue conviventi con la madre in un paese del Piemonte, di cui sono originari. Veronica viene dalla Puglia e si è trasferita ormai da dieci anni al nord in seguito ad un'assunzione in ambito pubblico come amministrativa.

La loro domanda è espressa come bisogno di vivere meglio la loro attuale relazione da parte di Massimo (anche la moglie riconosce tale aspetto) e come comprensione del rapporto di Massimo con le donne, da parte di Veronica. La domanda sottaciuta è forse "E' possibile per noi stare insieme nonostante...?"

Aspettative dell'uno verso l'altro: Veronica si aspettava che Massimo potesse essere l'uomo solare, pieno di vitalità che la poteva prendere per mano; Massimo aveva visto in Veronica la donna calma, sempre disponibile a temperare le sue impulsività. Il quid pro quo sembra essere di tipo gerarchico, con ruoli complementari.

La storia della loro relazione parte da un incontro occasionale di 3 anni fa nel quale Massimo ha notato Veronica e si è avvicinato per conoscerla, con una risposta di ascolto da parte di lei. A lui è piaciuta questa capacità di ascolto e di calma di Veronica. Lei è invece rimasta attratta dall'intraprendenza,

dall'estrema vitalità e dall'allegria di Massimo, che non ha tardato a raccontare anche le parti più oscure del suo passato. Dopo qualche mese si sono sposati e hanno organizzato un matrimonio senza far sapere ai genitori di Veronica, anziani e provenienti da lontano, tutta la situazione del marito. Massimo ha ancora la madre molto anziana.

La prima parte della terapia si concentra sulle difficoltà di relazione attuali in gran parte segnate dalla forte limitazione dei tempi di Massimo, che non aiutano il loro rapporto, spesso vissuto come fuori sincrono tra le tendenze a fare tutto molto velocemente di lui e l'attesa di un riconoscimento degli sforzi per fare trovare tutto pronto, ma con calma, da parte di lei. Massimo sembra soffrire la difficoltà di vivere pienamente l'esperienza di coppia, in ogni suo secondo, mentre Veronica si lamenta del tempo che sembra mancare ad una serena vita coniugale, schiacciata nel ruolo della casalinga che non le piace troppo.

In seguito emergono tensioni legate all'arrivo del figlio di Massimo (Marco) ospite presso la loro casa per un periodo di lavoro di qualche mese nelle vicinanze. Marco si è portato anche la fidanzata e Massimo e Veronica si sono adoperati per trovare spazio nella loro casa non troppo grande. Veronica riporta comportamenti di attenzione verso i ragazzi che non ritiene riconosciuti o ricambiati in qualche maniera. E' risentita per questo con Massimo, che invece non dà molto ascolto a tali rimostranze, considerando il rapporto con il figlio troppo importante in questa fase di loro ri-congiungimento dopo tanti anni di separazione (Marco era ancora un ragazzino).

Infine, esaurita l'esperienza di lavoro di Marco, nell'affrontare il tema del rapporto di Massimo con le donne, Veronica fa emer-

gere il suo disagio per le possibilità negate di avere un figlio da Massimo. Massimo rivela anche la sua sieropositività, a seguito dell'uso di droghe in passato, e la sua non accettazione della malattia, con la conseguente chiusura verso ogni possibile paternità.

In questa fase si sta lavorando sulla comprensione reciproca dei vissuti di ambedue, sul mostrare a vicenda la propria sofferenza in modo che possa essere riconosciuta. In prospettiva si ipotizza che ciò possa favorire la possibilità di costruire una nuova storia, nella quale le diverse prospettive possano essere vissute come tanti atolli di significato, ciascuno con una sua legittimità estetica ad esistere, in relazione tra loro a formare delle organizzazioni non auto-escludenti, ma includenti ed integranti, degli spazi appunto – di emozione, azione, cognizione, significato.

Ci sembra che accogliere tutti i significati, e farli vivere e dare loro spazio, non elimina la sofferenza, ma può dare ad essa un significato generativo. Si può forse allora far convivere in maniera non contraddittoria o conflittuale, ma generativa appunto, la cal-

ma con la fretta, il desiderio di figli con la sieropositività, l'amore del presente con la violenza del passato.

### **Bibliografia**

- Attili G., Attaccamento e amore (2004) Bologna, Il Mulino
- Bateson G., Verso un'ecologia della mente (1976) Milano, Adelphi
- Caillé P., Conti e racconti nella relazione di coppia, (2009), Psicobiiettivo n. 2, anno 2010, Milano, Franco Angeli
- Castellano R., Velotti P., Zavattini G. C., Cosa ci fa restare insieme (2010), Bologna, Il Mulino
- Guerreschi C., La dipendenza affettiva (2011), Milano, Franco Angeli
- Manghi S., Il soggetto ecologico di Edgar Morin (2009), Trento, Erickson
- Manghi S., (novembre 2013) Inclusione/Esclusione. Una lettura triangolare della violenza degli uomini verso donne. Comunicazione presentata al Convegno "Disonorare la violenza: le radici culturali della violenza maschile" Parma, 14-15/11/2013
- Mosconi A., (febbraio 2008), comunicazione al corso di perfezionamento sulle Nuove tipologie di famiglie, Università di Parma
- Telfener U., Ho sposato un narciso (2006), Roma, Castelvecchi Editore
- Valcarengi M., Senza te io non esisto (2009), Milano, RCS

# Verso un'estetica della relazione: l'Analisi Didattica IDIPSI

Daniela Ferrari<sup>2</sup>

## Sommario

L'articolo proposto osserva e analizza il percorso di Formazione Personale dell'allievo-Analisi Didattica, inserito all'interno dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata di Parma (IDIPSI). La Formazione Personale corrisponde a 40 ore da svolgere insieme ad un Tutor nel secondo biennio di specialità. Attraverso Focus Group e Follow up l'Autrice cerca di indagare quale sia il valore aggiunto ad un'esperienza formativa così strutturata, partendo dall'ipotesi che un percorso di Analisi Didattica permetta all'allievo di sperimentare in prima persona non solo le tecniche ma anche la cornice epistemologica di cibernetica di second'ordine a cui l'Istituto fa riferimento. Per l'allievo diventa così possibile fare esperienza di una relazione estetica, ovvero una relazione terapeutica (ma anche non terapeutica) in cui si sperimenta la sacralità di ciò che è relazione e ciò che rappresenta la relazione in un qui e ora storico condiviso e liberamente esperito.

## Parole chiave:

Analisi Didattica, Estetica, Sacro, Etica, Focus Group, Follow-up.

## Abstract

*The proposed article observes and analyses the course of Personal Formation of the pupil – Didactic Analysis, introduced in the Integrated Systemic Psychotherapy Institute of Parma (IDIPSI). The Personal Formation consists of 40 hours to be developed together with a Tutor during the second two-year course of Speciality. Through Focus Groups and Follow Ups, the Authoress tries to investigate what the value-added to a so structured formative experience could be, starting from the hypothesis that a path of Didactic Analysis allows the pupil to personally experiment not only with techniques but also with the epistemological frame of cybernetics of second level, to which the Institute refers. The pupil is therefore able to experience an aesthetic relationship, i.e. a therapeutic relationship (but also non therapeutic), where he/she can experiment with the sacredness of what the relationship is and what the relationship represents in a shared and freely carried out historical here and now.*

## Key words:

*Didactic Analysis, aesthetic, Sacred, Ethics, Focus Group, Follow-up.*

---

<sup>2</sup>IV anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata.

Per relazione estetica (Varela, 1992; Cecchin, 1987; Keeney, 1985; Wittgenstein, 1967) intendiamo qui una relazione terapeutica (ma anche non terapeutica) in cui si sperimenta la sacralità di ciò che è relazione e di ciò che rappresenta la relazione (Bateson, 1997) in un qui e ora storico, legato cioè a ciò che si è stati e ciò che in potenza si è (Boscolo, Bertrando, 1993), condiviso e liberamente esperito. L'incontro in terapia è un incontro di storie<sup>3</sup> che si intrecciano per formarne una terza, che, come la tela di Penelope, si costruisce e ricostruisce ad ogni incontro: quando si dice che ogni seduta dovrebbe essere la prima seduta si pone, a mio avviso, l'attenzione proprio su questo aspetto, ossia sulla non reificazione della relazione e di ciò che paziente e terapeuta scelgono di mettere in comune. La possibilità di vivere nel qui e ora terapeutico, rimanendo comunque storia narrata<sup>4</sup>, corrisponde a quanti gradi di libertà il terapeuta, prima ancora che il paziente, riesce a sperimentare. Perché, dunque, si possa incorporare (Varela, 1992) una relazione terapeutica estetica, una via percorribile potrebbe essere quella di rendere estetico l'agire del terapeuta, ovvero renderlo consapevole del proprio vissuto emotivo. Di certo il tema della consapevolezza è caro anche ad altri approcci, ma l'accezione qui sottolineata non combacia con un "liberarsi" dei propri nodi oscuri, in modo da non contaminare, o da contaminare il meno possibile, il mondo fantasmatico del paziente, ma piuttosto far

diventare il vissuto emotivo del terapeuta esso stesso tecnica terapeutica, anzi tecnica relazionale. La consapevolezza emotiva del professionista, pensata e non subita, può offrire al cliente la possibilità di comunicare sul "come si sta" nella relazione terapeutica, considerando il tempo e lo spazio della seduta come specchio della modalità relazionale agita nel contesto quotidiano. Per modalità relazionale agita non si intende solo quella del paziente ma anche quella del terapeuta: non c'è dunque differenza, tra cliente e professionista nel *know that*, quanto piuttosto *know how* (Ryle, 1949). L'attenzione alla maturazione della consapevolezza emotiva del terapeuta viene ricercata trasversalmente in tutto il cammino di formazione IDIPSI attraverso diverse tematiche cardine, tra cui possiamo ritrovare la narrazione di storie e l'osservazione dei propri pregiudizi. Senza entrare nel dettaglio del percorso didattico, il tema della narrazione di storie diventa fondamentale in quanto è ciò di cui si dispone in terapia: ognuno ha la sua storia e ognuno la riscrive mentre la racconta all'altro-a sé. Di fatto è come se in seduta ci fosse un intrecciarsi di autobiografie<sup>5</sup>, con la peculiarità che spesso si chiede all'altro di raccontare di un terzo, in cui ciò che si cerca di mettere in luce è proprio una differenza di narrazioni, quella che Cavarero (1997) chiama "(...) *etica altruistica della relazione*" che "*non sopporta (..) empatie, identificazioni, confusioni. Essa vuole infatti un tu che sia veramente un altro, un'altra,*

---

<sup>3</sup>“(…) la famiglia è la storia narrata dai suoi stessi attori. Alla storia contribuiscono tutte le persone, reali e ipotetiche, passate e presenti, che nel tempo diventano significative per quel gruppo umano. Come nelle antiche tradizioni orali, ciascuno racconta, ricreando ogni volta, la sua versione personale, la sua storia” (Boscolo, Bertrando, 1993).

<sup>4</sup>Ricordandosi che “è la relazione nel qui e ora che ridefinisce il passato” (Bianciardi, 2008).

<sup>5</sup>Autobiografie parziali in quanto è la relazione nel qui e ora a dare un senso possibile (Bianciardi, 2008) alla parte di storia personale che si sceglie di mettere in comune.

nella sua unicità e distinzione. Per quanto tu sia simile e consonante, la tua storia non è mai la mia” (p.120)<sup>6</sup>. Il terapeuta non racconta di sé tramite la comunicazione verbale ma il terapeuta non racconta di sé tramite la comunicazione verbale ma piuttosto attraverso la comunicazione non verbale: di fatto sta agendo la propria autobiografia e mentre la agisce è sempre presente un grado di reificazione non solo della propria storia ma anche di quella dell’altro. Tale reificazione rischia inoltre di diventare immagine immutabile qualora il terapeuta dimentichi che l’essere umano non è un albero, ovvero non ha radici inamovibili. Bettini (2011) ci spinge a riflettere su come la tradizione metaforica delle radici, e quindi dell’albero, per indicare le proprie origini culturali, prima ancora che familiari, tende a “naturalizzare” tale immagine in qualcosa di biologicamente innato e funzionale, indiscutibile e sano, in quanto quelle radici dalla terra traggono nutrimento e sostentamento per l’identità di ognuno. Per l’autore l’immagine dell’albero, e in particolare della radice, reifica le tradizioni e la cultura dalla quale si proviene, immobilizzando la persona in una data identità culturale<sup>7</sup>. A tal proposito Bettini prova a suggerire l’uso di metafore orizzontali al posto di metafore verticali:

*“Metafore orizzontali della tradizione possono farci capire che si può benissimo ap-*

*partenere a una certa tradizione senza però sentirsi prigionieri – non siamo alberi, che non possono discostarsi dalle proprie radici pena l’inacidimento e la morte, ma se mai fonti e ruscelli, la cui acqua scorre e si combina in modo assai più libero”*(p. 41). Se il terapeuta riuscisse a vedere la propria identità personale e professionale come appartenente a un movimento fluido e scorrevole piuttosto che al mondo degli alberi, forse sarebbe per lui più facile essere narratore di storie “mescolate”, ovvero storie che si contaminano, si rinarrano, storie che vivono nel possibile, nel puro e nell’impuro (Bateson, 1997). Se il terapeuta fosse in grado di narrarsi in questi termini potrebbe anche riuscire a costruire con i suoi clienti relazioni fluide, mobili, orizzontali, senza la pretesa quindi di essere maieutici e privi di pregiudizi. A ben guardare infatti la metafora del fiume viene in soccorso anche alla spinosa questione dei pregiudizi. Come ci ricorda Cecchin (1997) l’obiettivo non è liberarsi dei pregiudizi, ma imparare a vederli, farli diventare strumento, domandandosi che tipo di danza fanno i nostri pregiudizi con quelli della persona che abbiamo di fronte. Per poter diventare abili osservatori della propria azione autobiografica e quindi dei propri pregiudizi, IDIPSI ha inserito nel proprio percorso formativo due anni di Analisi Didattica.

---

<sup>6</sup> Cavarero contrappone tale etica alla teoria empatica che prevede una perdita del concetto di unicità del sé, in quanto ci si riconosce nell’altro attraverso il suo racconto.

<sup>7</sup> L’albero come metafora delle proprie radici familiari impone un verso, una direzione a ciò che viene prima e ciò che viene dopo, impone una autorità ascendente e un legame che, in quanto “naturale”, non si può spezzare ma solo perpetuare. Nella pratica clinica la metafora dell’“albero quercia” può diventare un ostacolo, se non un limite, qualora uno o più membri del gruppo non si sentano di appartenere a quelle radici familiari. In questo caso può essere utile introdurre l’idea di radici rizomatiche (Deleuze, Guattari, 1980) ovvero radici che hanno uno sviluppo orizzontale piuttosto che verticale (Sbattella, Residenziale IDIPSI, 2013). L’idea di Bettini è più estrema e ha come oggetto più che le origini familiari le origini dell’identità culturale, dove matura anche l’immagine socialmente validata del professionista.

## L'ANALISI DIDATTICA IDIPSI<sup>8</sup>

L'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata prevede l'attivazione di un percorso di Formazione Personale dell'allievo parallela alla formazione in aula per un totale di 40 ore distribuite durante il terzo e il quarto anno di specialità. I terapeuti<sup>9</sup> vengono scelti non in base alla loro formazione specialistica, quanto piuttosto alla formazione circa i temi delle emozioni in terapia e della consapevolezza del proprio agire clinico: per questo motivo i terapeuti provengono tutti da orientamenti differenti, aspetto che, come vantaggio secondario, ha quello di permettere una contaminazione di idee e proposte metodologiche nella pratica clinica.

Lo scopo principale dell'analisi è legato all'aumento di consapevolezza rispetto alle peculiari modalità relazionali e di interazione che l'allievo agisce nel suo contesto e, quindi, anche nella pratica clinica. Da un punto di vista delle azioni pratiche, viene richiesto al terapeuta di lavorare sul genogramma dell'allievo, sull'analisi delle competenze emotive e relazionali, attraverso il riconoscimento delle modalità di funzionamento emotivo e, in fine, si lavora sull'approfondimento dell'attività clinica, indagando primariamente le dinamiche intersoggettive emergenti dalla relazione terapeutica. Inoltre è previsto un monitoraggio dei percorsi

attivati con un confronto periodico tra Tutor e Staff Didattico dell'Istituto, per coordinare i percorsi attivati e verificarne l'efficacia formativa. L'Analisi Didattica permette all'allievo di esperire lo spazio terapeutico come un campo multipotenziale (Ferro, 2007, 2013) in cui pazienti e terapeuti si ritrovano a condividere ciò che sono nel qui e ora e ciò che sono rispetto al loro vissuto. L'esperienza dell'Analisi Didattica diventa allora luogo di sperimentazione per l'allievo della propria capacità negativa (Bion, 1970), ovvero la capacità di non sapere, di rimanere nel dubbio, evitando cioè di trovare risposte esaustive che restringono il campo ed impediscono a nuove domande di generarsi. Se il terapeuta ragiona per ipotesi (Selvini Palazzoli, 1980) valorizza la propria capacità negativa in quanto non impone una lettura ma suggerisce una visione o, per usare il concetto di Maturana e Varela (1980), una perturbazione, consapevole però di avere memoria e di avere desideri. Per Bion (1970) lo stato mentale dell'analista deve essere senza memoria e desiderio, come dire senza passato e senza futuro e, ancora, senza pregiudizi. Il percorso di Analisi Didattica in IDIPSI invece pone al centro i pregiudizi del terapeuta, che formano un fiume in cui è immerso il terapeuta e che in parte condivide con il paziente. In que-

---

<sup>8</sup> L'attività è riconosciuta dal programma ministeriale Miur come Formazione personale allievo. Analisi Didattica è però di uso comune all'interno dell'Istituto, in quanto si ricollega alla storia della formazione psicoterapeutica in ambito psicoanalitico, con cui condivide alcuni aspetti (ovvero rendere visibili le zone emotivamente scoperte del futuro terapeuta ed essere esperienza di un modo differente di stare in relazione) mentre si discosta per altri. Una prima differenza riguarda il setting: per la SPI è molto strutturato e prevede un'alta frequenza settimanale di sedute per una durata di diversi anni, mentre il contenuto dell'analisi è assolutamente libero e non ci sono obiettivi specifici preordinati; nel caso IDIPSI, invece, il setting è mobile, ma a termine predefinito, come gli obiettivi, che hanno tuttavia alcuni focus cardine in merito al contenuto, anche se non è stabilito in che modo arrivarci. Una seconda differenza riguarda il fatto che, mentre per la SPI l'Analisi è un prerequisito per potere accedere alle selezioni del training vero e proprio, nel nostro caso è parallela alla formazione in aula. Si ringrazia il Dott. Alessandro Musetti per la preziosa consulenza.

<sup>9</sup> In IDIPSI il terapeuta con funzioni didattiche è chiamato Tutor.

sto modello diventa difficile pensare che il cliente possa non vedere chi è il terapeuta: solo se il paziente vede il terapeuta per ciò che è, e il terapeuta è consapevole sia di essere osservato e di mostrare alcune cose piuttosto che altre, può nascere una relazione estetica, ossia una relazione non costruita su un affetto pregresso o socialmente stabilito ma piuttosto sulla fiducia e sulla libertà. La relazione terapeutica è un campo multipotenziale non perché definito da un setting preordinato, ma perché, pur cambiando setting, la sua sacralità rimane invariata.<sup>10</sup> Un altro aspetto fondamentale è che l'Analisi Didattica è in realtà formazione sia per l'allievo che per il Tutor: in un'ottica di cibernetica di secondo ordine nel processo relazionale anche il terapeuta è chiamato in causa come soggetto-oggetto: ammalarsi della malattia del paziente (Bion, 1970) per noi significa ricordarsi che siamo dentro sistemi osservanti (von Foerster, 1982). Se l'osservatore entra a fare parte della descrizione di ciò che è osservato non è pensabile rendere l'Analisi Didattica strumento di giudizio per l'allievo, né tanto meno metro per valutarne l'idoneità alla professione. IDIPSI ha concluso a dicembre 2013 il suo primo ciclo di specialità: è quindi ancora un percorso nuovo e in via di definizione. Proprio rispetto a questo si è deciso di condurre due Focus Groups con Tutors e allievi in modo da tracciare riflessioni, considerazioni, punti di forza e debolezza rispetto ai percorsi futuri, in attivo e in chiusura. Si è

inoltre deciso di condurre un Follow-up su un'Analisi Didattica per entrare più in dettaglio sulle tematiche e sulle evoluzioni degli incontri.

### **FOCUS GROUP CON GLI ALLIEVI: L'ESPERIENZA CONSAPEVOLE DELLA RELAZIONE IN TERAPIA.**

Gli allievi sono stati sorteggiati nel secondo, terzo e quarto anno di specialità. Il gruppo era formato da sette allievi, nello specifico: tre del quarto anno, tre del terzo anno e due del secondo anno. Gli allievi del secondo anno non hanno ancora cominciato il percorso di Analisi Didattica, ma si è ritenuto opportuno coinvolgerli per avere un ampio spettro riguardo il tema delle aspettative, delle paure e degli obiettivi dell'Analisi<sup>11</sup>. Si ipotizza che gli allievi abbiano la percezione di un aumento della propria consapevolezza rispetto al vissuto emotivo esperito nella stanza di terapia. L'Analisi sarebbe quindi propedeutica alla crescita del professionista rispetto: l'aumento della percezione del proprio modo di stare in terapia, la consapevolezza del vissuto emotivo che la relazione con l'altro scatena, l'emergere delle proprie capacità, delle modalità narrative e dei propri pregiudizi. L'aumento di consapevolezza inciderebbe non solo sulla presenza mentale legata alla risonanza che aspetti della storia dell'altro attivano nel terapeuta, ma anche in un aumento del senso di responsabilità condiviso tra terapeuta e cliente (Bianciardi, Galvez Sanchez, 2012).<sup>12</sup> L'intervista è sta-

---

<sup>10</sup> Da notare una differenza tra il modello SPI e quello IDIPSI: nel primo caso il setting è programmato e rigido, invariante, mentre il contenuto dell'analisi è assolutamente libero (non ci sono obiettivi prefissati); nel secondo caso, invece, il setting è mobile come gli obiettivi, che hanno tuttavia alcuni focus cardine in merito al contenuto, anche se non è stabilito in che modo arrivarci.

<sup>11</sup> Si ringrazia la Dott.ssa Malagoli per la trascrizione del Focus.

<sup>12</sup> Conduttore: Dott.ssa Ferrari; Osservatore: Dott. Restori; Durata: 75 minuti.

ta condotta seguendo la seguente griglia: quali erano-quali sono le aspettative circa la propria analisi: quali argomenti volevate trattare, quali avete trattato ecc.; difficoltà incontrate nel percorso -ad esempio: noia/paure/rabbia; quanto di ciò che si è esperito nell'analisi è poi stato utile nella pratica clinica; quanta consapevolezza pensate di aver acquisito rispetto al vissuto emotivo che agite in terapia; cosa avreste voluto fare-trattare-vivere durante l'analisi e non è stato possibile fare; che senso e quale utilità pensate abbia l'analisi nel percorso formativo.

Nel Focus Group sono emerse in particolare le tematiche del tempo e dello spazio in terapia. Sembra condivisa l'idea e la sensazione che l'Analisi abbia permesso di costruire un'identità professionale flessibile soprattutto rispetto questi due aspetti: in particolare, per quanto riguarda il tempo, viene riportata l'idea di un tempo terapeutico in quanto co-costruito all'interno di una condivisione di responsabilità. Il tempo non sarebbe terapeutico in sé o perché il professionista dà un ritmo ma, in quanto colore della relazione in corso, assumerebbe un significato terapeutico.

*<E: Parlando di ore, all'inizio dell'anno 40 ore non mi sembravano molte, ma adesso ritengo che siano stati un numero giusto di incontri. Ho avuto molta libertà di gestione degli orari e delle giornate. All'inizio che ne avevo più bisogno ci vedevamo una volta a settimana, poi ci sono stati anche periodi in cui sono trascorsi molti giorni senza vederci. Ho gestito questo tempo in modo autonomo, anche in base a quelle che erano le mie esigenze. Era una cosa su cui all'inizio non avevo riflettuto, ma che ho scoperto all'interno del percorso.>*

Per quanto riguarda lo spazio, invece, più che uno spazio-setting viene suggerito uno spazio di terapia, in cui stabilire di cosa parlare e come affrontare certi temi. Sembra che ognuno abbia seguito non un percorso preordinato (quindi ad esempio genogramma-emozioni in terapia- supervisione) ma una declinazione propria della coppia terapeutica, facendo diventare il percorso uno spazio personale non tanto perché si toccavano argomenti della vita privata di ognuno quanto piuttosto perché, sempre attraverso l'agire di una responsabilità condivisa, il cammino personale era costruito ad hoc sulla persona.

*<D: alla fine, la mancanza di una premessa chiara di ciò che doveva essere l'Analisi Didattica è stato qualcosa di positivo. Poterla co-costruire insieme ha fatto sì che non mancasse nulla.*

*E: Lavorare sulla mia storia personale mi ha permesso di acquisire una sicurezza per poter poi agire all'interno dei colloqui, soprattutto di tipo individuale, nel privato. L'esperienza si è suddivisa in due parti. Il primo anno si è lavorato soprattutto sulla mia storia familiare affinché io fossi più consapevole di chi sono e di cosa porto all'interno della terapia, le emozioni e i vissuti che porto con me all'interno del colloquio. Quest'anno invece è stata più una supervisione, nel senso che si parlava soprattutto dei casi che seguivo in privato. C'è stata proprio una grande differenza: il primo anno mi è servito per raggiungere una consapevolezza personale, mentre il secondo anno ci si è spostati maggiormente sulla pratica.>*

Rispetto all'aumento di consapevolezza percepito potremmo dire che tutti sembrano riportare una riflessione su quanto essere stati sui propri meccanismi automatici,

legati alla propria storia, abbia permesso di poterli guardare da fuori e non più da dentro, consentendo di sperimentarsi come “funzioni osservative” (Vidali, 1988; in Bianciardi, 2012).

