

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

volume 2/2012

**Approccio sistemico
in età evolutiva**

idipsi



Istituto di Psicoterapia
Sistemica Integrata

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

Tecniche e terapia



volume 3/2012

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

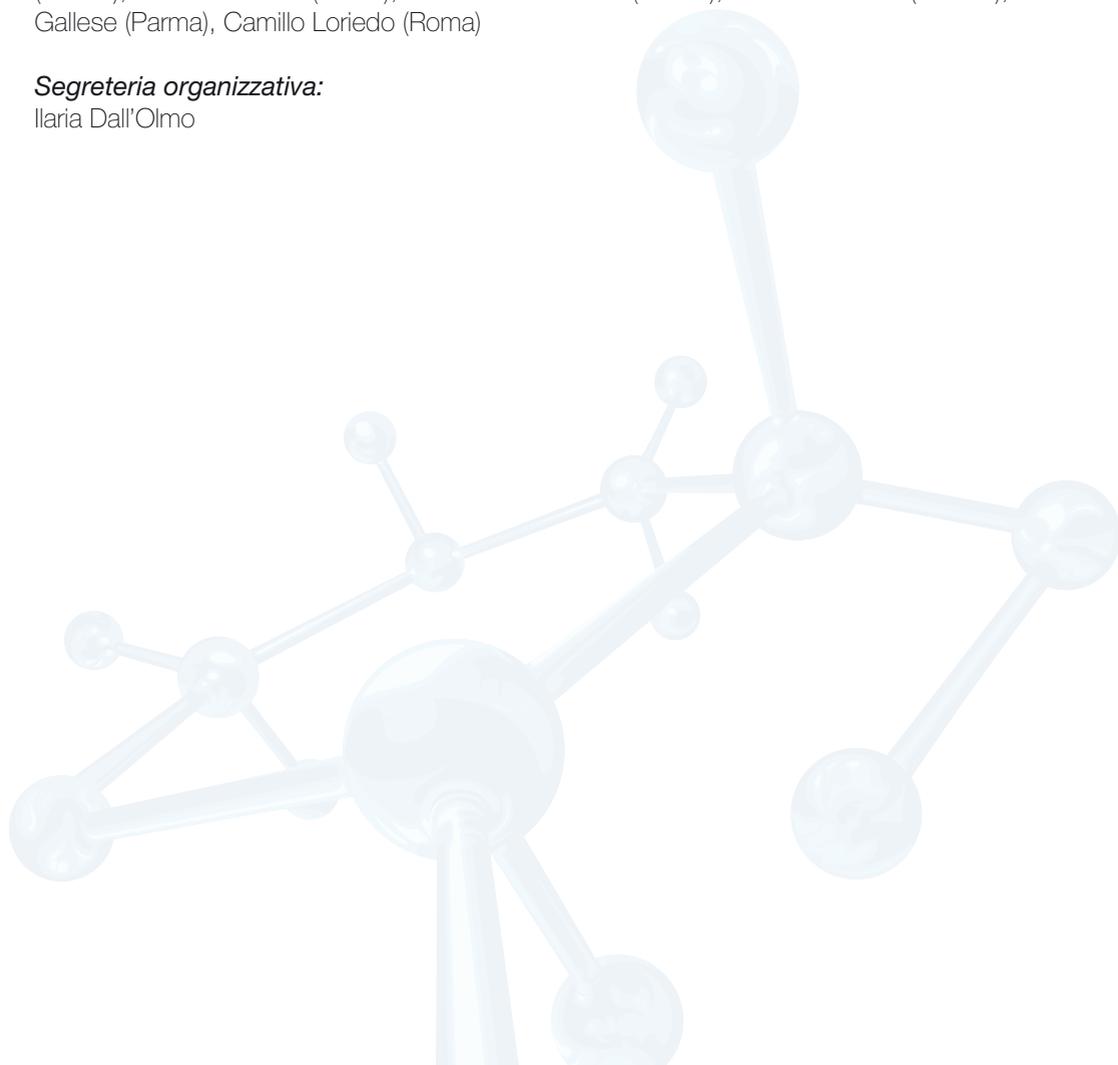
Redazione: Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Gianandrea Borelli, Nadia Locatelli, Fabiana D'Elia, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrì, Valeria Lo Nardo, Paolo Persia

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 Loredò (Roma)

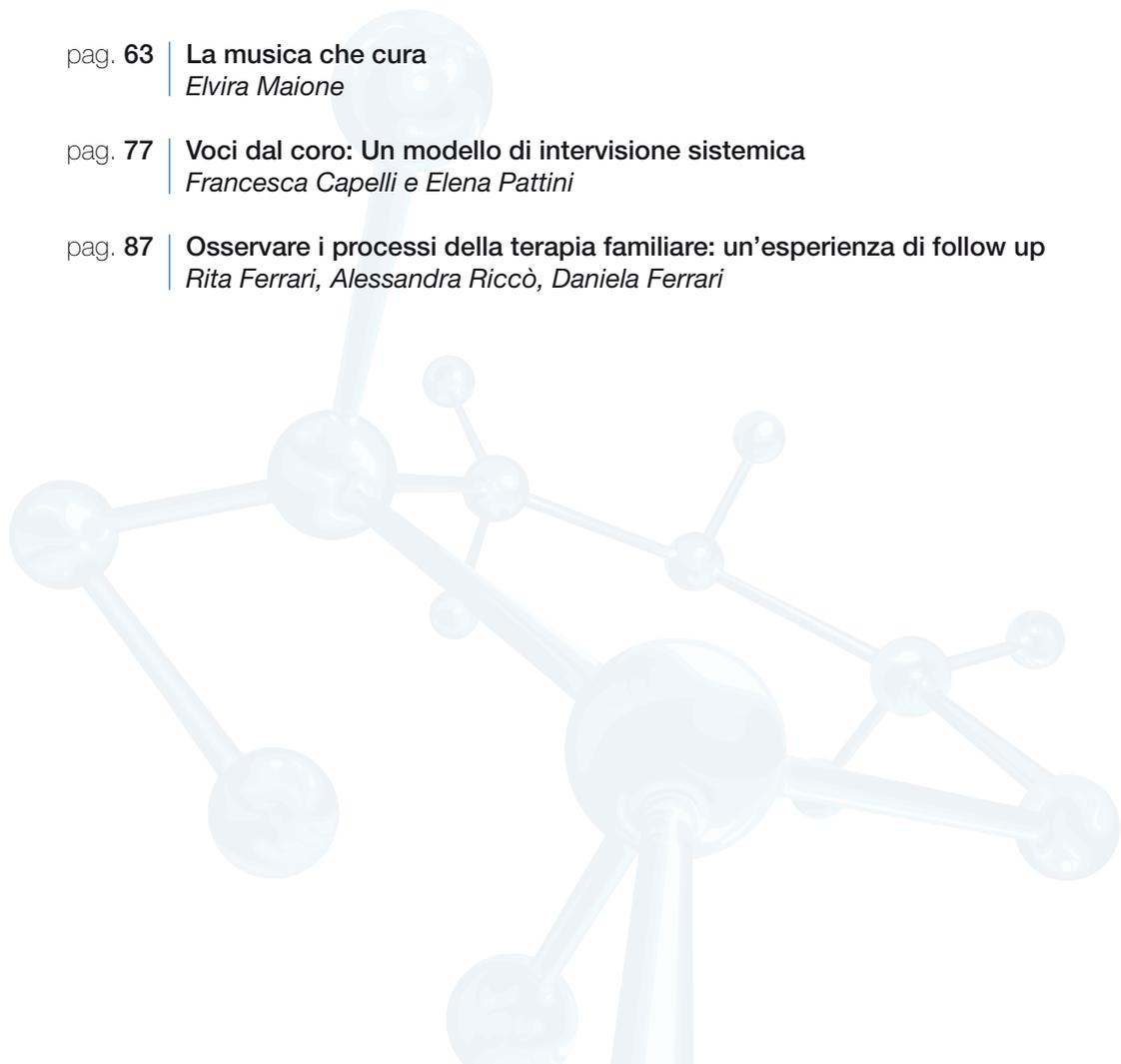
Segreteria organizzativa:

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. 05 | **Sistemi connessi: con quali premesse? Dialogo possibile tra gli attori coinvolti in un caso di sospetto abuso tra minorenni**
Gianfranco Bruschi, Alberto Cortesi, Gabriele Moi, Alessia Ravasini
- pag. 11 | **Cosa ne penserebbe Freud? La self-disclosure come risorsa nel processo terapeutico a partire da possibili storie ed emozioni condivise e co-narrate**
Barbara Branchi
- pag. 19 | **Le voci della diagnosi. L'utilizzo dei test in ottica sistemica**
Gloria Passarella
- pag. 33 | **La pratica del genogramma in un "servizio psichiatrico di diagnosi e cura". Come "gli Argonauti" cercano di dare significato al tempo che si è fermato**
Francesca Facchini
- pag. 49 | **Una riflessione sistemica: dal Corpo alla metafora**
Andrea Torsello
- pag. 63 | **La musica che cura**
Elvira Maione
- pag. 77 | **Voci dal coro: Un modello di intervizione sistemica**
Francesca Capelli e Elena Pattini
- pag. 87 | **Osservare i processi della terapia familiare: un'esperienza di follow up**
Rita Ferrari, Alessandra Riccò, Daniela Ferrari



Sistemi connessi: con quali premesse? Dialogo possibile tra gli attori coinvolti in un caso di sospetto abuso tra minorenni

*Gianfranco Bruschi, Gabriele Moi, Alberto Cortesi, Alessia Ravasini**

Sommario

L'articolo si pone l'obiettivo di illustrare in modo concreto l'azione di integrazione che può realizzarsi tra l'operato di vari Servizi, nella specificità delle premesse e dei mandati di ciascun nodo della rete, nelle differenze e nell'indispensabile costruzione di un'area di scambio di saperi e di buone prassi operative, all'interno di un tema caldo e delicato quale quello dell'abuso intrafamiliare tra minori.

Parole chiave:

Sistemi, abuso, servizi, protezione, integrazione

Summary

The article aims to illustrate in a concrete way the action of integration that can be achieved between the work of various services, in the specificity of the premises and the mandates of each node of the network, and in the differences in the indispensable building an area of exchange of knowledge and best practices within a hot topic and delicate as that of the abuse of children within the family.

Key words:

Systems, abuse, Services, security, integration

**Didatti – Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata*

IL CASO DI G. ED N.

Nel Giugno 2012 il Servizio Sociale territorialmente competente attua l'allontanamento dei minori (ex art.403 c.p.p.) G., 10 anni e della sorella N. 14, con il sospetto di abuso perpetrato dalla sorella ai danni del fratello. G. ed N. vivono con i genitori in un'azienda agricola della provincia di P. nella quale il padre, originario del Sud Italia, lavora come operaio agricolo nella conduzione della stalla. La madre, C., soffre da diverso tempo di una forma piuttosto importante di depressione: è in trattamento farmacologico ed ha effettuato diversi ricoveri. In seguito al provvedimento di allontanamento in urgenza il fratello viene collocato in una comunità di tipo familiare e la sorella in una comunità a valenza educativa. I fratelli da quel momento non si possono più vedere; entrambi possono vedere i genitori in incontri protetti, alla presenza di un educatore. G. ha la possibilità di rientrare in famiglia, un giorno ogni due settimane, per alcune ore.

LE PREMESSE DEI SERVIZI COINVOLTI

L'evento traumatico "allontanamento di minori", nella cornice emotivamente e psicologicamente intensa del sospetto abuso tra minori, mette in moto diversi Servizi con differenti premesse e competenze. Queste possono essere così delineate:

- **Azienda Unità Sanitaria Locale - Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche**
- **Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:** a questo Servizio viene demandata una responsabilità tecnica sulla valutazione genitoriale e del disagio del/dei minore/i; viene richiesto l'intervento degli operatori come aiuto alla famiglia nel far emergere quel che succede, favorendo una presa consa-

pevolezza ed un'assunzione di responsabilità senza colpevolizzare o condannare; l'obiettivo è quello di cercare risorse nella famiglia, anche allargata; la protezione del minore rimane l'obiettivo principale di tutte le azioni messe in campo.

- **Servizio Sociale Area Minori:** l'ottica è quella di tutela del/i minore/i; responsabilità giuridica sull'intero percorso; rete di intervento; sostegno / controllo; case manager dell'intero circuito psico-socio-giuridico
- **Tribunale per i Minorenni:** a quest'organo è deputata la responsabilità di tutela del minore; l'intervento è di protezione-controllo; può sancire interventi di limitazione della potestà genitoriale, avallare (o respingere) un intervento eseguito dagli stessi Servizi in emergenza tenendo conto anche delle relazioni che pervengono dai Servizi Territoriali e/o dell'eventuale CTU (Consulenza Tecnica d'Ufficio disposta).
- **Le Comunità educativa e terapeutica** accolgono i minori al fine di sostituirsi completamente o parzialmente, temporaneamente in attesa di un'auspicata abilitazione o riabilitazione delle competenze parentali, ai genitori; appare evidente che questa sovrapposizione di ruoli può, se non adeguatamente gestita, alimentare una relazione conflittuale tra genitori e comunità.
- **Famiglia/Genitori:** la paura è quella di perdere i figli o la potestà genitoriale; il sistema giuridico-sanitario-sociale è percepito per lo più come controllore con il potere di intervenire su di loro attraverso azioni di limitazione o ablazione del loro ruolo di genitori e, nei migliori dei casi, di supporto alle proprie difficoltà.

La premessa "Protezione" appare comune e fondante a tutti i sistemi istituzionali coinvol-

ti, mentre la famiglia sembra, nella maggior parte dei casi, volersi proteggere dal controllo/potere degli stessi sistemi.

Le dimensioni di tutela e controllo sembrano appartenere prevalentemente al Tribunale per i Minorenni, nella funzione giuridico/decisionale, e al Servizio Sociale in quella giuridica/esecutiva.

La dimensione di protezione sembra appartenere prevalentemente alla NPIA nella funzione terapeutica, alle Comunità in quelle di accudimento e di educazione e al Comune in quella sociale e di sostegno economico.

Questa la descrizione che facciamo delle premesse in campo, una nostra descrizione che dovrà essere confrontata con quella dei sistemi coinvolti nella situazione problema.

La differenza di potere fa sì che i sistemi istituzionali si collochino in una posizione polare di forza (protezione, guida, comando) e il sistema famiglia in una posizione di debolezza (richiesta di aiuto o di obbedienza) assumendo quindi ruoli non uguali ma complementari. Avremo quindi uno che sta "al di sopra" (posizione one-up), ovvero che dirige e consiglia, e un altro che sta "al di sotto" (posizione one-down), obbedendo o accettando la *definizione della relazione* che l'altro ha deciso per entrambi (Watzlawick, 1967). Potrebbe invece nascere lo scontro nel caso in cui si cercherà di puntare all'uguaglianza, ad esempio una famiglia che si ribella alle regole che l'Istituzione impone, non riconoscendogli l'autorità. Questo tipo di dinamica rischia di irrigidire la posizione di chi sta "al di sopra" rischiando di generare forme patologiche di interazione. Il paradosso in cui la famiglia rischia di trovarsi è che se accetta di essere 'definita' dall'istituzione come inadeguata risulta essere adeguata, mentre se si ribella o cerca di ridefinire la relazione ponendosi come un sistema uguale, che ha un

suo punto di vista, come le istituzioni, rischia di creare relazioni simmetriche.

In questo caso avremo la dipendenza emotiva/intellettuale nella prima ipotesi e l'esclusione o la scissione nella seconda.

COSTRUZIONE ED EVOLUZIONE DELLE PREMESSE

Le premesse di ciascun Servizio/Sistema/Istituzione nascono da un ineliminabile, legittimo punto di vista singolo. La definizione di "come stanno le cose" e del "che cosa occorre fare per trovare una soluzione" emergente da ogni sistema coinvolto, è logica e si applica ad un sistema vivente che non è logico (Bateson, 1987). Si tratta di due domini diversi che noi mettiamo in relazione, come mappa e territorio (Bateson, 1972). Si crede di poter cambiare la vita in base ad un potere, ma la visione, anche se ritenuta obiettiva è inevitabilmente parziale. È ineludibile e parziale la condizione dell'individuo che osserva logicamente ciò che succede nel tempo, ricavandone cause e effetti, come se la sua posizione fosse neutra. Egli non esprime altro che una sua descrizione, con una certa punteggiatura e sottolineatura di ciò che osserva.

Eppure, guardando da sé verso l'altro il soggetto/Servizio/Istituzione tende a non accorgersi della sua parzialità e continua a vedere il mondo come qualcosa di oggettivabile e controllabile, attraverso azioni finalistiche coscienti (Bateson, 1972). Dimentica di essere dentro a un gioco più grande, dove il suo ruolo è solo quello di una "parte in causa" e quindi con ancora più responsabilità: soggetto autore parziale del suo destino e di quello degli altri esseri umani coinvolti, con i quali è in interazione in un gioco di reciproche influenze di significato.

Le istituzioni coinvolte, caratterizzate da

proprie premesse, partono da punti di vista complessi e quindi tendenti all'autoreferenzialità, punteggiano il mondo secondo angolature che possono trovarsi in conflitto con quella degli altri per sovrapposizione. o per conflitto, o ancora per mancata partecipazione/coordinamento.

La responsabilità etica del proprio agire richiede una competenza autoriflessiva, ovvero una riflessione sulle proprie premesse, su quelle che condividiamo con i servizi con cui interagiamo e con quelle che condividiamo con i nostri pazienti.

Cecchin (1997) ha focalizzato sempre più i "pregiudizi" che agiscono nella mente del terapeuta. Partendo dalla premessa che è impossibile non avere un pregiudizio e che l'operatore non può essere neutrale; risulta importante portare alla luce quest'implicito perché "l'apprendimento dei contesti di vita è cosa che deve essere discussa non come fatto interno, ma come una questione di relazione esterna fra due creature" (Bateson, 1979, p. 179). Il pregiudizio più comune è "sono qui per darti aiuto" e più la famiglia diventa senza risorse, più si rafforza il pregiudizio di essere di aiuto.

Cecchin rimanda come questa non sia una questione legata alla perizia o da quanto tempo si sta lavorando, ma che accade sempre. Se poi il contesto lavorativo a cui si appartiene concorda con il proprio pregiudizio si rischia di rafforzare delle idee che diventano perfette (Cecchin, 2003).

Il mandato di definire l'altro richiede una profonda attenzione dei propri pregiudizi, proprio perché "...l'epistemologia locale, cioè l'aggregato di presupposizioni ...stanno alla base di ogni comunicazione ed interazione fra le persone, anche nelle diadi, i gruppi di soli due membri (Bateson, 1987, p. 97).

Se la grande sfida è nella fede, nella realtà, il

cercare la verità scientifica e cosa realmente sta accadendo, risultano inevitabili alcune domande: Qual è la vera storia della famiglia? Qual è la vera diagnosi? Qual è il motivo reale che si cela dietro ciò che sta accadendo? Rafforzando l'idea che ciò che osservi sia lì, Cecchin rammenta come noi spesso troviamo quello che cerchiamo. Il cambiamento di paradigma che non c'è nessuna realtà da scoprire, che non si sta scoprendo la realtà, ma la si sta inventando (Hoffmann, 1990) obbliga a porsi alcune domande.

La costruzione di lenti sensibili allo sviluppo di una sensibilità estetica, "per estetico intendo sensibile alla struttura che collega" (Bateson, 1979, p. 22), richiede "il modo giusto di pensare alla struttura che connette e di pensarla in primo luogo come una danza di parti interagenti" (op. cit, p. 27). È importante osservare i diversi livelli di analisi dei processi interattivi attraverso cui si generano le storie delle persone, per poterli differenziare dai processi interattivi attraverso cui le storie si mantengono. Proprio perché il ruolo dell'operatore è quello di sviluppare una presenza sensibile ai processi interattivi attraverso cui le storie possono mutare rendendo permesse quelle storie che al momento risultano proibite (Ugazio, 1998).

Per permettere questo risulta importante partire dal contesto, poiché "senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla" (Bateson, 1975, p. 146) affinché sia possibile lavorare con esso essendo "la matrice dei significati" (Bateson, 1972).

Il contesto di insorgenza e mantenimento del comportamento sintomatico dell'operatore che si pensa forte delle sue verità che andrà a scoprire nell'"indagare" l'oggetto osservato, rappresenta un contesto psicoterapeutico prezioso in cui favorire il cambiamento del comportamento sintomatico.

La scommessa è lavorare per tutelare/curare all'interno di un contesto di sistemi che si integrano condividendo obiettivi ed modalità d'azione. Ciò si può realizzare attraverso il rispetto della differenza dei ruoli, dei punti di vista e lo sforzo di costruire un percorso comune e condiviso.

Il prendersi cura e l'agire giuridico-sociale possono essere visti come relazione ricorsiva e reciproca, nella quale cercare spazi di ascolto e confronto dove costruire punti di vista complessi e condivisi, arricchendo le premesse di ognuno con il recepimento dell'idea di integrazione, del far parte di qualcosa di più grande, che comprende il sistema famiglia.

L'intervento e prima ancora la valutazione sembrano qualificarsi come facilitazione di un apprendimento della famiglia nello stare nel contesto integrato di un percorso, con limiti e regole riconoscibili e gestibili in un'ottica di tutela che riguarda tutti i soggetti coinvolti.

Nel caso sopra esposto i Servizi territoriali (e quindi i sistemi) coinvolti sono riusciti a costruire un'efficace integrazione delle diverse azioni con l'elezione di un case manager (Servizio Sociale) e con una programmazione cadenzata e definita dello strumento della **riunione d'équipe integrata** a cui hanno potuto partecipare i diversi operatori, confrontandosi sul progetto quadro.

L'intervento con il TM si è concretizzato, indirettamente, attraverso una collaborazione stretta tra CTU (nominata dal TM), Servizio Sociale e Servizio di NPIA con l'effetto di realizzare un intervento in forte connessione tra l'operato dei Servizi territoriali ed il lavoro di consulenza tecnica, di natura maggiormente "ecologica", percepito dalla famiglia come forte integrazione tra modalità operative ed ambiti d'intervento differenti, senza la

creazione di fratture o scissioni. È possibile pensare ad una sorta di contaminazione positiva tra premesse; un sincretismo di idee che hanno trovato una buona connessione tra loro: senza affezionarsi troppo alle proprie premesse, ciascun Servizio ha "perso" un po' della propria specificità mettendola a disposizione degli altri sistemi, creando un'identità terza, maggiormente diffusa, forse meno connotata ma, in qualche modo, più utile e funzionale allo svolgimento del processo, che ha permesso di attuare un lavoro terapeutico, tuttora in corso, con i minori e con i genitori.

CONCLUSIONI

Servizi diversi con logiche differenti si trovano ad operare in uno spazio di interazione racchiuso tra polarità antitetiche, ma anche complementari: da un lato la cura, l'accudimento-attaccamento, il diritto ad essere amati; dall'altro la regola, la legge, il limite che oltrepassato riporta ad azioni pre-scritte a difesa di diritti e a sostegno di doveri, definiti nel discorso logico della cultura di riferimento (G. Di Cesare, 2011).

La logica differente di ogni sistema coinvolto (Tribunale, Ausl, Servizi Sociali del Comune, Famiglia, Comunità) può combinarsi e trasformarsi in una rete di ascolti e azioni, in un disegno integrato attraverso: reciproco riconoscimento, esplicitazione dei ruoli e delle interconnessioni, costruzione di prassi di interazione ed integrazione che si curino delle differenze dei servizi, delle missioni e dei ruoli degli operatori.

L'integrazione così costruita fa da contesto alla storia che si va dipanando, un contesto più complesso, che si auto corregge nel suo interagire e si fa terapeutico nell'accogliere, comprendere, sostenere il sistema ferito dall'evento abuso. Il tutto in una prospettiva

va ideale che promuova il superamento di quanto non raramente accade nella realtà, ovvero incomprensioni, frammentazioni ed anche conflittualità tra gli attori coinvolti.

Bibliografia

- Bateson G., Bateson M. C. (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray W.A. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Milano: Franco Angeli.
- Di Cesare, G. (2011). *Giustizia e psicoterapia*, in *Psicobiiettivo*, n. 2 anno 2011.
- Hoffmann, L. (1990). *Constructing realities: An art of lenses*. *Family Process*, 29, 1 - 12.
- Telfner, U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina, p.343.
- Ugazio, V. (1998). *Storie permesse, storie proibite*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Watzlawick, P. , Beavin, J. H., Jackson, D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.



“Cosa ne penserebbe Freud? ...La self-disclosure come risorsa nel processo terapeutico a partire da possibili storie ed emozioni condivise e co-narrate.”

Barbara Branchi*

“...Se un bambino cresce bene, come può la madre non illudersi di esserne responsabile? Come è possibile che un terapeuta non si senta orgoglioso quando il cliente migliora? Come può un giudice non sentirsi responsabile quando un criminale si pente (o quando si ritrova nuovamente davanti al sistema giudiziario dopo aver ricevuto una pena leggera)? L'illusione di influenzare gli altri è un credo essenziale della vita di relazione...” (Cecchin, Lane, Ray, 1997).

Sommario

Il presente lavoro nasce dalla necessità personale, etico-clinica di rileggere dal punto di vista teorico e pratico-clinico i significati che ruotano intorno al termine ed al tema della self-disclosure del terapeuta in terapia. Può capitare che nelle diverse fasi del processo di ipotizzazione e terapeutico, il terapeuta si ritrovi a mettere in campo differenti modi di accostarsi alla narrazione della sofferenza dell'altro, tra cui la dis-chiusura / apertura e, pertanto, talvolta, nasca la volontà - possibilità di riflettere, in una posizione etica, rispetto al proprio agire clinico in terapia, sui tempi, le forme, i contenuti e i vissuti elicitati.

Parole chiave: Auto-rivelazione, processo terapeutico, psicoterapia sistemico relazionale, psicoanalisi relazionale

Summary

The present work stems from the ethical and clinical need to re-read from the point of view of theoretical and practical clinical meanings that revolve around the term and the issue of self-disclosure of the therapist in therapy. It may happen that at different stages of the process of therapy and of hypothesize the therapist find yourself fielding different ways of approaching the story of the suffering of others, including the self-disclosure / opening, and, therefore, sometimes born of the will- opportunity to reflect, in an ethical position, on his own actions in clinical therapy, of the times, the forms, content and experiences elicited.

Key words: Self-disclosure, process of therapy, systemic therapy, psychoanalysis of the relationship

*Assistente didatta - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

Introduzione

L'incontro con l'altro, o meglio ancora la relazione che viene a crearsi nell'incontro con un'altra persona è, solitamente, caratterizzata da diversi pensieri e diverse emozioni; si creano, pertanto, aspettative e curiosità che necessitano di una collocazione e di una possibile esplicitazione per permettere alla relazione di prendere forma e divenire leggibile ai protagonisti della stessa.

Nello specifico anche il formarsi di una relazione terapeutica si connota di queste caratteristiche: è pur sempre un incontro tra due esseri umani, e porta, pertanto, in essere e nel suo divenire curiosità e attenzione condivisa da entrambi i partecipanti alla relazione.

Tale attenzione/curiosità all'altro è sia parte dell'agire terapeutico nelle diverse fasi del processo terapeutico, sia della persona che porta la propria storia in terapia; anche la persona, pertanto, porta con sé nell'incontro con il terapeuta la necessità e la curiosità di fare nuovi apprendimenti, anche attraverso quella che viene chiamata la self-disclosure del terapeuta.

A tal proposito il presente lavoro si propone l'obiettivo di tentare di rileggere, attraverso una breve e non esaustiva sintesi della letteratura e delle ricerche effettuate, alcune delle principali descrizioni e declinazioni della self-disclosure del terapeuta nel processo terapeutico, transitando dalle posizioni della psicoanalisi relazionale alle posizioni della psicoterapia sistemico relazionale.

Nello specifico, il tentativo di chi scrive è quello di confrontarsi sulla possibile collocazione, espressione, legittimazione etica della self-disclosure del terapeuta nell'agire clinico nell'incontro con l'altro.

Secondo Loredano e Grasso (2009) la self-disclosure potrebbe trovare un possibile

significato nel termine "auto-rivelazione" o, ancora più precisamente, "nel poter rivelare qualcosa di se stessi o poter far trapelare qualcosa che prima non era stato conosciuto".

L'auto-rivelazione, auto-apertura o disclosure viene ritenuta da diversi terapeuti come centrale nello sviluppo della relazione terapeutica.

ALCUNI SIGNIFICATIVI CONTRIBUTI SULLA SELF-DISCLOSURE

La letteratura sulla self-disclosure è molto ampia, complessa ed ha fatto emergere nel tempo differenti interessi, da cui sono scaturite molte ricerche, che ne hanno messo in luce i diversi aspetti ed i diversi modi e tempi della sua possibile applicazione.

La letteratura riconosce Jourard, prima nel 1964, poi nel 1971, come uno dei principali pionieri della ricerca sulla self-disclosure; Jourard vide come molte discipline differenti, quali la psicologia, gli studi sulla comunicazione e la sociologia focalizzassero il loro interesse su discussioni e ricerche inerenti la tematica della self-disclosure (Jourard, 1964 e Jourard, 1971).

Jourard (1971) è stato, inoltre, il primo psicoterapeuta a proporre un collegamento tra il concetto di self-disclosure e il processo terapeutico sostenendo come la self-disclosure nella psicoterapia possa avere una funzione significativa nella costruzione della relazione terapeutica. L'autore sottolinea come la rivelazione di parti del sé del paziente, possa essere una conseguenza diretta della propensione del terapeuta ad aprirsi nel contesto di terapia.

Jourard (1964) suggerì, inoltre, nei suoi studi, che le persone sarebbero maggiormente inclini ad aprirsi con coloro che sono più graditi e portatori di fiducia. Questo effetto

interpersonale tratterebbe il concetto di gradimento nella ricerca sulla self-disclosure come una variabile indipendente e l'auto-apertura come variabile dipendente.

Tale fenomeno ha, quindi, nel tempo, catturato l'interesse di diverse discipline e di diversi orientamenti ma ha, anche, altresì prodotto differenti opinioni sul tema che non sono sempre state univoche e nemmeno sempre concordi, in particolare, sugli effetti positivi dell'utilizzo in terapia della self-disclosure.

Altri studiosi che cercarono di proporre possibili letture del fenomeno dell'auto-rivelazione, furono Altman e Taylor (1973) che considerarono l'auto-rivelazione come uno scambio sociale nel contesto della relazione in corso, ovvero come una componente significativa nella formazione della relazione, in termini di vicinanza.

Henretty e Levitt (2009) nel loro articolo proposero una analisi qualitativa di alcuni studi sulla self-disclosure in terapia, di cui pubblicarono i risultati. Ogni studio, in tale articolo, veniva analizzato in termini di variabili (es.: percezione dei clienti, orientamento del terapeuta) e di tipologie di confronto (es.: apertura e non apertura, self-disclosure positiva e self-disclosure negativa). Nello specifico presentarono una revisione suddivisa nelle seguenti sezioni: a) studi che esaminano la relazione tra variabili indipendenti e self-disclosure del terapeuta, b) studi che esaminano la relazione tra variabili dipendenti e la self-disclosure del terapeuta, c) studi che confrontano i tipi di self-disclosure, d) studi che confrontano la disclosure con la non-disclosure.

In sintesi, secondo gli autori, dall'analisi degli studi che si sono interrogati sui terapeuti che utilizzano self-disclosure, emergerebbe che un'apertura da parte del terapeu-

ta porta a un effetto positivo sui pazienti, i quali avrebbero una maggior "simpatia o attrazione" per il terapeuta e potrebbero percepirli come più calorosi. I pazienti, secondo tale analisi, a loro volta tenderebbero ad aprirsi maggiormente e proporzionatamente una maggior risposta positiva alla self-involving (pensieri e sentimenti riguardo il paziente) rispetto alla self-disclosure del terapeuta (esperienze extra terapia); inoltre, alcuni terapeuti, sarebbero meno propensi ad aprirsi con i pazienti diagnosticati come affetti da disturbo di personalità. In aggiunta alcune variabili non sembrerebbero incidere sull'auto-apertura del terapeuta (sua istruzione, età dei pazienti, genere del terapeuta, genere del paziente, genere di coppia, aspettative del paziente riguardo al self-disclosure del terapeuta, percezioni del paziente sulla fiducia del terapeuta, livello di stima, empatia...). Altre variabili analizzate in questi studi hanno, invece, avuto risultati misti e incongruenti oppure sono state studiate in pochi casi da poter essere aggregate in modo significativo (Henretty J., R., Levitt H., M., 2010).

Ci sono al contempo autori come Hill e Knox (2002) che, attraverso la ricerca qualitativa, rilevarono che sebbene i pazienti generalmente valutino il terapeuta che si apre, come d'aiuto, non ci sono relazioni causa-effetto lineare tra la frequenza dell'apertura e i risultati positivi a livello terapeutico. A tal proposito, i ricercatori ribadiscono come potrebbe essere importante in futuro tenere in considerazione più fattori contemporaneamente nell'utilizzo della self-disclosure in terapia quali, per esempio: la profondità/confidenza, la durata/ampiezza, la scelta del momento opportuno, la qualità e capacità di lettura del paziente e il contenuto... Pizer (1995), parla, appunto, di self-disclo-

sure secondo il criterio della consapevolezza, costruendone una interessante classificazione che suddivide la self-disclosure in: inevitabile, inconsapevole e deliberata.

In particolare secondo l'autore la self-disclosure inevitabile si configura quando, durante la terapia, si verificano situazioni nella vita del terapeuta che hanno effetti sulla terapia, come ad esempio una possibile gravidanza o un lutto o un incidente personale; tali eventi potrebbero, pertanto, comportare l'allontanamento del terapeuta per un tempo non definibile a priori e che, quindi, non possano essere non segnalate al paziente.

La self-disclosure inconsapevole include, invece, tutti gli aspetti connessi al transfert e al controtransfert in terapia; nello specifico esplicita le informazioni espresse dalla comunicazione non verbale, para-verbale e dalla prossemica, che spesso, non potrebbero essere non intenzionali.

Ultima della classificazione, ma non per questo meno importante, anzi decisamente significativo elemento del processo terapeutico, è la self-disclosure deliberata che, se utilizzata correttamente dal terapeuta, può delineare *lo spazio intersoggettivo tra terapeuta e paziente* e sviluppare possibili processi di cambiamento (Loriedo C., Grasso M., 2009).

È importante in ultimo, non dimenticare parlando di self-disclosure, quello che Henretty e Levitt (2009) ci ricordano in modo attento e analitico nel loro articolo cioè come anche la auto-rivelazione debba essere utilizzata in modo consapevole, con criteri chiari al terapeuta. Secondo questi autori aperture frequenti in terapia possono avere effetti dannosi; gli stessi sottolineano come i programmi di training che ignorano il problema della self-disclosure possano

fare un disservizio ai pazienti: gli psicoterapeuti dovrebbero fare apprendimenti sul come posizionarsi attraverso i "chi", "cosa", "perché", "quando", e "come" rispetto alla self-disclosure in terapia (Henretty, Levitt, 2010).

LA SELF-DISCLOSURE DALLA PSICOANALISI RELAZIONALE ALLA TERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE

Diversi sono stati gli orientamenti psicoterapeutici che si sono interrogati sull'utilizzo dell'auto-rivelazione o svelamento del terapeuta nelle fasi del processo terapeutico, in primis negli ultimi 50 anni i Rogersiani furono i primi clinici ad adottare la pratica della self-disclosure. Fino ad allora i terapeuti "centrati sui clienti" avevano, continuamente, sostenuto prudentemente i modelli di apertura, di forza, vulnerabilità e di condivisione dei sentimenti ((Farber, 2006).

Per quanto concerne la posizione tenuta dall'orientamento psicanalitico, orientamento che maggiormente ha discusso sulla posizione da tenere sulla self-disclosure in terapia, bisogna tener presente che, inizialmente, nel contesto psicanalitico classico l'auto-rivelazione non aveva alcuno spazio; l'analista, come ci riporta Giommi (Notizie e Commenti, Rivista di Terapia Familiare, n.92, 2010), nella sua relazione tenuta al XXXIV Convegno di studio dell'Accademia di Psicoterapia della Famiglia tenutosi a Roma nel 2009, portava nel suo agire clinico l'obbligo di rimanere *opaco e non accessibile al paziente*, doveva vivere in modo privato le emozioni che emergevano nella stanza della seduta. Dopo una iniziale accezione negativa anche del concetto di transfert, Freud (1915) aveva attribuito l'influenza del paziente sull'analista al transfert del paziente e il controtransfert non padro-

neggiato poteva, quindi, condurre alla perdita della neutralità e quindi dell'incisività del trattamento.

Negli anni '50 la posizione classica si amplia e si comincia ad andare, grazie, anche, alla psicoanalisi junghiana, verso uno spostamento teorico legato al farsi strada della consapevolezza che l'analista partecipa alla relazione con tutto il peso della sua realtà personale, una realtà che non può essere portata a coscienza semplicemente con una operazione di autoanalisi. Si intravede che non è possibile separare la funzione analitica dalla persona nella sua interezza (Kramer, 1959).

La self-disclosure diviene, pertanto, uno degli argomenti di tecnica psicoanalitica più discusso degli ultimi anni, specialmente nell'approccio relazionale (Renik, 1999). Nella ormai vasta letteratura, quindi, il termine *self-disclosure*, rimanda ad una grande varietà di modalità di svelamento dei pensieri e sentimenti dell'analista/terapeuta.

È importante sottolineare come il tema della *self-disclosure*, poco presente nella letteratura psicoanalitica italiana, o più in generale europea, è, invece, largamente trattato con toni, spesso, sostenuti dalla psicoanalisi nord-americana, toccando temi molto caldi, alla ribalta ormai da decenni, quali il rapporto tra transfert e controtransfert, la preminenza di costruzione o ricostruzione in analisi, l'adesione ad una prospettiva "mono" o "bipersonale" nell'intervento analitico (Tricoli, 2001).

Arrivando agli ultimi dieci anni Renik (1999) afferma, come a suo parere, il lavoro clinico migliori quando l'analista assume di norma la self-disclosure piuttosto che la neutralità. L'autore riferisce che: " ... Quando lavoro, cerco di farlo il più possibile a carte scoperte: sono cioè costantemente disponibile

a comunicare esplicitamente al paziente il mio punto di vista, specialmente la mia percezione dei dati clinici, compreso l'aspetto soggettivo della mia partecipazione al rapporto analitico. Penso che sia di importanza vitale che l'analista abbia ciò che è stato chiamato "un atteggiamento di disponibilità ad essere conosciuto dal paziente" (Frank, 1997, p. 309)".

Ancora sottolinea Renik: "...Direi che l'analista dovrebbe cercare di esprimere e comunicare tutto quello che, dal suo punto di vista, aiuterà il paziente a capire da dove l'analista prende le mosse e dove pensa di andare assieme al paziente".

La self-disclosure, secondo sempre Giommi (Notizie e Commenti, Rivista di Terapia Familiare, n.92, 2010), potrebbe essere delineata come un atto consapevole e desiderato anche se, sottolinea la terapeuta, esistono: "elementi non verbali attraverso i quali il terapeuta comunque si svela, come il suo abbigliamento, l'arredamento dello studio, ecc".

Si delineano sempre più gli aspetti relazionali della self-disclosure nel processo terapeutico, aspetti che si declinano ancora più chiaramente nell'orientamento sistemico relazionale.

Significativi furono, infatti sia i modelli, sia i terapeuti familiari che a diverso titolo e per differenti aspetti si interrogarono sulle questioni dell'auto-rivelamento, riflettendo, in modo particolare, come ci ricordano Loredano e Grasso (2009), che per effettuare la self-disclosure in un contesto di terapia della famiglia è necessario considerare tutte le diverse variabili che si terrebbero presenti in una terapia individuale, a cui andrebbero aggiunte la valutazione delle diverse capacità di condivisione e di stare accanto alle informazioni presenti all'interno del sistema

famiglia con cui si sta lavorando. Il lavoro parrebbe complicarsi, e si complica, ma se ci riflettiamo è poi la posizione che, comunque, il terapeuta sistemico-relazionale dovrebbe apprendere in formazione e poi utilizzare nelle proprie terapie, aderendo alla visione circolare della sofferenza.

I terapeuti di orientamento sistemico-relazionale hanno riflettuto e utilizzato la self-disclosure anche tenendo conto dei modelli che portavano avanti. Nello specifico due modelli che hanno approfondito in particolare questo aspetto e che ritengo possano esplicitare, successivamente, la posizione dello scrivente, sono il modello simbolico-esperienziale di Carl Witaker (1990) e il modello narrativo proposto in particolare da Michael White (1992).

Carl Witaker propone, a tutti gli effetti, nel suo agire terapeutico un modello esplicito ed al contempo esplicativo di un possibile utilizzo della self-disclosure, sia nelle modalità comunicative, sia in quelle relazionali, che metteva in campo nell'incontro con la famiglia. I suoi interventi in terapia mostrano, chiaramente, come suo stile terapeutico usuale, abituale una apertura esplicita della propria soggettività, che permeava la stanza di terapia creando degli spazi terapeutici di intersoggettività con la famiglia e i suoi membri, dove l'accogliere, il sostegno e la disponibilità potevano esistere.

Michael White attraverso la narrazione di se stessi e di storie ci permette di riflettere su come il terapeuta possa, partendo da sé e dalle proprie storie, condurre la famiglia e i suoi membri ad osservare come l'auto-rilevazione del terapeuta divenga un possibile "ponte" che agevola nel sistema famiglia l'apprendimento che la narrazione di storie apra e predisponga alla comunicazione e alla modificazione di come vengono letti

gli eventi (Loriedo e Grasso, 2009). Un'altra visione interessante è quella portata da Rodolfo de Bernart (Notizie e Commenti, Rivista di Terapia Familiare, n.92, 2010), sempre durante il XXXIV Convegno di studio dell'Accademia di Psicoterapia della Famiglia tenutosi a Roma nel 2009, che delinea tre differenti modalità attraverso le quali è possibile utilizzare la self-disclosure in terapia: il primo utilizzo può essere delineato nella relazione co-terapeutica, quando in colloquio uno dei due terapeuti si permette, in seguito a somiglianze percepite nella storia del paziente e in quella di uno o entrambi i terapeuti, di farne riferimento attraverso una apertura; la seconda modalità di utilizzo propone la rivelazione di vissuti e parti della storia personale del terapeuta simili a quelle che il paziente sta attraversando e rispetto alle quali incontra delle difficoltà; infine, secondo de Bernart anche l'esplicitare la difficoltà che il sistema terapeutico riscontra nei colloqui con la famiglia è un ulteriore modo di utilizzare la self-disclosure. Secondo de Bernart anche l'utilizzo dell'auto-rivelazione delle risonanze emotive che nascono in terapia può essere una ulteriore utile modalità, che deve avere alla base un lavoro in formazione sulla storia personale e familiare del terapeuta.

EPILOGO O PROLOGO

Riflessioni soggettive sulla self-disclosure del terapeuta nel processo terapeutico: la possibilità terapeutica di narrare storie ed emozioni del terapeuta nella pratica clinica.

Come ci ricorda Bateson (1972) *"Una storia è un piccolo nodo o complesso di quella specie di connessione che chiamiamo pertinenza. Trasferendo le nostre storie da una situazione all'altra, creiamo contesti che*

danno significato e struttura a quanto facciamo”.

Partendo proprio da questa interessante posizione di Bateson sulle possibilità che creano le storie e, quindi, la condivisione di parti di queste, dopo una breve e poco esaustiva analisi della letteratura esistente sulla self-disclosure del terapeuta, credo sia importante esplicitare in fase conclusiva come sia nata, in chi scrive, la riflessione sulla auto-rivelazione del terapeuta in terapia e quelle che sono le relative ipotesi.

Innanzitutto molte delle mie riflessioni sono nate proprio nella stanza dei colloqui e, quindi, nella pratica clinica, e in particolare con l'incontro terapeutico con il mondo dell'adolescenza, a cui mi avvicinavo inizialmente, con tutti i possibili pregiudizi storici e sociologici a cui in parte aderivo non consapevolmente. Tale posizione avrebbe potuto farmi incorrere nel rischio di accettare, una "idea perfetta", nell'accezione di Cecchin (2003), e cioè, di leggere l'adolescenza attraverso una unica lente adulta come una fase di vita complicata, di passaggio e di crisi, quindi, non permettendomi di vederne la curiosa complessità e il divenire evolutivo che ne fanno, invece, parte.

Alla fine, riprendendo un pensiero espresso dalla Choucy (Notizie e Commenti, Rivista di Terapia Familiare, n.92, 2010) nella sua relazione, durante il XXXIV Convegno di studio dell'Accademia di Psicoterapia della Famiglia, parlando della formazione degli psicoterapeuti e dell'uso del genogramma e delle emozioni nel percorso formativo, ci potremmo ben ricordare come il principale strumento del terapeuta sia lo stesso terapeuta, la sua stessa persona e come, essendo presenti in terapia degli isomorfismi di narrazioni, vissuti ed emozioni, tra il terapeuta

e la famiglia/individuo, sia importante non farsene invadere e riconoscerli.

Aggiungerei, quindi, che il riconoscere i movimenti che scaturiscono da questi, direi inevitabili isomorfismi, crea nel processo terapeutico una nuova possibilità di lettura della storia portata, nonostante sembrerebbe da una parte mettere molto in discussione le diverse posizioni sulla neutralità del terapeuta, accedendo, invece, alla significativa produttività dei contenuti relazionali che potrebbero co-costruirsi dalla creazione dello spazio intersoggettivo tra i vissuti, le narrazioni e le emozioni.

Da qui l'importanza di utilizzare l'auto-rivelazione del terapeuta in modo consapevole ponendo molta attenzione: ai tempi soggettivi, alle caratteristiche personologiche mostrate, alla costruzione della relazione terapeutica, alle fasi del processo terapeutico, al rispetto della chiarezza e della coerenza della comunicazione, questo sia nel caso di una terapia familiare sia nel contesto di una terapia individuale.

Legittimare l'utilizzo della self-disclosure consapevole in terapia pone, a mio parere, il clinico di fronte ad una scelta che predispone, anche all'ascolto costante e continuo, delle proprie emozioni, "benzina", spesso, non consapevole del nostro agire clinico; apprendo, anche, la terapia ad una complessità generatrice di risorse.

E in questo devo dire Grazie agli adolescenti perché proprio gli isomorfismi di storie da me riconosciuti nei colloqui mi hanno permesso di narrare, in determinati, scelti e confinati momenti, in modo consapevole, la mia soggettività, attraverso una self-disclosure narrativa di parti di storie, di emozioni, di esperienze, che se, anche terapeuta, ho vissuto, e talvolta continuo a vivere, perché connesse alla relazioni umane.

Uno dei principali obiettivi, di tale modalità, potrebbe delinearci, ponendo estrema attenzione al sentire della sofferenza dell'altro, nell'elicitarsi di nuovi significati e possibili letture del disagio portato.

Credo che queste riflessioni soggettive sulla self-disclosure, forse a tratti irriverenti, siano solo delle iniziali ipotesi che debbano ancora necessariamente confrontarsi e integrarsi con le ipotesi di altri clinici, per poter prendere forma, ma credo, anche, che in una posizione e in un agire terapeutico Etico, sia una possibilità che come terapeuti potremmo incominciare ad accogliere.