*<E: per me è stato fondamentale riflettere su me stessa. Prima di acquisire una sicurezza come terapeuta penso che sia utile riflettere sulla mia storia personale. Questo mi ha fatto sentire più adeguata all'interno del colloquio e quindi più curiosa nei confronti del paziente. Due anni fa mi sentivo una persona molto insicura, non solo come terapeuta. Adesso invece sento che la sicurezza che ho acquisito mi serve ad acquisire sicurezza come terapeuta.*

*R: Credo che l'analisi mi abbia dato la possibilità di riflettere sul mio percorso. Mentre prima ero molto agitata e non riuscivo quindi ad essere presente all'interno del colloquio in quel modo -interessata-, mi sono resa conto che facendo questa analisi riuscivo poi ad essere più consapevole e presente. Prima facevo molta fatica anche solo a comprendere questa cosa.>*

Infine il tema delle aspettative differenti per ciascuno, ma con un comune denominatore, ovvero il desiderio di intraprendere il percorso e contemporaneamente una incertezza rispetto a quello che sarebbe stato:

*<E: lo sono partita con una grande curiosità e non mi ero prefissata di “fare questo e quello”. Quindi mi siedo su una sedia su cui un domani saranno seduti i miei pazienti. Vedo come sto su quella stessa sedia. Non avevo pensato che avrei parlato di qualcosa nello specifico, è stata una cosa molto naturale che si è costruita nel tempo.>*

L'idea generale sembra essere quella di un percorso capace di incidere prima che su aspetti professionali su caratteristiche personali del professionista, come dire che essere professionisti consapevoli richiede di essere prima di tutto persone consapevoli. Questo però non equivarrebbe a una commistione tra privato e professione, ossia una psicoterapeuta non avrebbe il compito e il dovere etico di essere il modello esatto di ciò che propone in terapia, cioè impedire alle proprie emozioni di agirlo nella sua quotidianità, ma piuttosto avrebbe il dovere etico di interrogarsi costantemente su come le proprie emozioni lo guidano nelle sue scelte di vita, ricordandosi che qualsiasi lettura, maturata in contesto privato o professionale, è il frutto di una punteggiatura (Watzlawick, 1967) e non di un dato di realtà.

## **FOCUS GROUP CON I TUTORS: PREMESSE E OBIETTIVI CONDIVISI**

Il gruppo di analisti didatti attualmente è formato da sei psicoterapeute, con formazioni sistemiche, gestaltiche, analitiche e cognitive. Al Focus erano presenti quattro di loro.<sup>13</sup> L'ipotesi da cui muove l'intervista è che l'Analisi Didattica possa essere un percorso tra la terapia e la formazione. Inoltre si ipotizza che anche per il Tutor sia una occasione di formazione personale e professionale oltre che un'occasione di approfondimento e cambiamento rispetto al proprio stile terapeutico.<sup>14</sup> La griglia di riferimento per la conduzione dell'intervista è la seguente: aspettative, perplessità, paure quando vi è stata proposta la conduzione delle analisi; difficoltà sperimentate lungo il percorso;

---

<sup>13</sup> Si ringrazia la Dott.ssa Cavalca per la trascrizione della videoregistrazione.

<sup>14</sup> Conduttore: Dott. Restori; Osservatore: Dott.ssa Ferrari; Durata: 70 minuti.

come avete “incorporato” la formazione per i Tutor effettuata negli anni precedenti sul tema della consapevolezza nell’agire clinico-formativo con gli allievi; che differenza c’è con le altre terapie; cosa è cambiato, se è cambiato qualcosa, nel vostro stile terapeutico dopo il percorso condotto, e la formazione effettuata; come si è modificato il vostro modo “di stare in terapia con le vostre emozioni”;

descrivete con una metafora quale tipo di relazione sentite di aver costruito con gli alunni; cosa non ha funzionato e cosa sarebbe importante cambiare; come gli obiettivi concordati con lo Staff Didattico IDIPSI hanno impattato con le aspettative degli alunni; quale tipo di integrazione c’è stata tra la vostra formazione con la formazione proposta da IDIPSI.

L’incontro condotto con i Tutors presenta due tematiche fondamentali tra loro collegate: la privacy delle allieve e la relazione con lo Staff Didattico.

*<A: Sicuramente una grande curiosità, mi sono avventurata in qualcosa che non avevo mai fatto e mi ha molto incuriosita. Con un’importante paura di non essere in grado, non avendo mai fatto il Tutor, e affiancare qualcuno senza avere linee guida mi ha messa un po’ in difficoltà. Stare in stanza di terapia è stato più semplice e quindi, le problematiche portate inerenti a ciò che conoscevo non mi hanno trovata completamente impreparata. Sono venute fuori esperienze che sono state terapia, supervisione, incontro, scambio alla pari. Ci sono suggestioni importanti per entrambe. Rispetto alle perplessità, una è quella di riuscire a conciliare il rispetto della privacy delle ragazze con ciò che è giusto dire tra di noi quando parliamo di loro, perché è facile farsi scappare qualcosa di troppo e invece trascurare di dire*

*qualcosa che potrebbe essere importante per la loro crescita; in questo trovo ancora difficoltà.>*

Questo aspetto è stato condiviso da tutto il gruppo: non sapere quanto lo Staff Didattico avrebbe chiesto rispetto ai colloqui effettuati è stato un aspetto critico, soprattutto rispetto al tema della deontologia professionale. La nota interessante è che, almeno da quello che è emerso anche in incontri informali all’interno del gruppo di allievi, questi ultimi fossero meno preoccupati di quanto non fossero i Tutors stessi.

*“L: Anche per me c’è stata perplessità sulla comunicazione tra noi e lo Staff Didattico, come se ci fosse un cammino a pari passo tra la didattica e la consapevolezza. Temevo che il fatto che fossero osservate come future psicoterapeute fosse un condizionamento che rischiasse di creare un atteggiamento coartato rispetto alle proprie fragilità o i propri limiti. Per me con le allieve è stato importante sottolineare qual era il senso del percorso. Un altro timore è stato la motivazione al percorso, che è suggerito dalla scuola, che è molto diversa da quella che deriva da una situazione di sofferenza psicologica e che quindi cerca autonomamente un percorso di psicoterapia.”*

Chiarire il mandato, e ciò di cui si può e non si può parlare tra Tutors e staff, potrebbe forse anche aiutare a precisare cosa fare se e quando qualcuno dei soggetti in campo (docenti, Tutors e allievi) avesse dubbi sul proprio ruolo professionale. Anche in questo caso essere funzioni osservanti e non osservatori potrebbe aiutarci, in quanto stabilire una valutazione impone qualcuno che guarda e qualcuno guardato. L’obiettivo invece sarebbe proprio imparare ad uscire da un’ottica valutante non solo nella relazione terapeuta-paziente, ma anche in quella Tu-

tors-allievo-docente. Inserisco i docenti in quanto il Focus Group ha messo in evidenza come l'esperienza dell'Analisi Didattica sia una esperienza formativa legata all'ambiente dell'Istituto, non solo perché nasce da lì ma perché ad essa deve rendicontare. Questo aspetto però non è un limite né un valore aggiunto di per sé, è più che altro un metacontesto di cui tenere conto. Rispetto a questo, quindi, diventa un falso problema stabilire se un allievo è pronto o non pronto alla professione, perché non intendiamo lo psicoterapeuta come esperto delle emozioni, ma piuttosto come il narratore di emozioni: più qualcuno narra e dà voce al nostro vissuto emotivo più saremo consapevoli, e tanta più consapevolezza avremo(,) tanti più strumenti relazionali costruiremo, sentendoci sempre più pronti a diventare narratori della storia emotiva di qualcun'altro. Anche nell'incontro con i Tutors emerge il tema della responsabilità, su cui riportano di sentirsi molto ingaggiate. Probabilmente per alleggerire questo peso in favore di una maggiore sensazione di responsabilità condivisa potrebbe essere utile riprendere lo spunto portato alla fine del Focus, ovvero quello di fare incontri tra i Tutors per discutere dell'andamento delle Analisi Didattiche. Molto interessanti sono le metafore proposte:

*<A: La metafora, poco elegante, è quella del minestrone. Una contaminazione più profonda di quello che c'è nel minestrone non la conosco.*

*D: Intimità, pensando al lavoro fatto con le ragazze, mi viene in mente il livello di intimità che si è creato con loro e la sorpresa nel vederle crescere come terapeute. Io mi vedo come futura collega più giovane.*

*L: Scoperta. Immagine di una barca a vela, molto più avventurosa e soggetta a diverse*

*variabili, sensazione di un lavoro a quattro mani. Una parte di esplorazione, qualcosa che si basa su un continuo assestamento reciproco nel corso del tempo.>*

Queste metafore suggeriscono tutte il particolare legame relazione che va ad instaurarsi in sede di Analisi Didattica. Sembra esserci una commistione di aspetti educativi legati anche alla percezione di stare seguendo un percorso professionale simile, ovvero la differenza con altri percorsi terapeutici credo stia non tanto nel metacontesto, cioè l'Istituto, quanto piuttosto nella somiglianza che intercorre tra allievo e Tutor. Anche se provenienti da scuole differenti e con storie formative differenti allieve e Tutors hanno in comune quella parte di vita in cui si "diventa professionisti": paure, angosce, solitudini, gioie, traguardi risuonano l'una nell'altra in modo vibrante, acustico, tanto da creare una cornice affettiva di forte intensità.

La griglia dell'intervista si concentrava anche su quali e su quanti cambiamenti le Tutors hanno sperimentato rispetto al loro stile terapeutico. Ognuna di loro sembra riportare la sensazione di aver agito, a volte anche prima che questo diventasse riflessione, dei cambiamenti nel loro stare in terapia.

*<C: Mi sono sentita più osservata e da un altro occhio clinico. Aveva un peso nel futuro quello che stavamo agendo, una grande responsabilità. Però allo stesso tempo ho sentito anche più contatto rispetto al lavoro quotidiano, perché anche io sono in continua formazione e quindi in realtà non mi sono sentita così lontana dalle allieve che avevo davanti, mi sono ritrovata in loro più volte. È stato spesso oggetto di seduta la relazione tra noi e questo è stato di grande importanza per me: è un ricordarsi di guardarsi mentre si fa e mentre si dice. Ogni*

*momento è un punto di incontro e apprendimento. Mi sono sentita anche più rilassata e libera di capire il peso delle mie azioni e delle mie parole, come una forma di accogliamento reciproca. Ho improvvisato molto e si può fare, mi sono conosciuta più creativa e ho portato in altre sedute cose che mi sono venute lì, è stato molto utile in questo senso.>*

Infine è stato chiesto come le loro formazioni differenti si sono integrate rispetto alle premesse della scuola.

*<A: Sarei stata in difficoltà a dover applicare solo il sistemico perché negli anni ho utilizzato fortemente l'integrazione e questa la riporto molto nel rapporto con le allieve. Bisogno di contaminazione su di noi e con l'altro. Necessità di prendere quello che serve ai nostri pazienti a prescindere dalla scuola di provenienza; io nei miei rapporti uso questo e mi fa sentire più preparata, pronta e con maggiori consapevolezza.>*

### **FOLLOW-UP DI ANALISI DIDATTICA: L'ALBERO DI NATALE E IL GIOCO DELLE TRE CARTE, STORIA DI UNA RELAZIONE**

Intendiamo qui il Follow-up come un incontro all'interno del percorso terapeutico, effettuato a termine del percorso clinico, non per valutare il lavoro svolto ma piuttosto per osservare le funzioni osservanti e la relazione agita tra terapeuta e paziente. Per fare questo il Follow-up viene condotto da un intervistatore esterno alla coppia-gruppo terapeutica. Questo intervistatore ha lo scopo di indagare non i contenuti ma i processi relazionali tra terapeuta e paziente. Nello

specifico viene qui svolto un Follow-up sul percorso di Analisi Didattica appena terminato. Il protocollo al quale tale procedura fa riferimento è quello attivato presso il Centro Famiglie dell' AUSL di Parma, e prevede l'inserimento di un Follow-up a sei mesi dalla conclusione del percorso. In questo caso il criterio dei sei mesi viene a mancare. Ci si è interrogati sull'opportunità di attuare un Follow-up nonostante la terapia non avesse "sedimentato" nello spazio di vita di Tutor e allieva: la decisione è stata presa proprio riflettendo sul fatto che questo percorso non corrisponde a una terapia "convenzionale", e che quindi ha già in sé ampi aspetti di riflessività<sup>15</sup> tali per cui più che costruire si va ad ampliare un processo riflessivo.

*Ipotesi di partenza è riflettere sulla riflessività della relazione che, con la presenza di un conduttore esterno, può promuovere ulteriormente crescita, chiarificando quale può essere il percorso di maturazione professionale e personale all'interno di una Analisi Didattica. Può consentire anche di approfondire alcune peculiarità rilevate nei Focus Groups.<sup>16</sup>*

La relazione è stata il grande tema del Follow-up: spingere la riflessione su come la coppia Tutor-allieva ha declinato nel tempo il suo costruirsi e ricostruirsi è stato il tema cardine su cui il conduttore ha puntato maggiormente. In particolare ha chiesto una immagine per indicare come verrebbe descritta la relazione. Il Tutor ha portato l'immagine del gioco delle tre carte.

*<C: Il gioco delle tre carte. Perché quello*

---

<sup>15</sup> La riflessività è un prerequisito teorico al Follow-up, in particolare la riflessività contestuale, che riguarda il riconoscimento degli effetti sui clienti dei contesti istituzionali in cui operiamo con particolare attenzione al linguaggio di cui facciamo uso e alla trasparenza riguardo alla filosofia di fondo dell'istituzione (Daniel, 2012).

<sup>16</sup> Conduttore: Dott. ssa Ravasini. Durata: 1 ora e un quarto.

*che avviene oggi è quello che avviene normalmente: posso essere la peggior persona, e poi la miglior persona... e poi basta... è affascinante.. cioè impotente e onnipotente, ed è la cosa che mi ha intrigato tanto con il lavoro con D., perché è sempre in movimento.>*

Dal punto di vista dell'allieva la relazione con la Tutor è assimilabile a un albero di Natale perché viene descritta come qualcosa che si aspetta, che abbellisce la casa, crea atmosfera, ma che ha un periodo limitato, a un certo punto esaurisce il suo tempo, si sente cioè la necessità di riprendersi uno spazio domestico "occupato". L'albero è anche qualcosa di estremamente familiare, è il tuo albero di Natale con i tuoi addobbi, qualcosa che sai che c'è anche quando è chiuso in soffitta e che all'occasione si può sempre recuperare. L'allieva riporta come la relazione con la Tutor sia qualcosa che si è profondamente radicato nella sua storia di vita, perché oltre ad averla aiutata a vedere aspetti personali difficili da decifrare, le ha permesso di sperimentarsi dentro i panni della paziente e quindi di vedere, in potenza, quale può essere il vissuto emotivo di un paziente. L'allieva riporta come nei primi incontri con lei, il primo anno indicativamente, la Tutor era molto presente nella sua mente, in ciò che faceva, nelle scelte che prendeva. Le cose con il tempo sono cambiate, perché pur rimanendo un riferimento, non era più così presente nel suo mondo interiore. Il tempo aveva portato nuove relazioni su cui investire, nuovi stimoli, andando ad affievolire lo stimolo legato alla Tutor. Questo aiuta a riflettere su quanto anche nel paziente la vita che scorre fuori modifica ed è modificata dalla relazione che scorre dentro la stanza, senza soluzione di continuità. Le cose

cambiano, noi cambiamo per il paziente a volte molto di più di quello che il paziente cambia ai nostri occhi. Questa riflessione potrebbe essere preziosa, perché alcuni passaggi in terapia - e a volte anche ciò che noi potremmo considerare drop out- letti dentro una cornice "qualcosa cambia fuori" permette di attribuire altri significati allo stesso evento. Ad un certo punto, come in tutte le relazioni, anche quella terapeutica smette di essere una novità e quindi perde una parte del suo appeal, per così dire. Da ciò che emerge sembra che la grande forza del lavoro di Analisi Didattica risieda proprio nel potersi sperimentare contemporaneamente paziente e terapeuta (nell'ambito del tirocinio) in modo da costruire parallelamente una crescita personale e professionale: perché se è vero che un "buon" terapeuta non è necessariamente una "buona" persona è anche vero che essere una persona flessibile, curiosa ed evolutiva, che concepisce cioè la vita come qualcosa che evolve in un moto a spirale, permette non tanto di essere buoni terapeuti, ma di essere persone desiderose di costruire relazioni etiche. Un altro aspetto importante emerso in sede di Follow-up è la riflessione su quanto la Tutor sia stata osservata, non con occhio critico ma con occhio attento. Il desiderio era da un lato vedere tecniche e strategie da poter copiare, dall'altro era prestare orecchio a cosa arriva al paziente del terapeuta.

*<D: sono stata molto incuriosita dall'osservare lei: non è come il paziente che osserva il terapeuta con reverenza... io osservavo non con critica ma con attenzione.. e quello che mi porto a casa è quanto un terapeuta dice non dicendo. Premesso che io non so niente della storia di C., ma anche qui, non mi serve conoscere la sua storia per conoscere C., e quindi penso che il senso della*

consapevolezza idipsiano per me è questo qui, non dimenticarsi che stai parlando e stai parlando di te.. e allora commuoversi, ridere non sono delle deviazioni sono solo delle manifestazioni più chiare di quello che sei tu, che c'è comunque.>

L'osservazione della relazione suggerisce come il terapeuta parli di sé di continuo, tanto che la conoscenza reciproca è molto meno impari di quello che ci viene da sempre suggerito. Non servono i contenuti per conoscere l'altro, ma basta ascoltarsi, guardarsi, sentirsi, attivare le percezioni cinestetiche. La consapevolezza potrebbe essere riferibile a questo aspetto: sapere che siamo osservati perché parliamo di noi.

Anche nel Follow up emerge il tema etico della condivisione di responsabilità: l'episodio colloquio appare essere il risultato della elaborazione di ciò che entrambe portavano in terapia: anche ciò che sembra una imposizione è sempre una negoziazione.

Ragionando sulle criticità invece si sono collegate al discorso delle aspettative.

*<D: criticità pratiche no. L'unica è stata legata alle aspettative differenti manifestate nel primo giorno, cosa che riguarda più che altro il sistema Analisi Didattica IDIPSI. Secondo me il passaggio in aula che abbiamo fatto a fine secondo anno non è stato sufficiente.*

*C: In effetti la motivazione ad un percorso di Analisi Didattica varia notevolmente. Do-*

*vera fare al quarto anno perchè lo devo fare cambia la cornice e la motivazione. Forse siamo dovute stare tanto sulle relazioni per appropriarci su quello spazio lì.>*

La sensazione è che siano partite da aspettative differenti, da urgenze differenti: per l'allieva era di trovare un contenitore per emozioni che non sapeva più arginare, per la Tutor invece era corrispondere ad aspettative altre, al di sopra, quelle cioè della Scuola. Nella Tutor c'era anche una tensione "a far bene" per avvalorare il mandato dell'Istituto.

La non comunanza di aspettative sembra aver rallentato, o complessificato, la costruzione di un punto di partenza condiviso.

Infine una riflessione rispetto alla presenza di un conduttore esterno. L'intervistatore è entrato nella relazione in punta di piedi, provando la sensazione di essere un ospite dentro la loro relazione. Il vissuto dell'allieva rispetto alla presenza di un terzo è stato quello di vedere amplificata la sacralità della relazione, in quanto non più relazione "nascosta" ma relazione "pubblica" come se parlare del loro "noi" davanti a un'altra persona estranea abbia permesso di consacrare ciò che avevano costruito.

## **L'APPARTAMENTO GREZZO: CONCLUSIONI ETICHE**

Ad ognuno di noi è capitato, o capiterà, di vedere un appartamento grezzo<sup>17</sup>, in via di

---

<sup>17</sup> < Io vivo questo tempo come un appartamento vuoto senza mura, con le finestre. Si dice che un appartamento completamente vuoto sembri più piccolo di quello che in realtà è. E io sento un po' questo peso. 40 ore mi sono sembrate davvero poche. Mi sono chiesto se in un tempo così breve riusciamo a farci stare tutto quello che noi siamo e quello che portiamo, le nostre esperienze con i pazienti, quindi la sovrabbondanza che arriva da quell'esperienza. sento molto vicina l'opinione di Antonio, ovvero la necessità di governare questo spazio in funzione delle proprie necessità e delle necessità che subentrano durante il percorso. Forse sarebbe un errore fermarsi a guardare il numero di ore. Vedo questo spazio come una fisarmonica in cui ognuno può portare o togliere aspetti salienti o meno, in funzione delle proprie necessità.>A. T.- Focus Group

costruzione, un appartamento dove si vede il mattone, senza intonaco né pavimenti e di provare a pensarlo finito, con porte, finestre, pareti colorate, cercando soprattutto di far combaciare quello spazio percepibile dai nostri occhi con la metratura del progetto su carta. Come ogni muratore sa, gli appartamenti grezzi sembrano sempre più piccoli di quanto non siano finiti. L'Analisi Didattica può forse prendere in sé questa metafora, perché è una esperienza in potenza, guardabile per le potenzialità che ha più che per quello che è. L'Analisi sembra essere, da quanto emerso nei lavori, uno spazio personale, uno spazio professionale, supervisione, intervizione e molte altre cose che questo breve lavoro non è riuscito a tracciare. Di certo appare essere una esperienza unica e irripetibile per ogni allievo, un tappeto tessuto a più mani.

L'esperienza di una Analisi Didattica nell'ambito della formazione sistemica permetterebbe di esperire l'agire etico, ovvero di sperimentare la possibilità di accostarci alla persona "senza avere a priori un'idea chiara di chi dovremmo essere (esperto, autorità, o partner paritario nella conversazione), e nemmeno di chi dovrebbe essere il cliente (bisognoso, incapace di aiutare se stesso, o amico)" (McNamee, 2012).

Se l'agire etico è un agire incorporato (Varela, 1992) allora la formazione in psicoterapia non può prescindere dallo sperimentare in prima persona atti etici; sperimentarsi certo in un contesto protetto, perché formativo, in cui i salti di livello diventano occasioni di crescita per tutti i partecipanti: allievi-tutors-staff didattico. L'Analisi Didattica in formazione è dunque la terza via del pensiero polare "sono/non sono" uno psicoterapeuta, ovvero è la declinazione dell'idea che psicoterapeuti non lo si è ontologicamente,

ma piuttosto processualmente; non è uno status socio-economico appreso in un determinato tempo, ma una posizione estetica che vede nell'incontro con l'altro l'espressione sacra di ogni relazione.

## Bibliografia

- Bateson, G. (1991). *A Sacred Unity. Further steps to an ecology of mind*. HarperCollins: San Francisco [trad. It. (1997) Una Sacra Unità. Adelphi: Milano].
- Bertrando, P. (1999) La diagnosi di Psicoterapeuta, *Connessioni*, 5, 129-142.
- Bettini, M. (2011). *Contro le radici*. il Mulino: Bologna
- Bianciardi, M. (2008). Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale, *Connessioni*. 20, 157-172.
- Bianciardi, M. (2012). Il soggetto etico. In Bianciardi, M., Galvez Sanchez, F. (a cura di). *Psicoterapia come etica* (pp. 63-73). Antigone: Torino.
- Bion, W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. Tavistock Publications: London [trad. It. (1988) Attenzione e interpretazione. Armando: Roma].
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Boringhieri: Torino.
- Cavarero, A. (1997). *Tu che mi guardi, tu che mi racconti*. Feltrinelli: Milano.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1997). *Verità e pregiudizi*. Raffaello Cortina: Milano.
- Cecchin, G. (1987). Revisione dei concetti di ipotizzazione-circularità-neutralità: un invito alla curiosità. *Family Process*. 26, 405-413.
- Daniel, G. (Maggio 2012) Riflessività e diversità culturale. Power Point presentato all'interno del ciclo di conferenze "Comunicazione e famiglia in ambito clinico", Parma.
- Ferro, A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Cortina: Milano.
- Ferro, A., a cura di, (2013). *Psicoanalisi oggi*. Carocci: Roma.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1980). *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie*. Le Editions de Minuit: Paris [trad. it. (2010) Millepiani. Castelvecchi: Roma].
- Keeney, B. (1985). *L' estetica del cambia-*

- mento. Astrolabio: Roma
- Maturana, H., Varela, F. (1980). *Autopoiesis and cognition*. Reider: Dordrecht [trad. it. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Marsilio: Venezia].
  - McNamee, S. (2012). Responsabilità relazionale e etica. In Bianciardi, M., Galvez Sanchez, F. (a cura di). *Psicoterapia come etica* (pp. 89-103). Antigone: Torino.
  - Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind*. The University of Chicago Press: Chicago [trad. it. (2007). *Il concetto di mente*. Laterza: Bari].
  - Sevini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). *Ipotizzaione, circolari-*
  - tà, neutralità. Tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 5-19.
  - Varela, F., J. (1992). *Un know-how per l'etica*. Laterza: Bari.
  - von Foerster, H. (1982). *Observing Systems*. Intersystems Publications: Seaside [trad. It. (1987) *Sistemi che osservano*. Astrolabio: Roma].
  - Watzlawick, P., Beavin, J., H., Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. W. W. Norton & Co., Inc.: New York [trad. It. (1971) *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio: Roma].
  - Wittgenstein, L. (1967). *Lezioni e Conversazioni*. Adelphi: Milano.



# **Diventare “terapeuta come persona”: riflessioni su pregiudizi e storia personale come risorse per la terapia**

Stefania Caltieri<sup>18</sup>

## **Sommario**

Il presente contributo intende proporre una riflessione sull'importanza del lavoro sulla persona del terapeuta, a partire dall'analisi delle premesse dell'autore e delle emozioni rispetto all'esperienza vissuta nel gruppo di formazione e alla pratica del genogramma condiviso con i colleghi come passaggi importanti in un percorso di ampliamento della capacità autoriflessiva e di maturazione emotiva e relazionale.

Si pone l'accento sul modello interno di famiglia e su come questi porta a cogliere alcuni aspetti piuttosto che altri nel contesto terapeutico per capire in che modo l'incontro con la famiglia in terapia evoca e amplifica elementi della propria storia familiare per favorire un processo di integrazione tra il livello clinico e formativo regolandone lo sviluppo attraverso l'approfondirsi dell'autoriflessione sull'esperienza clinica e sulle dinamiche relazionali.