“Ogni colore che noi vediamo nasce dall'influenza del suo vicino”

Claude Monet

Bibliografia

- Bateson G. (ediz. orig. 1972). *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi,
- Cecchin G., Apolloni T. (2003). *Idee perfette, hybris delle prigioni della mente*. Milano: Franco Angeli.
- Cecchin G., Lay., Ray. (1997). *Verità e pregiudizi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cooper S. (1998b). *Disclosure e soggettività dell'analista trad it.*, Ricerca Psicoanalitica, XII, 3: 277-298, 2001.
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. New York: Gilford Press
- Freud S. (1915). *L'inconscio OSF, VIII, Borinighieri*, Torino, 1976.
- Jourard, S. M. (1964). *The transparent self*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Henretty J. R., Levitt H. M. (2010). *The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review*. *Clinical Psychology Review* Volume 30 (pp. 63–77), University of Memphis Department of Psychology.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2002). *Self-disclosure*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 255–265). New York: Oxford University Press.
- Jourard, S. M. (1971). *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. New York: Wiley.
- Kramer M. (1959). *On the continuation of the analytic process after psychoanalysis* (a self-observation) *Int. J. Psychoanal.*, n. 40, pp. 17-25.
- Lorio C., Grasso M., (2009). *La costruzione della alleanza terapeutica e la self-disclosure*. In *Dimensioni cliniche e modelli teorici della relazione terapeutica*. a cura di Lorio C., Moselli P, (pp.13-33). Milano: Franco Angeli Editore.
- *Notizie e Commenti, Rivista di Terapia Familiare*, n.92, 2010 (pp.113-143). Milano: Franco Angeli Editore.
- Renik O. (1999). *Playing one's cards face up in analysis: an approach to the problem of self-disclosure*. *Psychoanalytic Quarterly*, LXVIII, (pp. 521-539). In Trad. *Ricerca Psicoanalitica*, 2001, XII, 3.
- Tricoli M.L. (2001). *Dal controtransfert alla self-disclosure: la scoperta della soggettività dell'analista*. *Ricerca Psicoanalitica* XII, 3: 229-246.
- Whitaker C., (1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio- Ubaldini.
- White M., (1992). *La terapia come narrazione*, a cura di Telfener U. Roma: Astrolabio.

“Le voci della diagnosi”: l’utilizzo dei test in ottica sistemica

Gloria Passarella*

T: *“Se tu potessi parlare alla tua diagnosi, cosa le diresti?”* Pz: *“Le direi di lasciarmi andare, di liberarmi ... La diagnosi dice tante cose di me ma non tutte, vorrei essere vista e ascoltata anche se fa paura. Vorrei essere trattata come persona, giorno per giorno”.*

(Dialogando con un paziente)

Sommario

L'articolo discute l'utilizzo dei test nell'ottica sistemica e l'utilità di pensarli come mezzi da poter impiegare nel processo di ipotizzazione. Dopo aver evidenziato le differenze tra la diagnosi psichiatrica tradizionale e l'ipotesi del terapeuta sistemico, viene esaminata la possibilità di triangolare le storie fornite dai diversi strumenti della psicologia mostrando come anche i test possano essere usati in modo etico senza necessariamente confermare discorsi patologizzanti e riduttivisti, reificanti la complessità dei significati propria di una visione di secondo ordine. Attraverso la rilettura di un caso clinico in cui ci si è serviti del test La doppia luna, si evidenzia come l'impiego degli strumenti e della tecnica non debba sostituirsi al pensare e al sentire la relazione.

Parole chiave: Diagnosi, ipotesi sistemica, assessment collaborativo, assessment terapeutico, test, La Doppia Luna

Summary

The article discusses tests' use in the systemic perspective and the utility to think them as instruments to use in the process of hypothesis' construction. After identifying differences between traditional psychiatric diagnosis and systemic therapist's hypothesis, is considered the opportunity to triangulate the stories coming from psychology's various instruments; this to show that tests can be used ethically and not to confirm a view that make pathological and reductive, a view that reify the meaning's complexity typical of the second cybernetics. The “Doppia luna” test is used in a clinical case and, through its rereading, is highlighted that instruments and technical knowledge haven't to replace thinking and feeling the relation.

Key words: Diagnosis, systemic hypothesis, collaborative assessment, therapeutic assessment, test, La Doppia Luna

*Il anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

RIFLESSIONI INTRODUTTIVE

La curiosità di esplorare le tematiche affrontate in questo elaborato nasce dalla mia esperienza di psicologa in formazione come terapeuta ad indirizzo sistemico e dal desiderio di accendere una luce su alcuni aspetti per i quali sento di dover riflettere in maniera più approfondita. Nelle aule dell'università e nei contesti formativi, di tirocinio e di lavoro che transito ancora oggi sento spesso parlare dell'importanza della diagnosi e dell'utilizzo delle più svariate batterie testali. Da qualche anno a questa parte però, grazie alla scuola di specializzazione, incontro persone che si avvicinano in maniera diversa a queste tematiche e presentano contenuti teorici/clinici che se, da una parte, mi affascinano, dall'altra, destrutturano un modo di pensare che non solo è comune a molti ma che mi è anche molto familiare proprio per i motivi sopra citati. A ciò si aggiunge il desiderio, sempre in agguato, di possedere un buon numero di tecniche e strumenti ai quali ricorrere nei momenti di empassa con i primi pazienti. Questo lavoro si pone l'obiettivo di approfondire il senso dell'utilizzo dei test nella pratica clinica, collocandoli nella più ampia cornice concettuale sistemica e partendo dall'intuitiva connessione con il concetto di diagnosi. Seguirà una parte esperienziale nella quale viene riportato l'utilizzo di un test relazionale testato, per l'appunto, in un contesto di terapia individuale.

LA LIBERTÀ DELL'IPOTESI DIAGNOSTICA

Come spiegano Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin (1988), la posizione del gruppo sistemico milanese nei confronti del problema della diagnosi si è modificata contemporaneamente alla modifica dell'atteggiamento epistemologico e terapeutico. Nei primi anni settanta, quando si è passati dal modello psicoanalisi

al modello sistemico, vi era l'obiettivo di inventare un linguaggio più idoneo al lavoro con la famiglia, e di inventare anche, di conseguenza nuove diagnosi. Tuttavia, questo risultato non si è totalmente raggiunto. Infatti, lavorando secondo il modello di Palo Alto, si facevano diagnosi utilizzando la vecchia nosografia accompagnata dal termine "transazione", volendo intendere che il sintomo era considerato come parte di un pattern specifico della famiglia. Secondo i concetti della prima cibernetica, la famiglia era considerata quasi come una macchina che si muoveva attraverso un processo di causalità circolare, quindi era importante scoprire come funzionava. Tutte le descrizioni erano diagnosi di giochi, si facevano diagnosi di giochi. Con la seconda cibernetica, che ha sottolineato l'importanza dell'osservatore, tutto ciò che si descrive viene considerato come conseguente alle ipotesi che si hanno in mente. Con la prima cibernetica si era comunque costretti a descrivere in senso diagnostico mentre ora al concetto di diagnosi si sostituisce quello di ipotesi sul gioco familiare per cui la conquista della seconda cibernetica è proprio la libertà di fare molte ipotesi. Vi sono grandi differenze tra la diagnosi psichiatrica che pretende di descrivere oggettivamente quello che si vede, e l'ipotesi sistemica che rimanda ad una impostazione epistemologica spinta verso la convinzione che non esiste una realtà oggettiva ma che, al contrario, esiste un soggetto osservante. La posizione sistemica è quella di capire come mai il sistema è arrivato a creare, insieme all'operatore, una determinata diagnosi e considera l'ipotesi come una delle tante possibili chiavi di lettura, non tanto di patologie, quanto di transazioni, di giochi. Infatti, l'idea di base è che non esistano giochi in sé patologici, ma giochi e basta. La diagnosi tradizionale, medica, ha le caratteristiche di un

concetto totalizzante e utilizza il verbo essere al di fuori del tempo e del contesto. Certo, è comune cercare ordine nel caos. Ciascuno di noi può sentire il bisogno di trovare principi esplicativi che tra l'altro saturano l'ambiente in cui viviamo, un bisogno che sentiamo ancora di più quando c'è sofferenza. Tuttavia, risulta importante capire cosa ce ne facciamo di questo ordine. Quello che noi sistemici possiamo fare è rimettere la persona portatrice di un sintomo all'interno di una rete relazionale, rimetterla in connessione con gli altri, definendo quello che fa come significativo e reinserendolo nel movimento temporale. L'ipotesi è più terapeutica della diagnosi perchè permette al sistema di sviluppare diverse evoluzioni e all'operatore di non sclerotizzare quello che vede, benchè la terminologia diagnostica classica può mantenere un'utilità sul piano di accordi del tutto convenzionali, che consentono l'uso di un linguaggio comune riferito a certe fenomenologie cliniche. Basandoci su un'epistemologia derivante dalle idee di Maturana e Varela (1985), possiamo dire che i sistemi vengono creati dall'osservatore e la realtà viene creata dall'interazione tra osservatore e osservato. Se c'è un gruppo di persone che decide che esiste qualcosa di patologico, viene creato un sistema di questo tipo. La patologia è dunque una definizione, una descrizione e quando c'è la condivisione siamo nella cronicità. Penso, ad esempio, a quelle situazioni in cui vi è un accordo generale sulla diagnosi fatta ad un paziente, tanto generale e consolidata che persino il paziente stesso può condividerla e identificarvisi. Sono i casi in cui anche i servizi che lo hanno in carico possono rischiare di trovarsi in momenti di totale emparse e per quanto efficienti nel contenere la persona non possono creare scenari diversi dall'ambivalenza e dalla dipendenza. Credo che a volte si crei un circolo

vizioso che si autoalimenta proprio perchè il comportamento del paziente viene letto solo con le lenti della diagnosi che a sua volta lui non può fare altro che confermare sia, come si è detto, condividendola e sia contraddicendola.

Come ci ricorda Bianciardi (1998), ciascuno di noi non può non conoscere, e siamo, in quanto sistemi viventi, sistemi cognitivi. Quindi per quanto consapevoli di una irriducibile inconoscibilità dell'altro in quanto altro, noi non possiamo non formulare ipotesi relative a come l'altro riceverà i nostri messaggi, si comporterà ecc. Appare dunque auspicabile, anche su un piano etico, che chi accetta la qualifica di esperto cerchi di essere consapevole delle premesse epistemologiche e degli strumenti concettuali secondo cui formula le proprie ipotesi relative all'altro. In questo senso, i criteri diagnostici possono rappresentare una esplicitazione, innanzitutto a se stessi, di come decodifichiamo e computiamo l'esperienza di relazione con l'altro, ed è solo a partire da una esplicitazione che è possibile evitare una reificazione ed una assolutizzazione dei criteri medesimi. Inoltre, proprio ciò che viene solitamente definito come patologia tende ad avere la caratteristica di una perdita di quella autonomia normativa che riconosciamo come fondante il soggetto in quanto sistema autonomo. La patologia viene vista come perdita di autonomia dal punto di vista di un livello di osservazione interno al sistema, ad esempio, la consapevolezza ma in ogni caso spesso il sintomo presenta tratti di ripetitività e prevedibilità. Rispetto a queste caratteristiche appare plausibile che il clinico ritenga di sapere più di quanto sappia la funzione osservativa interna all'altro (consapevolezza dell'altro). Tutto ciò giustifica l'uso consapevole dell'ipotesizzazione diagnostica ed evidenza che tale uso deve essere espli-

citato a se stessi anche per responsabilità etica. Alla luce di questo, è utile che il clinico sappia di essere detentore di un sapere relativo al sintomo del paziente, ma non può limitarsi a questo. L'approccio ai sistemi viventi come sistemi autonomi infatti deve sempre ricordargli che l'uso dei criteri diagnostici, ed il pensare in termini di sanità/patologia, sono da attribuirsi alla modalità cognitiva dell'osservatore, alla chiusura computazionale del suo essere un sistema autonomo. Anche von Foerster (1987) sottolinea come i criteri diagnostici sono proprietà dell'osservatore, non proprietà che risiedono nel sistema osservato e il fatto di non riconoscerlo implica il rischio di cadere in una modalità cognitiva banale e meccanica che non produce più alcun senso, la modalità che pare caratterizzare anche il sintomo. Quindi il clinico dovrebbe anche sapere di non sapere, ovvero riconoscere che non è comunque possibile conoscere la chiusura operativa secondo cui l'altro a sua volta sa e ristruttura i significati emergenti dalla relazione, ivi compresi i significati introdotti dalla diagnosi. Quindi, sapere pur sapendo di non poter sapere. E aver sete di sapere proprio sapendo di non sapere. Il considerare l'altro nella sua alterità di soggetto autonomo, il farne provvisoriamente oggetto di conoscenza è una nostra scelta. In questo senso è una scelta etica.

Alla luce di quanto detto, Bianciardi conclude che non ha senso né demonizzare né enfatizzare l'uso della diagnosi, meglio essere consapevoli delle premesse epistemologiche entro cui ciascuna delle due opzioni si colloca ed esserne consapevoli per non dimenticare che di opzioni nostre, e non di proprietà del reale, si tratta. Credo che si possa fare un discorso analogo per i test psicologici e che sia utile parlare non dei test in quanto tali e nemmeno della loro somministrazione ma

dell'utilizzo che si intende fare degli stessi. I test sono dei mezzi. Ad esempio, possiamo usarli per mettere in luce certi aspetti del funzionamento della persona senza pensare che le informazioni rilevate siano la diagnosi tout court. I test possono aiutare il clinico a farsi un'idea generale della persona che si trova di fronte ma non possono fornire informazioni indiscutibili e incontrovertibili.

I TEST PSICOMETRICI E LE POSSIBILI CONNESSIONI CON L'APPROCCIO DI SECONDO ORDINE

Filippo Aschieri (2012) si propone di andare oltre il pregiudizio di non eticità dei test psicologici, approfondendo il rapporto tra l'assessment tradizionale nell'approccio clinico sistemico ("di secondo ordine") e l'assessment terapeutico e collaborativo (già di per sé vicini alla sensibilità sistemica), mostrando che la loro complementarità è resa possibile da un processo di triangolazione di narrative che permette al clinico di convivere con differenti modalità di costruzione della realtà. Il suo incontro con l'assessment terapeutico (Finn, 2009) che a sua volta si rifà all'assessment collaborativo (Fischer, 1985/1994) lo ha aiutato a mettere in luce come la terapia sistemica e i test possono essere integrati dal punto di vista pratico e come i test possono essere impiegati in modo etico senza necessariamente confermare discorsi patologizzanti e riduttivisti, reificanti la complessità dei significati propria di una visione di secondo ordine. Con il termine "assessment collaborativo" si intende una modalità di impiego dei test psicologici in cui, a partire dai risultati ottenuti, il cliente e il clinico sono coinvolti in un'interpretazione co-costruita che tenta di contestualizzare quanto più possibile tali risultati nella vita e nell'esperienza reale del cliente.

Le principali differenze tra l'approccio col-

laborativo e uno più tradizionale sono state esposte da Stephen E. Finn a Mary Tonsager in un articolo del 1997, con particolare riferimento a: a) gli scopi (descrivere vs. spiegare); b) la gestione del processo (co-diretto vs. unilaterale); c) la concezione di cosa sono i test (occasioni per osservare il mondo dal punto di vista del cliente vs. strumenti obiettivi nomotetici); d) il focus dell'attenzione (le esperienze dei clienti vs. le sigle e le quantità misurate dal test); e) il ruolo del clinico (osservatore partecipante vs. osservatore neutrale e astinente). Il termine triangolazione, nella sua accezione più ampia, significa utilizzare due o più aspetti delle metodologie della ricerca per rendere più solido il suo disegno complessivo, così come per aumentare la possibilità di interpretarne correttamente i risultati. Aschieri (2012) introduce il concetto di triangolazione di narrative cioè l'impiego di strutture di creazione di conoscenza (epistemologie) differenti per rendere possibile l'integrazione tra la posizione del clinico sistemico e l'impiego che fa dei test standardizzati. Ciò significa considerare i due approcci di creazione della conoscenza fin qui descritti (coinvolgersi vs. raccogliere dati obiettivi) come metafore per pensare quelli che in realtà sono processi di creazione di sapere secondo rituali sociali differenti, ma non per questo diversi quanto a verità intrinseca. Se ci si accosta alla realtà assumendo che gli eventi sociali possiedono uno status obiettivo, rispetto al quale l'osservatore è concepito in una posizione neutrale, i test ci permettono di elaborare delle "storie scritte con i numeri", dove i dati su cui si basa l'interpretazione sono trattati come equivalenti obiettivi di fenomeni che esistono nella realtà esterna in modo indipendente dal clinico. Se l'osservatore assume che gli eventi sono intersoggettivi, e che possono essere concepiti come elementi indissolubili dai si-

stemi di significato che li contestualizzano, sistemi di cui l'osservatore è partecipante, allora le fonti principali di informazione (come per la terapia sistemica di secondo ordine) saranno le osservazioni sulle dinamiche in seduta e le riflessioni sul proprio ruolo nella loro co-costruzione. Assumendo che gli eventi sociali non sono intrinsecamente intersoggettivi e non possiedono uno status obiettivo, ma che la loro natura poggia sul paradigma epistemologico impiegato per accostarli, diventa possibile osservare le storie che si dipanano in relazione ai risultati standardizzati dei test, e in relazione al dialogo e allo scambio intersoggettivo. Il risultato dell'assessment diviene quindi un lavoro di intreccio creativo di narrative differenti volte alla riscrittura, in direzione di una maggiore coerenza, complessità e capacità esplicativa, della storia di vita del cliente. La prospettiva sostenuta nell'assessment collaborativo, richiede invece al clinico di assumere la posizione di esperto delle teorie della psicologia, riconoscendo il cliente nel ruolo di esperto delle proprie esperienze di vita. Il clinico porta nell'interazione elementi della storia scritta con i numeri e della storia dei significati personali, in base alle proprie ipotesi sul caso in quel dato momento, e chiede al cliente di verificarne l'appropriatezza, di dire se e in quali contesti di vita tali elementi siano efficaci nel descrivere i suoi problemi e le sue risorse.

In una seduta di discussione dei risultati sono quindi tre le storie che si intrecciano: due di esse poggiano su una visione realistica dell'uomo (le storie scritte con i numeri e le storie dai significati personali tratte dal materiale testistico) e una si basa su assunti intersoggettivi e postula che la realtà dell'interazione sia l'unica conoscibile e saliente. Osservando le interazioni, che emergono da fonti di sapere così eterogenee, il clinico può operare una

forma di triangolazione delle narrative osservando le analogie e le differenze tra narrazioni che si fondono su assunti diversi. Per questo Aschieri considera l'assessment collaborativo come una modalità di produzione della conoscenza che per scrivere una storia più completa si fonda su due discorsi: uno in cui si accosta la realtà come se fosse là fuori e uno in cui la si accosta come se fosse una proprietà inerente allo scambio tra il clinico e il cliente. Se assumiamo che non esista un riferimento assoluto per significare le differenze che emergono dalla triangolazione di narrative diverse, diventa cruciale l'interrogativo su percezione che ha lo psicologo di cosa sia una pratica clinica etica dipende dalla sua rappresentazione della psicologia come scienza. La responsabilità del clinico può essere concepita o all'interno di una dimensione pragmatica o all'interno di una dimensione logica ed epistemologica. Quando il clinico assume di avere una responsabilità pragmatica rispetto alla correttezza delle proprie scelte, fa riferimento ad un'epistemologia secondo la quale l'efficacia delle scelte stesse può essere controllata e misurata obiettivamente. Ne segue una concezione dell'attività etica che mira a ricalcare procedure standardizzate di intervento valutate secondo un criterio di efficacia (responsabilità pragmatica). Nei casi in cui i clinici sono più scettici rispetto alla possibilità di accedere a una forma generale di verità in psicologia, la concezione della responsabilità si concretizzerà nell'impegno a mantenere la coerenza tra gli strumenti usati per punteggiare i fenomeni e le teorie per spiegarli (responsabilità logica) e nel riconoscere il proprio ruolo nel creare i contesti in cui quegli stessi fenomeni si osservano e si interpretano (responsabilità epistemologica). La triangolazione di narrative, secondo Aschieri, può essere usata come cornice per definire una versione

di etica che rispetti questi tre livelli di responsabilità. A livello pragmatico la responsabilità del clinico è quella di avere un'adeguata formazione nelle procedure standardizzate di somministrazione, codifica e interpretazione dei test psicologici. A livello logico, è importante essere responsabili delle ipotesi che si costruiscono su ciascun cliente, garantendo che le teorie che si scelgono siano coerenti con i dati che si osservano. Infine, è possibile abbracciare una metafora intersoggettiva e riflessiva, mantenendo la consapevolezza di quale discorso sociale si sceglie e si sostiene attraverso le azioni cliniche. Questo livello di responsabilità epistemologica può ricordarci che le informazioni con cui lavoriamo si radicano in metafore diverse, ugualmente solide al proprio interno, e tuttavia basate su convenzioni culturali, e perciò non su mappe dirette della realtà. L'assessment terapeutico (Finn, 1993) è una metodologia d'intervento psicologico breve indicata per individui, coppie, famiglie e costituisce un esempio di triangolazione di narrative. Attraverso l'impiego combinato di colloqui e test i clienti sono coinvolti nel definire e comprendere le proprie difficoltà, e nello stesso tempo sperimentano nuovi modi di farvi fronte. I clienti vengono coinvolti nel formulare delle domande che colgono le preoccupazioni o i problemi che non riescono a risolvere e le relazioni o gli aspetti di sé che non riescono a vivere come vorrebbero. In questa prima fase la verità dei loro problemi si plasma nella matrice intersoggettiva che connette i clienti, le esperienze di vita a cui si riferiscono in seduta, il clinico, le sue tecniche e la sua partecipazione allo scambio. Una volta definite le domande, il clinico seleziona i test più adatti a raccogliere informazioni su come rispondervi, test che vengono somministrati con lo scopo di acquisire un'altra visione del problema, basata su dimensioni psicologiche

empiricamente validate in un paradigma clinico costruita nel corso degli incontri, il clinico sceglie poi quali aspetti delle storie scritte con i numeri sia più utile proporre al cliente per aiutarlo a formulare nuove concettualizzazioni e risposte alle domande iniziali. Si tratta di accompagnare i clienti nell'intreccio di storie in cui il contatto emotivo interpersonale e i significati co-costruiti nel dialogo si affiancano ai dati e alle metafore esplicative dell'assessment psicologico tradizionale.

I TEST RELAZIONALI E L'ESPERIENZA CLINICA CON "LA DOPPIA LUNA"

Nell'approccio sistemico, dunque, la diagnosi è vista come la possibilità di costruire diverse letture, diacroniche, evolutive e non reificanti, attorno alla sofferenza. Letture che possono essere condivise all'interno di criteri diagnostici precisi nella comunicazione con altri colleghi. In questo senso i test possono rappresentare strumenti in grado di inserire piccole suggestioni che riportino alla parte relazionale senza inquinare tout court l'impianto psichiatrico. Per il clinico sistemico sono interessanti i dati di fatto e l'osservazione nel qui e ora, la struttura, le dinamiche e l'organizzazione della famiglia. Tra le dimensioni che ci incuriosiscono vi sono il controllo, la preoccupazione, il calore, l'empatia, il conflitto o la cooperazione, la comunicazione e la metacomunicazione, le paure, le credenze e i miti, la responsabilizzazione, la chiusura o l'apertura verso l'esterno. È possibile utilizzare la testistica relazionale come strumento in grado di sondare questi aspetti e impegnarci nel processo di ipotizzazione sistemica. Talvolta si utilizzano anche strumenti che ci consentono un dialogo terapeutico in cui possiamo accedere non solo al livello verbale ma anche al pensiero analogico, al linguaggio metaforico. Proprio per il suo carattere di punto di congiunzione

e di interfaccia tra due lingue (Onnis, 1996), e cioè il linguaggio logico del pensiero razionale e il linguaggio, simbolico, analogico dell'immaginazione e dell'affettività, la metafora tende a far circolare tra terapeuta e paziente comunicazioni aperte agli affetti e schiude percorsi attraverso cui si veicolano preferenzialmente sentimenti ed emozioni all'interno della relazione terapeutica (Mariotti, Bassoli, e Frison, 2004). "La metafora mantiene invariata la relazione che illustra, mentre sostituisce ai termini della relazione cose o persone diverse" (Bateson, 1972) tentando di eludere la costruzione difensiva. L'oggetto metaforico si situa come un "oggetto fluttuante" (Caillé, 1996), con la sua forma allusiva e le sue risonanze emozionali, in uno spazio intermedio tra terapeuta e paziente a cui entrambi possono riferirsi. Quell'oggetto fluttuante che non deve essere inteso come un apriscatole utile a rompere il silenzio, bensì una calamita che attira in superficie il sapere presente in profondità e che lo rende efficace.

La doppia luna (Greco, 2006), ad esempio, è uno strumento grafico-simbolico per l'osservazione e rettangolare dato, con uno spazio interno ed uno esterno, le realtà più significative del proprio mondo psicologico e relazionale e successivamente di delineare l'immagine di quali e quante famiglie siano in esse presenti, facendo così emergere la rappresentazione soggettiva dei confini familiari. Viene chiesto ai soggetti di compiere un'azione, che può essere individuale o congiunta, e così chiede non solo di parlare, ma anche di agire, sia pure a livello metaforico, relativamente ai propri vissuti individuali e relazionali. Spesso si apre così uno iato tra ciò che il soggetto dice e ciò che fa graficamente. Si intrecciano perciò nel test, attraverso l'azione, sia gli aspetti costruttivi che gli aspetti di eccedenza rispetto alla consapevolezza del

soggetto che esegue il test. Questo strumento si rivolge specificatamente ai casi di conflitto rispetto alla rappresentazione dei confini familiari. Sono le situazioni in cui una persona sente di appartenere contemporaneamente a più contesti familiari (come nei casi di affido, separazione, famiglie ricostituite, adozione...) ma non solo. Lo psicologo spiega al soggetto che il rettangolo disegnato preventivamente sul foglio rappresenta il suo mondo, cioè quello che al paziente interessa, le persone per lui importanti. Mentre, lo spazio esterno a tale rettangolo è ciò che è al di fuori di questo mondo.

Quindi chiede al soggetto, nell'ordine di: 1) disegnare con un simbolo se stesso e di collocarsi dove vuole; 2) disegnare sempre mediante un simbolo, le persone per lui importanti e di collocarle dove vuole; 3) quando lo scenario che il test evoca si è più o meno popolato di personaggi, a seconda delle scelte del soggetto, lo psicologo chiede di racchiudere con uno stesso cerchio le persone che secondo lui fanno parte della stessa famiglia, specificando che è possibile usare uno o più cerchi; 4) a questo punto il clinico chiede di pensare a dove potrebbe essere collocato un certo elemento assente (questo è il tema della mancanza); 5) infine, lo psicologo chiede al soggetto cosa cambierebbe del disegno nel caso in cui avesse una bacchetta magica (C'è qualche persona che vorrebbe aggiungere? C'è qualche persona che le piacerebbe fosse in un'altra posizione? Chi? Dove vorrebbe collocarla?). Vi sono diverse modalità di utilizzo del test, oltre alla somministrazione individuale e congiunta alla coppia o alla famiglia. Il disegno ripetuto in momenti differenti del tempo può evidenziare contenuti e modalità di esecuzione diversi, che rimandano ad una possibile evoluzione delle modalità integrative del conflitto e della rappresentazione dei con-

fini familiari. Può essere utile somministrare il test prima individualmente, poi congiuntamente al gruppo familiare, rilevando così che cosa il singolo soggetto pensi che sia permesso esplicitare, davanti agli altri familiari, della propria rappresentazione dell'universo familiare. In altri contesti, può risultare più utile confrontare le versioni ora-futuro, ora-passato, per riflettere insieme ai soggetti sui cambiamenti possibili o già avvenuti, rispetto ad un evento critico passato o futuro. A seconda dell'obiettivo, può essere significativo confrontare invece la versione reale con la versione ideale, per cogliere, in una prospettiva figura-sfondo, che cosa secondo il soggetto manchi o cosa sia diverso nella realtà rispetto a ciò che si desidera o ci si aspetta a livello ideale. Infine, in alcune situazioni può rivelarsi prezioso chiedere ad un soggetto di eseguire una seconda volta il test mettendosi nei panni di un familiare, cioè cercando di immaginare attraverso un disegno attribuito come l'altro si rappresenti posizioni reciproche e confini familiari. Il confronto tra disegno attribuito e protocollo originale può essere per lo psicologo rivelatore della capacità della persona di entrare in contatto con il mondo soggettivo dell'altro. Nel caso invece non sia a disposizione il protocollo autentico, il disegno attribuito svela comunque aspetti significativi della rappresentazione che l'esecutore del test ha riguardo all'altro e alla propria relazione con lui. Quando la situazione lo consente, il confronto in sede congiunta tra disegno attribuito e disegno realmente eseguito può essere prezioso spunto di comprensione e di dialogo tra i familiari su aree cruciali della relazione. Per quel che riguarda i criteri di valutazione del test, si possono distinguere tre diversi livelli: il livello di contenuto o grafico, il livello verbale, il livello affettivo/interattivo e più in particolare gli aspetti relativi all'interazione

del soggetto con lo psicologo e quelli relativi all'interazione dello psicologo con il soggetto. Indicatore prezioso per il clinico è la capacità del soggetto di vedere ciò che ha disegnato, utilizzando il contenuto grafico per commenti, spiegazioni e libere associazioni che possono aprire a temi imprevisti, attraverso un improvviso insight o approfondire temi già noti. Fa parte di questo aspetto anche l'osservazione di come il soggetto sia in grado di utilizzare ciò che affiora dal disegno. Tale rilevazione può essere utile per comprendere di che cosa il soggetto sia attualmente in grado di tollerare l'esplicitazione. Un criterio specifico della somministrazione congiunta è invece relativo alla valutazione del processo di costruzione comune del prodotto. Essa è tesa a rilevare clima emotivo, dinamiche e strategie della presa di decisione nel gruppo familiare e sottolinea il prevalere di modalità tendenzialmente connesse o tendenzialmente separate.

È grazie alla ricchezza di suggestioni che può fornire lo strumento e alla sua duttilità che ho scelto di servirmi della doppia luna con un paziente che incontro in un contesto di lavoro individuale. Lui si chiama Diego ed è un uomo sulla quarantina. I nostri colloqui avvengono all'interno del servizio pubblico nel quale svolgo il mio tirocinio di specializzazione. Diego, al momento del nostro primo incontro, era già inserito nel circuito della presa in carico del servizio per le tossicodipendenze perchè in passato aveva avuto problemi con l'alcool, ed era già stato seguito da una collega specializzanda. Tuttavia, quel primo percorso di terapia individuale si era concluso senza una chiara motivazione. Semplicemente, il paziente aveva smesso di presentarsi agli appuntamenti e da quel momento sono seguiti mesi di silenzio, almeno fino alla primavera di quest'anno. Diego, infatti, ha ricontattato il

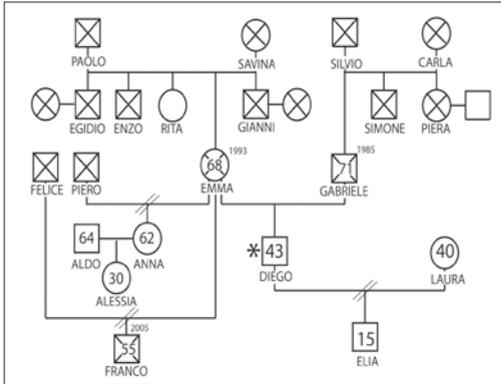
servizio presso il quale svolgo il tirocinio chiedendo un nuovo spazio e così è iniziato il nostro percorso insieme. Il mio mandato iniziale era di capire i motivi che lo avevano spinto ad abbandonare l'altro percorso e comprendere le sue nuove richieste. Diego aveva già eseguito test psicometrici in passato e posso dire, a posteriori, di aver riconosciuto in lui certi aspetti evidenziati dai risultati però scelsi di non consultare subito la sua precedente cartella clinica per non farmi influenzare. Volevo avvicinarmi a questa persona con tutto l'interesse e la curiosità che meritava. Diego mi è sembrato fin dai primi incontri un uomo buono e riservato, insicuro e alla ricerca di conferme, un uomo molto sensibile al giudizio sociale e desideroso di essere accolto e legittimato, ascoltato. Il rapporto con l'alcool continuava ad essere monitorato al sert, Diego si stava mantenendo astinente già da alcuni mesi e in ogni caso per me non era il problema principale. Scoprii che il percorso precedente era terminato perchè Diego si era convinto che con l'astinenza si erano risolti anche i problemi, per cui nonostante continuasse a frequentare il medico del sert riteneva di non aver più bisogno di un supporto psicologico, salvo poi scoprire che l'abuso della sostanza era sintomatico di altro. Voleva affrontare insieme a me le sue ansie e le sue insicurezze e io scelsi di accettare. Iniziammo così a lavorare su queste tematiche tentando di spaziare, almeno idealmente, da un contesto individuale a uno più familiare e relazionale. Gli incontri procedevano regolarmente, la nostra relazione si rafforzava, le difficoltà riportate miglioravano ma sentivo che l'orizzonte familiare era molto poco accessibile. Certo, Diego rispondeva alle mie domande, apparentemente era collaborante e, come è possibile vedere dall'allegato uno, abbiamo ricostruito il suo genogramma, però conti-

nuovo ad avere la sensazione che su queste tematiche fosse sfuggente. Nasceva in me l'ipotesi che alcune preoccupazioni che riportava in seduta e che indicava come le cause della sua insoddisfazione fossero, almeno in parte, tentativi di evitare i nodi più centrali della sua sofferenza. La storia della famiglia di origine è complessa e articolata, così come quella della famiglia nucleare che si è costruito e dalla quale si è subito allontanato. Racconta di essersi sposato per accondiscendenza verso quella che sarebbe diventata la moglie e da questa unione è nato quasi subito un figlio. Ma il clima in casa era molto pesante e Diego non riusciva a comunicare così ben presto ha agito i suoi vissuti separandosi e allontanandosi dal tetto coniugale. I rapporti non si sono completamente interrotti e Diego ha soddisfatto i suoi doveri di padre dal punto di vista economico, alimentando il legame con il figlio attraverso quello che forse era l'unico modo che conosceva. La mia sensazione era che negli anni si fossero costruite in lui forti emozioni negative che non era riuscito ad esprimere e forse nemmeno a riconoscere ma che lo condizionavano fortemente. Nel corso delle sedute sentivo sempre di più che poteva esserci di aiuto mettere in luce questi aspetti che lui taceva e dai quali probabilmente si difendeva e ho scelto di farlo utilizzando La doppia luna. Sono consapevole del fatto che la scelta di questo test è opinabile perché quello che siamo andati ad esplorare appartiene al campo delle opinioni, e sono anche consapevole del fatto che la scelta è stata guidata dalla mia ipotesi e che quindi ho esplorato gli aspetti che già rientravano nella punteggiatura che davvo alla storia. Tuttavia, credo che siano emersi importanti spunti di riflessione a livello di contenuti e a livello processuale, di relazione. Qui di seguito ne riporterò alcuni. Il disegno mi ha evocato un forte

senso di solitudine, c'è molto spazio vuoto e tutte le persone disegnate sono vicine ma anche molto isolate. I simboli utilizzati sono forme geometriche, fredde, rigide, poco articolate, sembrano evocare un mondo rappresentazionale povero. Inoltre, alcune di esse non sono differenziate, ad esempio, i genitori sono inclusi nella categoria dei parenti e nulla più. Vengono rappresentati animali, lavoro e salute quasi a voler riempire degli spazi rimasti bianchi. Diego manifesta una certa resistenza quando gli chiedo di cerchiare le persone che secondo lui appartengono alla stessa famiglia e, soltanto alla fine, disegna uno dei cerchi intorno ai "parenti" e un altro intorno al figlio, senza includersi in nessuno di essi. Sembra quindi esservi una chiara estraneità a tutti i poli familiari che manifesta il suo isolamento. Tuttavia, se avesse una bacchetta magica, realizzerebbe il desiderio di avvicinarsi al figlio che, parole sue, è la parte più importante del disegno. Oltre a questo, Diego ripeteva che non aveva altro da dire ma continuava a guardare il foglio. Mi sentivo totalmente partecipe di quello che stava accadendo e mi sono anche sentita libera di includere di mio pugno lui e il figlio in uno stesso cerchio. Quando gli ho chiesto come si sarebbe sentito in quella situazione, Diego ha allontanato fisicamente il foglio mostrandomi come il solo riferimento a quella rappresentazione scatenasse in lui una sofferenza acuta. Ricordo la sensazione di aver finalmente toccato un nervo scoperto e la sorpresa per quello che era appena accaduto nella nostra relazione. Credo che il mio intervento nel suo disegno avesse accresciuto la nostra alleanza di lavoro. Ero totalmente parte del processo e insieme abbiamo avuto modo di costruire un contesto in grado di accogliere e legittimare la vergogna, il dolore, la rabbia verso se stesso e il desiderio di costruire le fondamenta per un nuovo

tipo di rapporto con il figlio. Nei colloqui che sono seguiti, Diego mi riportava un senso di liberazione per essere riuscito finalmente ad esplicitare questi vissuti e abbiamo iniziato a muoverci verso queste.

Allegato 1 - I dati sensibili sono stati modificati per ragioni di privacy



RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Metacomunicando su questo lavoro, sento di poter dire che mi ha dato la possibilità di chiarire i quesiti che inizialmente lo motivavano e lo ha fatto complessificando le tematiche affrontate. Abbiamo compreso le differenze tra la diagnosi psichiatrica tradizionale e l'ipotesi del terapeuta sistemico. Mentre la prima definisce la realtà in maniera assoluta, potendo comportare grossi rischi di cronicizzazione per il paziente, il processo di ipotizzazione rispetta la dinamicità del sistema e facilita la possibilità che esso sviluppi evoluzioni diverse. Non esistono ipotesi vero o false; la validità di una ipotesi può essere utilmente verificata in base alla sua efficacia terapeutica, in base cioè alla sua capacità di avviare movimenti di cambiamento. Se, seguendo Bateson (1979), riteniamo che un sistema patologico sia un sistema che ha perso la capacità di ricevere le informazioni perchè seleziona solo i messaggi che sono coerenti con la propria

organizzazione interna, il processo di ipotesi ha innanzitutto la funzione di introdurre nel sistema "differenze" nel senso batesoniano, cioè nuove informazioni. Davanti a un sistema che ha nella rigidità delle sue certezze il fulcro della sua patologia, è sterile che il terapeuta contrapponga a queste le proprie certezze, come avviene con le categorie diagnostiche tradizionali. È invece più utile che, attraverso la formulazione di ipotesi che sono al tempo stesso già interventi, il terapeuta attivi nel sistema la possibilità di rimettere in discussione quelle certezze. Egli presenta infatti una visione della realtà in parte simile a quella proposta dal sistema perchè riprende gli elementi forniti, in parte diversa perchè organizza i dati in modo da creare differenze (Onnis, 2009). Il concetto di ipotesi diagnostica si è sostituito a quello di diagnosi con l'avvento della seconda cibernetica che ha reintrodotta e sottolineato l'importanza dell'osservatore, per cui tutto ciò che descriviamo viene considerato come conseguente alle ipotesi che abbiamo in mente. Se l'individuo della prima cibernetica era una pedina presa dentro a un gioco più grande di lui, oggi consideriamo l'individuo come il soggetto che propone attivamente la propria visione del mondo e la propria descrizione delle relazioni. Un soggetto epistemico, un concreto organismo biologico dotato della potenzialità di porsi come osservatore assumendo un punto di vista per certi versi unico ed irripetibile sulle relazioni e sui contesti dei quali tuttavia resta pur sempre partecipe e parte di. Un organismo in grado di cogliere le differenze grazie alla chiusura dei circuiti retroattivi che ne specificano l'operazionalità. Ciascun osservatore è unico ed irripetibile in quanto è radicato nella storia che lo ha preceduto e calato nel contesto entro cui si pone, tanto che anche l'assioma su cui si basa la teoria dei sistemi autopoietici afferma

che tutto ciò che è detto è detto da un osservatore e non dall'osservatore (Maturana e Varela, 1985). Ogni osservatore può dire delle cose soggettive, per cui l'obiettività è messa tra parentesi. Quindi il clinico deve sapere di sapere, cioè deve riflettere sulle proprie operazioni cognitive e sugli strumenti concettuali che utilizza, ma deve anche sapere di non sapere ovvero essere consapevole che non è possibile conoscere le caratteristiche che specificano la chiusura operativa secondo cui l'altro, a sua volta, sa. Il tutto senza enfatizzare o demonizzare la diagnosi, sapendo che considerare l'altro nella sua alterità di soggetto autonomo o farne provvisoriamente oggetto di conoscenza è una scelta, per di più etica. Aschieri ci mostra come lavorare con i clienti, accompagnandoli a intrecciare storie in cui il contatto emotivo interpersonale e i significati co-costruiti nel dialogo si affiancano ai dati dell'assessment psicologico tradizionale, richiede una particolare attenzione da parte del clinico, che ha contemporaneamente responsabilità pragmatiche, logiche ed epistemologiche. Il lavoro di Finn (2009) ha messo in luce come sia possibile rispettare la soggettività dei clienti e raccogliere attraverso i test psicologici dati utili che possono essere usati nel processo di aiuto. Triangolando le storie fornite dai diversi strumenti della psicologia, siamo in grado di sviluppare nuove narrazioni e nuove possibilità di cambiamento per il futuro. I clinici che praticano l'assessment terapeutico sono consapevoli che portano le loro prospettive e i loro pregiudizi nel lavoro con i pazienti e che non possono

mai del tutto comprendere il mondo interno di un'altra persona. Non considerano i test come fonte di verità indiscutibile ma come un possibile punto di partenza.

Credo che il rischio dell'utilizzo delle tecniche in generale e dei test, anche relazionali, è che non facciano pensare, mentre dovrebbero essere utilizzate nel processo di ipotizzazione. Nel caso clinico citato, ho usato La doppia luna perchè intuivo che poteva esserci un blocco che il paziente non era in grado di esprimere verbalmente ma che al contempo lo faceva soffrire. In questo caso il test, scelto sicuramente in base alla punteggiatura con cui leggevo la sua storia, c'è stato utile anche per confermare la nostra relazione. Diego ha accettato che intervenissi nel suo disegno e, dall'altra parte, io mi sono sentita libera di farlo. In psicoterapia individuale la relazione più significativa presente nel qui e ora è la relazione terapeutica e l'approccio sistemico si caratterizza proprio per il fatto di considerare primaria la relazione nel qui e ora poichè ciò che noi sperimentiamo è la relazione attuale, mentre sul passato e sul futuro facciamo ipotesi e costruiamo storie. Ed è anche su queste considerazioni che Bianciardi (2008) costruisce quella che potrebbe sembrare la tesi, apparentemente provocatoria, secondo la quale l'approccio sistemico può essere considerato l'approccio elettivo in psicoterapia individuale. Tutto questo mi porta a dire che il fare diagnosi, test e quant'altro non deve sostituire nè il pensare nè il sentire. la relazione.

Bibliografia

- Aschieri, F. (2012). *Oltre il pregiudizio di non eticità dei test psicologici: assessment collaborativo e terapeutico*. In M. Bianciardi & F. Galvez Sanchez (2012), *Psicoterapia come etica. Condizione postmoderna e responsabilità clinica* (pp.249-259). Torino: Antigone.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi edizioni.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi edizioni.
- Bianciardi, M. (1998). *Autonomia del vivente e criteri diagnostici*. Connessioni, 3, 41-55.
- Bianciardi, M. (2008). *Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale*. Connessioni, 20, 157-172.
- Bianciardi, M., & Bertrando, P. (2002). *Terapia etica: una proposta per l'epoca postmoderna*. *Terapia familiare*, 69, 5-25.
- Boscolo, L., & Cecchin, G. (1988). *Il problema della diagnosi da un punto di vista sistemico*. *Psicobiiettivo*, 3, 1-11.
- Caillé, P., & Rey, Y. (2005). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistematiche*. Roma: Armando Editore.
- Finn, S. (2009). *Nei panni dei nostri clienti. Teorie e tecniche dell'assessment terapeutico*. Firenze: Organizzazioni speciali.
- Finn, S., & Tonsager, M. E. (1997). *Information-gathering and therapeutic models of assessment: complementary paradigms*. *Psychological assessment*, 9, 374-385.
- Fischer, C. (1985/1994). *Individualizing psychological assessment*. Monterey: Brookscole.
- Greco, O. (2006). *Il lavoro clinico con le famiglie complesse. Il test la doppia luna nella ricerca e nella terapia*. Milano: Franco Angeli.
- Mariotti, M., Bassoli, F., & Frison, R. (2004). *Manuale di psicoterapia sistemica e relazionale*. Salerno: Sapere edizioni.
- Maturana, H., & Varela, F. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio.
- Onnis, L. (1996). *La narrazione analogica. L'uso del linguaggio metaforico in terapia sistemica*. *Psicobiiettivo*, 16, 17-35.
- Onnis, L. (2009). *Come usa la diagnosi lo psicologo sistemico*. In N. Dazzi & V. Lingiardi (2009), *La diagnosi in psicologia clinica* (pp. 171-181). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.



La pratica del genogramma in un “servizio psichiatrico di diagnosi e cura”. Come “gli Argonauti” cercano di dare significato al tempo che si è fermato

Francesca Facchini*

Sommario

L'elaborato presenta un progetto di psicoterapia attualmente in corso all'interno di un “Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura” (SPDC) e propone una riflessione riguardante l'utilità della pratica del genogramma con i degenti del suddetto reparto. Ripercorrendo la costruzione e l'interpretazione del genogramma di tre pazienti, vengono evidenziate le riflessioni generate dal processo di ri-narrazione della propria storia, le possibilità di lavoro a livello sia individuale che familiare e gli sviluppi possibili della presa in carico di pazienti psichiatrici, in un lavoro di rete, dentro al reparto e sul territorio.

Parole chiave: “Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura”, genogramma, famiglia, paziente designato, triangolazione, lutto

Summary

This paper presents an ongoing psychotherapeutic project within a “Psychiatric Service of Diagnosis and Treatment” and it proposes a reflection about the use of the genogram with the hospitalized patients. Different kinds of work inside and outside the ward, reflections about the individual and the familiar stories, possible developments of the “taking charge” have been highlighted, going through the construction and the interpretation of the genograms of three psychiatric patients.

Key words: “Psychiatric Service of Diagnosis and Treatment”, genogram, family, designated patient, triangulation, mourning

*1 anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

CHE COS'È IL GENOGRAMMA

Lo strumento del genogramma, proposto trent'anni fa da Bowen (1979), fa parte del bagaglio di ogni terapeuta relazionale, e non solo. Il genogramma è un diagramma che rappresenta, in maniera grafica, un insieme di persone, in relazione tra loro, che appartengono alla medesima storia familiare, lungo tre generazioni. Nel genogramma, quindi sono rappresentate le *persone*, con i dati identificativi essenziali, quali genere, nome ed età, i legami relazionali che le uniscono e la *generazione* di appartenenza. Nel genogramma sono indicati anche i *momenti significativi* della storia familiare, nascite, morti, matrimoni, separazioni ecc. oltre a eventuali elementi di pertinenza terapeutica emersi nel corso delle generazioni (Gurman A., Kniskern D.P., 1995).

Partendo da ciò che scrisse Bateson (1976) ossia *“Come il disegno della pioggia rassomiglia alla pioggia molto più della parola pioggia”*, così possiamo supporre che il genogramma, mettendo in evidenza graficamente le informazioni della famiglia, possa *“offrire una rapida visione d'insieme dei complessi patterns familiari”* (McGoldrick M., Gerson F.G., 1985).

Se pensiamo infatti a questo strumento all'interno di un'ipotesi clinica che considera le relazioni trigerazionali il principale contesto di riferimento per la comprensione del disagio psichico, vediamo che il genogramma si presenta come *“una mappa semplice, di intuitiva comprensione, della rete emotiva-affettiva in cui il soggetto ha sperimentato il proprio sviluppo”* (Sorrentino, 2008). Il lavoro sul genogramma può così offrire una guida alla costruzione di un “oggetto” di conoscenza condivisa su ciò che sta accadendo ed è accaduto nella complessità della storia familiare di un individuo.

Nella pratica clinica il genogramma ha avuto diversi impieghi in diversi ambiti (dalla psicodinamica alla terapia di coppia e familiare, dalla formazione dei terapeuti relazionali alla pratica medica in senso generale).

Il mio elaborato vuole approfondire un particolare utilizzo del genogramma, ossia quello che un gruppo di otto psicoterapeuti in formazione stanno facendo attraverso il “Progetto Argonauti” all'interno del “Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura” (SPDC) dell'AUSL di Parma.

IL GENOGRAMMA NELLA PRATICA ISTITUZIONALE DI UN “SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA” (SPDC)

Con l'obiettivo di offrire un sostegno e affiancare il paziente nella ricerca di significato della sofferenza che lo ha portato al ricovero in Diagnosi e Cura, gli Argonauti si propongono di ripensare la “cura” del paziente in termini non più singolari bensì plurali, dove la pluralità assume la forma della famiglia del paziente, della sua storia, del contesto in cui vive, dei servizi che lo hanno in carico. Durante i due, tre colloqui che vengono riservati ad ogni paziente durante la sua degenza nel reparto psichiatrico (degenza di solito della durata massima di un mese) lo strumento principe degli “Argonauti” è proprio quello della costruzione del genogramma.