La riflessione sul modello interno di famiglia diventa utile per riappropriarsi della propria storia e per costruire più consapevoli capacità di conoscere i propri vissuti emotivi differenziandoli dalle sensazioni evocate dalla famiglia in terapia, per non incorrere in un processo di confusione tra la famiglia interna del terapeuta e la famiglia che si incontra nel contesto clinico, e aprire così nuove strade, che se esplorate possono condurre ad una rinarrazione e ad un ipotetico cambiamento.

## **Parole chiave:**

Pregiudizi, autoriflessione, modello interno di famiglia, formazione terapeutica, maturazione emotiva, individuazione.

## **Abstract**

*This paper is to underline the importance for the therapist to work on himself as a person. Analyzing the author's previous statements represents our starting point, which will be followed by the studies of emotions compared to the experience lived in the training group, and of the use of genogram shared with colleagues. All of this is definitely an important step to be able to better reflect and to become more mature from a relational and emotional point of view.*

*The focus is on the inner model of family and how this helps us to understand some aspects rather than others in the therapeutic context. This is fundamental to realize how the meeting with the family in*

---

<sup>18</sup>IV anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata.

therapy recalls and enhances elements of the patient's family history, as well as it helps the integration process between the clinic and educational level, through a deeper process on self-reflection about the clinic experience and about the dynamic of relationships.

The reflection on the inner family model becomes essential to take back one's own history into the proper consideration, and to be better able to analyse the emotions experienced in life and to distinguish them from the feelings recalled by the family in therapy. This will be helpful both to avoid a process confusion between the internal family of therapist and the family in the clinic context, and to open new ways that can lead, if they are investigated, to a retelling and a possible change.

**Key words:**

*Bias, self-reflection, inner model of family, therapeutic education, emotional maturity, individualizing process.*



## Premessa

Nel corso di questo secondo anno di formazione in psicoterapia sono state affrontate numerose tematiche che hanno stimolato la riflessione del gruppo nonché personale.

Ho trovato particolarmente interessante il pensiero di Gianfranco Cecchin relativamente al concetto di pregiudizio, così come l'attenzione posta sulle emozioni, elementi basilari della terapia.

Il testo *Verità e pregiudizi si apre con una frase significativa* «Ciò che un individuo dice e pensa dipende dalla posizione che occupa nel sistema di appartenenza» (Cecchin, 1997, p. 7).

I pregiudizi sono inevitabili, nella vita e nella terapia, la quale si fonda sull'interazione tra i pregiudizi del terapeuta e del cliente; in questo senso diventa centrale il processo di auto-riflessione per diventarne consapevoli e responsabili e potersene servire o difenderli.

«Quando parliamo di pregiudizi intendiamo ogni serie di fantasie, idee, verità accettate, presentimenti, preconcetti, 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, 1997, p. 7).

I pregiudizi non hanno una connotazione intrinseca di tipo negativo, il rischio è rappresentato dalla rigidità della propria idea che diventa atemporale e acontestuale.

È indispensabile che il terapeuta analizzi i propri pregiudizi e riconosca la propria esperienza emotiva per riflettere su come contribuisce a costruire la relazione terapeutica e diventare funzionale al cambiamento.

Vorrei proporre una riflessione sull'impor-

tanza del lavoro sulla persona del terapeuta, partendo da un'analisi delle mie premesse, emozioni rispetto all'esperienza vissuta fino a questo momento nel gruppo di formazione e alla pratica del genogramma condiviso con i colleghi come passi importanti in un percorso di ampliamento della capacità autoriflessiva e di maturazione emotiva e relazionale.

L'area della formazione del terapeuta vede il lavoro con la famiglia di origine dell'allievo terapeuta come il luogo privilegiato per la costruzione di un buon processo formativo.

L'utilizzo del genogramma nel corso di formazione ha lo scopo di facilitare l'apprendimento di una tecnica utile nel lavoro e soprattutto favorire la consapevolezza degli allievi del sé familiare, permettendo contemporaneamente il raggiungimento di un profondo livello di conoscenza reciproca dei membri del gruppo di formazione.

Bowen (1979) riteneva che gli allievi dovessero vivere l'esperienza definita "il viaggio di ritorno a casa" incentrato sulla conoscenza di sé e della propria famiglia di origine per attivare o ri-attivare il processo di differenziazione di sé necessario per la crescita personale e la costruzione di una buona professionalità.

Il percorso che porta ad esplorare parti importanti di sé può essere supportato e agevolato dalla presenza dei didatti e dei colleghi in formazione, i quali possono restituire un punto di vista esterno sulle emozioni, sui pregiudizi, in tal modo la riflessione su di sé si arricchisce e si amplia grazie alle risonanze e alla partecipazione del gruppo.

Per Boscolo (1996) le attività in gruppo permettono la costruzione di una "mente collettiva" che elabora il lavoro teorico e la pratica clinica connettendoli in modo circolare.

## INTERAZIONI TRA FAMIGLIA D'ORIGINE E GRUPPO DI FORMAZIONE

Al di là della tecnica vi è il sapere che è conoscenza delle connessioni reciproche tra le cose. “Il sapere”, dice Gregory Bateson, “esige non solo un riconoscimento dei fatti che sono collegati, ma un riconoscimento consapevole, radicato nell’esperienza tanto intellettuale quanto emotiva, di cui è la sintesi”. Solo quando le tecniche sono guidate da un sapere del genere la terapia è salutare (Minuchin, 1981).

All’inizio di un percorso di formazione si avverte la necessità di capire cosa fare.

Riprendendo il lavoro di Cardinali e Guidi (2000) si può considerare il “fare terapeutico” come agito consapevole risultato di una proficua integrazione tra la dimensione del pensare (area della costruzione di una epistemologia) e quella del sentire, che se non realizzata può portare ad un’azione non consapevole a rischio collusione con spinte involutive.

L’aspetto che desidero approfondire è quello del “sentire”, l’area della formazione personale all’interno della quale si collocano le interazioni tra la famiglia d’origine e il gruppo di formazione.



Figura 1 Tratto da F. Cardinali, G. Guidi, 2013; [www.itfa.it](http://www.itfa.it)

L’occasione è stato uno spazio importante dedicato alla formazione di ogni allievo: la valorizzazione del racconto della storia familiare attraverso il genogramma nel gruppo di formazione e l’approfondimento delle

tematiche con due interviste<sup>19</sup> condotte da due assistenti didatti dell’Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, la dottoressa Valentina Nucera e il dottor Paolo Persia che mi seguono in questo lavoro.

<sup>19</sup>Le interviste sono state svolte utilizzando un lavoro di intervizione clinica, su un caso seguito come coterapeuta, e si sono svolte in tempi differenti: una precedente e l’altra successiva lo svolgimento del genogramma nel gruppo di formazione

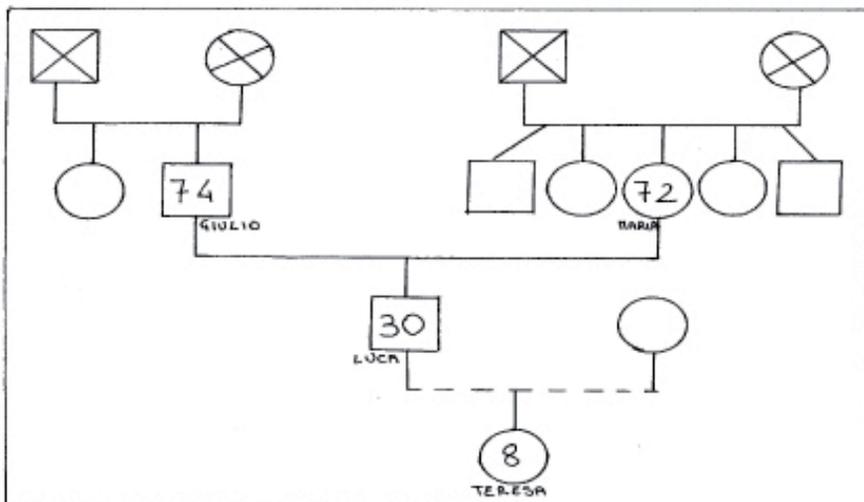
Le interviste avevano l'intento di rielaborare i vissuti rispetto al parallelo con una famiglia seguita come coterapeuta nel corso del tirocinio al Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia dell'Ausl di Parma, per riflettere su come il modello interno di famiglia porta a cogliere alcuni aspetti piuttosto che altri nel contesto terapeutico, sulle risonanze a partire dalle quali comprendere le motivazioni sottostanti, i dubbi e le preoccupazioni e capire in che modo l'incontro con la famiglia in terapia ha evocato ed amplificato elementi della mia storia familiare per favorire un processo di integrazione tra il livello clinico e quello formativo regolandone lo sviluppo attraverso l'attivarsi e l'approfondirsi dell'autoriflessione sull'esperienza clinica e sulle dinamiche relazionali.

Il recupero e il riconoscimento del proprio modello interno di famiglia diventa un passaggio essenziale per non incorrere in un processo di con-fusione tra la famiglia interna del terapeuta e la famiglia reale che incontra nel contesto clinico.

La dimensione grupitale della formazione amplifica le potenzialità di formazione nel lavoro clinico, favorisce la conoscenza di sé in un gioco continuo di rispecchiamenti e di differenze, consentendo la costruzione di uno spazio essenziale di auto-osservazione grazie al confronto della rappresentazione di sé con l'immagine che gli altri propongono. Lo strumento del genogramma rappresenta una mappa, una modalità di rappresentare il sistema che si vuole conoscere, con le interazioni e relazioni che lo caratterizzano che consente a chi lo realizza di diventare attore e autore della propria storia familiare, attraverso un processo di "liberazione" del passato, l'apertura di nuove porte di accesso alla costruzione di nuove storie: costringe a pensare, dà luce a pensieri e sentimenti nascosti, in tutto ciò le parole non bastano, ma rappresentano una forza.

Gli intervistatori non erano a conoscenza del caso né del mio genogramma, l'intervista è partita dalla descrizione del caso attraverso la mia personale narrazione.

## LA STORIA CLINICA DELLA FAMIGLIA ROSSI E LA PROPRIA STORIA IN TERAPIA



La famiglia Rossi è composta da Luca, i due genitori Giulio di settantaquattro anni e Maria di settantadue anni. Oltre a loro in famiglia è presente Teresa, una bambina di otto anni nata dalla relazione tra Luca e l'ex compagna, relazione che si sarebbe interrotta quando la figlia aveva 3 anni. Teresa vive con la mamma e incontra Luca una volta a settimana.

La famiglia Rossi ha sempre vissuto nella casa della famiglia di origine di Giulio, insieme alla nonna paterna, che si è occupata di Luca quando Maria era a lavoro, la quale ha deciso di smettere quando la suocera è venuta a mancare per occuparsi a tempo pieno del figlio.

Il papà di Giulio è morto quando il figlio era molto giovane, per cui quest'ultimo ha preso in mano le redini della famiglia iniziando a lavorare, attualmente anche se in pensione continua nella sua attività.

Maria proviene da una famiglia numerosa della quale si è occupata fin da ragazzina.

Giulio e Maria si mostrano come persone molto responsabili, che hanno dovuto "imparare a cavarsela fin da piccoli".

Durante l'infanzia di Luca sembrano essersi create all'interno della casa dinamiche di alleanze e contro alleanze: Luca e la mamma apparivano molto vicini tra loro, così come il padre condivideva spesso affetti e pensieri con la nonna.

Attualmente Luca ha un lavoro che non lo soddisfa; è in carico al Ser.t dell'Ausl di Parma per problemi di gioco. Aveva già avuto in passato questo tipo di problemi in concomitanza con eventi di vita stressanti.

La madre è stata fin da subito a conoscenza della ricaduta, il padre è stato informato solo successivamente, adesso loro gestiscono le problematiche finanziarie.

Luca e la sua famiglia vengono inviati al

Centro di Terapia della famiglia per analizzare le relazioni all'interno del nucleo familiare; sembra esserci da parte di Luca un profondo risentimento nei confronti dei genitori che a suo modo di vedere lo hanno protetto eccessivamente non permettendogli di crescere e raggiungere la sua autonomia. Luca sente che altri hanno preso decisioni al posto suo ( in particolare il padre) e ciò gli ha "impedito di separarsi" dalla famiglia da cui si sente ancora estremamente dipendente, dice di «*sapere cosa fare, ma quando si tratta di agire si sente bloccato*».

Ha aderito passivamente alle aspettative dei genitori. Luca ha sempre considerato il padre molto giudicante.

Emerge nel corso delle sedute un forte bisogno da parte di Luca di riconoscimento e di stima da parte dei genitori e non solo di amore incondizionato per un figlio. Sembra essere presente un vincolo morale che condiziona la famiglia da molti anni.

Come sistema terapeutico abbiamo riflettuto su aspetti di rinuncia identitaria che sembrano emergere in Luca di cui ritiene responsabili i genitori e sul suo ruolo di vittima che non gli consente di agire. È importante che i genitori si collochino in una posizione di attesa e di ascolto.

Si sente un forte attaccamento che tiene legati in modo ricorsivo genitori e figlio lasciando in posizione periferica la nipotina, ciò mi provoca fastidio.

Risuona molto forte in me lo stesso bisogno di autonomia; inizialmente ho visto Luca, che ha la mia stessa età, come molto differente, poi nel prosieguo della terapia la diversità è andata svanendo, con percorsi differenti emergeva la stessa ricerca di autonomia e svincolo dalla famiglia.

Mi hanno colpito le sue parole riguardo al sentirsi bloccato pur sapendo cosa fare, a

volte lo sento anch'io; è forte la contrapposizione tra autonomia e dipendenza.

Io mi sono sempre immaginata autonoma rispetto ai miei genitori, ho avuto un'esigenza di differenziazione; come si trova la giusta distanza? È difficile pensarlo quando si mette una grande distanza fisica ed emotiva fin dall'adolescenza.

Allo stesso tempo ho provato un senso di rabbia nei confronti del papà che sembrava non legittimare la terapia, e anche me, faceva sentire la mia presenza precaria.

Sento un bisogno di legittimazione da parte della mia famiglia così come coterapeuta, il bisogno di sapere cosa sto facendo ma non trovare lo spazio e il momento che mi sembrano adatti per portare i miei bisogni, così mi sembra di non riuscire a sentire i "movimenti" che avvengono in terapia perché troppo presa dall'imbarazzo, dal senso di inadeguatezza e dai miei pensieri critici.

Riconoscere la rabbia provocata da un mio bisogno di legittimità non realizzato mi consente di differenziarla dalle emozioni evocate in terapia e non correre il rischio di "agirla". Sembra un nodo ancora da sbrogliare.

«Posso permettermi di stare qui?»

Le stesse emozioni investono il gruppo di formazione. A volte mi sento un pesce fuor d'acqua, mi piacerebbe lasciarmi andare. All'inizio del percorso formativo mi sentivo più libera poi ho cominciato a ritirarmi.

La sensazione è che "il mettersi a nudo" metta in difficoltà e l'esporsi alla possibilità del giudizio fa percepire criticità nei propri confronti; stare nel gruppo come se stessi fa alzare la posta in gioco, esponendosi e temendo maggiormente le critiche.

Sento un forte senso di responsabilità ma allo stesso tempo di impotenza.

Le visioni che emergono dai colleghi sono interessanti: si sente il timore che lascian-

dosi andare si possa diventare dipendenti di un gruppo destinato a sciogliersi, si mantiene il controllo per sentirsi autonomi pur nella sofferenza; l'altra ipotesi è legata alla propria rappresentazione del percorso formativo e di come le cose dovrebbero andare rispetto alla fase in cui ci si trova.

Sento che il mio sguardo nei confronti di me stessa si ripete trasversalmente ad un livello personale e professionale, e la sensazione è che il lavoro clinico potrà funzionare se accanto alle competenze tecniche troverà spazio la dimensione personale.

Si può ipotizzare che il percorso verso la propria individuazione sia nella dimensione personale che professionale procedano attraverso l'interazione costante tra le due istanze di appartenenza e separazione (Cardinali, Guidi; 2000).

La funzione del gruppo di formazione può essere analoga a quella della famiglia in questo processo, permettendo l'apprendimento di una modalità relazionale nuova rispetto a quella familiare.

Vivere l'appartenenza può essere faticoso, l'esperienza può aver insegnato che appartenere vuol dire adesione completa o d'altra parte che non c'è posto nel gruppo di appartenenza. Questi vissuti possono impedire di affidarsi ad un gruppo.

Questa prima intervista mi consente di riflettere ulteriormente sulla mia famiglia per recuperarne elementi importanti, e riappropriarmi della mia storia ed essere cosciente dei miei vissuti e delle differenze rispetto alle sensazioni evocate dalla famiglia e non incorrere in una dinamica di proiezione, per cui si va "a vedere la propria famiglia" nella famiglia in terapia.

Rivisitando le relazioni nella mia famiglia percepisco all'origine della mia convinzione di autonomia ed indipendenza delle esperien-

ze che hanno portato sofferenza, a volte mi credevo indipendente ma non facevo che dipendere dall'immagine che volevo dare di me alla mia famiglia.

Il terapeuta durante l'incontro con la famiglia, o l'individuo e le sue emozioni, viene toccato in parti di sé che aveva dimenticato o nascosto perché troppo dolorose o fastidiose; Rodolfo de Bernart (Chiti, 2009) afferma che ciò che bisogna fare è riuscire a rendere il terapeuta più capace di utilizzare quelle parti di sé che lui ha deciso di lasciare fuori perché ritenute inappropriate per la sua professione, questa capacità di riutilizzare diverse parti di sé nell'interezza della propria persona, permette di entrare in modo genuino in contatto con l'altro e permette il processo di cambiamento ed evoluzione.

Il successivo lavoro di condivisione del mio genogramma al gruppo rappresenta un momento importante di esplorazione e partecipazione nel gruppo di formazione per rivivere il passato, gli elementi rimasti in ombra delle relazioni con la mia famiglia e la ridefinizione di alcuni nodi presenti.

Questo momento è un invito ad entrare nella mia famiglia, un far parola agli altri che faticavo a pensare potesse succedere per fare un viaggio e rivivere, riscoprire la mia storia.

Dal mio racconto proposto al gruppo emerge innanzitutto la presenza del tema di autonomia/ dipendenza rispetto ai miei genitori. Ho sentito l'esigenza di autonomia fin dall'adolescenza quando la mancanza di sostegno e presenza mi ha portato a porre una distanza nei loro confronti sia fisica che affettiva e a ricercare all'esterno affetto e condivisione.

Al contrario ho vissuto un forte legame affettivo con i miei nonni materni, i quali han-

no cresciuto me e mio fratello, sono sempre stati vicini e di sostegno nel momento del bisogno, li sento vicini affettivamente e li vedo come persone su cui poter contare, anche quando non condividono le mie scelte.

Ho imparato nel tempo a prendere le mie decisioni da sola e a comunicarle solo successivamente, o non farlo del tutto. Ho ricercato al di fuori il contatto emotivo e la condivisione che non c'erano in famiglia, in particolare con il mio compagno.

C'è stata una grande fatica nell'affrontare alcuni eventi della vita: l'operazione alla schiena a causa della scoliosi, il passaggio all'università, i trasferimenti in diverse città; ho sentito il peso di "dover fare", di impegnarmi (lavoro, studio...) e forse dimostrare di non aver bisogno di loro ma in fondo come richiesta di essere vista, "non stavo facendo quello che avrebbero voluto".

Sento di aver tentato di coltivare l'oblio perché finché le cose non si pensano e non si dicono è come se non esistessero, ma riferirsi alla propria famiglia aiuta a definirsi e individuarsi.

Ora attribuisco loro delle responsabilità, allo stesso tempo sento la loro solitudine e questo provoca sofferenza, ma nonostante ciò non riesco a pensare ad un passo verso di loro.

Uno dei temi importanti nella mia famiglia è rappresentato dalla migrazione, il trasferimento mio e di mio fratello rappresenta l'ultimo di una lunga serie, questo ha reso difficile mantenere un legame con i membri della famiglia allargata.

Negli anni recenti ho sentito la necessità di rivolgermi alle mie origini e alla mia terra, aspetto che avevo trascurato in precedenza, come elemento importante della mia identità.

L'allontanarsi da casa ha un duplice signi-

ficato: da una parte la ricerca di un futuro, quindi di un lavoro e di una condizione di vita migliore ma dall'altra ha anche la funzione di "mettere da parte la sofferenza e non vederla".

Le valigie che ognuno porta via dalla casa paterna sono il bagaglio necessario ad affrontare il lungo viaggio della vita. Anche se si è lasciata la casa paterna sbattendo la porta o saltando fuori dalla finestra bisogna sempre tornare indietro a prendere le proprie valigie. Il recupero delle valigie significa riprendere coscienza di una realtà che gli appartiene, per poter vivere la sua vita con maggior pienezza e consapevolezza, proiettandosi in un futuro, che è soltanto suo (Bowen, 1979).

La mia famiglia mi ha insegnato il senso di responsabilità e rispetto nei confronti dell'altro.

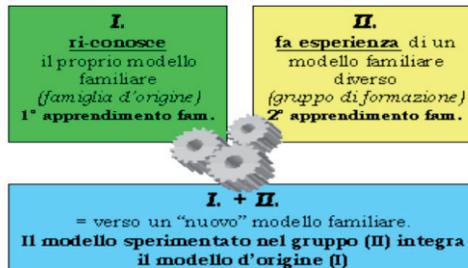
Preparare e portare il mio genogramma nel gruppo non è stato semplice, tanti sono stati i dubbi e i timori; cosa riuscirò a raccontare ai miei colleghi? Cosa penseranno? Porto degli oggetti significativi? Interesserà quello che dirò? Sembrava un passaggio impossibile ma non è stato così, sebbene dopo abbia sentito una grande stanchezza ho provato un senso di libertà.

Per me ha rappresentato una svolta che mi ha permesso di avvicinarmi a me stessa e riconoscere e accettare i limiti e i vincoli familiari.

## LA PRESENZA DEL GRUPPO DI FORMAZIONE

### Verso un "nuovo" modello familiare interno

Nel gruppo di formazione  
l'allievo



➡ I. e II. sono intesi in senso logico, non in senso cronologico: i due processi, cioè, avvengono in una interazione reciproca costante.

Figura 2 Tratto da F. Cardinali, G. Guidi, 2013; sito [www.itfa.it](http://www.itfa.it)

Il processo formativo di un terapeuta sistemico si costruisce all'interno del gruppo di formazione.

Come sottolineato da Cardinali e Guidi

(2000), nel gruppo si ha la possibilità di rivedere il proprio modello interno di famiglia derivante dalla famiglia di origine, la quale rappresenta il luogo del primo ap-

prendimento familiare, per ri-conoscerla e portare a livelli di consapevolezza il mondo interiorizzato.

Nella famiglia l'individuo costruisce la propria identità procedendo verso la strada dell'individuazione, con i vincoli e le potenzialità che essa pone.

Il gruppo consente di fare esperienza di un modello familiare diverso diventando il luogo del secondo apprendimento familiare, per procedere alla ricostruzione di un modello familiare interno che integri il proprio, senza sostituirlo, ma permettendo di fondare nuovi modelli relazionali.

Al termine della seduta del genogramma si apre, per chi lo ha eseguito, un processo lento e inesauribile, che lo accompagna nel corso del tempo. È un percorso sotterraneo al limite tra il conscio e l'inconscio, che segue un itinerario personale e segreto. Le riflessioni che scaturiscono da questa esperienza forniscono un materiale che può essere utilizzato nei modi che corrispondono alla scelta del protagonista, reso più libero dalla consapevolezza delle dinamiche nel proprio passato (Montàgano, Pazzagli, 1989).

La condivisione tra allievi permette di potenziare quel processo di trasformazione di ciò che prima poteva essere non pensabile e non dicibile e che ora può essere pensato e detto, in quanto consapevole (Bion, 1972). Il tema dell'autonomia/ dipendenza è molto sentito all'interno del gruppo.

Sono emozionanti e interessanti le sollecitazioni portate dai colleghi.

Emergono alcune considerazioni su temi centrali dell'epistemologia sistemica in connessione con i propri vissuti, in particolare rispetto al concetto di tempo e di sofferenza.

Per qualcuno è necessario accogliere il

tempo del cambiamento in terapia per diventare liberi; per altri sembra difficile accettare i tempi perché si sente forte il "rischio di perderlo".

Le parole dei didatti fanno da cornice a quanto condiviso dai colleghi.

Si sottolinea l'importanza di concedere spazio alla rabbia e di prestare attenzione a più livelli di sofferenza, è importante considerare su quale livello ci si sofferma. La concezione del tempo è sulla sofferenza attuale, si passa a quella del cambiamento quando la prima è vista, riconosciuta e accolta.

Riprendendo dalle riflessioni dei colleghi, posso dire che mi sento in una fase di riconoscimento della sofferenza, ma non sono pronta ad accoglierla.

Il mettere in comune le nostre esperienze di vita è utile, non solo per rilevare le risonanze per somiglianza o differenza, ma anche come arricchimento reciproco grazie alla storia degli altri amplificata dalla dimensione corale che ha un effetto liberatorio; secondo una doppia funzione di formazione del terapeuta e personale su se stessi che avviene nel qui e ora della formazione.

Virginia Satir affermava l'importanza della sintonia tra sé e gli altri che deriva prima di tutto da una armonia che si ha con se stessi: *«lascia che il tuo io entri intimamente in comunicazione con tutte le tue parti. Liberati, per poter avere delle possibilità e per usare queste possibilità liberamente e creativamente. Per sapere che qualunque cosa sia stata fatta nel passato è stata il meglio che potevamo fare. Poiché essa rappresenta il meglio della nostra coscienza. Man mano che la nostra conoscenza si amplia e noi diventiamo più consapevoli entriamo anche più in sintonia con noi stessi e così possiamo entrare in sintonia con gli altri»* (Haber, 2002; p. 21).

## SE LA TESTA INCONTRA LA PANCIA

Dal confronto sviluppatosi durante la seconda intervista è stato possibile osservare come tendesse ad emergere un mio forte coinvolgimento emotivo sperimentato nel setting terapeutico: grazie ad alcune domande che i colleghi mi hanno posto, ho avuto una maggiore chiarezza rispetto alla percezione del mio senso di irritazione. La rabbia era fortemente connessa alla polarizzazione dipendenza/autonomia, un tema a me molto vicino, come ho descritto in precedenza. Mi è stato possibile, infatti, osservare come riconoscessi importante per il benessere futuro di Luca, e quello della relazione con sua figlia, il fatto che i genitori lo vedessero in termini Cecchiniani (2008), accogliendo non solo le sue risorse, ma soprattutto le sue fragilità. Altra riflessione che ho potuto sviluppare è stata quella inerente il riconoscimento dell'importanza del ruolo dei nonni, ruolo che ritengo, per una risonanza molto forte con il mio vissuto personale, di estrema utilità nella crescita di una bambina. Solo attraverso il confronto mi è stato quindi possibile andare oltre il concetto di libertà, intesa come relazione senza vincoli, ricostruendo nuovi significati attribuibili alle relazioni genitori e figli.

I principali temi che possono aprire nuove prospettive sono il bisogno di autoriconoscimento, la ricerca identitaria e le dimensioni dipendenza/ autonomia e come queste possono entrare nel contesto terapeutico.

Per autoriconoscersi si passa dalla propria famiglia? Come ci coinvolgono queste dimensioni nella terapia? Quali sono i pregiudizi in campo? L'idea di norma? Come dice Cecchin (2008, p. 57) l'essere umano esiste solo in relazione a qualcuno. Se non c'è relazione questa persona non c'è.

Se si abbandona l'idea normativa di famiglia

e si entra in un'ottica trigenerazionale anche la generazione precedente può svolgere una funzione protettiva perché vede e dà significato all'altro. In tale processo è allora, possibile che si creino delle relazioni significative con persone con cui non si hanno legami di sangue, ma che diventano nuovi punti di riferimento.

In che modo queste premesse possono entrare nel contesto terapeutico? Ad esempio come si sceglie chi convocare?

Se l'ideale di famiglia è essere uniti l'obiettivo delle terapie potrebbe diventare portare tutti i membri intorno ad un tavolo?

È necessario esserne consapevoli per non colludere con la famiglia in terapia; si riesce ad osservarla se si entra nella relazione con "la testa e con pancia".

Dall'incontro sembra emergere una distinzione tra il ruolo in terapia e la dimensione personale e dell'importanza che queste parti si integrino vicendevolmente.

Attraverso uno sguardo su di sé e il lasciarsi coinvolgere si può operare un passaggio per cui la persona diventa strumento della relazione? Se ci si gioca nella relazione con gli strumenti acquisiti, essa diventa la priorità, per far entrare la persona nella rappresentazione del ruolo.

Se in terapia si riesce a sviluppare un buon ascolto dei propri stati emotivi e delle sensazioni evocate dalla narrazione dell'altro, distinguendo chiaramente le une dalle altre, si possono andare ad aprire molte strade, che se esplorate possono condurre ad una rinarrazione e quindi ad un ipotetico cambiamento.

Come ci si sente di poter interpretare quel ruolo? Ci possono essere reticenze a potersi dare il permesso di concedersi a pieno?

lo sento di muovermi in punta di piedi e di faticare a "metterci la pancia", ma il rischio

è perdere elementi importanti e non riuscire a connettermi con gli altri sia in terapia che in formazione.

Ho imparato che non posso richiedere sicurezza all'altro, bensì devo gestire l'incertezza e costruire punti di riferimento dentro me stessa.

Diventa faticoso e superfluo ricercare la condivisione della famiglia, ho condiviso con chi avevo al fianco.

Il gruppo di formazione gioca un ruolo fondamentale nel processo di crescita personale che porta a tollerare le proprie paure e consente di essere accolti sia nelle proprie risorse che nei propri limiti. Esso può diventare il luogo in cui sperimentarsi e rispecchiarsi, dove i ruoli interpretati consentono di capire quali evoluzioni possono o meno appartenerci.

Nel gruppo c'è in un primo tempo il bisogno di conoscere e farsi conoscere, il gruppo si costruisce con una propria identità che è il risultato dell'apporto di ciascuno, poi diventa una base sicura ( Cardinali, Guidi; 1988) dalla quale partire per incontrare la propria famiglia senza il timore di potercisi "perdere" e alla quale poter ritornare con quanto si è ritrovato e ripreso dalla propria storia.

Quando ci si ascolta si riesce a "collocarsi di fianco" sia in terapia che in formazione in modo da sentire la propria pancia e osservarsi nei diversi contesti relazionali aiuta a diventare più capaci di sintonizzarsi sul versante del sentire.

Cosa può succedere quando non si usa solo la testa? Quali schemi adottiamo?

Se la premessa è rappresentata da uno schema dicotomico del tipo bene/male, si è portati a pretendere sempre di più e ad alzare la posta in gioco, così ci si sentirà comunque frustrati e insoddisfatti, ma se l'aspettativa è che non si può fare altro tutto

quello che viene è ben accolto.

La consapevolezza non è solo testa o pancia ma mettere in connessione entrambe.

I nodi relazionali nella famiglia e la difficoltà di misurarsi con essi possono determinare una reticenza e un timore, anche razionalizzato, di immergersi troppo profondamente nella complessità dei sistemi familiari in terapia.

Il percorso di riflessione su di sé può essere messo al servizio di un processo di cambiamento, recuperando la dimensione della soggettività, con le sue implicazioni affettive e attraverso l'ascolto di ciò che avviene all'interno della "relazione terapeutica".

## UN PERCORSO IN DIVENIRE

L'essere in contatto con sé e i propri vissuti e il riconoscimento delle emozioni provate aiutano a sintonizzarsi con la famiglia e l'individuo, diventano così uno strumento per monitorare la funzione terapeutica in una specifica situazione e in un determinato tempo.

Le riflessioni di questo scritto non vogliono essere esaustive rispetto ad un percorso personale e professionale in continuo divenire che non potrà dirsi concluso con i quattro anni di formazione psicoterapeutica.

In questo percorso un tassello importante potrà essere la psicoterapia didattica da svolgersi a partire dal terzo anno di formazione fino al termine, come possibilità di prendersi cura di sé nella relazione con l'altro.

Formarsi non è solo spogliarsi, liberarsi di ingombri, ma anche vestirsi, acquisire sensibilità e capacità. Osservi, ascolti, partecipi e man mano quello sguardo, quell'orecchio, qualcosa dentro di te tra la testa e la pancia funzionano diversamente: vedi, ascolti e senti meglio e di più. Gestì, silenzi, emozioni

che filtrano dietro i muri di ostilità, chiusura dolore, timidezza diventano familiari e comprensibili non più inaccessibili. C'erano anche prima ma non sapevi abbastanza di te e degli altri perché ti aiutassero a capire e fare ( Andolfi, Cigoli; 2003).

L'analisi didattica potrà favorire ulteriormente la conoscenza del proprio modo di sentire e di porsi nei contesti terapeutici e maggiore consapevolezza delle proprie modalità relazionali tra il sé e il mondo esterno, come identità costruita nelle relazioni interpersonali, a partire dalla propria storia familiare, come approfondimento dei propri modi di percepire, accogliere, comunicare le sensazioni ed emozioni e riflettere sulle proprie sofferenze, paure, gioie.

Il mondo emozionale del terapeuta e quello della famiglia entrano in contatto e contribuiscono entrambi a creare il clima emotivo della relazione terapeutica; il terapeuta è stimolato costantemente ad entrare in contatto con il proprio sé e considerare il supporto da offrire alla famiglia.

L'analisi didattica consente di trovare un "luogo personale" dove poter assimilare l'esperienza delle proprie emozioni in modo da poterle tollerare per non agire nell'incontro terapeutico riattivando e riaccutizzando certe problematiche non accettate per scoprire nuovi obiettivi e nuovi percorsi.

La capacità di cambiare del terapeuta è la capacità che può permettere alla famiglia di trasformarsi, sottolineando che il fattore chiave che rende tale un terapeuta è la sua capacità di imparare dalla propria storia, rinarrandola, ri-costruendola insieme alla famiglia. Il cambiamento avviene nella relazione ed è sempre bilaterale ( Loredio, 2005).

## Bibliografia

- Anderson H.D., Goolishian H. (1992). Il

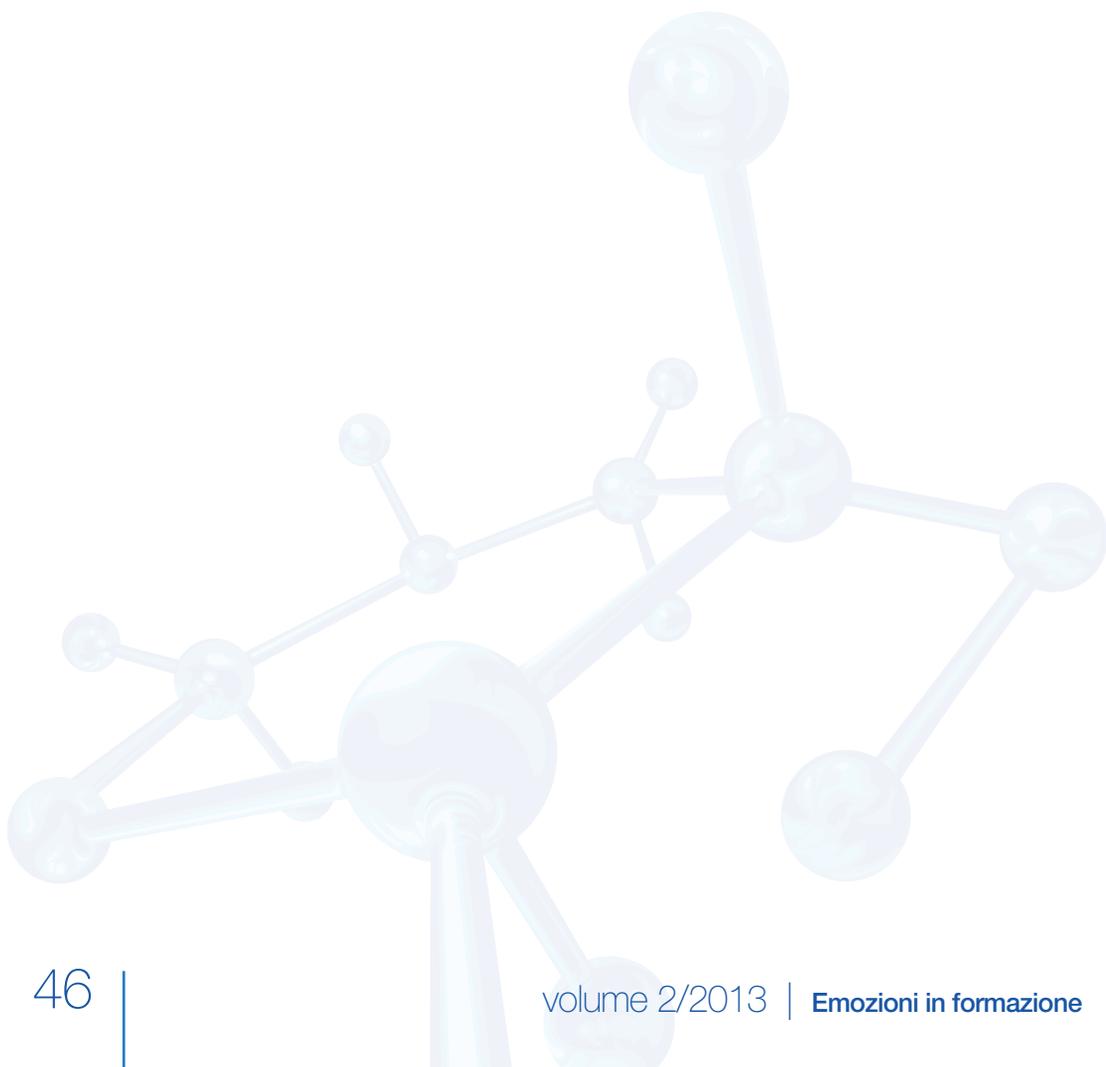
cliente è l'esperto: il "non-sapere" come approccio terapeutico. in McNamee S., Gergen G., La terapia come costruzione sociale. Milano: Franco Angeli.

- Andolfi M., Cigoli V. (2003). La famiglia d'origine. L'incontro in psicoterapia e nella formazione. Milano: Franco Angeli.
- Bianciardi M. (2008). Le emozioni del terapeuta, Relazione tenuta al convegno internazionale "Emozioni e sistemi. Terapia sistemica, relazioni emotive". 10/11 ottobre. Torino.
- Bion W. R. (1972). Apprendere dall'esperienza. Roma: Armando.
- Boscolo L., Bertrando P. (1996). Terapia sistemica individuale. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bowen, M. (1979). Dalla famiglia all'individuo, a cura di Andolfi, M., De Nichilo, M. Roma: Astrolabio.
- Cardinali F., Guidi G. (1988). "Supervisione e terapia: due processi paralleli; la relazione di supervisione: analisi delle collusività". Terapia Familiare n. 26.
- Cardinali F., Guidi G. (2000). Interazioni tra famiglia d'origine dell'allievo e gruppo di formazione, un'ipotesi di lavoro, la famiglia d'origine nella terapia familiare. Todi, 2-25 Giugno [www.itfa.it](http://www.itfa.it).
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (1997). Verità e pregiudizi. Un' approccio sistemico alla psicoterapia. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cecchin G. (2008). Ci relazioniamo dunque siamo. Curiosità e trappole dell'osservatore, in Connessioni n°15 del 17-03.
- Chiti C. (2009). Le emozioni ed il sé del terapeuta, Firenze Psicolab. sito <http://www.psicolab.net>
- Haber R. (2002). Virginia Satir: un approccio umanistico. in Andolfi M (a cura di). I pionieri della terapia familiare. Milano: Franco Angeli.
- Hoffman L. (1984). Principi di terapia della famiglia. Roma: Astrolabio.
- Loredio C., (2005), Insidie e limitazioni (sistemiche) della terapia sistemica individuale, in Terapia familiare.
- Minuchin S., Fishman H.C. (1982). Guida alle tecniche della terapia della famiglia, Roma: Astrolabio.
- Montàgano S., Pazzagli A. (1989). Il genogramma. Teatro di alchimie familiari. Milano:

Franco Angeli.

- Onnis L. (a cura di), (2010). Lo specchio interno. La formazione personale del terapeuta sistemico in una prospettiva europea. Milano: Franco Angeli.
- Schinco M. (2005). "Il contributo di Gian-

franco Cecchin all'identità del terapeuta relazionale", Relazione tenuta al convegno SIPPR 'Sviluppi e tendenze in terapia relazionale: nuove identità per terapeuti non solo familiari , 6-7 maggio. Forte dei Marmi.



# Di chi sono le emozioni in terapia?

Francesca Facchini <sup>20</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>20</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 nordafricana, 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 incontrollabi-

le 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: sì 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 que-

sto 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: lo 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 esplode. 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 auto-comportamenti”, la sedia, nella sua fa-

miliarità 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 razionali-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 po' nascosta perché devo scaricare quella degli altri e quindi oggi mi piacerebbe rimanerci un po' 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 collocherebbe 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 collocazione 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 deve 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 contestiamo 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 modalità 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, diventano 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, Lan-*

*guage 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. *Psicobiiettivo*, 3, 23-34.
- Green, R.J., Herget, 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. *Psicobiiettivo*, III.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. A cura di U. Telfener. Roma: Astrolabio.



# ***I movimenti nella relazione tra i terapeuti: la co-terapia***

*Benedetta Colombari*<sup>21</sup>

## **Sommario**

L'autrice presenta qualche riflessione sulla co-terapia; partendo dai riferimenti teorici di tre modelli, decide di metterli in relazione con la sua esperienza clinica effettuata durante il percorso formativo da psicoterapeuta sistemica. L'autrice sperimenta come il superamento delle idee perfette e dei pregiudizi è molto importante per generare nuovi movimenti, nuovi passi nella relazione co-terapeutica, che rappresenta anche la possibilità di avere una supervisione in diretta. Nella seconda parte di questo elaborato, l'autrice riflette sulla sua esperienza, partendo dal gioco di rispecchiamenti che mettono in luce la presenza di isomorfismi: riguardo i colleghi coinvolti nella terapia, la sua storia e il sistema di supervisione. Attraverso un'attenta analisi dei movimenti nella relazione di co-terapia è possibile generare cambiamenti nel processo terapeutico, oltre che nella relazione con il partner.

## **Parole chiave:**

Psicoterapia sistemica-relazione co-terapeutica-rispecchiamenti-isomorfismi-supervisione in diretta- nuovi movimenti.

## **Abstract**

*The author presents some thought about the co-therapy; beginning from the references of three models, she decides to makes its in a relation whit her clinical experiences during the systemic psychotherapy formation's training. The author test as to overcome the perfect ideas end the prejudices is very important to make new movements, new passages in the co-therapeutic relationship, that is also a possibility to have a supervision live. In the second part of this elaborated, the author reflect on her co-therapy experience starting from a game of mirroring that highlights the presence of isomorphisms, about the colleagues involved on the therapy, her history end the supervision system. During an attentive analysis of the movements in co-therapy relationship it's possible to give birth to changes in the therapeutic process, besides in the relationship with the partner.*

## **Key words:**

*Systemic psychterapy-co-therapeutic relationship-mirroring-isomorphisms-supervision live-new movements.*

---

<sup>21</sup> III anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: benedettacolombari@gmail.com

## MODELLI DI CO-TERAPIA

### LA CO-TERAPIA FAMILIARE SECONDO VIRGINIA SATIR

Virginia Satir (1991) percorritrice delle teorie sistemiche, considera il lavorare in co-terapia una risorsa in cui entrambi i terapeuti condividono una responsabilità e possono vedere più dinamiche relazionali e divenire maggiormente consapevoli, sia di loro stessi che del lavoro che svolgono in terapia.

Satir sostiene che la co-terapia è uno stare in relazione che non può prescindere da:

- congruenza verso se stessi: “Io so ciò che so e so ciò che non so. Se tu hai qualche conoscenza che io non ho, forse posso impararla”. Ad esempio un terapeuta può arrivare a dire in seduta: “Io non so questo, tu lo sai?”;
- rispecchiamento: aiutare gli altri a costruire la loro autostima restituendo loro ciò che non vedono;
- conoscenza ed esperienza specifica: uno dei due infatti, ha un’esperienza specifica in un ambito particolare, ha la possibilità di provare sentimenti di accogliimento e ascoltare i clienti in modo da poterli sostenere lungo il processo, favorendo così un apprendimento nel collega.

Secondo l’autrice nei momenti di supervisione che può essere richiesta durante il percorso terapeutico, è importante che il supervisore enfatizzi l’eguaglianza della relazione tra i terapeuti, di modo che questi sentendo il ruolo come paritario sviluppino affidamento nella relazione terapeutica con i clienti; facendo leva sugli aspetti relazionali si favorisce il lavorare in coppia dei terapeuti.

L’autrice rifacendosi al concetto di buon “parenting”, sostiene che la co-terapia, soprattutto quando viene attuata da due terapeuti di sesso diverso, può essere un

valido apprendimento di comportamento per gli individui. Le modalità diverse con cui i co-terapeuti si relazionano e gestiscono le differenze, costituiscono dei modelli per la salute degli individui e delle famiglie in trattamento. E’ pur vero che esistono pregiudizi sul ruolo maschile e femminile derivanti anche dal contesto sociale, che possono interferire con il processo terapeutico. Il superamento di questi, per Satir, è fondamentale. L’autrice infatti sostiene che le attribuzioni di ruolo o di genere hanno poca importanza, ma che è più importante stare sul grado di autostima che il terapeuta è in grado di permettersi, in base alla congruenza che ciascuno ha verso se stesso.

L’autostima, secondo l’autrice, è data dal sentirsi bene ed essere uguali agli altri nel valore come persona, e ciò avviene quando c’è chiarezza rispetto a ciò che si può fare e che non si può fare verso se stessi. Il genere è un dato e il ruolo è una funzione in un particolare momento, e non una descrizione della persona. L’autrice sostiene che la chiarezza permette all’eguaglianza di esistere: una persona può essere uguale ad un’altra nel valore anche se nello status sociale non lo è. Satir in questo senso sostiene che ognuno può avere un genere diverso, ruolo differente, ma di uguale valore. Solo in questo modo, per Satir, si può contribuire ad una possibilità costruttiva di lavorare in coppia.

### MODELLO DI BILL ROLLER E VIVIAN NELSON

Roller e Nelson (1991) oltre a compiere studi e ricerche sulla co-terapia, rappresentano loro stessi una coppia di co-terapeuti e in più, coppia nella vita in quanto marito e moglie.

In *“The Art of Co-therapy: How Therapist*

*Work Together*” parlano della loro esperienza di conduzione in co-terapia in quindici anni di pratica clinica con altri cinquanta psicoterapeuti e psicoterapeuti in formazione.

La relazione tra i partner in terapia si basa sull’uguaglianza, non nel tipo di lavoro o negli anni di esperienza, ma nel tempo, nell’energia impiegata e nel grado di entusiasmo portato nel lavoro.

Secondo questi autori vi è una prima fase riguardante la scelta del collega; può derivare da curiosità di conoscersi, da una colleganza precedente o dal fatto di avere già un rapporto in un altro contesto al di fuori. Il rapporto che nasce tra i due circoscriverà quello che possono attuare in seduta.

Il fatto del conoscersi già, per la coppia terapeutica, può contribuire a superare più rapidamente le fasi iniziali, ma implica comunque un confrontarsi con questioni che riguardano il proprio sé, esporre le proprie paure e i propri aspetti vulnerabili. L’essere una coppia sposata nella vita privata e allo stesso tempo di terapeuti nella vita professionale non è detto che comporti una maggiore libertà di espressione nel relazionarsi come terapeuti. Sicuramente il fatto di essere marito e moglie potrebbe fornire una struttura per un’interazione complementare ai pazienti, che si esplica sia nella vita privata che professionale, infatti lo stile sviluppato dalla coppia sarà mostrato in seduta nella loro collaborazione da co-terapeuti. Quindi per gli autori non è solo la natura della relazione a essere importante ma anche il grado di intimità psicologica che si condivide, il livello di conoscenza che il partner ha dell’altro. Secondo il mio punto di vista, ritengo che alla base di questo ci sia un processo di conoscenza che è necessario nell’acquisizione di quella che è la fiducia tra i co-terapeuti e che il fatto di avere già

una conoscenza in altri contesti, possa dare delle possibilità in più, ma anche dei vincoli, in quanto le dinamiche emotive che entrano in gioco riguardano sia il piano personale che professionale.

Gli autori riprendono poi il significato che Hannum (1980) dà alla co-terapia ovvero di una relazione tra i terapeuti in cui congruenza emozionale, alta autostima e comunicazione chiara e diretta si modellano in modo verbale o non. E’ un impegno in una relazione con un proprio pari che consente la costruzione di cambiamenti per i pazienti, ma anche supporto e apprendimento reciproco per i terapeuti. Roller e Nelson affermano che, nella co-terapia, vi è un apprendimento esperienziale dalle dinamiche relazionali, più che cognitivo e che, osservando il dialogo dei co-terapeuti, si apprende molto riguardo il conflitto interno e il ragionamento dialettico che si svolge nella mente del clinico, reso in questo modo trasparente. Inoltre gli autori vedono nella co-terapia un ampliamento di prospettiva in quanto, la presenza di un secondo terapeuta che si trova all’interno del medesimo sistema, può dare un punto di osservazione differente e consentire altre modalità d’intervento. Ogni occasione di apprendimento e contemplazione di prospettive più ampie crea una condizione favorevole per vedere quanto i nuovi input si distanziano dal fulcro delle convinzioni dei terapeuti.

### **LA DIFFERENZA DI GENERE COME RISORSA PER I PAZIENTI**

Sia Satir (1991) che Roller e Nelson (1991) riconoscono nelle differenze di genere tra i due terapeuti all’interno della seduta una risorsa per l’evoluzione del processo terapeutico.

Satir sostiene che l’apprendimento di com-

portamenti negli individui avviene sulla base di modelli e, come il buon “parenting”, la co-terapia è infatti legata a solidi principi di apprendimento familiare. I pazienti, infatti, hanno la possibilità di rivisitare la propria storia familiare, attraverso la trasposizione di una situazione triangolare arcaica che hanno vissuto all’interno della loro famiglia, nel processo terapeutico (Spagnolo-Lobb e Salonia, cit. 1986).

Roller e Nelson ad esempio riconoscono nella diade madre-padre, che in questo caso sono i terapeuti, un rispecchiamento importante per i pazienti all’interno del processo di cura. Un esito di questa strategia potrebbe essere che il paziente si sente protetto e amato dal terapeuta-padre, senza però perdere l’approvazione e l’amore della terapeuta-madre.

Anche gli autori Shaver e Hazan (1992) parlano di *modeling* o modellamento inteso come processo che porta al cambiamento dei modelli relazionali e sostengono invece, che possa verificarsi anche attraverso esperienze di non conferma dei modelli stessi.

Nell’identificazione con uno o entrambi i terapeuti, il paziente ha la possibilità di accrescere la capacità di esplorare o rivelare le proprie sfaccettature psicologiche e quindi relazionandosi in maniera diversa ai due terapeuti, scoprire e mostrare i molteplici aspetti della sua personalità. Ha la possibilità di avere due rispecchiamenti da due prospettive diverse, come se vedesse la propria immagine riflessa in due specchi, ampliando la propria conoscenza e percezione e favorendo una migliore integrazione di se stesso (Giusti e Montanari, 2005).

Andolfi (1996) riporta, secondo il mio parere, un contributo rilevante nella differenza di genere in co-terapia. Sostiene che è molto importante l’osservazione delle reazioni

emotive e comportamentali di ciascun partner nei confronti del terapeuta maschio o femmina. Dal modo con cui si stabiliscono modalità relazionali specifiche e distinte a seconda del genere, possiamo farci delle idee sul mondo di aspettative di ciascun individuo e sui suoi processi di identificazione: sui tagli emotivi e sulle attese di accudimento nei confronti della madre o del padre, come dell’appartenenza al sistema fratelli o sorelle di ciascun membro della coppia. Tuttavia ritiene che è possibile per ognuno mettersi in ascolto della propria parte maschile o femminile superando quello che è il limite della propria definizione di genere. Questa modalità è molto importante nei contesti di formazione in psicoterapia; l’autore sostiene che l’utilizzo del *come se fossimo* per impersonare pazienti, può avvenire anche sperimentandosi nei panni dell’altro sesso. Ciò può consentire di “forzare i vincoli” della propria appartenenza ed esplorare altre parti di noi nascoste per utilizzarle nella relazione terapeutica. Il terapeuta quindi, sedendosi prima nella sedia del proprio genere e poi nella sedia del genere opposto, ha la possibilità di spostarsi da una posizione relazionale all’altra ed avvicinarsi con maggiore empatia e risonanza emotiva al paziente di sesso opposto.