Perché?

Riprendendo quanto detto sopra sulla natura trigerazionale del sintomo, l'utilizzo del genogramma si inserisce nelle pratiche istituzionali di cura di un reparto psichiatrico, “per differenza” (Bateson, 1976). Un paziente ricoverato in SPDC attraverso un Trattamento Sanitario, - Obbligatorio, TSO, o Volontario che sia, TSV - si sente emarginato rispetto ad una società e ad una famiglia dalla quale è stato (o si è) allontanato. Egli è fermo nel

tempo e nello spazio. Vive esclusivamente nel presente della sua caduta, della sua malattia, della sua identità psichiatrica. Come scrisse Karl Tomm (1987): *“Le famiglie con problemi sono a volte così preoccupate per le difficoltà del momento o per le ingiustizie passate che vivono in effetti come se non avessero futuro”*. Il lavoro sul genogramma ha quindi lo scopo di aiutare questi pazienti a re-inserirsi nella propria storia, di sostenerli nel guardarsi indietro e attorno per riuscire di nuovo a guardare avanti, restituendo loro un'identità molto più ricca, complessa e interessante di quella di un malato mentale e rimettendo in moto quel tempo che col ricovero sembra essersi fermato.

Non dimentichiamo però che, come dicono Maturana e Varela (1985) *“ogni cosa detta è detta da un osservatore ad un altro osservatore, fosse pure egli stesso”*.

Gli osservatori in questo caso siamo noi terapeuti, i quali traiamo un grande aiuto dalla costruzione del genogramma in quanto, citando Andolfi (1985) *“l'individuo, guardato attraverso le sue specifiche modalità di rapportarsi alla propria famiglia trigerazionale, risulta un'entità complessa, piena di contraddizioni e di conflitti, che diventano però elementi di comprensione del suo mondo interno per un osservatore volto a cogliere i nessi impliciti tra comportamenti e vissuti attuali e sensazioni antiche. [...] I comportamenti attuali di una persona diventano così metafore relazionali, ovvero segnali indiretti di bisogni e coinvolgimenti emotivi del passato che trovano lo spazio e il tempo di manifestarsi concretamente nelle relazioni presenti.”*

L'ELABORAZIONE DEL GENOGRAMMA

Il genogramma nella pratica clinica può essere elaborato in prima persona dal sogget-

to stesso, il quale solitamente lo costruisce privatamente, come meglio crede, per poi presentarlo al terapeuta, e questo è quanto avviene generalmente nella formazione del terapeuta relazionale, in solitudine o col proprio gruppo di formazione (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2011; Aurilio, 1999); oppure può produrlo in concertazione con il/la proprio/a compagna o con altri membri della propria famiglia come avviene nella terapia di coppia (De Bernart e Buralli, 2001) o familiare, dove oltre al genogramma possono essere utilizzati altri strumenti di rappresentazione della famiglia come il “Disegno Congiunto”, il “Test della doppia luna”, il “Family Life Space” ecc (Sorrentino, 2008); oppure può essere compilato dal terapeuta, che utilizzando una struttura e una legenda grafica predefinita, viene guidato dal paziente nella ri-costruzione della sua storia familiare. Questa è la modalità che adottano gli psicoterapeuti del progetto “Argonauti” all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'AUSL di Parma.

Ecco quali sono le regole principali che si seguono per elaborare un genogramma.

> Il genogramma si legge dall'alto in basso e da sinistra a destra (queste sono le direzioni del leggere e dello scrivere nella nostra cultura di popoli occidentali). In questo modo si può sovrapporre la linea di lettura (sopra-sotto e sinistra-destra) alla *dimensione del tempo* rispetto alla storia della famiglia.

> Il foglio su cui si disegna il genogramma viene diviso mentalmente (e concretamente) con spazi differenziati per ciascuna generazione in modo da collocare correttamente le diverse persone all'interno della generazione di appartenenza. Un buon genogramma ovviamente, comprende almeno tre generazioni (Cardinali, 2003), per le ragioni sovraespresse

- > Per indicare *le persone* si disegnano due figure geometriche diverse: un quadratino per indicare i maschi e un tondino per le femmine. All'interno di ogni quadratino o tondino viene indicata l'età (in cifre) e sotto, all'esterno, viene scritto il nome di battesimo.
 - > I quadratini e i tondini (rappresentanti quindi le persone) sono collegati tra loro da segni che indicano i *legami di parentela*; essi sono: la relazione di coppia, la relazione tra i fratelli e la relazione genitori-figli, oltre a questi legami però si possono anche indicare, tramite diversi tipi di linee, le *relazioni significative*.
 - > Si inizia a costruire il genogramma *partendo dal paziente*, che viene indicato con un asterisco (*) e solitamente viene posto al centro del genogramma. Da qui si parte con i vari collegamenti.
 - > Nel rappresentare *una coppia* (coniugi, conviventi, fidanzati) il maschio (quadratino) va sempre collocato a sinistra e la femmina (tondino) a destra; rispettare questa collocazione permette di cogliere subito, a colpo d'occhio, da parte di chiunque legga il genogramma, la posizione nella propria famiglia d'origine, di lui (sempre dalla stessa parte, la parte sinistra del foglio) e di lei (parte destra del foglio). Se la coppia è sposata, la linea che congiunge i due coniugi è continua e il matrimonio viene indicato con due cerchi intersecati (rappresentanti le fedi) con di fianco segnato l'anno del matrimonio. Se la coppia convive la linea è tratteggiata.
 - > Nel rappresentare *i figli*, l'ordine è quello cronologico con il più grande a sinistra e il più piccolo a destra, indipendentemente dal genere: questo perché nella relazione con i figli, e tra i fratelli, è molto significativo l'ordine di nascita.
 - > *La famiglia nucleare*, soggetto/oggetto dell'intervento, va evidenziata in qualche modo rispetto al resto della famiglia estesa, soprattutto quando abbiamo a che fare con una famiglia ricostruita. In questi casi di solito si pone la famiglia che è soggetto/oggetto dell'intervento al centro e in obliquo, i nuclei familiari precedenti (sopra) o quelli successivi (sotto), lasciando sempre al suo posto la persona che è fulcro dei vari legami.
 - > Per indicare *il divorzio*, o la fine di un legame sentimentale, si pongono due barrette parallele e oblique (nel caso la coppia non fosse né sposata, né convivente la barretta è solo una) sulla linea, tratteggiata o meno, che indicava l'unione e si segnala l'anno del divorzio. In questo caso bisogna tenere conto di un altro elemento importante che riguarda la vita della famiglia: l'affidamento dei figli. Se i figli sono affidati al padre (parte sinistra della coppia) le barrette devono essere poste dopo la diramazione che indicano i figli. Se sono affidati alla madre (parte destra), le barrette vanno prima.
 - > Un altro dato importante che bisogna rappresentare è *chi vive con chi*. I nuclei abitativi vanno indicati tracciando un insieme chiuso, con una linea tratteggiata, che racchiude coloro che vivono insieme. Importante segnalare anche dove vivono le persone e da dove provengono.
 - > I *decessi* vengono rappresentati ponendo una x, priva della parte centrale, sulla casellina indicante la persona deceduta. Accanto, si segnala l'anno del decesso e la causa.
- Queste sono solo le principali indicazioni utili nella costruzione di un genogramma. Ovviamente gli elementi da poter inserire, e i rispettivi simboli, sono numerosissimi. Addirittura

si può inserire un genogramma particolare dentro ad un altro genogramma generale, si possono aggiungere legami significativi, anche se non di parentela, descrizioni schematiche di persone, eventi particolari, motti di famiglia ecc. Non c'è mai un genogramma definitivo, giusto.

Essendo *“una mappa che indica un territorio e non un territorio in sé”* (Korzybski, 1921) questa mappa cambia a seconda del percorso che si sta intraprendendo, della prospettiva che il soggetto assume per guardare quello stesso territorio, delle vie scoperte e delle vie smarrite, della persona con cui si cammina e della persona a cui lo si racconta.

Inoltre, la modalità con cui gli “Argonauti” ricostruiscono insieme al paziente il suo genogramma, durante il colloquio clinico, porta con sé un effetto terapeutico intrinseco, in quanto i terapeuti cercano di procedere secondo il metodo dell’*“intervista per interventi”* (Tomm, 1987) in cui cioè attraverso i principi della circolarità, ipotizzazione, neutralità (Selvini Palazzoli et al., 1980) e dello *“strategizing”* (Tomm, 1987) si interviene attivamente sul soggetto e sul suo contesto per mezzo di domande riflessive.

L'INTERPRETAZIONE DEL GENOGRAMMA

Oltre al lavoro terapeutico di cui si parlava sopra, insito nella ricostruzione della rete familiare e nella storia del paziente, il genogramma apre nuove strade per un lavoro successivo, di interpretazione. Un genogramma infatti può essere letto in tanti modi diversi, in base a chi lo legge, in che momento, in che contesto, con che lenti. Da un genogramma iniziale possono sorgere tanti spunti di riflessione e di lavoro, con cui procedere nella terapia, e con cui poi arricchire

e caratterizzare lo stesso genogramma.

In questo elaborato vorrei presentare alcune delle letture che hanno guidato l'interpretazione dei genogrammi costruiti in SPDC dagli “Argonauti” ed esemplificare queste interpretazioni raccontando le storie dei pazienti e il tipo di lavoro fatto a partire dal loro genogramma.

LA STRUTTURA DELLA FAMIGLIA: IL GENOGRAMMA DI GIACOMO

La famiglia rappresenta per l'individuo un *“laboratorio inesauribile di ricerca e di conoscenza dinamica di sé”* avendo la famiglia una *“storia in movimento”* e una *“architettura temporale”* (Andolfi e Angelo, 1985) con livelli di interazione che possono essere collocati su due assi diversi e intersecantisi: un asse verticale dei legami intergenerazionali (o della genitorialità) e un asse orizzontale delle fasi del ciclo di vita, scandite dalle fasi della coniugalità.

Bowen (1984) ha descritto questa *“architettura”* con un sistema di due triangoli, nel quale ogni triangolo rappresenta un insieme di tre relazioni nelle quali il funzionamento di ogni diade dipende e influisce sulle altre due. Sempre per Bowen, un sano sviluppo fa sì che ogni individuo all'interno della famiglia possa differenziarsi e *“funzionare indipendentemente da ciascuna relazione, senza cadere automaticamente in una relazione particolare con una prima persona solo in relazione di questa con una terza”*.

Questo non sempre avviene e anzi, spesso vediamo che due persone in difficoltà includono una terza nelle loro relazioni con la funzione di attenuare le difficoltà nella diade iniziale. I “triangoli” più frequenti sono formati da una coppia coniugale in difficoltà che cerca o un terreno di incontro (ad esempio, si concentrano sui figli per dimenticare il

loro ruolo di coniugi), o un alleato dell'uno o dell'altro membro. Questo alleato può essere individuato in uno dei figli, ma anche in altre persone o cose materiali (come il lavoro o l'alcool).

Numerosi studi (tra cui quelli di Bowen dove si parla di "trasmissione multigenerazionale" a proposito del livello di differenziazione/non differenziazione del sé e dove si spiega per la prima volta l'idea che "*ci vogliono almeno tre generazioni perché una persona acquisisca il livello di non-sé che culminerà nella schizofrenia*") attestano che per pazienti psicotici questa triangolazione permane anche nella malattia.

Questo è quanto emerso dalla costruzione del genogramma di *Giacomo*.

Giacomo è un ragazzo di 29 anni, ricoverato in SPDC dopo il secondo tentato suicidio.

Il padre di *Giuseppe* era un avvocato molto affermato, una persona sicura di sé e presuntuosa, sua madre, una donna forte e combattiva aveva votato la sua vita alla famiglia e alla carriera del marito. *Giacomo* è figlio unico. Dopo anni di matrimonio e tanti sacrifici, la madre di *Giacomo* inizia a sospettare che il marito la tradisca. Insieme a *Giacomo* lo seguono e scoprono che in effetti lui ha un'altra donna. Ben presto il padre di *Giacomo* va a vivere con questa donna e *Giacomo* sostiene la madre nel richiedere le pratiche della separazione.

La loro vita potrà essere migliore senza quell'uomo che da sempre lo infastidiva, anche solo quando tornava dal lavoro e gli chiedeva com'era andata la giornata, che lo faceva sentire mai all'altezza, che voleva che si iscrivesse a giurisprudenza a quando lui voleva fare il giornalista, che era brutto e gli aveva trasmesso tutti i suoi difetti fisici e che, nonostante si potessero permettere un Fer-

rari, faceva usare a sua moglie una squallida Fiat Cinquecento!

Le pratiche per il divorzio vengono avviate e *Giacomo* si iscrive a giornalismo, non a giurisprudenza.

Dopo qualche mese dall'inizio dell'università, *Giacomo* tenta per la prima volta di suicidarsi.

Resta in coma tre giorni, ha un'apparizione di Padre Pio e si risveglia. Adesso *Giacomo* è nella lista dei miracolati del Santo.

Dopo qualche mese da questo episodio, il padre di *Giacomo* scopre di avere un tumore al pancreas e sua madre decide di riprenderlo in casa per poterlo curare, fino alla fine.

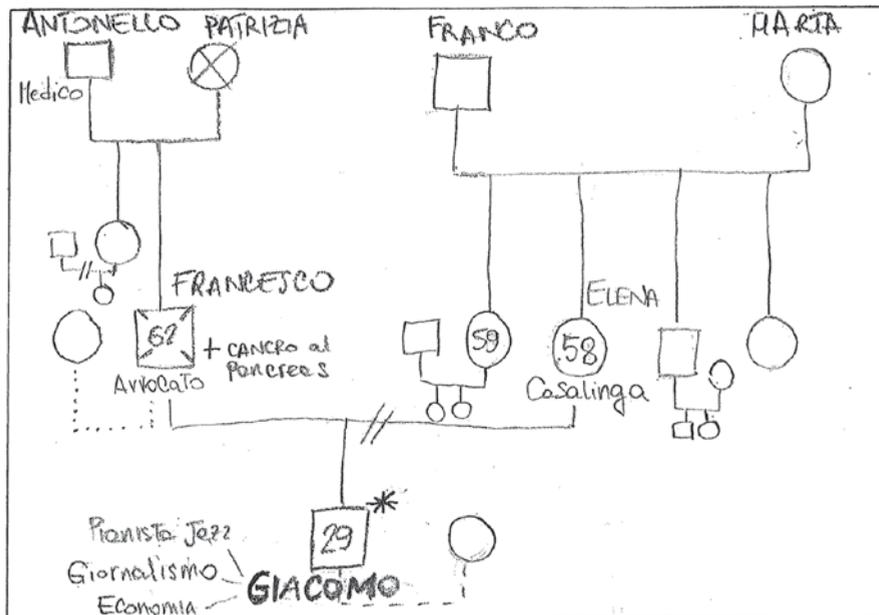
Negli ultimi mesi di vita dell'uomo, *Giacomo* si avvicina a lui. Scopre che anche suo padre non si era mai sentito amato dal nonno, che anche lui aveva dovuto combattere per iscriversi a giurisprudenza perché il nonno, medico, voleva che seguisse le sue orme. Vede i suoi genitori riavvicinarsi.

Dopo la morte del padre, *Giacomo* cambia università, si iscrive a economia e inizia a manifestare sempre più frequentemente dei pensieri deliranti rispetto ai suoi difetti fisici, ereditati dal padre.

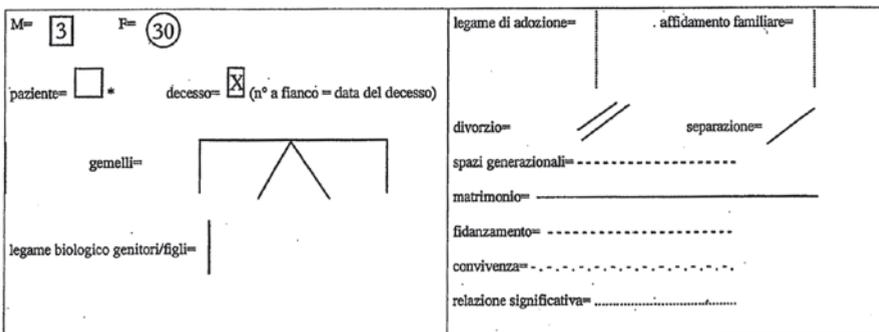
Gli viene diagnosticata una schizofrenia paranoide. Si sottopone a diverse operazioni di chirurgia plastica e dopo alcuni anni tenta di nuovo il suicidio convinto di aver sentito al telefono la sua ragazza fare sesso con un altro.

Quando lo incontriamo, dopo il secondo tentativo di suicidio, *Giacomo* accusa la madre di essere la responsabile del suo ricovero e il padre di essere la causa di tutti i suoi difetti. Non sembra uscito dalla triangolazione tra i genitori e possiamo ipotizzare che le crisi deliranti illustrino la sofferenza della lealtà impossibile a due persone e a due sistemi di valori tanto diversi.

Data del genogramma: 1/10/2012



Legenda:



Note:

2007: tentato suicidio → come 3 fig'
 G: "Voglio riformi il viso per avere qualcosa di meglio di una utilitaria, per combattere il tradimento."

LE CARATTERIZZAZIONI E LE PUNTEGGIATURE: IL GENOGRAMMA DI ROBERTA

Nel costruire il proprio genogramma, vediamo che le persone collocano la propria so-

ferenza dentro la propria storia, dandogli un nome, un luogo, un inizio, un perché....

Quello che apparentemente può sembrare una rievocazione pura e semplice, cromo-

logica, di date, avvenimenti, passaggi ecc, in realtà viene “punteggiato” (Watzlawick, Beavin e Jakson, 1967), giustapposto, articolato in modo personale nell’*hic et nunc* della seduta. Il paziente infatti è parte di una storia familiare in movimento e si riferisce alla dimensione del *tempo vissuto*, ad una storia collettiva. Così facendo, nell’indicare persone, fatti, anni si ricostruisce un percorso di vita e inevitabilmente, lo si “punteggia”. A volte, le punteggiature che il paziente fornisce nel riproporre gli avvenimenti della propria storia, sono per i terapeuti un’informazione assai più importante degli avvenimenti in sé per sé.

Così è nel racconto di *Roberta*.

Roberta è una donna di mezza età, composta, pacata, educata, che racconta la sua storia scandendola in modo molto preciso, in anni, ricorrenze e ricadute.

Roberta ha una diagnosi di disturbo bipolare, e una vita passata a smettere e ricominciare le cure di litio. *Roberta* ha avuto diversi ricoveri, ha tentato più volte il suicidio, ha fatto dieci anni di terapia.

Indica l’esordio della sua malattia all’età di diciotto anni, il forte stress per gli impegni scolastici e per la “adulthood alle porte”, le causano una grave insonnia e un grave calo di appetito che sfocia in anoressia nervosa. Viene ricoverata e dimessa dopo tre mesi, con un unico risultato ossia l’aumento di peso. Dopo tre anni le viene diagnosticato un disturbo bipolare, inizia la cura al litio e per Roberta inizia un periodo di relativa serenità.

Pur di andare fuori casa si sposa e sceglie come compagno il ragazzo che piaceva di più alla madre e alla sorella. Rimane incinta, smette il litio e quando la gestazione è di sei mesi crolla e tenta il suicidio. Viene ricoverata e rizia la cura.

Dopo alcuni anni scopre che il marito la tradisce, vuole separarsi, ma la sua famiglia si oppone e così vive per anni con un uomo fedifrago. Quando il figlio, trentenne si sposa, *Roberta* cerca di riprendere in mano la sua vita e chiede la separazione.

Una settimana prima dell’udienza, *Roberta* ha un cosiddetto “crollo psicotico” e viene ricoverata in SPDC. Dice di non farcela più a vivere con quest’uomo bugiardo, depresso, insonne, ha paura che possa farle del male, vuole andarsene di casa, ma d’altra parte ha tutti contro: i genitori e persino il figlio, i quali sono contrari alla loro separazione. Per Roberta questa presa di posizione dei suoi familiari è solo l’ennesima pugnalata, l’ennesimo tentativo di controllo sulla sua vita.

Le chiediamo di descriverci meglio i suoi familiari, dando una definizione per ognuno di loro.

Roberta descrive i genitori come “due corpi e un’anima sola” dice. “Sono dei sopravvissuti. Esistono solo loro e i figli sono qualcosa da controllare e possedere”.

Lei dice di essere stata, fino ai diciotto anni, “la testa d’ariete della famiglia”, ma con gli anni è passata ad essere solamente “la ammalata”. La sorella maggiore, che prima viveva nell’ombra, è diventata con il persistere dei suoi problemi mentali e con la morte prematura della sorella minore, “la consigliera” dei genitori. La sorella minore, morta a sedici anni, investita sulle strisce pedonali, invece è “l’angioletto di casa”.

Questa è la storia come ce l’ha raccontata *Roberta*. Questi sono i ruoli che *Roberta* vede cuciti su di sé e sui suoi familiari, stretti e pesanti come delle catene.

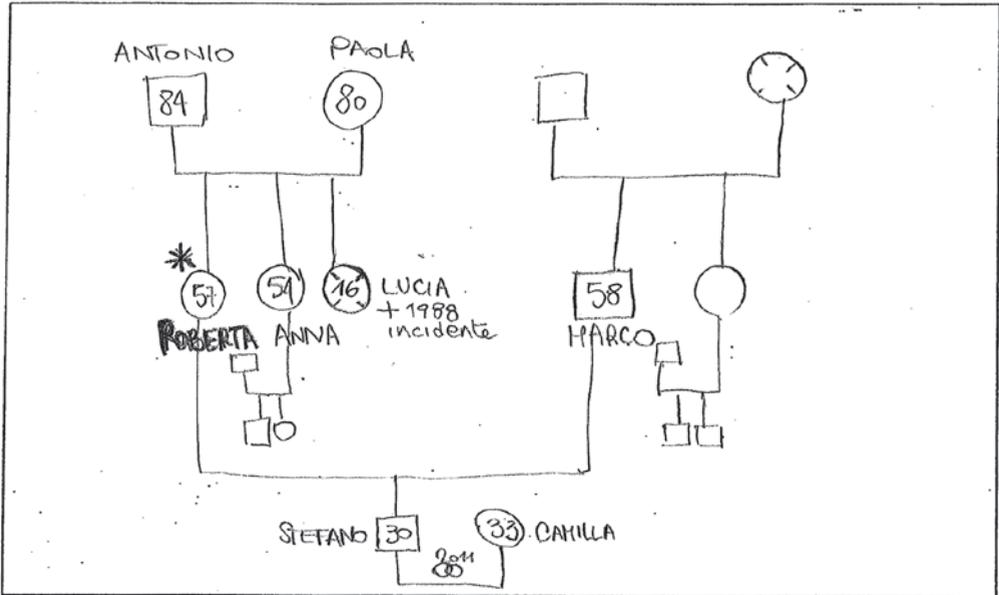
Noi sappiamo che in una prospettiva rigorosamente sistemica, circolare, ogni punteggiatura nel senso di prima-poi, causa-effetto, colpevole-innocente non può che

essere arbitraria, ma vorrei citare un estratto da "Paradosso e Controparadosso" (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1975) riguardante "il paziente designato" e ricollegare come la rigidità di alcuni ruoli possa esitare nel blocco delle dinamiche familiari in

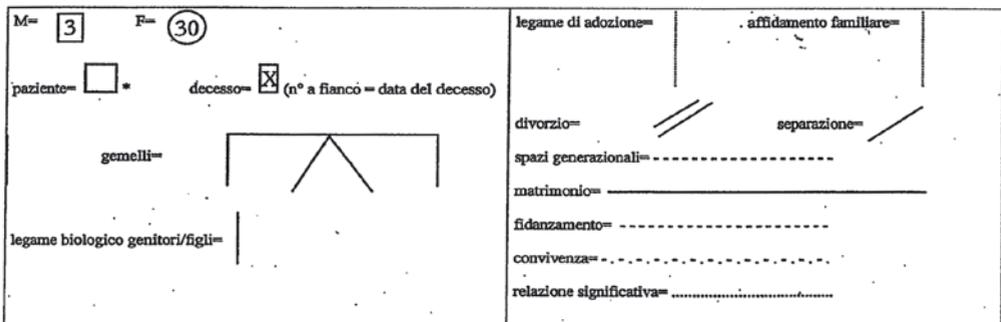
funzione dell'omeostasi.

Scrivono gli autori: "In sistemi a calibratura rigida quali le famiglie presentanti un membro schizofrenico, ogni cambiamento è avvertito come un pericolo, una minaccia. Si tratta di sollecitazioni al cambiamento che proven-

Data del genogramma: 18/7/2012



Legenda:



Note:

gono al sistema familiare sia dall'esterno (sollecitazioni sociali, politiche, culturali), sia dall'interno (nascita, morte di un membro o suo allontanamento, crisi adolescenziale di un figlio ecc.). A tali cambiamenti il sistema retroagisce negativamente, con ulteriore irrigidimento" (pag. 46).

Nella vita di *Roberta* troviamo ad esempio che di fronte ad ogni sfida evolutiva della paziente e quindi del sistema a cui apparteneva, corrispondeva un crollo e una diversa diagnosi psichiatrica: l'anoressia con il finire del liceo; il bipolarismo in concomitanza del matrimonio e dell'uscita di casa; il primo tentato suicidio durante la gravidanza; il crollo psicotico alla fine del suo matrimonio e l'uscita di casa dell'unico figlio.

Collegare i movimenti individuali con quelli dell'intero sistema, farsi incuriosire da credenze o ripetizioni particolari, caratterizzare con una immagine ogni membro della famiglia può essere utile non solo per costruire un genogramma interessante, ma anche per trovare quello che gli autori sopra citati chiamano un "punto nodale" del sistema, ossia "il punto di massima resistenza del sistema, agendo sul quale si innesca la trasformazione più grande" (pag. 58).

I LUTTI E I TRAUMI NON ELABORATI: IL GENOGRAMMA DI SARA

Ho parlato in precedenza di come la morte di un membro della famiglia, alterando gli equilibri dell'intero sistema, possa impattare sulle dinamiche di omeostasi e di morfogenesi, sui compiti di lealtà nei confronti dei membri trapassati e di quelli rimasti, sui ruoli familiari ecc.

Vorrei soffermarmi ancora su questo punto e approfondire l'importanza che la costruzione del genogramma può avere sul lavoro relativo a queste dinamiche.

Accade a volte che le famiglie, davanti a un evento traumatico o a una perdita, siano portate a cancellare ricordi perturbatori o a non parlare della sofferenza legata a questi avvenimenti, limitando la solidarietà reciproca e il dialogo e arrivando in alcuni casi, in cui questa condotta viene portata all'estremo, a generare i cosiddetti "segreti familiari". Ma questo avviene al prezzo di una tale sofferenza che questo dolore ritorna sotto forma di sintomo.

Rinarrare la storia della propria famiglia vuol dire passare attraverso questi avvenimenti, ripensarli nell'ottica attuale e creare quella che Wetzler chiama "solidarietà anamnestic" con cui i membri della famiglia ritrovano i loro morti, cancellano i debiti di lealtà protratti nel tempo e si riconciliano con loro stessi e con chi in famiglia è rimasto.

Questo è accaduto durante la costruzione del genogramma di Sara.

Sara è una donna di quarantaquattro anni, proveniente da una famiglia estremamente povera, sposata con un uomo marocchino da cui ha avuto tre figli.

La vita di Sara è sempre stata molto difficile soprattutto per le condizioni di estrema deprivazione in cui ha vissuto la sua famiglia: la loro casa era fatiscente, suo padre muratore manteneva a fatica i tre figli e la madre era deceduta in giovane età. Sara a vent'anni incontra Hussein, un uomo marocchino in Italia clandestinamente, si innamorano, si sposano nel 2005 ed hanno subito un figlio, Hamudi. A pochi mesi dalla nascita del bambino, Hussein viene arrestato per spaccio di hashish e ingresso clandestino in Italia ed è condannato a tre anni di carcere. Sara viene arrestata per favoreggiamento e condannata a sei mesi di arresti domiciliari.

Un giorno, racconta Sara, mentre lavava il bambino nel lavandino del bagno, il pavi-

mento cede aprendo una voragine sotto i suoi piedi e rischiando di farla precipitare al piano di sotto. Hamudi, nel lavandino per il bagnetto, stava per affogare. Fortunatamente il papà di Sara era in casa e riuscì a salvarli entrambi, ma questo episodio scuote Sara al punto da portarla ad un primo TSO in Diagnosi e Cura. La donna decide a questo punto di dare in custodia suo figlio alla sorella nell'attesa di riprendersi dai traumi vissuti nell'ultimo periodo e di trovare un'altra casa così da poter lasciare quella casa fatiscente e piena di topi in cui lei stessa era cresciuta. Passano pochi giorni e la sorella di Sara cambia idea, dice di non voler tenere con sé Hamudi e lo affida alla figlia della nuova compagna di loro padre. Questa situazione di precarietà nella cura di Hamudi, il tracollo di Serenella e le condanne sulle teste di entrambi i genitori, fanno sì che i servizi sociali affidino Hamudi ad una casa-famiglia. Sara vede Hamudi solo un'altra volta, per il suo primo compleanno, dopodiché il tribunale stabilisce il decreto di adottabilità del bambino né lei né Hussein lo vedranno mai più. Una volta uscito dal carcere Hussein e Sara vanno a vivere in una casa sicura, si trovano entrambi un lavoro e hanno altri due figli. Ogni volta che Sara rimane incinta però ha una ricaduta, ripensa a Hamudi, a quanto gli manca, ai sensi di colpa per quanto accaduto.

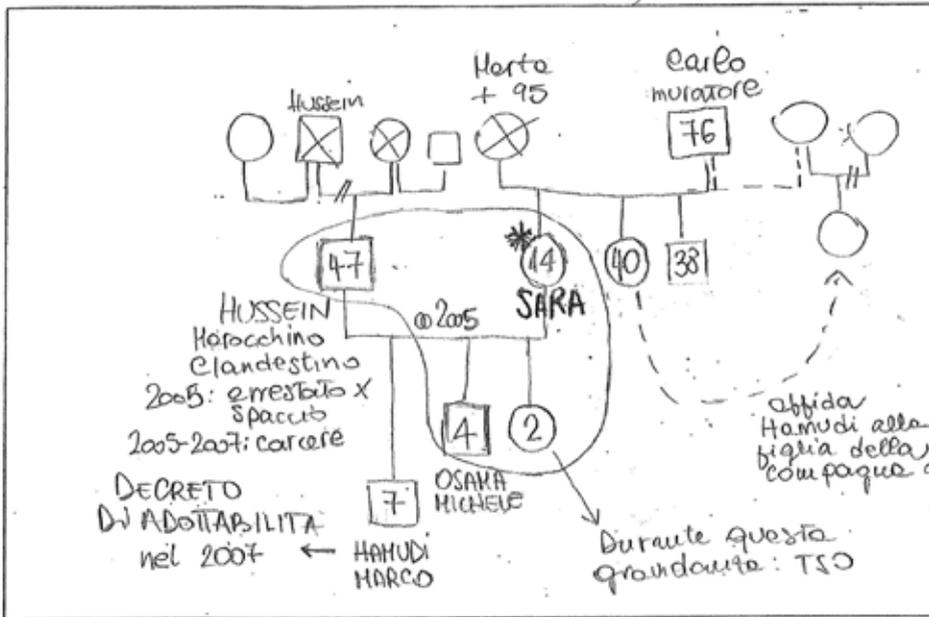
Non sa se vuole portare avanti queste gravidanze, la lealtà verso il figlio "scomparso" glielo impedisce... La conflittualità col marito e con la famiglia d'origine si fa più acuta, le vecchie accuse riemergono e vengono rimbalzate da uno all'altro: Sara rimprovera la sorella di non averla aiutata e di aver abbandonato Hamudi, Hussein accusa la moglie di non aver protetto loro figlio mentre lui era in carcere, Sara a sua volta lo incolpa per il

suo arresto...

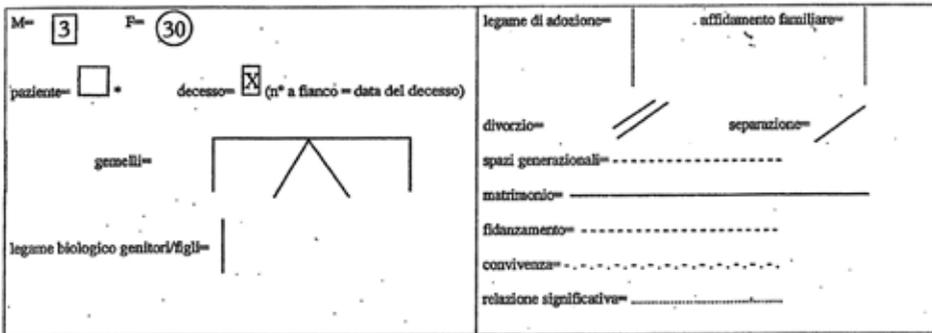
Durante l'ultima gravidanza Sara subisce un TSO. Le gravidanze però vanno a buon fine ed oggi Hamudi ha un fratellino e una sorellina che sanno della sua esistenza e che sanno quanto la mamma soffra per la sua mancanza. Il papà invece non parla mai di Hamudi, è un uomo tutto d'un pezzo e anche con loro è molto severo. Durante il colloquio con noi Sara piange la perdita del suo bambino, ci racconta della rabbia e dei sensi di colpa che ha dentro e di quanto le dispiaccia che il marito non voglia mai parlare di Hamudi. Racconta che Hussein vive un fortissimo senso di ingiustizia, sia per l'arresto che per l'allontanamento del bambino, ma è un uomo molto chiuso e quindi non vuole far trasparire la sua debolezza. Sara però vorrebbe che Hussein cercasse di più suo figlio e che anche con i bambini fosse più tenero. Condividere con lui la sua sofferenza la aiuterebbe forse a lasciarsela alle spalle, invece che rimuginare tutte le sere prima di dormire... Proponiamo a Sara di parlarne col marito ed eventualmente di iniziare un percorso di terapia di coppia.

Quando Hussein va a trovarla, la donna gliene parla e il marito accoglie questa sua richiesta. Il lutto per la perdita di Hamudi è un peso che Sara e Hussein stanno portando sulle loro spalle da anni, insieme alla convinzione che loro colpa sia un veto per la comprensione e compassione altrui. Raccontare quanto accaduto e incontrare uno sguardo e un ascolto non giudicante, è forse l'inizio di un lavoro di elaborazione del lutto e di un percorso di coppia che potrebbe aiutare tutto il sistema a liberarsi di questo giogo, pericoloso certamente per Sara (il cosiddetto "paziente designato") ma altrettanto per Hussein e per i figli rimasti a portare insieme a loro il peso della colpa.

Data del genogramma: 20/9/2012



Legenda:



Note:

RIFLESSIONI E DISCUSSIONE

Utilità della pratica del genogramma in generale

so individuare quattro punti che evidenziano l'utilità e la forza della pratica del genogramma. Gli obiettivi che possono essere raggiunti utilizzando questo strumento pertanto sono:

Citando il lavoro di McGoldrick (1990), pos-

- > Sbloccare una visione rigida del problema. Allargando il contesto di vita del paziente nello spazio e nel tempo della sua storia familiare si può ottenere, ed aiutare il paziente ad avere, una visione sistemica (quindi più dinamica) delle cose.
- > Chiarire i modelli familiari o patterns. Collegare il comportamento sintomatico del paziente alle sue relazioni significative e al suo contesto di vita (in primis familiare) consente di dare senso al suo comportamento, al di là della disfunzionalità dello stesso. In questo modo si mette in secondo piano nella relazione col paziente e anche nell'interpretazione dei sintomi l'etichetta di malattia/inadeguatezza/erroneità che solitamente si porta dietro, e dentro, ogni paziente psichiatrico.
- > Normalizzare e prendere in considerazione diverse risposte. Ponendo il problema in una prospettiva più normativa, si diminuisce il suo impatto e lo si normalizza. Ad esempio, di fronte alle difficoltà di svincolo di un figlio unico e alla cristallizzazione delle dinamiche morfostatiche del sistema, dire alla famiglia *“che non ci si stupisce che voi abbiate difficoltà a prendere distanza da vostro figlio visto che la maggior parte dei genitori vivono questa difficoltà”* sdrammatizza già il problema. In questo modo, il nuovo racconto costruito insieme può agevolare la decentralizzazione del problema, generando un beneficio inaspettato e mostrando soluzioni finora inimmaginabili.
- > Mobilitazione mentale e fisica della famiglia. La costruzione del genogramma può essere lo stimolo per ri-pensare ad alcuni rapporti e allo stesso tempo può essere il “pretesto” per contattare e invitare in terapia membri della famiglia di cui si è parlato. Oppure può succedere che sia il paziente stesso a contattare membri della famiglia

persi di vista dall'inizio della malattia o nel periodo antecedente il ricovero.

Considerazioni sulla particolarità della pratica del genogramma in un “Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura” (SPDC)

Quello che colpisce di più nelle caratteristiche degli utenti del “Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura” è, salvo qualche eccezione, il blocco della propria storia evolutiva e l'impasse in cui si sentono coinvolti.

Questi pazienti hanno, in molti casi, perso il lavoro o la famiglia, gli agganci con amici o con i propri progetti, sulla strada della malattia mentale: una strada lastricata da ricoveri molteplici e prolungati, genitori deceduti o lontani, relazioni difficili e poco sane, che portano il soggetto ad entrare in reparto con un'identità di “individuo in panne”.

Talvolta accade anche che i pazienti più giovani, magari in carico già da alcuni anni ai servizi con una doppia diagnosi, vivano all'esterno relazioni talmente conflittuali e difficili che il reparto appare ai loro occhi come un posto isolato, protetto, in cui rifugiarsi.

Sono talvolta reticenti a parlare della loro vita privata, non sono abituati o sono spaventati dal giudizio altrui, preferiscono magari concentrarsi sulla loro individualità e sulla “singolarità non capita” della loro condizione e guardano con diffidenza chiunque cerchi di stabilire un contatto con loro. Chiedere a questi pazienti di costruire il proprio genogramma può aiutarli a prendere atto che non sono solo parte del gruppo sociale dei “malati mentali” o dei “drogati” ma anche di un ciclo familiare dove il loro o altrui comportamento può prendere un nuovo senso.

Il lavoro di storia, di riassetto delle generazioni e degli eventi accaduti risulta quindi coinvolgente e catalizzante di nuove

riflessioni per i pazienti di un SPDC, soprattutto quando questo lavoro è basato su una *“intervista per interventi”* (Tomm, 1987) in cui il terapeuta (sulla base dei principi di ipotizzazione, circolarità, neutralità e strategizing) ricostruisce la storia del paziente con domande riflessive mirate ad avere sul paziente un effetto terapeutico.

Prima e dopo il genogramma

Il genogramma è uno strumento utile e ricco di spunti di riflessione in quanto lascia spazio ad un lavoro nel tempo. Un genogramma infatti ha una data di inizio, ma difficilmente ha una data di fine, in quanto rappresenta una realtà in movimento. Riprendere in mano un genogramma è utile sia a distanza (per vedere come è cambiata la lettura del paziente della propria storia, cosa era importante prima e cosa lo è adesso, quali elementi sono cambiati, che nuovo posto hanno ecc.) sia nell'immediato del post-seduta.

In SPDC ad esempio, quanto viene costruito durante il colloquio psicologico coi pazienti (e gli infermieri, che partecipano alle sedute) viene poi ripreso e arricchito dopo la seduta, dall'equipe degli *“Argonauti”* prima, e insieme ai colleghi psichiatri, poi.

Come sappiamo, guardando una stessa mappa, diversi esploratori saranno attratti da itinerari diversi, avranno interrogativi peculiari, in base alle strade già intraprese o a quelle non battute, o conosceranno nuovi percorsi da aggiungere.

I pazienti infatti, costruiscono relazioni sia con gli infermieri, che li seguono ventiquattro ore al giorno, sia con gli psichiatri che li hanno in cura, pertanto ognuno di questi professionisti conoscerà la storia del pazien-

te a modo suo.

Il lavoro di equipe, dentro al reparto, e di rete, sul territorio, dovrebbe essere il fondamento della presa in carico istituzionale. In questa ottica uno strumento di condivisione e di riunione di diverse figure professionali può essere appunto quello della costruzione condivisa del genogramma del paziente. Riunendosi intorno ad un genogramma, si possono mettere insieme diversi punti di vista, creare nuovi spunti di lavoro per noi operatori e di riflessione con il paziente, andando ad arricchire sempre di più la nostra conoscenza del territorio.

Come già detto sopra, sappiamo bene che, essendo il genogramma soltanto uno strumento di lavoro, come tale, tutto dipende dall'uso che se ne fa. Anche il genogramma più ricco di particolari è inutile se lo si reifica.

Altrettanto vero, però, è che in buone mani, uno strumento migliore garantisce un'efficacia migliore e una buona protesi permette il recupero di un arto danneggiato, sicuramente meglio di quanto possa fare il bastone che vi abbiamo legato nel momento dell'emergenza.

Per concludere questo mio lavoro, vorrei citare una frase che Don D. Jackson (1968, pag.13) scrisse al termine del suo studio sulle regole familiari:

“Questi esempi sono ovviamente retrospettivi. Ma il nostro successo nella descrizione a posteriori della psicopatologia per mezzo dell'analisi intuitiva di esempi di interazione coniugale, ci lascia sperare che, con qualche perfezionamento, la previsione e la prevenzione dei sistemi patologici sia possibile.”

Bibliografia

- Andolfi, M., Angelo, C. (1985). *Famiglia ed individuo in una prospettiva trigerazionale*. Terapia Familiare, 19, 17-23.
- Aurilio, R. (1999). *Il genogramma nella pratica didattica*. Napoli: Cuen.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- Cardinali, F. (2003). *Il genogramma. Come rappresentare graficamente una famiglia*. Pubblicato all'interno di Andolfi, M., Cigoli, V. *La famiglia d'origine - L'incontro in psicoterapia e nella formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Cirillo, S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2011). *Il genogramma. Percorso di autoconoscenza, integrato nella formazione di base dello psicoterapeuta*. Terapia Familiare, 97, 5-28.
- De Bernart, R., Buralli B. (2001). *Il letto a sei piazze. La terapia sessuale trigerazionale di coppia*. Psicobiettivo, 21/1, 25-46.
- Gurman, A.S., Kniskern D.P. (1995). *Manuale di terapia della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri
- Korzybski, A. (1921). *Manhood of Humanity: The Science and Art of Human Engineering*. New York: E. P. Dutton & Company.
- Jackson, Don D. (1968). *Le regole familiari, tratto da Therapy, Communication and Change*. Science & Behaviour Books: Palo Alto, CA.
- Laurent, M. (2000). *La pratica del genogramma in un centro diurno. Come la storia personale e familiare dà un significato al tempo che si è fermato*. Psicobiettivo, 20/1, 89-101.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio.
- McGoldrick, M. (1990). *Génogrammes et entretien familial*. Esf: Paris.
- McGoldrick, M., Gerson F.G. (1985). *Genograms in family assessment*. Norton, N.Y: London.
- Nicolò A.M. (1988). *La famiglia come matrice del pensiero*. Terapia Familiare, 28, 5-16.
- Selvini Palzzoli, M., Boscolo, G., Cecchin G., Prata, G. (1975). *Paradosso e Controparadosso*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Selvini Palzzoli, M., Boscolo, G., Cecchin G., Prata, G. (1980). *Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*. Terapia Familiare, 7, 7-19
- Sorrentino, A.M. (2008). *Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale del paziente*. Terapia Familiare, 88, 59-91.
- Tomm, K. (1987). *Interventive Interviewing*. Family Process, 26, 3-13
- Watzlawick, P., Beavin J., Jackson, Don D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- Wetzel, N.A. (1988). *Solidarité avec les morts. Dialogues, recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 2° trimestre, 92-100.



Una riflessione sistemica: dal Corpo alla metafora

Andrea Torsello*

Sommario

La prospettiva epistemologica che muove verso la Cibernetica di Terzo Ordine, raccolta nel contributo, intende riappropriarsi delle conquiste delle neuroscienze cognitive che verificherebbero la costruzione incarnata e immaginativa dell'intersoggettività. La complessa relazione che connette il sistema/ essere vivente al contesto, determinando le immagini e i vissuti dell'individuo (famiglia, gruppi sociali, ecc.), rappresenta un'area nuova del lavoro clinico, che oggi, alla luce delle scoperte dei circuiti neurali di rispecchiamento interindividuale, pone l'urgenza di reintrodurre nella pratica psicoterapica il linguaggio analogico del corpo e delle immagini metaforiche come ponte verso il riconoscimento, anti-riduzionistico, della scienza della intersoggettività incarnata.

Parole chiave:

Corpo, neurofenomenologia, intersoggettività, enactivism, metafora, simulazione incarnata

Summary

The epistemological perspective that moves towards the Third Order Cybernetics, collected in the article, intends to regain possession of the achievements of cognitive neuroscience that occurred, the embodied and imaginative construction of intersubjectivity. The complex relationship that connects the system / human being to context, resulting in images and experiences of the individual (family), represents a new area of clinical work, that today, in the light of the findings of the centers of inter-reflection, puts urgent need to reintroduce into psychotherapeutic practice the language of the body and metaphorical images of the body as a bridge to the recognition, anti-reductionist science of embodied inter-subjectivity.

Key words:

Body, neurophenomenology, intersubjectivity, enactivism, metaphor, embodied simulation

* I anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

“Esiste, dunque, una legge che distribuisce la materia nello spazio, ad una altezza che è inversamente proporzionale alla sua densità. Pertanto, nel sistema solare, i pianeti più vicini al Sole, vale a dire Mercurio e Venere, saranno più densi di quelli più lontani, cioè Giove e di Saturno. La Terra, insieme a Marte, si troverà, rispetto agli altri, in una condizione media di densità. Di qui le conclusioni etiche, se si ha presente che le capacità intellettuali, e quindi etiche, di un essere crescono col diminuire della gravità della sua macchina corporea [...]”

Augusto Guerra, 1980, “Introduzione a Kant”



LA PREMESSA FENOMENOLOGICA

Recuperare il linguaggio fenomenologico delle parole, colte nella loro significazione di creature viventi, e contestualmente recuperare la dimensione semantica e vivente del corpo, significa dilatare la comprensione delle situazioni psicologiche e umane delle diverse forme di sofferenza psichica. Ma significa, anche, riflettere sulla radicale e decisiva importanza conoscitiva e terapeutica delle parole, dei gesti, dei modi espressivi, del corpo con cui ci si rivolge ai pazienti: lacerati, soventemente, da parole e da gesti improvvisati, non articolati nel silenzio e nel raccoglimento del cuore, dell'emozione. Non c'è solo il linguaggio delle parole, allora,

ma c'è anche il linguaggio del corpo all'interno dell'esistenza sia sana che malata; ed è a partire da questo substrato fondante e fondamentale che prende forma il presente lavoro. La riflessione nasce sulla scorta del contributo fenomenologico e relazionale che ha riconosciuto una radicale importanza alla coscienza intenzionale, all'intersoggettività, ma anche al tempo e allo spazio vissuti nell'esperienza del corpo, inteso nella sua dimensione vivente e non meramente nella qualità fisica.