## MODELLO DI GIUSTI E MONTANARI

Gli autori Giusti e Montanari (2005) raccolgono gli input degli autori precedenti e costruiscono un modello relazionale di co-terapia basato soprattutto su disponibilità ad aprirsi all’altro, sulla capacità di vivere “qui ed ora” e di comunicare apertamente all’altro sentimenti e pensieri.

Gli autori, rifacendosi al modello di co-terapia di Roller e Nelson (1991), i quali si sono rifatti al lavoro di Rabin (1967), hanno

individuato 6 fattori nel processo di costruzione della relazione tra i terapeuti. I punti che gli autori individuano hanno una forte correlazione e dipendenza fin dall'inizio del contratto terapeutico:

1. equilibrio complementare delle capacità dei terapeuti, che è inteso come sapersi rapportare in modo bilanciato e complementare. Se ad esempio un terapeuta pone più l'attenzione sugli aspetti emotivi di ciò che il paziente riporta, l'altro può far più attenzione agli aspetti cognitivi. Ciò in modo da raggiungere un punto di vista teorico comune, che comprende le differenze e per far in modo che le caratteristiche di ciascun approccio si completino a vicenda. Giusti e Montanari ritengono che il fatto di ricoprire punti di vista differenti all'interno della seduta, possa essere importante per i pazienti in quanto possono osservare un modello di relazione interpersonale paritario, tra due persone differenti che si confrontano in modo costruttivo. A proposito di questo, Whitaker e Napier (1973) riportano un esempio di terapia familiare, dove un componente s'individua dinamicamente dalla simbiosi matrimoniale e altera l'equilibrio del sistema familiare con il cambiamento del suo comportamento. Essendo in due, i terapeuti possono così bilanciarsi ed essere disponibili verso gli altri membri della famiglia che possono avere bisogno di sostegno;
2. compatibilità dei punti di vista teorici dei terapeuti inteso come complementarità più che omogeneità dei punti di vista. La complementarità di griglie di lettura appartenenti a punti di vista teorici differenti, permette una "maggiore ricchezza di particolari" nell'osservazione

del processo terapeutico;

3. apertura nella comunicazione strettamente connesso al concetto di fiducia, rappresenta il sentirsi liberi di esprimere le proprie ipotesi. Gli autori definiscono alcuni momenti importanti in cui la comunicazione aperta è fondamentale: nel pre-seduta prima di iniziare la seduta, come preparazione, durante la seduta, nel post-seduta, nella rilettura e nel feedback, nei momenti in cui si mette al corrente l'altro di quegli eventi della propria vita privata che possono avere delle conseguenze sulla psicoterapia;
4. uguaglianza nella partecipazione che è molto vicino al punto 1, ma è più riferito al sentire del terapeuta nel senso che ognuno partecipa secondo quello che è la dose di impegno che può garantire in quel momento;
5. apprezzamento dell'altro come persona;
6. rispetto.

I punti 5 e 6 sono strettamente collegati e implicano un rimanere in una posizione di professionalità riferito al qui e ora del percorso di collaborazione e del processo terapeutico, che va al di là di ogni forma di giudizio e pregiudizio. La capacità di rimanere in questa sintonia relazionale è strettamente connessa a quello che può essere il grado di soddisfazione del lavoro svolto insieme. La conoscenza quotidiana del collega come altro appartenente a quel sistema è fondamentale; entrambi si riconoscono nell'appartenenza a quell'unità significativa che li fa sentire indispensabili e alla quale contribuiscono.

Secondo gli autori la divisione della professionalità da parte d'individui maturi, in questo caso di co-terapeuti, è la più alta forma di complementarità che si possa raggiun-

gere, senza compromettere la struttura paritaria della relazione; questo può aiutare i pazienti a sviluppare la propria capacità di differenziazione.

L'idea di buona relazione che si prefiggono gli autori Giusti e Montanari presuppone una relazione co-terapeutica con determinate caratteristiche e qualora venissero a mancare generano una relazione disfunzionale. Ne elencano quindi quelle che possono essere le principali cause:

- competizione tra i terapeuti, il più delle volte riguarda chi prende le decisioni, chi deve parlare e chi deve stare in silenzio. I possibili conflitti si risolvono con il confronto aperto e le differenze individuali non devono essere sottovalutate né minimizzate soprattutto all'inizio del rapporto; le aspettative e le esigenze sul modo di condurre la seduta vanno chiarite fin dall'inizio per prevenire eventuali conflitti di potere.
- Difficoltà di gestione dei conflitti: si può risolvere prima di tutto attraverso l'esplicitazione del problema. Negare l'esistenza delle divergenze determina l'impossibilità di manifestare i propri bisogni i quali restano inespressi. La divergenza di opinioni comunque potrebbe essere anche un sintomo della necessità per la coppia terapeutica di adattarsi ad una nuova situazione che è quella di lavorare insieme per la prima volta.
- Confusione e mancanza di comunicazione all'interno della relazione che riguardano il Sé, la relazione, il compito. La chiarezza su questi tre punti è importantissima in particolare verso i clienti, in quanto i terapeuti s'impegnano ad evitare possibili equivoci sugli obiettivi da perseguire e sui risultati raggiunti.

- Incongruenza tra i partner avviene quando il paziente non viene compreso nello stesso modo tra i due terapeuti soprattutto per quanto riguarda la diagnosi e la gravità delle sue condizioni.
- Dipendenza tra i co-terapeuti che, secondo gli autori avviene maggiormente nei terapeuti in formazione verso i terapeuti di riferimento. Ciò può essere dovuto al pregiudizio che il terapeuta in formazione ha rispetto ai ruoli, spesso accade che abbia in mente l'ingiunzione "sii perfetto" in quanto preoccupato di agire in modo da evitare errori.
- Controtransfert che necessita di essere riconosciuto e affrontato nel momento stesso in cui si presenta mediante l'aiuto del proprio partner. Si può manifestare ad esempio quando un terapeuta mette in atto la sua dinamica familiare irrisolta di fronte ai clienti oppure si rapporta ad un cliente come al proprio genitore per cercare di ottenere la sua approvazione.

A proposito di questo Whitaker sostiene che il terapeuta, volendo raggiungere "un'espansione creativa per la famiglia e per sé", entra in uno stato di coinvolgimento personale con il gruppo familiare; la presenza di un secondo terapeuta permette all'altro di risolvere le proprie difficoltà del controtransfert perché possiede una visione stereoscopica di quello che sta accadendo. Questo permette di poter accettare positivamente l'impatto della famiglia su uno dei due terapeuti (Minuchin e Fishman, 1981).

## **I MODELLI DI CO-TERAPIA E L'IDEA PERFETTA**

Le idee che questi autori hanno presentato come modelli di co-terapia, avendo come finalità delle buone relazioni, mi ha

fatto ripensare al concetto di idea perfetta di Cecchin e Apolloni (2009), in quanto, la presenza di caratteristiche che definiscono un'ideale di relazione tende a far pensare che questa idea debba perpetrarsi così come è nel tempo, affinché i suoi effetti positivi siano percepiti anche nel futuro. Cecchin e Apolloni definiscono un'idea perfetta come *«derivato di azione o comportamenti pragmatici finalizzato a gestire il presente e che in seguito all'evidenza delle sua utilità ed efficacia, tende ad essere strutturata in termini di verità assoluta, atemporale e astorica.»* (p. 44) *Gli autori sostengono anche che «l'idea perfetta contiene nel presente i segni del passato, ma anche implicazioni per il futuro, in un tempo implosivo, istantanea di una prospettiva senza tempo, immobile perché i tempi li contiene tutti.»* (p. 38)

Allo stesso modo ritengo che definire una relazione co-terapeutica ideale, perfetta, con determinate caratteristiche è come se in qualche modo anticipasse un arresto, un blocco del suo naturale fluire, poiché è già implicito che al di fuori di quella definizione il sistema non può più funzionare.

Cecchin e Apolloni, considerando la famiglia come sistema, fanno un esempio di quello che accade: le idee perfette propongono parodie di cicli familiari passati e parodie di quelli futuri e, nel tentativo di distruggere la famiglia e allo stesso tempo di ricrearla, l'idea perfetta allude a un'evoluzione che può acquisire senso solo in una dimensione temporale. L'apparire temporaneo di un'idea perfetta è comunque implicito nel processo di cambiamento, ma per un periodo delimitato, poiché se diventa permanente provoca la paralisi del seguente processo di circolarità che appartiene ai sistemi funzionanti. Qui autonomia e dipendenza tendono a equilibrarsi ecologicamente nel tempo tramite

idee disciplinanti o idee emancipanti, con fluttuazioni circolari. Gli autori sostengono che in ambienti di massima autonomia, organizzarsi, aggregarsi possa rappresentare un vantaggio, tendono quindi ad apparire delle idee strutturanti e disciplinanti, che istituiscono un ordine, una gerarchia o una struttura che realizza meglio sia l'esistenza dei singoli che l'esistenza della collettività. Un eccesso di organizzazione però porta a situazioni di meccanicismi e dipendenza e tali rigidità possono essere distruttive per il sistema stesso; è così che appaiono ad un certo punto le idee destrutturanti e rivoluzionarie che hanno il compito di riequilibrare il flusso verso un gradiente più favorevole all'autonomia individuale. Inoltre gli autori affermano che tutte le organizzazioni sono caratterizzate da flussi temporali che ciclicamente scandiscono i tempi della dipendenza, alternandoli a quelli dell'autonomia. Il fluire del tempo perciò garantisce l'alternanza tra dipendenza e indipendenza, tra idee strutturanti e destrutturanti. L'idea perfetta se permane, tende a bloccare questo processo poiché comporta l'eliminazione di quelle polarizzazioni che garantiscono il sistema. E' il segno d'implosione delle polarità organizzative autonomia e dipendenza, idee organizzanti e idee emancipanti.

Penso che l'idea di una relazione co-terapeutica perfetta vincola in qualche modo ad una risposta perfetta e genera categorizzazioni che possono bloccare l'evolvere del processo terapeutico. Secondo il mio punto di vista la costruzione dell'idea di co-terapia perfetta tende ad eludere quelli che sono gli aspetti dell'immediatezza legati al qui ed ora della relazione. Se ad esempio, il terapeuta entrasse in seduta con l'idea di relazione perfetta credo che si precluderebbe la possibilità di stare in relazione secondo

quello che è il suo sentire, poiché più coinvolto nel cercare di rispettare l'idea di idea perfetta. Tuttavia è pur vero che il passaggio temporaneo da un'idea perfetta consente di approdare a quei movimenti che generano il cambiamento poiché permette di approdare alla consapevolezza che il sistema non è più funzionale al contesto, che necessita cioè del cambiamento stesso.

### **UNA SUPERVISIONE IN DIRETTA DEI MOVIMENTI NELLA STANZA DI TERAPIA**

Secondo Liotti, Farina, Rainone (2005) la co-terapia non è una tecnica terapeutica da applicare semplicemente in una situazione, ma un modo d'impostare l'intervento che riguarda i movimenti che si svolgono all'interno della stanza di terapia. Dà maggiori possibilità ai pazienti, ma anche ai terapeuti in quanto consente di uscire da quelle condizioni di inaiutabilità in cui si può incorrere quando i vissuti emotivi risuonano nel terapeuta in un modo che non consente più l'evolversi del processo. L'aiuto del collega che è nella stessa stanza può, attraverso un processo di **supervisione in diretta**, consentire lo sblocco di alcune di queste situazioni attraverso l'osservazione prima di tutto e, se è ritenuto opportuno, un intervento.

Agostini e Maione (1991) in un lavoro sulla co-terapia intitolato *"Riflessioni su una esperienza di coterapia in un dipartimento di salute mentale"* sostengono infatti che la presenza di due terapeuti all'interno della stessa stanza permette di costruire interventi a più livelli, sia all'interno dello stesso sistema che nel rapporto tra sistemi diversi. Il fatto di poter guardare con più occhi la situazione aiuta il terapeuta ad aprirsi a nuove ipotesi e ciò permette la costruzione di un sistema altro da quello che è il sistema

terapeuti-pazienti costituito perciò da più ipotesi d'intervento.

Ritengo che la presenza di punti di vista differenti possa costituire una ricchezza all'interno del lavoro terapeutico e che necessiti di un processo di rielaborazione dei punti di vista che, per la maggior parte delle volte, avviene dietro lo specchio assieme all'equipe nei pre, post, o nella pausa durante la seduta.

Di particolare rilievo quindi per gli autori Agostini e Maione è il **tempo** in co-terapia. La famiglia o coppia arriva con delle domande in base al disagio o sofferenza che ci porta, allo stesso tempo i terapeuti co-costruiscono delle risposte che possono essere esplicitate immediatamente o in un momento successivo. L'alternarsi nella conduzione del colloquio consente ai terapeuti di mettersi anche solo per qualche secondo in ascolto di quello che è stato detto poco prima. Questo ritengo che sia molto importante soprattutto all'interno delle dinamiche emotive che nascono nella stanza di terapia. La possibilità per uno dei terapeuti di lasciar fluttuare anche solo per qualche secondo l'attenzione gli permette di uscire anche se solo per qualche istante dall'interazione diretta con il paziente, gli permette di ascoltare il suono delle emozioni nel qui e ora del momento e decidere se intervenire agganciandosi alle parole del collega, a pochi istanti da quel momento.

L'attenzione al timing in terapia, secondo il mio punto di vista è fondamentale per l'evoluzione dei movimenti che accadono all'interno della stanza di terapia. Anche gli autori sostengono che la possibilità di scegliere di fare un determinato intervento in un certo momento piuttosto che in un altro successivo a quel momento, può dare a quella risposta un'attribuzione di significato

di senso differente. Quando viene a mancare questo spazio di ascolto delle dinamiche emotive viene a mancare anche la possibilità di mettere in luce i risvolti più significativi delle emozioni che entrano in gioco in quel preciso attimo e che possono essere molto utili nel processo terapeutico.

## **I MIEI MOVIMENTI DA CO-TERAPEUTA IN FORMAZIONE TRA PREGIUDIZI E IDEE PERFETTE**

Alla luce dei riferimenti teorici riportati desidero condividere alcune riflessioni su quella che è stata e che è tuttora la mia esperienza da co-terapeuta in formazione, all'interno di un centro di consulenza e terapia della famiglia. La metodologia utilizzata ripercorre i principi della terapia sistemica: le sedute, audio e video registrate, vengono condotte da una coppia di terapeuti che hanno la possibilità di confrontarsi con un'èquipe che osserva la terapia rimanendo dietro a uno specchio unidirezionale.

Stare in co-terapia ha fatto nascere in me da subito domande che riguardavano le mie emozioni in relazione ai movimenti all'interno della stanza di terapia, ma anche e soprattutto all'essere al fianco di un collega. Aprirmi all'ascolto del terapeuta vicino a me ha generato un confronto che si è rivelato per me necessario ai fini della costruzione della relazione di co-terapia; lo stare insieme e condividere le nostre riflessioni ha consentito poi di porre le basi per raggiungere quella fiducia necessaria. Tuttavia non è sempre stato per me facile entrare in relazione con i co-terapeuti e con la modalità di comunicazione che ciascuno portava. All'inizio ha preso il sopravvento la paura di essere eccessivamente curiosa nel porre domande su quello che il mio collega sentiva e, allo stesso tempo, anche io ho

avevo la sensazione di scoprirmi troppo nell'esplicitare i miei vissuti emotivi. Inoltre, ho compreso da subito che era molto forte in me l'idea perfetta di "terapeuta perfetto" e quindi vi era una grande aspettativa di "fare bene", sia come co-terapeuta al fianco di docenti o allievi didatti della scuola, sia e soprattutto come terapeuta al fianco di una collega come me in formazione. Ho appurato come questa idea del fare bene contribuiva a farmi sentire molto responsabilizzata nei confronti dell'andamento della terapia e della relazione co-terapeutica.

Il confronto con il collega, con l'èquipe dietro lo specchio nei pre e post seduta e anche lo scorrere del tempo, mi hanno consentito di riflettere e accedere ad un livello differente. Attraverso la condivisione del lavoro svolto, ho sentito diminuire il peso dell'idea di terapeuta perfetto e questo mi ha permesso di aprirmi maggiormente ai colleghi. Anche lo scorrere del tempo si è rivelato per me un valido aiuto perché mi ha reso consapevole del mio sentire in modo graduale durante il percorso. Gli *stili di conduzione differenti* che i diversi co-terapeuti mi hanno mostrato mi hanno permesso di comprendere le difficoltà che la danza terapeutica ha in certi momenti. Rimanere in contatto con il mio sentire emotivo e ascoltare un'emotività differente, che implica anche una conduzione del colloquio differente, mi hanno generato dubbi riguardo la possibilità di entrare in empatia con il collega. Nel tempo poi, ho compreso l'aspetto arricchente del condurre una terapia dove ognuno esprime un proprio sentire che s'intreccia in una polifonia a più voci. Agostini e Maione (1991), ad esempio, parlano della possibilità che i terapeuti hanno di esprimere il proprio disaccordo in seduta; questo, può essere un modo di rappresentare una differenza che trasmette informazioni,

proponendo ai pazienti la possibilità di due strade. Ciò può trovare così, nell'intervento finale, convergente o divergente, il modo di vincere le difficoltà della famiglia e aumentare la perturbabilità del sistema. Così allo stesso modo due terapeuti che percepiscono emotivamente la stessa situazione da due punti di vista differenti, possono contribuire ad arricchire il sistema.

## **LA POSSIBILITÀ DI NUOVI MOVIMENTI**

Il passo più significativo che si è rivelato per me necessario e che ho potuto comprendere in questa fase della mia esperienza professionale è l'importanza della consapevolezza dei pregiudizi e delle idee perfette. L'andare oltre, infatti, cambiare punto di vista e iniziare a compiere nuovi passi di danza assieme al collega è importantissimo per contribuire a generare quei cambiamenti evolutivi nei pazienti.

Uno dei momenti in cui questo movimento è avvenuto è stato in seguito ad un disagio emotivo che ho provato durante una seduta all'interno di una terapia di coppia, condotta assieme ad una mia collega come me in formazione. La coppia è stata inviata al centro da un collega, in seguito ad una consulenza, per una terapia data l'alta conflittualità dei coniugi. Il marito ha iniziato quasi da subito con un tono di eloquio aggressivo e il suo perdurare in quella modalità comunicativa mi ha fatto ritrovare nell'emozione della paura. Con il desiderio di fermarlo, ma incapace di elaborare un modo adeguato e con la speranza che la mia co-terapeuta intervenisse, ho lasciato che il paziente continuasse con questo tono aggressivo e squalificante nei confronti della moglie. Ad un certo punto ho trovato la forza per dire al paziente che quello non era il tono che ci consentiva di continuare la seduta, ma il momento di questo

mio intervento è avvenuto quando io ero già sopraffatta dalla paura e il paziente dalla rabbia, quindi è stato molto difficile arrivare al termine del colloquio. Il confronto con l'équipe dietro lo specchio è stato un valido aiuto: io e la mia collega abbiamo potuto prendere le distanze per qualche momento da quell'emotività prorompente e confrontarci con i colleghi prima della restituzione finale.

Ho successivamente deciso di chiedere un confronto con il nostro terapeuta supervisore e questo ha consentito, a me e alla collega, di esplicitare il nostro sentire ed osservare i nostri movimenti da un terzo punto di vista. Questo confronto ha soprattutto messo in luce le differenze sulle nostre risonanze emotive verso la coppia: da un lato la mia paura quasi bloccante dell'aggressività e la mia tendenza a entrare molto in empatia con il sentire della moglie; la mia collega, invece, da un lato si sentiva emotivamente distante dai pazienti e dall'altro sentiva la paura di intervenire ed entrare in simmetria con l'aggressività del marito. Il fatto di esplicitare le nostre emozioni e di confrontarci con il supervisore ci ha restituito una nuova consapevolezza come coppia oltre che nel nostro sentire individuale. Nella seduta successiva ci siamo sentite più libere anche fisicamente; è stata caratterizzata, infatti, da nuovi posizionamenti corporei che la coppia assumeva in base alla distanza emotiva che sentiva dal partner. L'interazione tra me e la mia collega è stata differente poiché lei si è posta con una modalità più attiva rispetto alle sedute precedenti, e io, lasciandole quello spazio che lei si sentiva di prendere sono riuscita a rimanere maggiormente sul sentire delle mie emozioni. Ho compreso che le mie emozioni avevano bisogno di uno spazio di ascolto più grande, rispetto a quello che gli avevo riservato fino a quel momento dentro

di me. Come Satir parla di congruenza verso se stessi in co-terapia, così io e la mia collega ci siamo sentite più libere di essere maggiormente congruenti verso ciò che potevamo fare e di stare maggiormente nelle posizioni che noi sentivamo più nostre rispetto il nostro sentire in quel momento.

Un altro momento importante di questa terapia, che ha consentito il raggiungimento di questo nuovo modo di stare in relazione con la mia co-terapeuta, è stata la supervisione all'interno del gruppo di formazione. Questa mi ha permesso di riflettere maggiormente sui miei vissuti emotivi di quella seduta in relazione alla mia storia. Andolfi (2008) parla di supervisione indiretta intendendola come lavoro sulla famiglia di origine del terapeuta: sostiene che il terapeuta nel processo di riappropriazione della propria storia personale impara ad apprendere la connessione tra i propri vissuti individuali con le relazioni familiari. Il terapeuta apprende poi anche a identificare le strutture di relazioni e le dinamiche che veicolano queste strutture. Dall'esperienza vissuta all'interno di questi processi di osservazione della propria storia personale, il terapeuta impara a cogliere quelle che sono le modalità di relazione delle famiglie nella clinica.

Ciò si è verificato anche per me, in quanto mi ha consentito di riflettere sulla mia paura rispetto all'aggressività e quanto questo risuonasse nei miei vissuti anche in relazione a dinamiche appartenenti alla mia storia. Il rispecchiamento che ho avuto all'interno del gruppo è stato importantissimo e mi ha permesso di far luce su questi aspetti in relazione a quel particolare momento in seduta. Questo mi ha reso consapevole anche delle mie risonanze rispetto al sentire della moglie di fronte a quel comportamento del marito. La lettura di questo isomorfismo

mi ha consentito di evolvere verso nuovi movimenti.

La supervisione del gruppo ha riguardato anche le dinamiche tra me e la mia collega e mi ha permesso di osservare quanto queste influenzassero il grado di responsabilità che io percepivo all'interno della terapia, tanto che spesso sentivo la mancanza del supporto della collega. Un cambiamento è avvenuto successivamente alla supervisione che abbiamo condiviso con il nostro tutor, anche la mia collega ha iniziato a sentire un maggiore coinvolgimento emotivo della coppia e, di conseguenza, anche io mi sono sentita maggiormente supportata.

### **L'ESPERIENZA DI UN NUOVO SENTIRE**

Il termine **rispecchiamento** è stato introdotto da Keeney (1985) ed evidenzia la dimensione temporale e di circolarità della terapia come processo di continua influenza e risonanza reciproca tra pazienti e terapeuti. Lo stare proprio su questi processi circolari di rispecchiamenti tra me e i vissuti emotivi rispetto la seduta, tra me e i miei colleghi co-terapeuti, tra me e il mio gruppo di formazione e tra me e i supervisori, mi ha consentito di stare sui processi, sui movimenti emotivi e sull'osservazione di tutto ciò. Grazie a questo, ho compreso che potevo andare al di là di quello che sentivo e vedevo in quel momento, ho cambiato punto di vista all'interno del sistema e ho iniziato a percepire un livello emotivo differente. Ho preso consapevolezza della necessità di dar voce a una sinfonia emozionale complessa che aveva bisogno di una maggiore libertà di espressione a partire da ciò che sentivo. Ciò mi ha permesso di accedere a un livello di comprensione di nuovi significati anche nella relazione co-terapeutica. I nostri passi di danza terapeutica si sono maggiormente sincronizzati e abbia-

mo iniziato a costruirci uno spazio relazionale nuovo, dove poter comunicare. Ciò è stato permesso anche da un'analisi delle videoregistrazioni delle sedute che ha consentito di ripercorrere i nostri movimenti di co-terapia. Il fatto di riuscire a stare e ragionare su queste modalità relazionali può essere anche apertamente esplicitato come esempio per le coppie e famiglie. Agostini e Maione (1991) infatti, riportano la possibilità che i terapeuti parlino tra loro commentando ciò che sta accadendo in seduta; il dialogo tra i co-terapeuti può essere un messaggio indiretto alla famiglia e può trattare direttamente gli argomenti della terapia, o argomenti che sono apparentemente non pertinenti, ma hanno valore metaforico. Ritengo che questa sia una tecnica molto efficace ma allo stesso tempo sia necessario tenere conto del livello di comprensione dei pazienti, di modo che ciò che viene detto sia ad un livello metacomunicativo, ma accessibile al loro livello cognitivo ed emotivo. E' anche vero che, per quanto riguarda la mia esperienza i cambiamenti che avvengono nella relazione co-terapeutica si riflettono comunque all'interno della stanza, anche se non vengono esplicitati verbalmente. Infatti è quello che è accaduto nell'esempio che ho riportato precedentemente, i movimenti vissuti tra me e la mia collega hanno generato una modalità di condurre la seduta differente rispetto a prima e, di conseguenza, la coppia si è sentita a proprio agio nel prendere parte a questo nuovo movimento o passo di danza, che prevedeva anche l'utilizzo del corpo. Anche Buttafarro e Currieri (2012) parlano di rispecchiamenti e presentano un'esperienza di co-terapia ad una coppia all'interno di un loro percorso di formazione, sperimentando che ciò che accade in terapia è strettamente connesso alle storie personali dei terapeuti. Durante il procedere del percorso si rendono

conto che la terapia ha risvolti sui loro sistemi relazionali e, isomorficamente, ciò che accade all'interno dei rispettivi sistemi relazionali ha ricadute all'interno della stanza di terapia. Sostengono che la presenza di risonanze e isomorfismi ha un'influenza sulla relazione co-terapeutica e sulle relazioni con i rispettivi partner e con le rispettive famiglie di origine. Ad un certo punto la lettura anche della loro storia personale li rende consapevoli di essere incastrati all'interno di limitanti cliché relazionali, così come allo stesso modo sta accadendo per la coppia di pazienti che seguono. Il fatto di soffermarsi su un'analisi prettamente razionale non consente a loro di cogliere a pieno l'aspetto emotivo, poiché il registro cognitivo raffredda, neutralizza e controlla ciò che appartiene maggiormente all'impulsività. Decidono quindi di fare un ulteriore passo e di chiedere la supervisione, attuando così quel processo di maturazione come terapeuti individuali e di conseguenza anche come coppia.