Il tema del corpo è abitualmente escluso dal discorso clinico e dalla psichiatria, e, ancora troppo spesso, dalla psicoterapia, delegando l'argomento alla sola categoria di malattie di competenza medica, vincolando la nozione di corpo a quella di corpo-cosa, di corpo oggetto, di corpo-Körper, escludendone ogni salienza interpersonale, soggettiva e significativa. In altre parole, è necessario, ai fini di una adeguata epistemologia e di una buona clinica, riappropriarsi del corpo-Leib (dal tedesco *leben*, “vivere”), del corpo che è sorgente infinita di rimandi, e che è liaison tra noi e il mondo, scrigno di emozioni troppo preziose per essere espresse a parole (Husserl, 1960). Se l'esperienza che noi facciamo non è che un modo di incontrare di volta in volta il mondo e gli altri, il corpo proprio corrisponde alle diverse modalità attraverso le quali accediamo sia all'uno che agli altri. L'essere incarnati corrisponde al come ci si avverte di volta in volta situati e, contemporaneamente, a come appare il mondo. È proprio attraverso le diverse maniere in cui incontra il mondo e l'altro che l'ipseità svela ciò che è significativo e scopre contemporaneamente una propria modalità di essere. Questa riflessione modifica radicalmente anche la concezione del corpo. L'uomo che si rapporta alle cose o ai propri simili mediante

il suo corpo non realizza soltanto un contatto fisico, ma si muove all'interno di una relazione più profonda, una relazione originaria che lo lega ad essi in modo indissolubile già da sempre. Non è che ci sia da una parte l'uomo come corpo fisico isolato da tutto il resto e poi lo stesso uomo che, in un secondo momento, incontra la realtà, entra con essa in relazione. L'uomo è preso sin dal primo momento in questa relazione con il tutto, relazione che non è puro e semplice contatto fisico, ma apertura di senso rispetto a cui soggetto e oggetto, individuo e realtà, io e mondo non sono enti che si contrappongono, che si fronteggiano come qualcosa di autonomo e di definito una volta per tutte, ma rimandano l'uno all'altro nei termini di un reciproco coinvolgimento o di quella che lo stesso Husserl (1960) chiamerebbe una "polarità": il corpo è in un certo senso il "luogo" a suo modo inconcluso, indefinito, dove accade incessantemente il diventare mondo dell'io e il diventare io del mondo. A raccogliere i frutti di queste riflessioni maturate nell'ambito della fenomenologia che, in realtà meriterebbero da parte nostra ulteriori approfondimenti che qui però non posso trovare spazio, è stato senz'altro uno dei più grandi psicopatologi del Novecento, Ludwig Binswanger, al quale si devono ulteriori intuizioni a proposito della questione del corpo. Lo psichiatra svizzero si rifà tanto alle indagini fenomenologiche husserliane, quanto a quelle ontologiche heideggeriane e considera il corpo nella sua relazione indissolubile con ciò che abbiamo chiamato il suo mondo. Pertanto, a detta di Binswanger (1989), bisogna tener sempre presente non solo che l'uomo possiede un corpo dotato di determinate caratteristiche fisiologiche, caratterizzato da particolari capacità o deficit, ma che ogni uomo è primariamente il

suo corpo, e che questo non costituisce un suo attributo né una dotazione di cui si possa semplicemente "disporre" come si fa con un qualsiasi oggetto, con un utensile cioè alla nostra portata. Ed è soprattutto nell'ambito della patologia che il modo di essere corpo, il modo di vivere la propria corporeità diventano estremamente importanti e richiedono un loro approccio specifico. In tal misura, afferma Binswanger, ogni psicoterapia autentica non può che mirare primariamente all'appacificamento dell'uomo con se stesso, ma anche a quello dell'uomo con il mondo, poiché la salute del corpo non è concepibile al di fuori di uno stato di armonia, di fiducia e di amicizia con ciò che ci circonda.

L'ultima considerazione ci introduce ad un'altra importante concezione del corpo, elaborata questa volta dallo psichiatra di origine russa Eugène Minkowski, anch'egli tra i più rappresentativi psicopatologi del secolo scorso. A lui si deve il merito di aver riconosciuto, innanzitutto, che il corpo vivente non solo è caratterizzato da una sua trascendenza, ma che gli appartiene anche un modo tutto suo di vivere lo spazio ed il tempo. Diversamente da quanto sostiene la fisica, Minkowski (2004) ritiene che per la comprensione dei vissuti psicologici valga esclusivamente la comprensione di quelli che egli chiama lo "spazio vissuto" e il "tempo vissuto", in virtù dei quali il corpo si rapporta alle cose in una modalità differente da quella stabilita dagli strumenti convenzionali di misura di queste due dimensioni. A determinare la percezione dello spazio, infatti, non sarebbero tanto i recettori con cui il mio corpo scruta, indaga e misura l'ambiente circostante, quanto il mio particolarissimo modo di vivere, di desiderare, di patire ciò che è vicino o lontano in un senso che non è più banalmente geometrico, ma che riguar-

da la mia corporeità vivente, la quale possiede un modo suo proprio di vivere la distanza dalle cose a seconda della natura e del grado di coinvolgimento emotivo, affettivo, intellettuale che caratterizza ogni esperienza esistenziale. Lo spazio vissuto è dunque uno spazio qualitativo entro il quale la vicinanza o la lontananza delle cose dipende dal nostro modo di essere, dalla nostra relazione con esse, relazione che può essere di attrazione o di repulsione, di accettazione o di rifiuto, di amore o di odio, uno spazio che per questo si può dire intonato, accordato a seconda di quelle che sono le nostre “tonalità emotive” (Stimmungen) . Stessa cosa dicasi per il tempo, che non esprime una misurazione fisica oggettiva ed imparziale, ma viene considerato come il modo soggettivo in cui ognuno vive i momenti della propria vita. Il tempo vissuto non misura quanti giri compie una lancetta sul quadrante di un orologio ma, se proprio vogliamo dir così, a che velocità o lentezza queste si muovono e in quale direzione, girando in avanti o persino al contrario, a seconda di come e quanto siamo coinvolti in una data esperienza. Il tempo vissuto, come già Agostino aveva intuito, lungi dall'essere una forma esatta di misurazione, risente piuttosto del nostro stato d'animo, dei vissuti della nostra coscienza, la quale non conta semplicemente lo scorrere del tempo ma fondamentalmente lo vive, intessuta e attraversata da ricordi, da attese, da nostalgie, da ansie che costituiscono, per così dire, la “materia” di cui è fatta la nostra anima. Per Minkowski (2004), inoltre, il corpo non va considerato come un oggetto isolabile dal contesto entro cui vive, ma deve essere iscritto in una vera e propria *mente relazionale*, in un'immagine che accolga e connetta, in una *metafora* che accolga sanità e patologia.

IL SISTEMA E IL CONTESTO

Il genotipo determina quale sarà il corpo di ogni essere vivente; o meglio determina le caratteristiche fisiche potenziali, perché quelle effettive dipendono dall'interazione fra le caratteristiche potenziali e l'ambiente in cui l'individuo è immerso. Un animale può per esempio avere un determinato potenziale di sviluppo corporeo, ma se non si nutre in modo adeguato, o se una malattia lo indebolisce, tale potenziale non verrà mai raggiunto. La struttura fisica vincola il modo in cui gli esseri viventi si muovono nel mondo, che è solo in apparenza uguale per tutti loro. Noi siamo antropocentrati, e abbiamo l'illusione cognitiva che tutti gli altri animali percepiscano l'ambiente come lo percepiamo noi, ma questa è appunto solo un'illusione. È sufficiente immaginare come deve apparire il mondo a un tonno (che nuota come noi non potremo mai, vive sempre sott'acqua seguendo le correnti), a un'oca selvatica (che vola orientandosi in base al magnetismo terrestre), a un pipistrello (cieco e con un sonar incorporato), a un lupo (con un olfatto, un udito e una vista sovrasviluppati rispetto ai nostri), e così via per qualunque animale che per sopravvivere ha inevitabilmente selezionato capacità aliene comunque inarrivabili per gli esseri umani.

Il nostro corpo ci fa quindi percepire il mondo e gli altri esseri viventi (compresi naturalmente gli uomini) in un modo che è caratteristico della nostra specie. La nostra comprensione del mondo dipende e discende da come è fatto il nostro corpo, dai nostri organi sensoriali e motori. All'interno della specie, ciascun singolo individuo possiede un pool genetico specifico che lo differenzia rispetto a tutti gli altri conspecifici. Ognuno di noi è così vincolato da una serie di caratteristiche fisiche uniche, all'interno di quelle ammissi-

bili per un *Homo sapiens sapiens*. La cognizione è incarnata, nel senso che gli aspetti materiali dei corpi degli agenti sono assunti come significativi per lo stesso funzionamento dei processi mentali (Clark, 1997). Diventa così fondamentale il radicamento nell'esperienza corporea, l'intreccio con l'azione. La connessione con il mondo fisico e sociale. Il senso di ogni azione umana si trova all'interno di una cornice partecipativa condivisa con gli altri appartenenti al proprio gruppo sociale (Carassa, 2000). Una particolarità della nostra specie, unica nel mondo animale, è poi cruciale per il mio discorso: il fatto che i piccoli non siano in grado di badare a sé stessi per molti anni dopo la nascita, praticamente fino alla fanciullezza. Dover accudire i figli per almeno una decina d'anni ha plasmato la nostra struttura sociale, rendendola molto attenta non solo alla protezione, ma soprattutto all'educazione dei piccoli.

E in effetti un bambino sa fare solo una cosa, sia pure in modo straordinario: imparare. Il cervello umano conserva la sua plasticità fino all'adolescenza, garantendo al suo possessore una strepitosa potenza d'apprendimento, che viene meno quando, raggiunta la maturità sessuale, il giovane deve smettere di dipendere dagli altri per la propria sopravvivenza e deve cominciare a cavarsela da solo, mettendo a frutto ciò che gli è stato insegnato, a beneficio della propria progenie e del sistema cui partecipa. In questo lunghissimo apprendistato le caratteristiche genetiche dell'individuo si mescolano indissolubilmente con le opportunità che gli sono offerte dall'ambiente sociale. Le potenzialità intellettuali alla nascita, la forza bruta del cervello, vanno coltivate da istruttori affettuosi, intelligenti, e disponibili a insegnare tanto quanto il piccolo è predisposto geneticamente a imparare (Tommasello, 1999).

L'unica e personale combinazione di elementi genetici, sociali ed esperienziali determina sia la struttura di base dell'individuo sia le sue potenzialità di cambiamento. La struttura così determinata non vincola solo il modo in cui la persona interagisce con il mondo e con gli altri, ma dà anche i limiti del cambiamento che il soggetto è in grado di realizzare senza "frantumarsi" (Bara, 2007). L'individuo si trova, pertanto, a vivere il proprio "vissuto" in un ambiente fisico e sociale, fin da subito. La tesi dei neurofisiologi H. Maturana e F. Varela (1980) propone la definizione di essere vivente a partire dalle relazioni che devono aver luogo perché questo esista come unità; l'insieme di tali relazioni viene definito *organizzazione*. In altre parole la definizione di un sistema passa attraverso la descrizione della particolare organizzazione che lo caratterizza, e tale organizzazione è definita dalle relazioni tra le sue componenti. Questo discorso appare particolarmente rilevante quando l'oggetto di studio è un essere vivente, o una famiglia, che dir si voglia; poiché negli esseri viventi gli unici prodotti della loro organizzazione sono loro stessi. Gli esseri viventi si producono continuamente da soli, si costituiscono mediante la loro stessa dinamica in modo tale che produttore e prodotto sono inseparabili: è questo quello che oggi s'intende per organizzazione autopoietica. Premessa fondamentale a tale concetto nell'ambito dell'approccio sistemico integrato, mutuato dai contributi di Maturana e Varela (1972; 1980; 1987) è il dinamismo e la circolarità del rapporto sistema-ambiente: non è l'ambiente che determina la struttura del sistema, ma piuttosto il sistema stesso che, tra gli stimoli che provengono dall'ambiente, seleziona quelli rilevanti per sé e, tra questi, quelli compatibili con la propria organizzazione, e quelli non compatibili. Tale rivo-

luzione di paradigma è strettamente attinente al cambiamento. Infatti l'ambiente veniva considerato, nella accezione tradizionale basata su uno schema input-output, come origine e causa del cambiamento del sistema e il processo di cambiamento veniva visto come una risposta alle mutate caratteristiche dell'ambiente. In questa impostazione, invece, il cambiamento del sistema è guidato dal sistema stesso, che seleziona gli stimoli significativi tra gli innumerevoli messi a disposizione dal contesto, dà un particolare significato a tali stimoli (entrambe le operazioni sono funzionali all'insieme di significati interni al sistema), e infine in vista della conservazione della sua organizzazione (morfofasi) determina la direzione dei propri cambiamenti strutturali (*morfogenes*).

IN PROFONDITÀ NELL'ANALOGICO

Abbandonare la banchina del linguaggio digitale significa affrancarsi da una reificazione del momento epistemologico, nonché psicoterapico, e ammettere, con Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (2003), come “[...] il più grande ostacolo nell'approccio alla famiglia, soprattutto alla famiglia a transazione schizofrenica, è dentro di noi. Tale ostacolo consiste nel nostro proprio, e inevitabile, condizionamento linguistico”. Tutti debitori, di Gregory Bateson (1972) e dei suoi saggi.

La forte salienza operativa del linguaggio analogico sta nella stretta connessione con il livello esperienziale e mitico dell'individuo e della famiglia, quindi con gli aspetti più inconsapevoli, non verbalizzabili ed emotivi, interni al sistema. Inoltre, sotto il profilo psicologico il linguaggio analogico e metaforico, si avvicina al piano affettivo, in larga misura inconsapevole, degli individui, e ha il vantaggio di “evocare” il mito, senza esplici-

tarlo, aprendo spazi perché possa emergere in maniera più libera e creativa.

DALLA SCULTURA FAMILIARE ALL'ENACTIVISMO

Fu Virginia Satir (1972) a proporre, nell'ambito psicoterapico, l'utilizzo di una tecnica che permettesse un'analisi della famiglia tramite indici corporei e immaginativi: la *scultura familiare*, così definita dall'Autrice, fornisce una elaborazione rappresentazionale, spaziale e visiva, dell'identità della famiglia. La composizione dei corpi nello spazio, l'espressione delle fisionomie e delle posture, le traiettorie degli sguardi associati a qualunque altro atto prossemico, definiscono l'affresco della famiglia e un riscontro significativo delle relazioni interne ad essa.

In altre parole, la Satir ritiene che la scultura familiare possa evidenziare una attualizzazione analogica dei normali comportamenti agiti all'interno del contesto familiare. Inoltre, al momento più squisitamente corporeo può seguire la narrazione verbale sulle proprie percezioni ed emozioni di ciascun membro del sistema familiare circa questa nuova modalità di relazione. La scultura viene così a mettere a disposizione della famiglia nuove informazioni che potranno favorire un cambiamento e una ridefinizione e una riorganizzazione interna al sistema attraverso lo svelamento di immagini internalizzate della famiglia (spesso definite *miti*), in aggiunta alla prossimità e alla qualità delle relazioni nello spazio transazionale del “come se” (fosse realmente vissuto).

Nelle numerose evoluzioni di tale strategia terapeutica, una importante introduzione è quella di *tempo familiare* (Antolfi et Angelo, 1987; Onnis, 1990). Il metodo adottato prevalentemente da Luigi Onnis prevede la messa in scena, da parte di ciascun membro del siste-

ma familiare, di tre fasi temporali: la scultura del presente, la scultura familiare in tre distinte fasi: presente, futuro e passato. Attraverso l'osservazione, anche video registrata, il terapeuta può acquisire una visione comparativa delle diverse sculture della famiglia con l'obiettivo di individuare il potenziale evolutivo del sistema con le relative difficoltà, e di ri-collocamento del sintomo nel suo valore *simbolico e metaforico*. Queste concettualizzazioni si coniugano, a mio avviso, estremamente con le premesse e le metodologie adottate, pressappoco negli stessi anni, da un'altra personalità di spicco nel mondo della terapia sistemica in merito alla famiglia. Numerosi contributi sono stati offerti dallo psicologo sudamericano Salvador Minuchin che sviluppò una tecnica analogica-verbale nel lavoro terapeutico con famiglie provenienti da contesti di vita meno abbienti: famiglie che presentavano un basso livello socio-economico, che Minuchin descrisse come "poco verbalizzanti", in cui, pertanto, risultò pregnante un fare clinico che si basasse su canali prevalentemente analogici, gestuali, agiti. Ovvero strutturato intorno al costrutto di Enactment, maldestramente traducibile con "messa in atto". L'*Enactment* è una tecnica con la quale il terapeuta chiede alla famiglia di "danzare" in propria presenza. Il terapeuta costruisce uno scenario interpersonale durante la seduta, nel quale vengono messe in scena le interazioni disfunzionali dei membri della famiglia. L'interazione avviene nel contesto della seduta, nel presente ed in relazione al terapeuta. Mentre facilita l'interazione, il terapeuta può osservare i segnali verbali e non verbali dei membri della famiglia e monitorare la gamma delle interazioni tollerabili. Il terapeuta può intervenire nel processo aumentandone l'intensità, prolungando il tempo dell'interazione, coinvol-

gendo altri membri della famiglia, indicando interazioni alternative ed introducendo prove sperimentali che possano dare informazioni sulla natura del problema, sia al terapeuta, sia alla famiglia; facendo leva, preminentemente, sulla flessibilità delle interazioni familiari nella ricerca delle soluzioni e sulla possibilità di modalità alternative per affrontare il "quadro"(terapeutico). Nel momento in cui la famiglia si presenta al terapeuta, ha già identificato il paziente designato, il problema e la modalità con cui gli altri membri della famiglia sono toccati. I primi tentativi, che i membri della famiglia attuano per trovare soluzioni da soli, tendono a concentrare l'attenzione sul "problema" così che altri aspetti fondamentali delle interazioni familiari vengano trascurate. Nelle fasi iniziali della terapia, il terapeuta risconterà, quindi, una difficoltà nel reperire le informazioni che la famiglia reputa irrilevanti o di cui addirittura non dispone. Una terapia basata solo sull'osservazione, in cui il terapeuta si pone come distaccato dalla famiglia per il timore di distorcere la realtà, porta in molti casi ad ottenere informazioni approssimative e di poca utilità.

Utilizzando la tecnica dell'enactment, invece, il terapeuta mette in luce le interazioni disfunzionali della famiglia, rendendo manifesta la struttura della famiglia stessa e le regole che la governano. I problemi e le soluzioni possibili divengono, così, disponibili nel presente ed in relazione con il terapeuta. Durante la simulazione dell'interazione, le regole di comportamento della famiglia si presentano con la stessa intensità che hanno nel contesto quotidiano; tuttavia, durante la seduta, il terapeuta tiene sotto controllo la situazione e può intervenire mettendo alla prova le regole del sistema familiare, coalizzandosi a favore o contro alcuni membri. Il terapeuta può anche controllare la dimensione temporale:

può decidere di prolungare un'interazione o bloccare il tentativo, da parte di un membro della famiglia, di accorciare l'enactment. Durante la seduta, il terapeuta può tentare di modificare le coalizioni tra i membri, testando la flessibilità del sistema. L'enactment può essere attuato da un terapeuta che si senta a proprio agio nel coinvolgere persone le cui risposte non siano prevedibili. Egli deve, non solo aiutare a decodificare informazioni, ma anche a crearne di nuove stimolando la famiglia. I vantaggi dell'enactment sono molteplici: oltre al miglioramento della qualità e della quantità delle informazioni fornite, il primo è la formazione del sistema terapeutico, per l'instaurarsi a breve termine di una relazione tra il terapeuta e la famiglia. Quando la famiglia mette in scena la propria danza, il terapeuta non deve essere solo un osservatore, ma egli stesso diviene musicista e ballerino (Minuchin et Fishman, 1981). Secondo vantaggio è che, se inizialmente viene identificato il paziente designato, intorno al quale gli altri membri si pongono come coloro che aiutano, durante l'enactment ognuno viene coinvolto nella danza allo stesso modo e il focus si sposta dal paziente alla situazione disfunzionale. Ulteriore vantaggio di questa tecnica è il fatto che venga sperimentata un'esperienza concreta: ciò può aiutare notevolmente quando si lavora con famiglie con bambini e con famiglie che hanno un contesto culturale differente dal terapeuta. L'uso di direttive terapeutiche, di metafore e di un linguaggio concreto permette di andare oltre i confini culturali e d'età. Infine, l'enactment può agevolare il distacco del terapeuta: se la famiglia tenta di manipolarlo, questi può proporre un enactment tra i soli membri della famiglia. Minuchin (1981) descrive l'Enactment come una danza in tre movimenti.

Nel primo movimento il terapeuta osserva un'interazione spontanea e mette in luce le disfunzionalità. Nel secondo movimento, il terapeuta crea uno scenario ed una interazione disfunzionale viene messa in atto. Infine, il terzo movimento, prevede che il terapeuta fornisca delle soluzioni alternative che possano ricondurre il sistema in una nuova armonia. Nonostante la posizione epistemologica che è sfondo di premesse che raramente sono state accostate, la posizione di Minuchin e coll. (1981) appare intersecabile, a mio avviso, con l'evoluzione della *seconda cibernetica* e di *autopoiesis* proposta a inizio anni novanta dall'eccentrico Francisco Varela, il quale muove, a partire dalle conquiste della neuropsicologia e dalla neurofisiologia, proiettando la riflessione epistemica e tecnico-applicativa nei meandri dell'analogico, nel recupero delle riflessioni fenomenologiche, trascendendole con il concetto di *embodied mind*, ovvero di "conoscenza/mente incorporata" e di *Enactivism*. Quest'ultima suggestione credo indirizzi il contributo nella Via regia verso una nuova intersoggettività che dona maggiore dignità, nonché preminenza, agli aspetti analogici (senso-motori) dell'individuo, creando una imprescindibile liaison con i recenti contributi delle neuroscienze cognitive sui neuroni specchio e l'empatia. Secondo Varela (1991), la caratterizzazione saliente "*dell'autonomia è che ad ogni istante un sistema vivente trova la propria strada verso quello successivo mediante l'appropriata messa in atto delle sue risorse*". Gli eventi che ciascun sistema si trova a vivere si susseguono in un dinamico divenire causando momenti di *deiezione*, ovvero stati temporanei di riorganizzazione dell'individuo innanzi a particolari esperienze, familiari, ma anche e soprattutto, nuove e relativamente sconosciute. Questi momenti di immediato

fronteggiamento e riorganizzazione Varela li definisce *Breakdown*, identificati come *i cardini che articolano i micro-mondi, che costituiscono la sorgente del lato autonomo e creativo della cognizione vivente* e le transizioni durante le quali si realizza la nascita del concreto.

Gli aspetti precisi su cui si articola l'analisi di Varela intorno al macrocostrutto di *Enactivism*, sono due:

- la cognizione dipende dai tipi di esperienza che derivano dall'aver un corpo con varie capacità sensomotorie;
- queste capacità senso-motorie individuali sono esse stesse incastonate in un contesto culturale e biologico più ampio.

Appare evidente la specificazione dell'autore di come i processi sensori e motori, percezione e azione, sono fundamentalmente inseparabili nel vissuto della cognizione, e non soltanto collegati contingentemente come coppie input /output, rispetto alla tradizione psicologica precedente. In altre parole, l'approccio enattivo sottolinea l'importanza di due punti tra loro collegati:

- a) la percezione è formata da azioni guidate percettivamente;
- b) le strutture cognitive emergono da schemi senso motori ricorrenti che rendono l'azione in grado di essere guidata percettivamente.

Ulteriormente, l'approccio enattivo si propone lo studio di come *"il sistema percipiente guida le sue azioni in situazioni locali. Queste situazioni locali cambiano costantemente come risultato della sua attività"* (Varela, 1991). È questa struttura - la realtà *emodied* del percipiente - piuttosto che qualche mondo dato a priori, che determina come l'agente cognitivo può agire ed essere modulato dagli eventi ambientali. Così l'incipit fondamentale di un approccio enatti-

vo alla percezione non è quella di stabilire come riconoscere un qualche mondo che non dipende dal percipiente, bensì quella di identificare i principi invarianti o le connessioni appropriate fra sistemi sensori e motori che definiscono come l'azione può essere *guidata percettivamente* in un contesto che *dipende dal percipiente*.

Questo fattore centrale nella visione enattiva si pone in contrapposizione al punto di vista comunemente accettato, secondo il quale la percezione è sostanzialmente una registrazione di informazioni ambientali esistenti al fine di ri-costruire una parte della realtà del mondo fisico.

La realtà nell'approccio enattivo non è reificata e preesistente: essa dipende dal percipiente in quanto è un mondo rilevante e inseparabile da ciò che è la struttura del percipiente.