Anche per me il lavoro svolto mi ha consentito di iniziare un processo di maturazione che ha contribuito a migliorare la relazione tra me e il mio co-terapeuta, oltre che apportare nuove riflessioni e nuove consapevolezze alla mia storia personale.

Secondo Bertrando e Toffanetti (2000) che pongono l'attenzione sull'importanza che Murray Bowen dà alla formazione del terapeuta, il paziente può evolvere solo fino al punto massimo di maturazione del terapeuta, fino al livello cioè di differenziazione raggiunto da quest'ultimo. Buttafarro e Currieri trasportano questa affermazione alla coppia di co-terapeuti dicendo che il cambiamento dei pazienti è possibile fino al punto massimo di maturazione della coppia, ovvero al livello di differenziazione raggiunta dalla coppia stessa.

## CONCLUSIONI

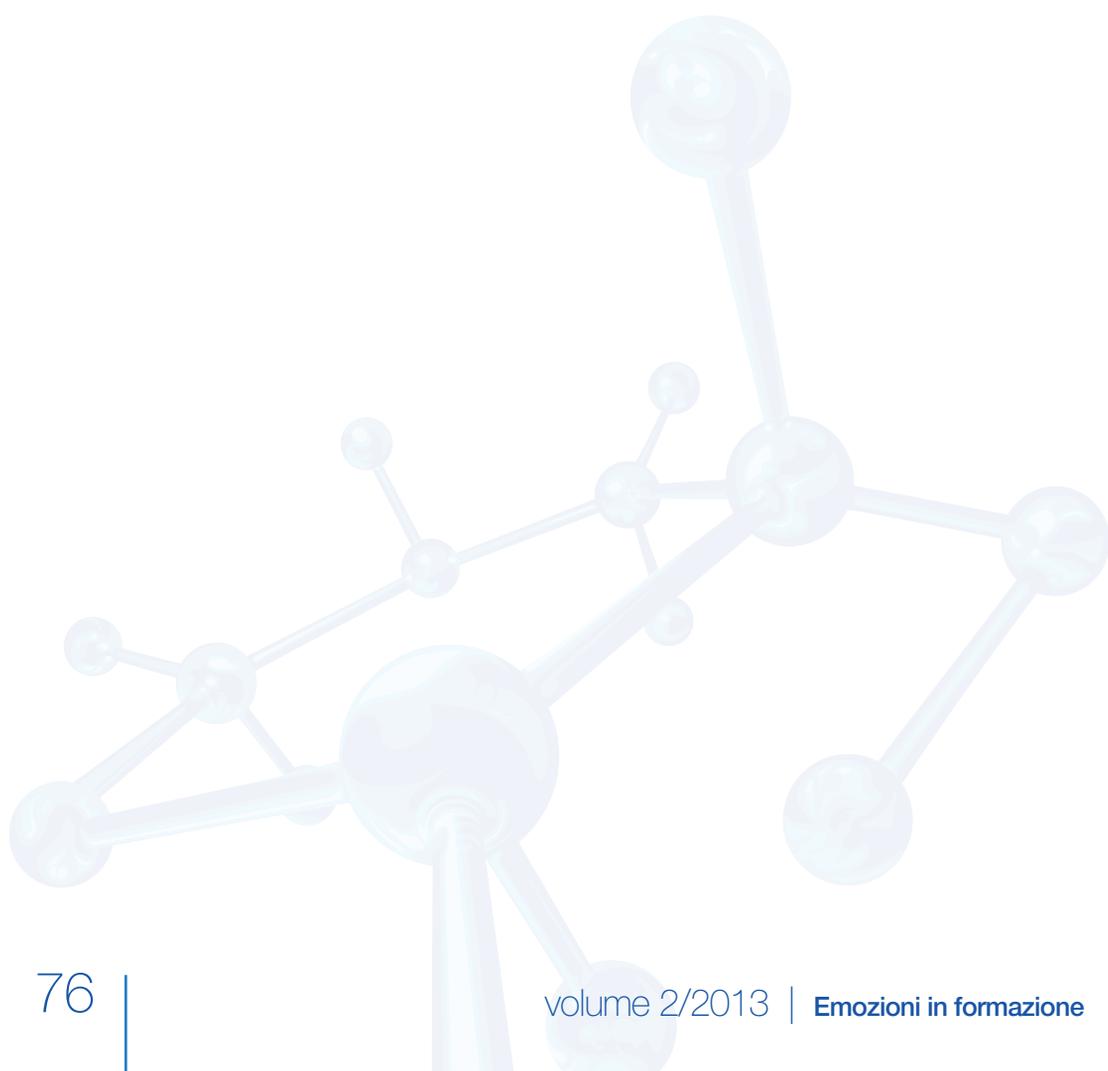
Il percorso esperienziale di costruzione di una relazione co-terapeutica si è rivelato per me, una danza complessa fatta di movimenti nati da un sentire emotivo polifonico: la voce dei pazienti prima di tutto, la voce del *partner*, la mia voce, fatta di risonanze con la mia storia, ma anche di possibili rispecchiamenti con il sentire del collega e, infine, la voce dell'équipe dietro lo specchio, che ha permesso di osservare punti di vista differenti. Il grande lavoro d'integrazione, secondo il mio punto di vista, ritengo che si possa basare sulla capacità di riuscire a "stare" in queste polifonie, cercando di muoversi a piccoli, medi o grandi passi a seconda del timing; cercando di proseguire voltandosi indietro per osservare il movimento appena compiuto, con tutti i suoi risvolti. Procedendo con questa modalità, in questa mia esperienza, si sono generate delle aperture rispetto il mio sentire emotivo e verso il collega, che si sono rivelate poi necessarie per compiere i passi successivi. Riuscire ad osservare questi movimenti oltre che ad esperirli mi ha dato consapevolezza riguardo le possibilità che le dinamiche relazionali tra i terapeuti hanno, di generare cambiamenti all'interno del sistema famiglia o coppia. Tutto ciò, penso che richieda una metodologia adeguata che permetta ai terapeuti di risentirsi e di rivedersi nella loro relazione e nelle dinamiche emotive che nascono o non nascono nella stanza di terapia; parte integrante di questo processo sono sicuramente i momenti di confronto con l'équipe che osserva da dietro lo specchio.

### Bibliografia:

- Agostini, B., Maione, P., (1991) Riflessioni su una esperienza di coterapia in un dipartimento di salute mentale, in *Psicobiiettivo*, Vol. (11), 1,

77-85.

- Andolfi, M., Angelo, C., Nichilo, De M., (1996) *Sentimenti e Sistemi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Andolfi, M., Cigoli, V., (2008) *La famiglia d'origine*, Milano: Franco Angeli.
- Bertrando, P., Toffanetti, D., (2000) *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Milano: Raffaele Cortina.
- Buttafaro, M., Currier, G., (2012) "Terapeuti tra gli specchi", in *Rivista di psicoterapia Relazionale*, 35, 63-74.
- Cecchin, G., Apolloni, T., (2009) *Idee perfette*, Milano Franco Angeli.
- Giusti, E., Montanari C., (2005) *La co-psicoterapia*, Roma: Sovera Multimedia s.r.l.
- Hannum J.W., (1980), "Some cotherapy techniques with families", in *Family Process*, 19 (2), 161-168.
- Keeney B. P. (1985) *L'estetica del cambiamento*, Roma: Astrolabio.
- Liotti, G., Farina, B., Rainone, A., (a cura di) (2005), *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*, Laterza, Bari.
- Minuchin S., Fishman H.C., (1981), *Family Therapy Techniques*, Cambridge, Harvard University Press.
- Rabin, H., (1968), "How does co-therapy compare with regular group therapy?" *American Journal of Psychotherapy*, 21, 244-255.
- Roller, B., Nelson, V., (1991), *The Art of Co-therapy: How therapists work together*, New York, Guilford Press.
- Satir, V., Gomori, M., Banmen, J., Gerber, J.S., (1991) *The Satir model: family therapy and beyond*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books. ISBN 0-8314-0078-1.
- Shaver, P.R., Hazan, C., (1992) "Adult romantic attachment process: theory and evidence", in D. Perlman, e W. Jones (a cura di), *Advances in a Personal Relationships Outcomes* (vol. M) (pp. 29-70), Jessica Kingsley Publisher, London and Bristol, 1993. Spagnolo-Lobb, M., Salonia, G., (1986). "Al di là della sedia vuota: un modello di co-terapia. Ottica familiare e psicoterapia della Gestalt", in *Quaderni di Gestalt*, II, 3, Luglio-Dicembre, 11-35. Whitaker C. A., Napier A., (1973), "A Conversation about Co-Therapy", in A. Ferber et al. (Eds.), *Book ok Family Therapy*, 480-506, Houghton-Mifflin Co., Boston.



# **L'elaborazione del lutto tra passato, presente e futuro: la storia di una famiglia**

Miriam Ragazzi <sup>22</sup>

*Chiamami col mio solito nome.  
Parlami nel modo in cui eri solita parlarmi (...)  
Che cos'è la morte se non un incidente insignificante?  
Dovrei essere dimenticato solo perché non mi si vede?  
Poesia tratta da "L'elaborazione del lutto" (2009)*

## **Sommario**

Il presente articolo si pone l'obiettivo di descrivere una metodologia d'intervento innovativa, effettuata in ambito domiciliare, applicata, nel caso in esame, all'elaborazione di un lutto. Il processo di fronteggiamento del lutto, qui proposto, fa riferimento alle dimensioni temporali, familiari, sociali e costituisce un punto di vista alternativo alla più diffusa convinzione che il lutto sia soltanto una questione intima e personale. Alcune implicazioni vengono discusse.

## **Parole chiave:**

Perdita, elaborazione del lutto, intervento domiciliare, setting, tempo.

## **Abstract**

*This article has the aim to describe a new possible action, concerning home visiting programs, which is applied, in this case, to the bereavement. The process of facing lost, which has been proposed in this article, refers to the time dimensions, family and social aspects and can represent a different point of view concerning the popular conviction that lost is only a personal experience. Some implications are discussed.*

## **Key words:**

Lost, bereavement, home visiting program, setting, time.

---

<sup>22</sup> Il anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata.

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere un possibile intervento nella sfera familiare avente come focus l'implementazione di attività finalizzate al fronteggiamento di un lutto importante. La situazione della famiglia di cui si parlerà in questo elaborato ci è stata presentata nell'ambito del tirocinio svolto presso un Servizio di Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza<sup>23</sup>. L'intervento prende liberamente spunto dal progetto "Family Tales" (Capelli e Pattini, 2011) ideato, in particolare, per favorire un migliore inserimento delle famiglie di bambini affetti da autismo all'interno di un più complessivo progetto di presa in carico. L'idea è quella di restituire il giusto spazio ai vissuti emotivi cercando di "incontrare" tutti i familiari in un luogo percepito come sicuro: la loro casa.

## LUTTO, CORDOGLIO, CORDOGLIO ANTICIPATORIO

Generalmente per definire il dolore che si prova per la morte di una persona cara si parla di lutto, a volte anche di cordoglio. Secondo Colusso (2012, p. 118) i due termini non sono sinonimi, ma «indicano due facce della stessa medaglia ed esprimono la complessità delle manifestazioni interiori ed esteriori, personali, familiari e sociali». Il termine cordoglio deriva da *cor dolium* (dolore del cuore) ed è usato per indicare le emozioni, i sentimenti e la narrazione che ognuno si rivolge per dare un senso alla perdita. Il termine lutto (da *lugere*, piangere) si riferisce a tutte le manifestazioni esterne che segnalano agli altri la propria condizione di sofferenza. Il lutto comprende anche le cerimonie di congedo della persona

caro: l'attraversamento del lutto è una condizione protettiva, ma anche un obbligo sociale che costringe le persone a collocarsi, per un certo tempo, che a seconda delle culture può essere più o meno definito, in una posizione di *liminalità*. Con questo termine si intende il tempo che serve al soggetto per elaborare la propria perdita e per trovare una nuova collocazione identitaria. Esiste anche un insieme di sentimenti e sofferenze espressi da chi sta per subire una perdita anche se questa non si è ancora verificata: si parla allora di *cordoglio anticipatorio*.

## STUDI TEORICI: UNA BREVE RASSEGNA

Diversi Autori si sono occupati della tematica dell'elaborazione del lutto. Freud distingue tra lutto e melanconia nel saggio breve omonimo del 1915. Per Freud «nel lutto il mondo si è impoverito e svuotato, nella melanconia impoverito e svuotato è l'io stesso» (Freud, 1915a p. 105 cit. in D'Elia, 2007). Il lutto è « un tipico modello di fissazione affettiva a qualcosa di passato che implica in verità il più completo distacco dal presente e dal futuro. (...) Accade anche che, a causa di un evento traumatico che scuote quelli che fino ad allora erano stati i fondamenti della sua esistenza, un individuo subisca una tale scossa da perdere ogni interesse per il presente ed il futuro e da rimanere assorbito psichicamente dal passato in maniera durevole (Freud, 1915-17 p. 251, trad it. 1978)». Nel caso della melanconia l'oggetto d'amore perduto viene introiettato: il proprio io viene trattato come l'oggetto abbandonato e subisce tutte le aggressioni e le manifestazioni di

---

<sup>23</sup> L'intervento è stato supervisionato dal dott. Alberto Cortesi e condotto insieme alla dott.ssa Alessandra Negri (che ringrazio per la preziosa collaborazione).

rammarico ad esso originariamente destinate. Il dolore del lutto da normale diventa patologico perché la persona ha l'impressione che può superare la perdita solo al costo di perdere una parte di sé. Il tema della perdita, pertanto, risulta centrale nell'impianto psicoanalitico freudiano ed è strutturalmente legato alla posizione depressiva. Per riconoscere la perdita ed elaborarla bisogna attraversare una fase di negazione in cui l'oggetto amato viene presentificato mentalmente. Il processo di elaborazione vede, pertanto, quattro fasi: il distacco, la negazione della perdita, la trasformazione degli investimenti affettivi, la riappropriazione dell'oggetto attraverso riti e metafore.

Anche la psichiatra Elisabeth Kubler-Ross (1981) elaborò un modello a fasi dell'elaborazione del lutto (negazione, rabbia, patteggiamento, accettazione, fase depressiva, nuovo equilibrio) la cui successione è indicativa, ma non casuale: alcuni soggetti possono non attraversarne alcune, bloccarsi su altre, avere una regressione: molto dipende dal tipo di perdita e dalle caratteristiche del contesto in cui è inserita.

Secondo D'Elia (2007) gli studi sul lutto si erano focalizzati principalmente sull'approfondimento degli aspetti intrapsichici, mentre l'attenzione dei terapeuti familiari è rivolta soprattutto alle dinamiche relazionali in un'ottica intergenerazionale. L'Autore ricorda che Murray Bowen, ad esempio, sottolinea l'importanza della capacità comunicativa nel sistema familiare rispetto al proprio dolore. Di solito le famiglie arrivano in terapia per superare blocchi irrisolti suscitati da un'onda d'urto emotiva causata da eventi che possono aver colpito un solo membro della famiglia, ma che hanno ripercussioni anche sugli altri in quanto esiste un filo rosso che li lega non solo orizzontalmente, ma anche verti-

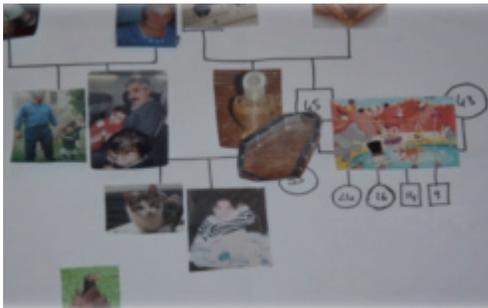
calmente attraverso le generazioni. Non tutte le famiglie attribuiscono gli stessi significati agli eventi: la morte può essere considerata anche come un evento critico all'interno, però, della normale dimensione evolutiva della vita familiare. Fruggeri (1997, p. 133) suggerisce che «esiste una 'definizione culturale' di un accadimento, cioè quella che la famiglia condivide con la comunità sociale e una 'definizione familiare' che riflette le credenze e i valori condivisi o le esperienze già vissute in generazioni precedenti e trasmesse attraverso le storie familiari». Una famiglia coesa, aperta alle nuove informazioni, che sente l'ambiente esterno come controllabile, di fronte ad una situazione critica tenderà ad attivarsi per ricercare soluzioni orientandosi al futuro. La morte sarà letta come un evento doloroso, ma che si può superare, un evento che costringe a mettere in campo alcune risorse personali e sociali. Al terapeuta spetta il compito di creare le condizioni affinché queste risorse possano esplicitarsi. E' il tentativo messo in atto nell'intervento a carattere preventivo di seguito descritto.

### **L'INTERVENTO DOMICILIARE: UN VIAGGIO FAMILIARE**

La famiglia Gazzola si è rivolta al servizio sociale e al servizio di NPIA su sollecitazione delle insegnanti della scuola frequentata dalle figlie, Mara e Irene, in seguito alla perdita della mamma, Linda (51 anni), scomparsa dopo una grave malattia un anno fa. Le due ragazze sono gemelle e sono state adottate da un istituto russo 15 anni fa; ora hanno 17 anni e frequentano un istituto professionale. Il Servizio ha conosciuto le ragazze poco dopo il loro arrivo in Italia in quanto manifestavano difficoltà a parlare e a deambulare; conseguenze, probabilmente, del tempo trascorso in un ambiente poco stimolante e trascuran-

te. Il padre, Arturo, 55 anni, durante l'incontro conoscitivo di presentazione reciproca, spiega che è sua intenzione cercare di fare di tutto al fine di aiutare le figlie a superare questo periodo difficile nella speranza che, in futuro, non abbiano ripercussioni a livello emotivo. Rispetto alle aspettative inerenti il percorso risponde il papà per tutti: "Vorrei capire perché ci è successo tutto questo".

### **Primo incontro: il genogramma**



*Fig. 1 Genogramma fotografico costruito insieme ai familiari durante il primo incontro e genogramma restituito alla famiglia durante il settimo incontro*

La famiglia ci accoglie cordialmente facendoci accomodare in salotto. Il padre siede sul divano accanto alle figlie. Spieghiamo che l'obiettivo di questo primo incontro è costruire insieme a loro il genogramma, chiedendo a tutti i membri di rappresentarci i diversi componenti della famiglia attraverso un'immagine o un oggetto. Arturo, rispetto alla propria famiglia d'origine, descrive il proprio padre come una persona un po' chiusa (un orso) mentre ricorda con nostalgia la madre, scomparsa sedici anni fa, alla quale si sentiva molto vicino. Passando alla descrizione della famiglia nucleare, il padre si descrive portando la foto in cui è sull'aereo di ritorno dall'istituto russo con Mara in braccio. Irene era invece in braccio alla mamma. La foto

dell'aereo è molto significativa per tutti: rappresenta la rinascita in una nuova famiglia per le ragazze, l'avvento della genitorialità per la coppia e il superamento, da parte del papà di una paura molto radicata (quella di volare). Rivedendo la foto, la famiglia riflette sul fatto che le ragazze, pur essendo gemelle, hanno caratteri molto diversi: l'una, Mara, appare come più intraprendente e volitiva, l'altra, Irene, si descrive ed è vista dagli altri come più timida e dolce. Mentre Irene assomiglia alla mamma, Mara assomiglia di più al papà. E' come se l'essere in braccio alla mamma o al papà il giorno dell'adozione in aereo abbia tracciato delle differenze nel modo di vedere e sentirsi da parte delle ragazze. Linda è paragonata dal marito a un profumo che è lentamente e inesorabilmente evaporato. Infine passiamo alla descrizione della famiglia materna composta di: nonno Giulio, architetto ora in pensione, ma sempre molto attivo, identificabile con uno strumento di misura, e nonna Maria, a volte un po' indiscreta ma sempre disponibile e di supporto a tutta la famiglia, lo zio Filippo con la moglie Romana ed i loro quattro figli. La famiglia del cognato viene descritta come una "famiglia circense" perché tutti sono spesso in giro o per motivi di studio o di lavoro.

T: "Quale sarebbe l'immagine o la metafora più adatta per descrivervi come famiglia ora?"  
Arturo: "Quella di una chiocciola con due pulcini che ancora non sanno volare".

Prima di concludere lasciamo alle due ragazze un quaderno su cui scrivere le loro impressioni, i loro pensieri o le loro emozioni quando lo ritengono opportuno.

Il genogramma fotografico è stato proposto come uno strumento relazionale che ha permesso di co-narrare la storia della famiglia. L'immagine portata da Arturo, intensa e commovente, riesce a restituire alla famiglia e a

noi una dimensione poetica della morte. Sentiamo che l'essenza di Linda può costituire un aiuto nella prosecuzione del percorso.

### **Secondo incontro: la storia della coppia**

Entrambi originari dello stesso paese, si conoscevano di vista. Si incontrano per caso a Firenze dove lui stava facendo il militare e dove lei si era recata in gita con la scuola: da quel giorno iniziano a frequentarsi e si sposano dopo sei anni di fidanzamento. Arturo, oltre che essere attratto fisicamente dalla moglie, amava la sua intelligenza e la sua intraprendenza. La decisione di affrontare un percorso di adozione è stata una dei tanti progetti voluti e condivisi da entrambi i coniugi. Linda diceva: "sono figlie di cuore, non di pancia". Amava molto scrivere e ha narrato la storia dell'adozione delle ragazze in un racconto che ci è stato donato da Arturo al termine dell'incontro. Un passo della narrazione, in particolare, ci ha colpito: "in mezzo alla confusione dei bagagli da preparare (il giorno della partenza per tornare in Italia), una delle due bimbe si era tranquillamente e silenziosamente seduta nella valigia più grande, aperta sul pavimento e con dentro qualche indumento (...). Ci ha fatto capire molte cose, la nostra bambina, ci ha trasmesso un segnale molto forte: vi prego, portatemi con voi, sono il vostro cucciolo, non lasciatemi più! L'abbiamo presa in braccio e stretta forte forte a noi, attanagliati da una fortissima emozione".

Mara ed Irene non erano al corrente di alcuni particolari inerenti la storia dei loro genitori: questo incontro è servito per narrare la storia di una coppia e di due bambine lontane che hanno trovato un destino comune ed una legittimità come famiglia.

### **Terzo incontro: visitiamo la casa...**

Mara appare sofferente perchè il giorno

stesso ha sentito una forte mancanza della mamma che ha verbalizzato sul quaderno. Abbiamo cercato di capire come mai, dopo diverso tempo, le fosse capitata questa crisi e come l'ha affrontata. Tutta la famiglia è visibilmente commossa (il padre siede tra le due figlie, a differenza delle altre volte). Chiediamo se è il caso di rimandare ad un'altra occasione l'incontro, ma ci chiedono qual è il "programma di oggi". Spieghiamo che oggi volevamo visitare la casa per conoscere meglio loro e la mamma. La famiglia accetta di farci strada.

La prima stanza in cui ci portano è lo studio della mamma. Ci colpiscono i tantissimi libri (amava leggere, passione trasmessa a Irene), uno scaffale con i profumi, un tappeto appeso, un'altalena, i lampadari di un biliardo appartenuto al nonno.



**Fig. 2** L'altalena nello studio di Linda

L'altalena indica uno spirito giocoso e un elemento di condivisione del proprio spazio con le figlie. Nello studio della mamma ci sono numerose foto che ritraggono le figlie, il marito e i parenti. Prima di uscire Arturo ci lascia un resoconto scritto da Linda dopo un viaggio in India, altra testimonianza della sua creatività. Il tema del viaggio (metaforico e non) è sempre molto presente nelle parole della moglie: il viaggio verso l'adozione, il percorso/caminò verso una nuova genitorialità e quello,

molto più doloroso, attraverso la malattia. Passiamo poi nella camera da letto delle due ragazze, molto luminosa, con due finestre e due porte. Tante foto, tanti libri e quaderni, un mappamondo e soprattutto tanti pelouches. Dalle ragazze emerge una grande voglia di tenerezza e consolazione: la camera sembra proiettata più nel passato che verso il futuro. La sensazione di un tempo immobile l'abbiamo provata in modo accentuato quando ci hanno condotto nella camera dei genitori: nulla dalla morte di Linda è cambiato. Scendendo per le scale del corridoio notiamo sempre foto e ritratti e ci colpisce un vano pieno di profumini. Passiamo poi davanti ad una sorta di nicchia ai piedi della scala, è la scrivania del padre con i suoi libri. E' l'unico luogo che è cambiato dalla morte di Linda. Lì, infatti, avevano messo il suo letto dato che non era più in grado di rialzarsi. Arriviamo al cucina, il regno più di Arturo che della moglie. Ora sono le ragazze che cercano di essere un po' più autonome ai fornelli. Ritorniamo in salotto, il luogo forse più vissuto in questo momento. Ci sono quadri, ma poche foto che sono appannaggio della famiglia e non degli ospiti.

Chiediamo ai familiari cosa hanno provato durante il giro: le ragazze affermano che a loro è piaciuto ricordare la madre così, passando attraverso le stanze e le cose. Mara ci dice di essere riuscita a pensare alla mamma in modo sereno. Irene si è turbata entrando nella camera dei genitori, Arturo si è emozionato in modo particolare nello studio di Linda.

La casa è il luogo degli affetti, dei ricordi, della condivisione di momenti tristi e felici, sia appartenuti al passato, sia futuri. L'altalena, di per sé oggetto inusuale per un interno, richiama l'idea di movimento, di libertà, di tensione verso qualcosa.

Il suo movimento potrebbe simbolicamente

far transitare la famiglia dal passato al futuro.

#### ***Quarto incontro: il passato, sempre presente, della malattia***

Linda è morta nell'ottobre 2012, dopo un anno di travagliata malattia. Ha subito diverse operazioni ed è andata in coma farmacologico.

Irene scoppia a piangere quando ricorda gli ultimi giorni della malattia della madre. Anche quando era allettata, nell'ultimo mese di vita, ha sempre aiutato le ragazze nei compiti.

T: "Qual era l'atteggiamento di Linda nei confronti della morte?"

Arturo: "Linda ha sempre pensato di farcela...fino all'ultimo momento è stata lucida... Ora ho qualche rimpianto per aver sottoposto le mie figlie a questo dolore, per avere permesso che vedessero la mamma in quelle condizioni..."

T: "Se Linda fosse qui ad ascoltarci in questo momento, seduta sulla sedia, che cosa direbbe?"

Irene: "Avrebbe voluto vederci non solo tristi, ma anche felici, fare la patente..."

Mara: "Vorrebbe vederci grandi a 18 anni, alla nostra festa in discoteca..."

Arturo: "Linda non c'è più e non si siederà più su quella sedia. Linda non è qui e non tornerà, è inutile".

T: "Certo, non è qui fisicamente, ma la sentiamo dalle vostre parole, dai vostri gesti, dal modo di fare e relazionarsi delle ragazze. Quando tu Arturo prendi una decisione pensi a cosa avrebbe detto lei e poi decidi di conseguenza..."

Arturo: "Nel caso del concerto (le ragazze, entusiaste, vi erano state qualche giorno prima) ad esempio, Linda non le avrebbe portate... lo ho pensato a cosa avrebbe fatto lei, ma poi, nella realtà, ho optato per quello che avrei fatto io anche perchè lei non è qui..."

La presentificazione della mamma ha permesso di far emergere desideri e aspettative delle ragazze. Arturo fatica a cogliere il movimento che inizia a intravedersi.

### ***Quinto incontro: un tuffo nel futuro***

Si inizia facendo riferimento alle riflessioni scritte sul quaderno dalle ragazze. Irene, in particolare, la scorsa volta, aveva scritto di essere contenta di aver partecipato al concerto anche perché in quell'occasione non aveva pensato alla malattia della mamma.

T: "E' possibile rivolgere un pensiero alla mamma anche quando si trascorrono momenti felici in modo da poterli condividere con lei..."

Arturo: "E' vero, e poi bisogna andare avanti.. anch'io non posso continuare a vivere con questo fardello, né per le mie figlie né per me...Ora è difficile, ma penso che sarà quella la strada. Magari troverò un'altra compagna...Tutti e tre dobbiamo andare in questa direzione..."

Arturo dimostra un'apertura al futuro inaspettata (date le sedute precedenti) che diventa un trait d'union per il lavoro che vogliamo fare con loro oggi: la consegna, volutamente ambigua di un plico contenente tre fogli bianchi in cui dovranno scrivere o rappresentare se stessi tra un anno, tra sette e tra quindici utilizzando tutte le possibili espressioni del sé: tramite scrittura, disegni ecc...Una volta terminato il compito condividiamo ciò che è stato scritto. Irene tra un anno vuole aver finito le superiori, ottenere la patente, studiare all'università per poter lavorare nell'ambito dell'istruzione con i bimbi. Tra sette anni si vede insegnante in una scuola materna, tra quindici non riesce a visualizzarsi. Mara vuole fare la maturità, instaurare più amicizie, prendere la patente, organizzare la festa dei diciotto anni fuori casa, lavorare con i bambini, e, soprat-

tutto, "avere una famiglia", che comprenda un'altra compagna per il papà. Arturo è sicuro che le sue figlie riusciranno bene nella scuola e nel lavoro. Non esclude tra un anno la presenza accanto a sé di una compagna che sappia "tirargli, quando è ora, le orecchie". Tra sette anni le sue figlie lavoreranno, avranno qualche "spasimante" che lui vorrà conoscere, lui stesso avrà un lavoro che lo appagherà e porterà con sé "un ricordo stupendo di trent'anni di vita passati insieme". Tra quindici anni vorrà fare il nonno ed essere ancora un marito felice. Per la famiglia è stato difficile verbalizzare le proprie attese: le ragazze temono che quanto da loro auspicato non possa realizzarsi. Mara sottolinea che lei e il papà hanno detto la stessa cosa (rispetto alla possibilità di una nuova compagna); anche Irene manifesta accordo con quanto scritto e detto dalla sorella. Questo scambio di opinioni è considerato pregnante per tutti: è come se le figlie avessero dato il permesso al padre, che non le riteneva pronte in cuor suo, di introdurre una nuova figura femminile in famiglia.

Nell'incontro precedente ci siamo rese conto della necessità di creare un movimento che sbloccasse l'immobilità di Arturo: di fatto, probabilmente, quanto emerso dalle figlie aveva già innescato un cambiamento che l'attività proposta in questo appuntamento ha permesso di esplicitare, per così dire, "nero su bianco".

### ***Sesto incontro: torniamo al presente (la rete della famiglia oggi)***

Durante il primo incontro abbiamo creato, insieme alla famiglia, il genogramma concentrandoci principalmente sui legami familiari. Durante questo appuntamento cerchiamo, invece, di capire meglio qual è la rete che oggi sta attorno alla famiglia e per farlo som-

ministriamo il Family Life Space che, come sottolinea Onnis (2011), ha un carattere proiettivo congiunto perché permette una rappresentazione spaziale della realtà psichica, individuale e familiare. Dal punto di vista qualitativo riesce a costituire una mappa della famiglia, dei suoi legami e dei rapporti con gli eventi significativi della sua storia. Questo strumento, come ricorda Gozzoli (Gozzoli e Tamanza, 1998) fu pensato alla fine degli anni Settanta da Danuta Mostwin e si basa su un approccio ecologico che rimanda ad un'ampia gamma di riferimenti teorici, dalla teoria di campo di Lewin alla teoria dei sistemi. Per Mostwin ha molta importanza, nello sviluppo dell'essere umano, l'ambiente, non per come si presenta oggettivamente, ma per come viene percepito. Riprendendo la classica formula di Lewin secondo cui il comportamento è funzione dell'interdipendenza, in un certo momento, delle caratteristiche personali e del contesto, l'autrice ritiene che ogni cambiamento nello spazio di vita della persona influirà sul suo comportamento e viceversa. La somministrazione contemporanea del FLS consente anche che il lavoro fatto individualmente da ognuno assuma un significato proprio perché in connessione con quello degli altri. Questo test consiste nel consegnare un foglio alla famiglia con disegnato al centro un cerchio che rappresenta l'ambiente familiare e in cui soggetti sono invitati a collocare se stessi e le persone per loro significative. Si invita, inoltre, ad inserire nella rappresentazione anche la tipologia di relazione che lega le diverse persone significative tra loro secondo una legenda che viene illustrata all'inizio (relazione buona, relazione così-così, relazione conflittuale). Viene anche detto che è possibile rappresentare gli eventi salienti per la loro storia familiare.



*Fig. 3 FLS famiglia Gazzola*

Questo strumento è stato scelto tenendo conto dell'elevato grado di partecipazione alle attività da noi proposte: l'operare concretamente su un foglio, colori alla mano, entra in consonanza con la natura pragmatica che, in diversi momenti, la famiglia ci ha mostrato (in primis Arturo).

Ogni familiare tende a lavorare nel proprio spazio del foglio senza intervenire troppo in quello degli altri. L'attività viene declinata al presente: tutti scelgono di inserire le persone che, al momento attuale, sono per loro significative o in senso positivo o negativo. Non sono stati inseriti eventi o fatti del passato, ma solo persone distinte ed alcune organizzazioni (il gruppo di teatro di Irene e i colleghi di lavoro di Arturo). Arturo sceglie per sé il simbolo del quadrato alludendo anche ad una sua caratteristica personale ("io sono quadrato", dice), Irene sceglie il cerchio mentre Mara nessun simbolo. Le ragazze hanno avuto modo, tramite questa attività, di descrivere le loro relazioni amicali soffermandosi, in modo particolare, su quelle sentite come più problematiche. Lo spazio interno al cerchio è stato interamente occupato dai nomi dei tre componenti attuali della famiglia scritti da Arturo. Anche lo spazio esterno è stato quasi interamente colmato dai legami (i familiari

usano il foglio in senso orizzontale). La gestalt emergente è quella di un sole dove il centro del cerchio corrisponde anche al centro psicologico, in quanto è il punto focale verso cui convergono tutte le relazioni indicate. Il segno arancione, quello di Mara, s'interseca con quello di tutti i suoi familiari, mentre quello viola di Irene in modo preponderante con quello della sorella. Arturo non commenta, né interviene rispetto alle persone e ai legami indicati dalle figlie.

### ***Settimo incontro: scambiamoci di posto...***

Questo incontro avviene pochi giorni dopo il primo anniversario della morte di Linda. Arturo appare molto provato; Irene ricorda che in questi giorni ha pensato alla mamma soprattutto quando svolgeva i compiti in classe a scuola: "In alcuni mi ha aiutato, in altri no..." Anche Mara sottolinea la tristezza che ha sentito. Per questo incontro abbiamo pensato di coinvolgere i membri della famiglia in un'attività che li aiuti a riflettere sulle emozioni proprie e altrui.

Durante le varie sedute ci siamo accorte che sia noi sia i familiari, che solitamente ci accoglievano in salotto, tendevamo a sederci sempre negli stessi posti. Abbiamo proposto, pertanto, di fare uno scambio in senso orario in modo tale che chi si sedeva al posto di un altro doveva calarsi nei suoi panni ed esprimere come era stato per lui il percorso e le eventuali difficoltà. Lo scambio dei posti è stato utile per entrare, ancor più da vicino, nel mondo della famiglia, non più come "le due psicologhe", ma semplicemente come Mjriam e Alessandra.

Mara e Irene, durante lo scambio, affermano di essersi emozionate, di aver sentito la mancanza della mamma, ma anche la presenza forte del papà vicino a loro. Arturo, al nostro

posto, si chiede se il percorso sia stato pensato per lui o per le figlie e, nei panni delle figlie, afferma che il percorso è stato utile e che può proseguire. Delinea un'analogia tra me e Irene e tra Alessandra e Mara richiamando il parallelismo che aveva fatto tra sé e Mara e tra Linda e Irene durante il genogramma. Io e Alessandra, nei panni di Arturo, sentiamo che il suo posto scotta, che è molto difficile da tenere e che, a volte, non avrebbe voluto stare con noi, ma lo ha fatto.

Una volta tornati ai nostri posti abbiamo riflettuto su come siamo stati nel provare a impersonare gli altri. Abbiamo sentito la grande sofferenza e fatica di Arturo unita a una grande forza d'animo, così come la sensibilità, ma anche forza di Irene e i timori e l'intraprendenza di Mara.

Lasciamo alla famiglia due regali: il genogramma rielaborato e il libricino con le attese, i timori e desideri per il futuro espressi nel quinto incontro.

### ***Ottavo incontro: una fine che forse è un inizio...***

Questo incontro si è tenuto presso il servizio NPIA per fare il punto della situazione rispetto al percorso attivato. Ci rendiamo conto che è arrivato il momento di incontrarci in un setting diverso dalla casa, che ci consenta di ritrovarci e pensare a nuove ipotesi di intervento. All'incontro, oltre alla famiglia e a noi è presente anche il Dott. Cortesi (T1) che chiede ai familiari come hanno vissuto l'esperienza.

Arturo ritiene che il percorso sia stato utile in vista del futuro e tempestivo in quanto è servito a farli sentire ancora una famiglia.

T1: "Mi viene in mente questa metafora riguardante la vostra famiglia: un viaggio in barca a vela in cui eravate in quattro. Questo viaggio è iniziato ancora prima che vi imbarcaste (rivolto alle ragazze). Purtroppo

un membro dell'equipaggio non è più potuto andare avanti e siete rimasti in tre. Il papà ha bussato alla nostra porta e io ho proposto che in questa barca potessero salire due colleghe per fare qualche tappa insieme a voi, per proseguire, perché questo è un viaggio che non si può interrompere...Nel viaggio avete anche parlato di quello che ci sarà tra un po' di tempo..."

Arturo: "E' una bella metafora, anche perché la nebbia è calata su questo viaggio. Loro, ma anche tante altre persone, sono state imbarcate per cercare di far andar su la nebbia. Loro (rivolto a noi) ci han dato la chiave per capire che esiste un orizzonte...Loro (intendendo le figlie) mi han fatto pensare anche a un'altra figura accanto a me..."

Arturo sottolinea che la moglie avrebbe approvato questo percorso e la presenza di un'altra figura importante accanto a loro; mostra, però, perplessità nei confronti della suocera che potrebbe non essere d'accordo. I suoceri sono una parte fondamentale della loro vita, sempre molto presenti, la suocera in particolare. Erano al corrente del percorso intrapreso, ma né Arturo né le figlie hanno voluto dividerlo perché lo consideravano personale. Anche nel FLS è emerso chiaramente che la famiglia è vissuta come formata da loro tre e che gli altri parenti o amici fanno parte di cerchi più esterni.

T1: "Se guardiamo il passato e il presente i rapporti tra i due cerchi sono positivi e intensi. Se pensiamo al futuro ci può essere qualche punto interrogativo..."

Ad Arturo viene in mente un episodio in cui la suocera, a fronte di una sua battuta, gli aveva ribadito che lui non aveva tempo per pensare ad un'altra persona.

T1: "Percepisco un certo rischio che nel momento in cui il cerchio piccolo ha fatto e farà un certo percorso con una certa velocità, se

quello più largo si muove con una velocità diversa, c'è rischio che si distanzino o che entrino in collisione..."

La metafora del viaggio in barca ha permesso alla famiglia di ricollocarsi su un percorso. L'idea del viaggio richiama il movimento che la mamma, quando era in vita, ha saputo imprimere a tutti e tre. Arturo ha dato prova di essere in grado di "stare" con l'immagine proposta e di farla propria, continuando a ripresentarla nelle sue considerazioni. L'allusione ai due cerchi, ai due sistemi, che vanno a velocità diverse ha, inoltre, introdotto l'aspetto trigerazionale. L'eventualità di coinvolgere i nonni materni ci porta a riflettere sul fatto che il lutto, inteso da più parti come una questione intima e individuale, abbia, in verità, un risvolto familiare e sociale. Linda, oltre che moglie e madre, è stata prima una figlia. Lavorare con i nonni assieme alle nipoti potrebbe servire per ricreare la continuità tra le generazioni; Arturo, inoltre, sembra aver bisogno del "permesso" dei suoceri, così come l'ha avuto dalle figlie, per pensare ad un'altra persona accanto a sé.

### **OSSERVAZIONI CONCLUSIVE: DARE UN SENSO ALLA SOFFERENZA, IL TEMPO E LO SPAZIO**

Fin dall'incontro conoscitivo è emersa, soprattutto da parte di Arturo, l'esigenza di dare un senso alla morte della moglie con la domanda: "Perché ci è accaduto tutto questo?". Come sostiene Cardinali (2007) il pensiero filosofico nasce per dare un senso alla realtà, alla vita e anche alla sofferenza. Questo percorso è nato proprio per rispondere all'esigenza della famiglia di rielaborare quanto successo senza pretendere di ricercarne un senso, ma lasciando liberi i familiari di cercare e trovare una propria risposta. Coleman e Neimeyer (2010) esaminano il ruolo

dei costrutti “ricerca di un senso” e “dare un senso” alla perdita del coniuge, analizzando i dati di uno studio longitudinale che prevedeva interviste ai soggetti del campione a sei, a diciotto e a quarantotto mesi dalla morte del coniuge. I ricercatori hanno riscontrato che il riuscire a dare un senso alla perdita tra i sei e i diciotto mesi dopo la morte era predittivo di sviluppi emotivi positivi a quarantotto mesi. Sottolineano, però, che l'interpretazione dei dati deve tenere conto del tipo di perdita e di come questa è stata percepita. Non a caso gli studi sull'elaborazione del lutto si svolgono nel tempo e la maggior parte dei modelli che la spiegano includono fasi temporali. In questo lavoro si è cercato di seguire una linea temporale dal passato al futuro per poi tornare al presente consapevoli che, nell'ambito sistemico, il concetto di tempo è ricorsivo. Come sostiene Madonna (2010, p. 94), il tempo ecologico è quello «della narrazione molteplice, collegata alla capacità dell'osservatore di assumere una molteplicità di punti di vista differenti» riuscendo a collegarli in un'ottica volta al cambiamento. Boscolo e Bertrando (1993), parlando del tempo in terapia, sottolineano come i familiari abbiano spesso un diverso orizzonte temporale che nasce dall'interazione tra i tempi individuali. La famiglia Gazzola, durante i primi incontri, ci ha dato l'impressione di rimanere ancorata al passato. Un movimento verso il futuro è però emerso da Mara e Irene al momento della presentificazione della mamma, e da Arturo nel quinto incontro: questo ci ha permesso di lavorare su un orizzonte possibile influenzato dal presente e da come è stato vissuto il passato. Boscolo e Bertrando (1993, p. 106) ricordano che «le aspettative, i progetti e le strategie contribuiscono a dare significato alle azioni presenti che a loro volta influenzano l'elaborazione della memoria (il passato).(...)

Passato, presente e futuro sono così uniti in un unico anello ricorsivo in cui ciascuno riceve i suoi significati dagli altri due». Quando si parla di tempo è inevitabile parlare anche di spazio. In terapia possiamo anche intendere il luogo fisico, il setting, in cui si realizza l'intervento (qui la casa).

L'intervento domiciliare, non è una novità nel lavoro sociale: esso, infatti, è uno strumento utilizzato spesso dagli educatori professionali e dall'assistente sociale. L'educatore svolge un servizio rivolto a famiglie con minori per supportare la genitorialità, prevenire l'insuccesso scolastico del bambino, favorire la socializzazione e l'empowerment della famiglia. Stern (2006), sostiene che i programmi d'intervento domiciliare hanno avuto esito positivo in diversi casi in cui le famiglie si trovano in una situazione di disagio e, soprattutto, quando la madre mostra sintomi depressivi. L'autore, dopo aver passato in rassegna diversi studi sull'argomento, evidenzia l'importanza della relazione tra la madre e l'operatore, nella maggior parte dei casi una donna adulta che viene a costituire, per la sua esperienza, una figura di attaccamento per la madre stessa. Per l'assistente sociale la visita domiciliare è un colloquio svolto a casa dell'utente per raccogliere maggiori informazioni sul caso e per tentare di capire com'è il clima domestico al fine di formulare ipotesi di intervento, effettuare un monitoraggio delle condizioni di vita e dare sostegno in caso di difficoltà.

In accordo con quanto sostenuto da Capelli e Pattini (2011), l'intervento psicologico domiciliare rappresenta “un'innovazione culturale”, un'opportunità da cogliere per rispondere ai nuovi bisogni ed esigenze dell'utenza. Il setting, infatti, è tradizionalmente quell'insieme di aspetti (ambiente fisico, regole organizzative e relazionali) che strutturano la relazione creando tra terapeuta e paziente una certa

distanza. Come afferma Sbattella (2011, p. 9), « arredi e strumenti di lavoro propongono dunque implicitamente, a chi si prepara ad agire in un determinato luogo, possibili posizioni e dunque ruoli. (...) Lo spazio arredato propone a ciascuno, dunque, di 'prender posto', occupare una posizione all'interno di una cornice sociale». Cosa succede quando i terapeuti "si immergono" in setting che non hanno creato o che non hanno sotto controllo? La sensazione è quella di entrare, accompagnati, nel mondo dell'altro liberi di esprimere la propria curiosità, da una posizione di vicinanza, non solo fisica, ma anche emotiva. Il rischio che il professionista può correre è quello di con-fondersi con la famiglia: dovrebbe, invece, rimanere neutrale, sempre presente a se stesso e alle proprie ipotesi e pregiudizi.

Un intervento domiciliare potrebbe, pertanto, essere consigliato in diverse situazioni: se viene fatta esplicita richiesta, se nelle famiglie ci sono membri con patologie gravi e/o croniche o affetti da autismo, in presenza di separazioni difficili per lavorare con minori che potrebbero sentirsi più inibiti in un ufficio AUSL, nel caso di interventi con ragazzi adolescenti problematici e, infine, per familiari che riaccolgono in casa un membro, spesso il/la figlio/a ex tossicodipendente. Dal punto di vista del terapeuta l'intervento domiciliare comporta alcune possibilità e vincoli:

-il terapeuta è stimolato ad entrare in contatto con le proprie risonanze e ad aumentare il grado di consapevolezza rispetto alle proprie reazioni emotive. La mancanza, però, di un'équipe "dietro lo specchio" (come nella tradizione sistemica) non permette un immediato confronto con i colleghi che potrebbero far luce su alcuni aspetti che, in quel momento, i terapeuti non vedono. Da questo punto di vista, sarebbe importante cercare di

videoregistrare tutte le sedute per disporre di materiale da portare in supervisione che non sia "solo" la narrazione dei due terapeuti che l'hanno condotta. Anche se la famiglia firma una liberatoria per la registrazione, è comunque molto importante creare un clima relazionale che permetta di non sentire la videocamera come eccessivamente intrusiva. Nel setting "classico", invece, le famiglie generalmente tendono a dimenticarsi della videoregistrazione;

-la casa della famiglia è un setting "naturale" in cui sono presenti oggetti che possono avere una forte valenza simbolica e che potrebbero essere utilizzati per formulare interventi appropriati;

-se in un setting tradizionale AUSL può capitare che il terapeuta conduca la seduta senza co-terapeuta ma pur sempre con un'équipe dietro lo specchio, è importante, a mio avviso, che nel caso dell'intervento domiciliare ci sia sempre una co-conduzione in modo tale che, subito dopo la seduta, vi possa essere un utile confronto, soprattutto se si crea una situazione d'impasse. Sweet e Appelbaum (2004) si sono chiesti se effettivamente il recarsi a casa della famiglia sia una modalità efficace per ottenere gli obiettivi prefissati. In realtà, dalla loro disamina, non emerge una risposta univoca e definitiva rispetto ai fattori che possono determinare o meno il successo di un intervento domiciliare. I dati da loro analizzati (sedici programmi domiciliari) mostrano una realtà complessa di interventi diretti a target diversi e difficilmente confrontabili. Sottolineano, inoltre, che una certa quota di varianza è dovuta anche alla dimensione soggettiva di chi effettua l'attività, mentre Chamberlin (1989) pone l'accento anche su altri aspetti quali il timing, la frequenza, la durata di ogni seduta, il contesto in cui si inserisce, la presenza o meno di una supervi-

sione... A mio parere un intervento domiciliare (con funzione preventiva, di sostegno o psicoterapeutica) può essere proposto se si presentano contemporaneamente più condizioni tra le seguenti:

-la disponibilità di operatori che possano recarsi a domicilio in orari favorevoli alla famiglia;

-la valutazione, da parte dello psicologo, della necessità, per uno o più membri, di operare in un luogo sentito come sicuro e delle conseguenze relative allo spostamento del nucleo verso l'ambulatorio (se ci sono persone con problemi fisici ad esempio);

-la considerazione delle probabilità di creare un buon aggancio per l'eventuale prosecuzione non solo e soltanto a casa, ma anche in un contesto ambulatoriale nell'ottica di sperimentare un servizio più vicino all'utenza e flessibile alle sue esigenze.

Nel caso della famiglia Gazzola, diversi motivi ci hanno indotto a preferire un intervento a casa: la delicatezza del tema da trattare, la conoscenza pregressa delle ragazze da parte del Servizio, il fatto che l'intervento è stato voluto e non imposto. Ritengo, comunque, data la disponibilità di operatori a recarsi presso la famiglia, che uno degli elementi più significativi sia stata la necessità, evidente da parte delle ragazze, di vivere una situazione di sicurezza e agio per poter esprimere più liberamente le emozioni. Se avessimo condotto tutti gli incontri nel setting ASL è probabile che il contesto avrebbe potuto inibirle ed anche Arturo, verosimilmente, avrebbe mostrato una parte più formale di sé. Inoltre, se dovessimo coinvolgere i suoceri, sarebbe molto più facile farlo a casa perchè il recarsi in un contesto ambulatoriale potrebbe essere da loro inteso come andare dal medico: ci si va perchè si è malati.

In conclusione, si può affermare che l'obietti-

vo principale di un intervento domiciliare non è quello di far scomparire un sintomo, ma consiste nel cercare di stimolare nuove narrazioni, connessioni, idee creative che possano cambiare lo sfondo emotivo e relazionale entro cui il problema è inserito.

## Bibliografia

- Andolfi, M., D'Elia, A. (2007) a cura di. *Le perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Capelli, F., & Pattini, E. (2011). Family tales... due terapeuti sul divano. *Pensare l'intersoggettività nella terapia familiare*. *Cambia-menti*, 3, 59-83.
- Cardinali, F. (2007). Ripensare la sofferenza. In: Andolfi, M., D'Elia, A., a cura di, *Le perdite e le risorse della famiglia*, (pp. 263-288). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Chamberlain, R. W. (1989). Home visiting: a necessary but not in itself sufficient program component for promoting the health and development of families and children. *Pediatrics*, 84, 1, 178-179.
- Coleman, R.A., & Neimeyer, R.A. (2010). Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34, 804-834.
- Colusso, L. (2012). *Il colloquio con le persone in lutto*. Accoglienza ed elaborazione. Trento: Edizioni Erikson.
- D'Elia, A. (2007). Il lutto non è un fatto privato. La morte e le perdite nella letteratura familiare. In: Andolfi, M., D'Elia, A., a cura di, *Le perdite e le risorse della famiglia*, (pp. 3-34). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- D'Elia, A. (2007). Tecnologie per i sopravvissuti? Sulla morte e sul lutto nel mondo contemporaneo. In: Andolfi, M., D'Elia, A., a cura di, *Le perdite e le risorse della famiglia* (pp. 35-66). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Freud, S. (1915-17, trad. it 1978). *Introduzione alla psicoanalisi*. Prima e seconda serie di lezioni. Milano: Fabbri Editori.
- Fruggeri, L. (1997). *Famiglie*. Roma: Carocci Editore.
- Gozzoli, C., Tamanza, G. (1998). *Family Life Space. L'analisi metrica del disegno*. Milano:

Franco Angeli.

- Kübler-Ross, E. (1981). *Domande e risposte sulla morte e il morire*. Como: Red.
- Madonna, G. (2010). *La psicologia ecologica. Lo studio dei fenomeni della vita attraverso il pensiero di Gregory Bateson*. Milano: Franco Angeli.
- Markham, U. (2009). *L'elaborazione del lutto*. Trento: Mondadori
- Onnis, L. (2011). Attraverso la cruna dell'ago: problemi metodologici della ricerca in psicoterapia sistemica.(Online)10/09/2013 [http://www.ispref.it/files/file/materiale\\_seminari/onnis\\_napoli\\_2011.pdf](http://www.ispref.it/files/file/materiale_seminari/onnis_napoli_2011.pdf).
- Sbattella, F. (2011). Lo psicoterapeuta sistemico senza specchio. *Cambia-menti*, 1, 8-15.
- Stern, D. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 1-4.
- Sweet, M.A. & Appelbaum M.I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 5, 1435-1456



# ***Narrare per accompagnare: “Dalle radici al cielo”***

*Elisa Eccher, Francesca Bandirali* <sup>24</sup>

## **Sommario**

In questo testo gli autori affrontano il tema della morte, argomento poco trattato nel campo della psicologia, all'interno delle cure palliative e in particolare nella realtà dell'hospice in Italia, approfondendo l'aspetto psicosociale e medico delle cure palliative, nonché la storia della nascita dell'hospice sul territorio italiano. Nella seconda parte dell'articolo gli autori presentano un progetto, rivolto all'equipe curante dell'hospice di Langhirano (Parma), il cui scopo è utilizzare la diversità esperienziale e culturale di ogni singolo operatore, attraverso il metodo dell'intervista narrativa, come risorsa per costruire un nuovo sapere, necessariamente complesso, che andrà a costituire un linguaggio collettivo, proprio di questa équipe, su come vivere la morte. L'intento non è, quindi, quello di introdurre un nuovo strumento, bensì quello di offrire agli operatori un'ulteriore chiave di lettura, con lo scopo di scoprire il processo sistemico “dalla vita alla morte” per approfondire le modalità di avvicinamento a quella realtà infinitamente complessa e misteriosa che è la realtà umana.

## **Parole chiave:**

Cure Palliative, equipe hospice, narrazione, educazione, pensiero collettivo, accompagnamento.

## **Abstract**

*In this text, the authors address the issue of death, a subject little attention in the field of psychology in palliative care and hospice in reality, especially in Italy. Deepening the medical and psychosocial aspects of palliative care and hospice history of the birth on Italian territory. In the second part of the article the authors present a project aimed Equipe hospice care provider Langhirano (Parma), whose purpose is to use experiential and cultural diversity of each individual operator, through the narrative interview method as a resource to build a new knowledge, necessarily complex, which will be a collective language, just this team, on how to live death. The intent is not, therefore, to introduce a new tool, but rather to provide operators with a ' further interpretation, in order to discover the systemic process “of life to death” to deepen their approach to that reality infinitely complex and mysterious that it is the human reality.*

## **Key words:**

*Palliative care, hospice team, storytelling, education, collective, thinking, accompaniment.*

---

<sup>24</sup> Il anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata.

## PREMESSA

L'arte del nostro secolo, nella nostra società occidentale, ha poco trattato il tema della morte, poiché l'argomento, il più delle volte, genera una forte angoscia che comporta rifiuto e negazione. La nostra cultura e la direzionalità dei nostri interessi non offrono alcuna base per la costituzione di un atteggiamento costruttivo nei riguardi della morte. Inoltre si riscontra un forte controllo sociale tendente a frenare la presa di coscienza sul tema in questione. Da tutto ciò deriva un atteggiamento di negazione e rimozione rispetto al tema e, di conseguenza, un'incapacità di fronteggiare l'evento sia da parte del soggetto colpito, che dei familiari e a volte anche dell'equipe che si occupa del soggetto morente. Così, a causa di tutte queste reticenze, sia da parte di soggetti interessati che da parte di chi si prende cura del malato, il tema della morte è rimasto per molto tempo pressoché inesplorato. Sciogliere il tabù della morte dentro noi stessi significa arrivare a elaborarlo al punto da poter stare in una dimensione di resa e d'impotenza, consapevoli che tutto finisce, ma ogni momento è prezioso; il tempo presente è più importante delle proiezioni per il futuro, ma senza speranze né sogni non si sa come vivere; ognuno ha in sé l'orizzonte per far fronte al proprio dolore.

A fronte di quanto detto, si ritiene, nell'ambito delle relazioni di aiuto, essere necessario valorizzare, e dare nuova luce al concetto della morte e del morire, due concetti simili ma profondamente differenti dal punto di vista ontologico. La morte è l'evento, l'istante in cui il cuore cessa di battere, il punto di rottura dell'esistenza; il morire è il processo attraverso il quale si arriva alla morte e in qualche modo ci accompagna in tutta l'esistenza.

L'interesse, quindi, è stato rivolto all'ambito delle cure palliative applicate nella realtà

dell'Hospice di Langhirano, Centro Cure Progressive Pietro Coruzzi, rivolgendosi in particolare modo all'equipe curante, indagando la loro concezione di morte e malattia, i pregiudizi, la cultura di riferimento e le proprie esperienze attraverso l'utilizzo di un'intervista narrativa a domande aperte secondo il modello di Atkinson (2009) al fine di rendere consapevole l'operatore di quanto accade nel viaggio dalla vita alla morte.

## DEFINIZIONE DI CURE PALLIATIVE

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), «le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problemi associati con malattie che minacciano la vita, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza, per mezzo di un'identificazione precoce, di un assessment ottimale e del trattamento del dolore e delle altre problematiche fisiche, psicosociali e spirituali» (World Health Organization, 2013).

La definizione si rifà al concetto di "cure" piuttosto che a quello di "terapie". Tradizionalmente, infatti, queste ultime sono chiamate a intervenire sulla malattia, avvalendosi di protocolli standardizzati e validati sperimentalmente, mentre le cure sono in genere chiamate a far fronte ai bisogni assistenziali della persona malata e della sua famiglia per rispondere a quelle esigenze soggettive che scaturiscono dalla presa in carico delle connotazioni personali che il precipitare delle condizioni fisiche avvia al progressivo deterioramento: l'identità corporea, il soddisfacimento dei bisogni primari, l'equilibrio psicofisico ed emozionale, il ruolo sociale, la sfera spirituale, lo status socio-economico. Storicamente le cure palliative sono state prerogative dei malati oncologici e delle loro famiglie, in particolare nella

fase terminale della malattia. Le cure palliative, provvedendo al sollievo dal dolore e da altri gravi sintomi, si propongono come un intervento che può essere offerto durante tutto il decorso clinico, anche nelle fasi in cui sono praticate cure specifiche della malattia di base mirate al prolungamento della vita, quali la chemioterapia e la radioterapia e comprendono le indagini diagnostiche necessarie per riconoscere e gestire le complicanze cliniche. Si avvalgono di un approccio di équipe multidisciplinare per rispondere ai bisogni dei malati e delle loro famiglie, offrendo un sistema di supporto per aiutare sia i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte, sia i familiari per affrontare la malattia del proprio caro e il loro stesso lutto. Integrano, inoltre, gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza affermando il valore della vita e considerando la morte come un evento naturale che non intendono anticipare né differire. Le cure palliative, non più (o non soltanto) ultimo polo della medicina, sono altrettanto importanti quanto le terapie per guarire, delle quali conoscono e usano spesso i medesimi strumenti, ma con obiettivi primari diversi e hanno nel loro fuoco la qualità di vita e la dignità di morte dei malati (Di Mola, 1994). Oltre che un sistema organizzato e altamente strutturato, esse costituiscono anche una filosofia nel modo di intendere la cura delle malattie che minacciano la vita (National Comprehensive Cancer Network, 2010), essendo la qualità della vita del malato, così come la qualità del suo morire, il fine ultimo di ogni intervento di cure palliative.

### **LE CURE PALLIATIVE OGGI IN UNA PROSPETTIVA PSICOSOCIALE**

È una sfida, dunque, quella delle cure palliative che chiama a una multidisciplinarietà, dove lo psicologo, il medico palliativista

e tutte le altre figure che accompagnano la persona morente, costruiscono un ambiente di cura dove il *pharmakon* torna ad essere *pharmakos*, non solo agente che sconfigge il male ma “ persona “, in questo caso “ équipe”, che si addossa la sofferenza del singolo nella sua integrità. È evidente che nell'ottica di un'integrazione delle diverse discipline, la competenza psiconcologica è dunque parte integrante dell'approccio al malato e ai suoi familiari in funzione dei diversi bisogni psicologici e psico-sociali, del grado di sofferenza psichica e dei frequenti disturbi psicopatologici presenti nelle suddette fasi di malattia e dopo il decesso del paziente (lutto). Altrettanto importanti sono gli interventi messi in atto per consentire all'équipe curante di gestire al meglio i problemi legati agli aspetti comunicativi, relazionali e psicologici delle cure palliative, sia in termini di formazione permanente e di base, sia per proteggere il personale stesso dalla sofferenza psicologica secondaria al lavoro e ridurre il rischio di burnout. Ne deriva che l'intervento psiconcologico è rivolto alla persona: quella affetta dalla malattia, quella che con questa condivide i legami familiari, quella che, in vario modo e a seconda del proprio ruolo e delle proprie competenze, si occupa delle sue cure e della sua assistenza. È una proposta quella delle cure palliative che porta con sé aspetti rivoluzionari, perché contrasta quella rimozione collettiva della morte che è tipica del nostro tempo. In un contesto culturale nel quale la tecnologia ha assunto un ruolo ed un'ampiezza tali da invadere tutti i settori della vita moderna, giungendo ad occupare spazi come quello del “mentale” in maniera che non ha precedenti nella storia umana, (Galimberti U., 1992) le cure palliative riprovano a valorizzare quella singolarità biopsichica del singolo alla quale la tecnica sola non può e non deve rispondere (Galimberti,

1992). Il lavorare con i pazienti prossimi alla morte porta con sé una sfida culturale non solo perché una rivalutazione di un termine, quello di "limite", che in un'epoca come la nostra dominata dal mito moderno della crescita, ha perso significato. L'esito di questa rimozione collettiva è l'aver reso il morente, un individuo inconsapevole di quanto sta vivendo, attore di un dramma incapace di interpretare la parte decisiva della vita stessa (Zoja L. 1993). Aver censurato ogni discorso sulla morte ha condannato il morente ad un'agonia solitaria, spesso istituzionalizzata, come se stesse agendo un divieto, una sorta di tabù (Zigler J. 1978).

### **ORGANIZZAZIONE HOSPICE**

Gli Hospice si possono quindi definire come strutture "giovani", ma con specifici requisiti, obiettivi e modelli organizzativi previsti dalle leggi in materia, (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20/01/2000 indicante i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative). Le équipes degli Hospice sono costituite, solitamente, dalle seguenti figure professionali: Medici, Infermieri Professionali, Operatori Socio Sanitari, Psicologi e Terapisti della Riabilitazione. Partecipano al lavoro d'équipe anche gli Assistenti Sociali, gli Assistenti Spirituali, i Volontari. Essendo l'Hospice una struttura a bassa intensità tecnologica, ma ad alta intensità assistenziale, sono previsti elevati standard di personale, per i quali ogni Regione ha previsto dei requisiti minimi (D.G.R. 15-7336 del 14 ottobre 2002).

### **PROGETTO " DAL VOLER FARE AL SAPER FARE, DAL SAPER ESSERE AL SAPER SPERARE" PRESSO IL CENTRO CURE PROGRESSIVO "P.CORUZZI" DI LANGHIRANO**

### **PREMESSA**

La moderna concezione della malattia, sottolinea l'influenza reciproca tra psiche e soma e che, come sottolinea Ruggieri (1988, p.253), la considera un processo attivo di risposta organizzato dal sistema nervoso centrale.

L'approccio multidisciplinare applicato nell'ambito della psicologia oncologica, porta a considerare l'esistenza di due grandi linee d'indirizzo teorico (Guarino, 1994):

1. La prima che si occupa della ricerca ed indaga sulle componenti psicosomatiche del cancro con studi sull'influenza delle variabili " psicologiche" nella causa delle neoplasie, cerca cioè di confermare l'ipotesi per cui certe caratteristiche psicologiche, in forza del legame mente-corpo, sarebbero dei fattori predisponenti l'insorgenza della malattia neoplastica. Tramite tali studi, si cerca di giungere all'approfondita conoscenza dei bisogni del malato neoplastico e delle dinamiche messe in atto, sia dal paziente, sia dall'ambiente sociale, in cui vive o viene a trovarsi per necessità imposte dalla malattia;
2. La seconda si occupa dell'aspetto assistenziale. Essa studia le varie modalità di approccio psicoterapeutico, psicometrico e di assistenza, per aiutare il paziente neoplastico ad affrontare al meglio la malattia e per prevenire le sequele psicologiche quali la depressione e l'ansia.

La volontà è quella di esplorare un contesto di cura in cui ci si confronta ogni giorno con la sofferenza fisica e psicologica del paziente, della famiglia e della stessa équipe professionale. Come future terapeute e quindi possibili membri di un'équipe curante, nasce la curiosità di avvicinarsi alla storia e alla sofferenza di ogni membro dell'équipe, rispetto la rappresentazione sociale e personale del

dolore e della morte, che essi hanno maturato negli anni di lavoro e nelle esperienze di vita. Per questo motivo si vuole approfondire un contesto giovane della nostra comunità, il Centro Cure Progressivo Di Langhirano nella realtà Hospice, grazie alla disponibilità di accogliimento della struttura stessa e alla collaborazione dello psicologo in servizio presso il centro.

Nella realtà di Langhirano l'èquipe curante è costituita da:

- Dirigente infermieristico (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.30);
- Direttore sanitario (oncologo formato in cure palliative 16 ore a settimana);
- Medico palliativista (consulente 4 ore a settimana);
- Medico di medicina generale (referente per i medici del territorio secondo necessità);
- Psicologo (formazione specifica in cure palliative 17 ore a settimana);
- Operatori socio sanitari.

## OBIETTIVI

In base a tali considerazioni l'obiettivo che il presente progetto si pone, è quello di analizzare il processo dalla vita alla morte rivolgendoci, in particolar modo, agli operatori che costituiscono il sistema di cura principale. L'intento è quello di esplorare la costruzione, anche socio-culturale, del "prendersi cura" e del processo concettuale che sottende il rapporto con "il dolore" e con "la morte" ma anche quello di promuovere "un'educazione" su di esso in modo da:

- rimuovere l'aspetto di "tabù" del linguaggio sulla morte e di promuovere forme di interazione con il morente;
- prendere coscienza dei propri vissuti esperienziali rispetto ai particolari atteggiamenti

verso la morte e ricavarne indicazioni per le attitudini pratiche.

In questo modo si vorrebbe avviare un passaggio " dal voler fare al saper fare, al saper essere, al saper sperare."

Dove andremmo ad analizzare nel:

- "Voler fare", il vissuto culturale ed esperienziale dell'operatore;
- "Saper fare", quale mansione svolgono con maggiore attitudine nel proprio ruolo;
- "Saper essere" la propria costruzione di significati attorno all'idea di morte, come le eventuali esperienze culturali possono avere un ruolo in questo processo e lo stato emotivo che caratterizza il ruolo professionale;
- "Saper sperare" l'aspetto spirituale nella morte.

## METODOLOGIA

Il progetto prevede l'utilizzo dell'intervista narrativa e in particolar modo il metodo di Atkinson in quanto essa permette, tramite lo scambio verbale, lo "svilupparsi di un processo di conoscenza (Lis, Venuti, De Zordo, 1991)" grazie al quale il soggetto si sente "valorizzato, non sottoposto a giudizio valutativo, trattato come una persona da un'altra persona di cui percepisce la disponibilità (ibid.)". La presa di conoscenza è facilitata dal fatto che "quando raccontiamo una vicenda della nostra vita, tendiamo ad intensificare la conoscenza pratica che abbiamo di noi stessi, perché scopriamo un significato più profondo della nostra esistenza attraverso la riflessione e la trasposizione in forma orale degli eventi, delle esperienze e dei sentimenti che abbiamo vissuto (Atkinson, 2000, p. 3)". Sono così esplicitati i valori interiori e le regole che la stessa persona intervistata applica nel creare significati all'interno dei contesti culturali

in cui vive.

Per meglio comprendere cosa s'intende per intervista narrativa si vuole definire prima di tutto in cosa consiste il materiale che tale intervista permette di raccogliere. S'individuano tre principali tipologie di materiali di ricerca (Atkinson, 2002):

- La story, un breve racconto in prima persona in cui un individuo racconta un'esperienza della sua vita in relazione ad uno specifico tema prestabilito dal ricercatore;
- La life story, la storia di vita del singolo che narra la propria esperienza lungo tutto l'arco della sua esistenza o un periodo significativo di essa;
- La history, la cronaca, un racconto non più in prima persona ma in terza in cui il ricercatore racconta l'esperienza di un individuo utilizzando le proprie parole.

Ciascuna produzione di questi materiali presenta "una modalità di scambio dialogico alla base tra il ricercatore ed il soggetto che ha vissuto l'esperienza che può essere definita intervista narrativa" (ivi, p. X), intesa come un "colloquio finalizzato alla raccolta di storie" (ibid.). Rispetto alle consuetudinarie tecniche di osservazione dell'individuo, l'intervista narrativa evidenzia una sua particolare peculiarità, sfuggendo alla "tradizionale classificazione delle modalità di conduzione dei colloqui" (Atkinson, 2002, p. XI).

Atkinson descrive l'effettuazione dell'intervista con una metafora che chiarisce efficacemente il ruolo dell'ascoltatore: *"Essere un bravo ascoltatore nella narrazione autobiografica è come azionare una radio rice-trasmittente. Con tutta la buona volontà, si può parlare solo uno alla volta. Colui che parla schiaccia il tasto voce e l'altro può solo ascoltare"* (Atkinson 2002). Il racco-

glitore di storie dovrà innanzi tutto saper ascoltare, cioè lasciare per un attimo la propria vita per intraprendere il viaggio nella vita di un altro.

Verranno effettuati anche colloqui individuali e focus group, strumento di raccolta dati molto popolare dagli anni '80. È una tecnica qualitativa che si basa sulla discussione di un gruppo su un tema specifico gestita e stimolata da un moderatore e focalizzata su uno o più argomenti. La rappresentatività non riguarda il campione, ma le opinioni e i diversi punti di vista espressi dai partecipanti. Lo scopo non è la descrizione oggettiva del fenomeno analizzato, ma il processo di co-costruzione dei significati attribuiti all'oggetto indagato.

## FASI DEL PROGETTO

Incontro preliminare con l'equipe per spiegare il progetto che si vuole svolgere a cui seguirà:

- Somministrazione intervista narrativa a ogni operatore dell'equipe (si ipotizza una serie di incontri di un paio di ore ciascuno in cui verrà raccolta la storia con l'ausilio di un registratore);
- Seguirà una fase di elaborazione dei dati qualitativi che ha lo scopo di estrapolare le parole chiave di ogni singola narrazione;
- Successivamente ci sarà la discussione e la condivisione di quest'ultime con tutti gli operatori, con l'obiettivo di costruire insieme un concetto collettivo su quanto affrontato singolarmente attraverso la costituzione di focus group;
- Si prevede una fase conclusiva di follow-up in cui, se l'operatore lo necessita, vi sia lo spazio per una ri-narrazione del proprio vissuto professionale-personale attraverso un colloquio singolo.

## SCOPO DEL PROGETTO

Lo scopo è quello di utilizzare la diversità esperienziale e culturale di ogni singolo operatore come risorsa per costruire un nuovo sapere, necessariamente complesso, che andrà a costituire un linguaggio collettivo, proprio di questa equipe, su come vivere la morte. Per questo motivo, l'intento nella fase finale è la rinarrazione, da parte di ogni operatore, della propria rappresentazione del concetto di morte alla luce di quanto emerso collettivamente in modo da metabolizzarlo, farlo proprio, condividerlo ed evitare così che rimanga un sapere collettivo solo a parole (per esempio con una griglia di orientamento da utilizzare nella supervisione dei casi clinici o nei momenti di condivisione nell'equipe).

## DOMANDE INTERVISTA

*"L'influenza all'interno delle relazioni è inevitabile, essa non è prevedibile perché è in buona parte connessa ai pregiudizi impliciti degli interlocutori. Le parole che usiamo rivelano indirettamente i nostri pregiudizi ma sono anche un formidabile strumento per sfidarli"* (Cecchin, G., 1997)

1. Da quanto tempo lavora in hospice? Che ruolo ricopre?
2. Come descriverebbe il suo lavoro in hospice? Nonché la scelta di lavorare in questo ambito? C'è un episodio particolare che le andrebbe di condividere?
3. Che immagine userebbe per descrivere questo luogo e perché?
4. Ci sono degli elementi che potrebbero differenziare il suo ruolo professionale qui in Italia da come potrebbe esercitarlo nel suo paese di origine? A cosa imputa queste eventuali differenze?
5. Potrebbe descrivermi come secondo lei viene vissuta la sua figura professionale dai colleghi dell'equipe? dai familiari?

dagli utenti?

6. Se chiedessimo ad un paziente cosa si aspetta da questo contesto secondo lei cosa potrebbe rispondere?
7. In quali momenti del suo lavoro potrebbe essere maggiormente utile condividere le attività e le emozioni connesse con i colleghi? Perché?
8. Il concetto di morte quale immagine le evoca? Se dovesse pensare a come si è trasformata nel tempo pensa ci possano essere delle differenze tra il prima di lavorare in un hospice e ora?
9. Il termine "spiritualità" che cosa le fa venire in mente? Potrebbe aver un ruolo nell'accompagnamento alla morte?
10. Quale immagine potrebbe rappresentare la sua equipe? In tale immagine dove potrebbe collocarsi il paziente?
11. Avete delle ritualità in occasione della morte dei pazienti?
12. Avete delle modalità di gruppo o personali per elaborare le separazioni, la morte?
13. Ha da raccontarmi un episodio particolarmente significativo per la vita del gruppo?
14. Ogni giorno lei è a contatto con la morte come fa a far fronte a questa forte sofferenza?
15. C'è qualcosa che vorrebbe aggiungere?

## CONCLUSIONE

Ci si è interrogati rispetto a come lo psicologo sistemico possa porsi all'interno di un contesto ben definito, in questo caso quello dell'Hospice di Langhirano e come possa approcciarsi a un'equipe già formata.

La lettura di "Irriverenza" (Cecchin, 1992) si connette con questi aspetti già sottolineati: "...non ha molto senso chiedere a un'istituzione di cambiare, quanto tentare di soprav-

vivere all'interno del sistema. Non conformandosi, ma facendo uso della sua flessibilità. Allo scopo di costruire un contesto di lavoro significativo, il terapeuta può ricorrere all'irriverenza per aiutare le istituzioni a essere meno rigide, meno oppressive o anche, forse, ad avviare un processo di autodissoluzione".

La costruzione dell'intervista è stato un momento particolarmente difficile poiché come futuri terapeuti ci si è domandati su quali potessero essere i possibili pregiudizi insiti nelle narrazioni degli operatori. Si potrebbe incontrare il pregiudizio relativo al contesto sociale e culturale in cui viviamo, secondo il quale si ha difficoltà ad accettare la morte e spesso si fa addirittura fatica a pronunciare la parola stessa, considerandola come un "tabù", oppure connotare il termine solo con sentimenti negativi, come l'angoscia, l'ansia, tristezza e paura. Inoltre crediamo che l'operatore possa avvertire un senso d'impotenza nei confronti del morire, un senso di colpa per non essere stato in grado di "dire le cose giuste" o per non aver fatto tutto il possibile per favorire un "buon accompagnamento" al morente. Questi sono solo alcuni dei possibili pregiudizi in cui si potrebbe incappare.

Siamo consapevoli di non essere noi stessi, come future terapeute, libere da pregiudizi, si ritiene pertanto necessario fare tutto il possibile per le persone che stanno affrontando questo passaggio, il tempo è una variabile importante con la quale bisogna sempre fare i conti. Tutte le persone dovrebbero essere accompagnate nel loro percorso verso la morte dal momento che hanno il bisogno di risolvere qualcosa o esprimere desideri che fino ad ora sono rimasti inespressi. Questo pregiudizio può essere connesso al fatto che nessuno dovrebbe essere lasciato solo in questo momento particolare.

L'augurio è che il progetto creato possa es-

sere un momento in cui l'operatore possa prendersi "cura" di se stesso oltre che ad essere un'opportunità di riflessione e condivisione.

## Bibliografia

- Atkinson R. (2002). *L'intervista narrativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bellani Marco L., (2011). *Psiconcologia e Cure Palliative*, Clinica Psiconcologica Nòoc, 2.2011, (pp 137,153).
- Cecchin G.,(1997). *Linguaggio, azione, pregiudizio*. Connessioni, 1, 26-34.
- Cecchin G., Lane G.,Wendel A. Ray, 1992, *Irreverence. A strategy for Therapist's Survival*. Karnac Books, London. Trad. it. Irreverenza: una strategia di sopravvivenza per i terapeuti. Franco Angeli Ed. Milano.
- Decreto 28 settembre 1999, Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative. Gazzetta ufficiale 7 marzo 2000 n.55.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000, Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative, Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 67, 21 marzo 2000.
- D.G.R. 9 febbraio 2009.
- Galimberti U.,(1992). *Tecnica e tecnologia*. In: Dizionario di psicologia.Torino: Utet.
- Guarino A.,(1994) *I bisogni psicologici del paziente oncologico per il suo reinserimento sociale*.
- Italia. Legge 26 febbraio 1999, n. 39. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 48, 27 febbraio 1999.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 39. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 48, 27 febbraio 1999.
- Legge 15 marzo 2010, n.38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 65, 19 marzo 2010.

- Lis A., Venuti P., De Zordo M.R.(1991). *Il colloquio come strumento psicologico*. Firenze: Giunti.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care. Version 1.2010. On line.
- Ruggeri V., (1988). *Mente, corpo, malattia*. In: Ruggeri V., a cura di, *Il pensiero scientifico*. Editore Roma.
- Società Italiana di Cure palliative (SICP), Federazione Cure Palliative (FCP). *Raccomandazioni generali per lo sviluppo delle cure palliative in Italia*. Raccomandazioni della SICP e della FCP sui requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'accreditamento delle Unità di Cure Palliative. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2002;4:243-7.
- World Health Organization (2013). Rintracciato il 28 ottobre 2013 su <http://who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. *Palliative care. The solid facts*. (2004). In: Furio, Zucco, Gambassi (a cura di) *Versione italiana*.
- Zoia L., (1993). *Crescita, colpa, psicologia e limiti dello sviluppo*. Milano: Anabasi.
- Ziegler J., 1978. *I vivi e la morte*. Milano: Feltrinelli.









Finito di stampare nel giugno 2014 da

**EDICTA**  
EDIZIONI