Piaget rappresenta un punto di riferimento rispetto a questa idea di fondo, che costituisce infatti il vero nucleo del programma di ricerca piagetiano. Essa viene approfondita in vari lavori recenti, specialmente da George Lakoff e Mark Johnson (1998). Presenteremo questo tema delle strutture cognitive incorporate con particolare riferimento al loro lavoro. Ancora una volta dobbiamo uscire dall'astratto per enfatizzare un approccio empirico alla cognizione. Come dice Lakoff (1998), la tesi centrale del loro approccio è che due sono le direttrici delle strutture concettuali significative:

- (1) la natura strutturata dell'esperienza corporea;
- (2) la nostra capacità immaginativa di compiere proiezioni verso strutture concettuali a partire da certi aspetti ben strutturati dell'esperienza corporea e interattiva.

L'idea alla base è che le strutture incorporate (senso-motorie) siano la *sostanza dell'esper-*

rienza, e che le strutture esperienziali «causino» la comprensione concettuale e il pensiero razionale. Affermando che percezione e azione sono incorporate in processi senso-motori autorganizzanti, è plausibile, con Varela, presupporre che le strutture cognitive emergano da schemi ricorrenti di attività senso-motoria. In altre parole, non è l'esperienza a stabilire rigidamente le strutture concettuali e le modalità di pensiero; al contrario, l'esperienza è potenza per entrambi i processi e limita la comprensione concettuale per tutti i vari domini cognitivi. Anche le strutture cognitive «superiori» emergono dagli schemi ricorrenti di azioni guidate percettivamente. *“Pertanto la cognizione non è formata da rappresentazioni bensì da azioni incorporate. Allo stesso modo, possiamo dire che il mondo che noi, conosciamo non è pre-definito; esso è piuttosto enaziionato attraverso la nostra storia, di accoppiamento strutturale, e i cardini temporali che articolano l'enazione sono radicati nel numero di micro mondi alternativi attivati in ogni situazione. Queste alternative sono la fonte sia del senso comune che della creatività nella cognizione”* (Varela, 1999).

È perciò la ricerca odierna multidisciplinare sulla comprensione della comprensione (epistemologica, clinica, emotiva, ecc.) a mostrare *“la direzione che possiamo considerare post-cartesiana, nella quale la conoscenza appare sempre più come costruita a partire da piccoli domini, i micro-mondi e le microidentità. Tali basilari modalità di prontezza all'azione variano in tutto il regno animale. Ma ciò che tutti gli esseri cognitivi viventi sembrano avere in comune è che la conoscenza è sempre un know-how modellato sulle basi del concreto; ciò che chiamiamo il generale e l'astratto sono aggregati di prontezza all'azione”* (Varela, 1999).

In altre parole in una letteratura sempre più variegata e multidisciplinare si sta prendendo coscienza del semplice fatto che l'esserci, in un confronto immediato, è lontano dall'essere soltanto questione di “riflessi”. La capacità di confronto immediato risulta in contrapposizione rispetto alla riflessione e all'analisi, il cui ruolo e importanza tuttavia non intendo negare completamente. L'importante è vederle nei loro ruoli distinti e nella rilevanza rispettiva. È nei momenti del breakdown, termine che Varela utilizza per definire i passaggi tra un micro mondo (relazionale, corporeo, senso motorio, ecc.) e l'altro, (poco familiare o perfino sconosciuto, che sia) che l'individuo ontologicamente si trova ad attraversare nella sua danza vitale, nel suo accoppiamento strutturale. In altre parole, è quando non siamo esperti del nostro micro-mondo (breakdown), *“che riflettiamo e analizziamo, cioè diventiamo come dei principianti che cercano di arrivare a svolgere con disinvoltura il compito del momento”*. (Varela, 1999). La tesi che qui tratteggiamo mira pertanto a consolidare l'idea che la vita dei sistemi complessi come l'individuo, la famiglia, ecc., dipenda in larga misura dagli aspetti senso motori di confronto immediato con l'ambiente, evidenziano la preminenza della realtà incarnata dello sviluppo *(inter)soggettivo*. La narrazione incarnata fin qui esposta, visti i chiari riferimenti alla componente percettivo-immaginativa, qualificazione analogica dell'esperienza, porta alla necessità di provare ad intrecciare le due grandi componenti del mondo esperienziale (relazionale) umano che tendono a convergere: il corpo da una parte, l'immaginario dall'altra.

IL “SIMBOLISMO SISTEMICO” NELLA METAFORA

Nei numerosi contesti che il terapeuta attraversa nel suo lavoro clinico è possibile acco-

stare le postulazioni fin qui proposte, ma raramente tali configurazioni epistemologiche e operative, trovano una significazione tanto marcata come nell'utilizzo di Metafore nella prassi psicologica e psicoterapeutica. Tale considerazione sorge alla luce dell'empirica validazione delle metodologie analogico-immaginative nel lavoro psicosomatico ed emotivo e nel loro stretto rapporto di interdipendenza con *l'esperienza incarnata* dell'individuo. Da ciò la Metafora come simulacro delle esperienze di confronto immediato con l'ambiente a cui l'individuo, così come il sistema famiglia, è sottoposto costantemente. La Metafora rappresenta lo specchio che riflette l'immagine di sé, della vita, degli altri; tali immagini possono diventare una chiave per il cambiamento individuale, nonché familiare. La Metafora è l'immaginazione creativa nella scienza e nella psicoterapia. Chi crea le metafore (attraverso l'analisi cognitiva di diverse componenti e l'attuazione di vari comportamenti) trae dalla sua immaginazione creativa un'immagine che assomiglia ad una struttura di pensiero presente in una specifica situazione a cui l'immagine metaforica si riferisce. Poiché la conoscenza immaginifica ha un ruolo centrale anche nel linguaggio metaforico e nella conoscenza metaforica, gli interventi clinici basati sulle metafore sono particolarmente indicati nell'obiettivo terapeutico di creare nuove strutture e connessioni (Lakoff, 1998). Rifiutando la corrispondenza lineare che implica una relazione logica "se... allora", Socrate esaltò la corrispondenza "non lineare", successivamente rappresentata dall'analogia in quattro aspetti di Kant "(a) sta a (b) come (c) sta a (d)", tendendo non ad una rassomiglianza tra due, ma a una verosimiglianza tra due relazioni riferite a cose decisamente dissimili. L'aspetto significativo della metafo-

ra si situa nel potenziale di novità e di cambiamento a partire dal linguaggio analogico-immaginativo e. in seconda battuta, verbale; scandagliare e riformulare le immagini metaforiche di una persona può essere fonte di ridefinizioni e cambiamenti all'interno del contesto psicoterapico, ma non solo.

Minuchin (1976) introduce le metafore per identificare la realtà strutturata metaforicamente dalla famiglia. Secondo Minuchin la famiglia costruisce la sua realtà attuale ed è compito del terapeuta selezionare "dalla cultura stessa della famiglia" le metafore che simbolizzano la sua realtà specifica e usarle, cautamente, come un'euristica che indica la realtà familiare e suggerisce la direzione del cambiamento. L'ipotesi che la struttura metaforica della realtà intrapersonale e interpersonale possa essere reciproca si basa sull'analogia che la famiglia è come un ologramma (*olismo* in questo caso significa: "il tutto è codificato in ognuna delle parti, e ognuna delle parti può generare il tutto" è traducibile in "la struttura metaforica della realtà familiare è nella struttura metaforica della realtà individuale, e la realtà metaforica di ogni individuo è nella struttura metaforica della realtà familiare"). Minuchin, definisce "holon" l'individuo, il nucleo familiare, la famiglia estesa e la comunità affermando che ogni holon è sia un tutto che una parte. Haley e Madanes (1981) sostengono che l'essenza dell'interscambio tra i membri di una famiglia sta proprio nelle caratteristiche metaforiche che si contrappongono a quelle logiche della comunicazione. Haley (1985) pone in contrasto la comunicazione metaforica rispetto a quella logica; per lui la comunicazione metaforica è analogica. Madanes (1987) afferma che ogni comportamento può essere o analogico o metaforico: è analogico quando assomiglia ad un altro comportamento per

certi aspetti; è metaforico quando simbolizza o è usato al posto di un altro comportamento. Per Bateson (1976) la metafora è il principio con cui l'intera struttura degli esseri viventi è messa insieme. La metafora è una struttura che connette, una struttura che caratterizza l'evoluzione di tutti gli esseri viventi. Per Watzlawick (1978) le metafore sono forme espressive che agiscono principalmente a livello analogico, aggirando le razionalizzazioni difensive dei pazienti ed attivando in funzione terapeutica la sfera intuitiva ed emotiva della personalità. Pertanto, risultano essenziali alcune concettualizzazioni del linguaggio proprio della metafora: i simboli, le immagini mentali tendono a stabilire un clima emotivo fluido ed intenso che facilita il cambiamento terapeutico (Boscolo, Bertrando, Fiocco, Palvarini et Perreira, 1992) e riconnette armonicamente l'individuo al mondo relazionale in cui è inserito.

CONCLUSIONI (INCIPIT)

Accennare a una chiusura della riflessione fin qui condotta sarebbe quanto mai sgarbato. Sgarbo rivolto soprattutto alle neuroscienze cognitive che, con le imponenti quantità di rilevanze empiriche, starebbero ponendo nuova luce sul concetto di *simulazione incarnata* (Rizzolatti et al., 2000; 2001; Gallese, 2000; 2001; Rizzolatti et al., 2000; 2001; 2003). Tale costrutto racchiude al suo interno ampiamente quanto si è andato affermando circa la consapevolezza di un *corpo* immerso in routines relazionali, dotate di significato, in cui apprendere modelli interattivi volti a predire particolari scopi, inferire

specifiche conoscenze, determinate emozioni e poterle condividere. Tale conoscenza si fonda su uno spazio "noi centrico", codificato da comuni sostrati corticali sensorimotori, che promuoverebbe la necessità di una differente intersoggettività, di una rinnovata consapevolezza circa l'esistenza di una cornice di base delle nostre relazioni interpersonali in cui è possibile prescindere da un atteggiamento/comportamento, come definito da Gallese (2003), "proposizionale". Tale cornice consiste dei processi di simulazione incarnata, di immaginazione motoria, mediante i quali è possibile ingenerare uno spazio interpersonale condiviso e comprensibile. Tale spazio non si esaurirebbe nella sfera dell'azione ma abbraccerebbe una dimensione globale dell'individuo, della famiglia, del gruppo, così come della relazione psicoterapica. Osservatore e osservato sono parti di un sistema più complesso, dinamico, sottoposto a regole di reversibilità dove la relazione incarnata può stabilire *liaisons* interpersonali dotate di significato e generatrici di nuove conoscenze sia sul funzionamento dell'altro che del proprio, internamente a uno spazio identitario "noi-centrico", quanto mai *incarnato*.

A questo punto però si solleva una domanda: questa integrazione epistemologica potrebbe fornire una nuova semantica nella pratica clinica? Un salto di livello verso una comprensione accresciuta di sé nell'incontro con l'altro? Sarebbe forse un nuovo e determinante passo verso una *Cibernetica di terz'ordine*? Di sicuro questo può essere l'inizio di una ulteriore riflessione

Bibliografia

- Andolfi M., Angelo C., (1987). *Tempo e mito nella Psicoterapia della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B., (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bateson, G., (1976). *Verso un'ecologia della Mente*, trad. ital. Milano: Adelphi.
- Bianciardi, M. Galvez Sanchez, (2012). *Psicoterapia come etica*, Antigone Edizioni: Torino,.
- Binswanger, L., (1989). *Sulla psicoterapia*, in *Per un'antropologia fenomenologica*, trad. ital., Milano: Feltrinelli, pp. 151-153.
- Casonato, M., (2003). *Immaginazione e metafora*. Roma-Bari: Edizioni Laterza,.
- Gallese, V., (2003). "La molteplice natura delle relazioni interpersonali: la ricerca di un comune meccanismo neurofisiologico", in *Networks*, 1: 24-47.
- Martinotti, G., (2010). *Fenomenologia della corporeità Dalla psicopatologia alla clinica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Minkowski, E., (2004). *Il tempo vissuto*, trad. ital., Torino: Einaudi Editore.
- Varela, F., J., (1992). *Un Know-how per l'Etica*. Roma-Bari: Edizioni Laterza..

Sitografia

- www.psicolab.net
- <http://www.ipra.it/art23a.htm>



La musica che cura

Elvira Anna Maione*

Sommario

Con il presente elaborato si vuole portare a conoscenza del lettore l'importanza della musica come strumento terapeutico in contesti nei quali il solo mezzo comunicativo del linguaggio risulta essere limitativo a fronte di situazioni in cui l'emergere di emozioni provoca uno squilibrio del sistema "individuo/gruppo". Verrà fatto un breve excursus storico sull'uso della musica nelle varie epoche, proseguendo poi nel parlare di come si differenzino le varie musicoterapie, in rapporto alle principali correnti psicoterapiche contemporanee. Infine si evidenzieranno alcune tecniche di musicoterapia individuale e di gruppo.

Parole chiave: Terapia, musica, mediatori terapeutici, oggetto transizionale, sistema, setting, corpo, emozione

Summary

With the present study we want to bring to the attention of the reader the importance of music as a therapeutic tool in contexts in which the only means of communication of language appears to be limited compared to situations in which the emergence of emotions causes an imbalance of the system "individual / group". You will be given a brief historical overview on the use of music through the ages, continuing the talk about how you differentiate the various music therapy, in relation to the main currents of contemporary psychotherapy. Finally, we outline some techniques of individual and group music therapy.

Key words:

Therapy, music therapy mediators, transitional object, system, setting, body, emotion

*1 anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

INTRODUZIONE

La musica come terapia può essere considerata un intervento specifico in tutti quei casi in cui esiste un disturbo qualitativo e/o quantitativo della sfera emotiva e delle relative competenze espressive-comunicative-relazionali; la musicoterapia è in grado di agire in modo isomorfo sulle qualità innate, pre-protosimboliche, ma anche su quelle acquisite, simboliche, al fine di attivarle, regolarle, quantificarle, integrarle in una dimensione intrapersonale e interpersonale (Benenzon, 1983). Il linguaggio musicale può in qualche modo facilitare l'espressione, la conoscenza dei vissuti emotivi, predisponendone l'organizzazione strutturale e favorendone il controllo da parte dell'individuo. Esiste una stretta correlazione tra emozione e musica, al livello di coinvolgimento corporeo, di esaltazione di alcune risposte psicofisiologiche, ecco allora che attraverso la musica può realizzarsi una forma di comunicazione simbolica delle emozioni o, meglio, sulle emozioni. La componente espressiva delle emozioni non attinge ad un codice comunicativo di tipo proposizionale, ma fa riferimento ad un rapporto immediato con l'ambiente, si tratta di una comunicazione diretta, spontanea, non appresa e afferente ad un codice di origine genetica (Caterina e Bunt, 2002).

Gli aspetti che caratterizzano o definiscono la comunicazione umana diretta sono essenzialmente di tipo sonoro/musicale (essi comprendono il tempo, l'intensità, la forma). Il linguaggio sonoro/musicale, in virtù di tali caratteristiche, può quindi facilitare l'espressione diretta dei vissuti emotivi ma, altresì per le potenzialità simbolo poetiche che possiede (e che esercita come vettore relazionale all'interno della coppia madre/bambino) può favorire l'accesso ad una comunicazione mediata da un codice. Si tratta

del passaggio da una comunicazione immediata corporea e sonora, dove il suono rappresenta solo se stesso, ad una comunicazione mediata, dove il suono trasforma in parte la sua concretezza per acquisire valenze simboliche e musicali rappresentando qualcos'altro da sé. Questo passaggio può consentire una migliore regolazione delle emozioni in quanto permette la transizione da una comunicazione diretta, dove le emozioni sono sperimentate ed agite, ad una comunicazione simbolica, dove l'emozione viene vissuta, ma anche pensata attraverso diverse forme di rappresentazione.

Nella musicoterapia si delinea allora un preciso percorso che va dal fare al pensare, dall'esercizio alla traduzione dell'espressione emozionale; gli aspetti prelogici vengono tradotti in aspetti logici grazie al simbolo, punto d'unione in cui le modalità comunicative proprie di un sistema logico, fondato su di un linguaggio astratto, rinviano a relazioni prelogiche e fanno intravedere qualcosa di profondamente diverso e in sé indescrivibile.

ASPETTI STORICI

È interessante notare come l'idea di un utilizzo terapeutico della musica abbia attraversato i secoli, le traversie sociali, politiche, culturali, scientifiche e musicali senza esserne scossa. Si potrebbe definire questa arcaica concezione come l'idea di una "armonia" nel senso di ordine, misura, rapporto equilibrato fra i termini, di origine divina e/o cosmica, secondo le filosofie, esterna al soggetto, ma con un potere di rivelazione, di impregnazione, di osmosi, di suggestione, secondo le modalità con cui si manifesta, che esercita degli effetti terapeutici constatati.

Ai miti è stata affidata la responsabilità di perpetuare e arricchire le sue potenzialità. Si tratta così di affrontare da subito le relazioni fra l'in-

dividuo e il suo ambiente sociale e cosmico. I concetti di musica e particolarmente di musicoterapia sono rimasti associati a quello di armonia universale, con la sola accentuazione, in alcuni periodi, del versante soggettivo (l'armonia interiore dell'individuo) in rapporto al versante sociale, con riferimento, secondo il caso, ad aspetti religiosi o psicologici.

Si rimane impressionati dal numero di scritti sulla musicoterapia che, senza soluzione di continuità, si ritrovano dall'antichità fino ai giorni nostri. Si è altrettanto sorpresi quando, di secolo in secolo, ritroviamo la ripetizione degli stessi termini, degli stessi propositi e constatazioni riguardanti la musicoterapia (Caterina e Bunt, 2002).

È chiaro quindi come la musicoterapia non appartenga alle scoperte terapeutiche del XX secolo e vada aldilà degli indirizzi terapeutici che tuttavia la utilizzano come la medicina dolce, la meditazione terapeutica, l'arte-terapia, le terapie corporee, ecc. Si tratta comunque di un fenomeno universale, in quanto il "potere terapeutico" della musica è stato segnalato e utilizzato in tutte le culture (Bunt, 1994). Gli antecedenti culturali di sedute di musicoterapia, dai quali si trae spunto ancora oggi, sono, per certi versi l'intervento catartico, mentre per altri si utilizza la musica con finalità sedative.

Possiamo ritrovare un utilizzo catartico della musica, quale nell'antichità proponevano le coribanti durante i baccanali, nelle discoteche e nei concerti di musica rock, ma lo si può osservare anche in certe feste tribali e in alcune meditazioni religiose per provocare in quel contesto, disinibizione, estasi o trance. Questo tipo di impiego della musica ha dato origine al fenomeno del tarantolismo, modalità di trattamento dei morsi delle tarantole, noto nel Medioevo e ancora praticato in certe regioni meridionali, come nell'Italia del Sud.

In questi casi solo la musica può porre fine allo stato di agitazione o di torpore del malato (Bunt, 1994).

La proposta musicale con finalità sedative rimanda, come antecedente culturale, al racconto biblico di David che con la sua lira calma la crisi d'angoscia di Saul. Questa pacificazione è dovuta all'esorcismo degli spiriti malvagi. Anche in questo caso si è insistito sulla specificità e sull'unicità del trattamento (Caterina e Bunt, 2002).

Già nel 1650 il grande musicologo e filosofo A. Kircher considerava questo trattamento come una delle principali forme di musicoterapia. A questo proposito forse le ninne-nanne delle nostre nonne possono aver costituito una sorta di "musicoterapia preventiva".

I risultati dell'intervento musicoterapeutico, rilevati nel corso dei secoli, sono, in effetti, il ristabilirsi di un equilibrio perduto (equilibrio che col progredire delle teorie mediche sarà di volta in volta morale, umorale e poi psicologico), la stimolazione, la sedazione, la rivitalizzazione. Depressione, malinconia o stati di agitazione sono le indicazioni più frequenti (si nota però come questi concetti non hanno le stesse accezioni nell'antichità, nel Medioevo o attualmente). Si osserva, a questo livello, come la musica sia prescritta per risvegliare e stimolare le emozioni, come, d'altra parte, per controllarle, guidarle e calmare le passioni.

Si ricorda con quanta precisione Platone indicava le musiche da utilizzare nell'educazione del cittadino: i modi scelti erano quelli che elevavano l'anima mentre gli altri erano da evitare, era richiesto l'accompagnamento di parole (assicurandosi dell'esattezza del contenuto) e ogni forma di simultaneità musicale veniva rifiutata.

Se questa teoria rimane centrale durante il Medioevo, nel corso dei secoli XVI, XVII e XVIII, numerosi autori, medici, religiosi, musi-

cisti, musicologi e filosofi riprendono autonomamente il tema della musicoterapia.

Le constatazioni precedenti portano ad osservare come emerga da questo concetto un certo rapporto con la dimensione materna, rapporto sufficientemente arcaico da poter essere universale.

In effetti la stimolazione, l'eccitazione, la sedazione corrispondono ai primari scambi corporei-pulsionali-affettivi (non ancora differenziabili) che regolano i momenti di benessere e di malessere del neonato, prima di qualsiasi altra possibilità di espressione più elaborata, prima della verbalizzazione. Questi sono i primi rapporti con l'ambiente che precedono la presa di coscienza della propria esistenza, vale a dire, di un rapporto tra l'interno e l'esterno.

Questa osservazione permette di integrare il fatto che l'attività musicoterapeutica è considerata molto generalmente come attinente al registro analogico: così, ad esempio, per Descartes la musica è movimento, sollecita il movimento corporeo e per contagio mette in movimento gli spiriti animali.

In seguito si affermerà che la vibrazione del suono si propaga al corpo e all'anima producendo così l'emozione o che il suono, non avendo consistenza, è della stessa natura dell'anima, di conseguenza entrambe hanno una relazione assolutamente privilegiata. È, d'altronde, questo stesso tipo di ragionamento che, nel secolo scorso, darà alla musicoterapia un posto di primo piano negli ospedali psichiatrici parigini: l'ordine e la misura, che la musica simbolizza, devono permettere di ristabilire presso i folli l'ordine morale ed un comportamento socialmente adeguato (Bunt, 1994).

La nascita della psichiatria, più precisamente il superamento del concetto di "folle" e l'introduzione della condizione di "malato", ha

consentito lo sviluppo e l'applicazione di diverse forme di trattamento e fra di esse della musicoterapia.

Nel 1801 P. Pinel cita il caso di un malato ristabilitosi soprattutto per la riscoperta di una pratica musicale con il proprio strumento, il violino (Pinel, 1801). Solo qualche anno più tardi, tra il 1820 e il 1880, con la nascita del "trattamento morale" della follia, la pratica della musicoterapia sarà ufficialmente introdotta e sviluppata da Esquirol alla Salpêtrière ma anche altri seguiranno la sua strada (Caterina e Bunt, 2002).

La musica è considerata come un mezzo per calmare, stimolare o ancora per scacciare le idee patologiche dei pazienti.

Da Parigi il movimento si estende, oltrepassando le frontiere, dirigendosi in Belgio, in Gran Bretagna e in Italia.

Le sedute di musicoterapia di allora consistevano nell'organizzazione di concerti con programmi eclettici al fine di determinare le musiche più efficaci (alla Salpêtrière partecipavano i migliori allievi del Conservatorio istituito a Parigi proprio in quegli anni).

In altri contesti vengono costituite delle corali e delle orchestre di pazienti per i quali sono organizzati dei corsi di musica all'interno dell'ospedale.

Su di un piano culturale la musicoterapia di quell'epoca rappresenta l'applicazione di un programma musicale nazionale e nazionalista di socializzazione e di raggruppamento.

È in effetti l'epoca delle società di canto corale, della creazione di centinaia di gruppi musicali, dello sviluppo dell'educazione musicale e della promozione di grandi feste musicali.

La musicoterapia in quell'epoca era così una terapia di gruppo (ancor prima della nascita delle terapie di gruppo verbali durante la II° guerra mondiale) anzi, in certi casi, una terapia di massa, visto il numero di pazienti che

potevano essere radunati (Bunt, 1994). Le scoperte della psichiatria, della psicoanalisi, della psicologia determineranno altri entusiasmi e altre linee di ricerca. In particolare, l'approccio psicofarmacologico permetterà di rispondere con modalità efficaci ai sintomi abitualmente proposti alla musicoterapia: la grande agitazione o la letargia.

Bisognerà attendere la seconda metà del Novecento per un nuovo sviluppo della musicoterapia, favorito questa volta dalle tecniche di registrazione e di riproduzione musicale e anche da alcuni fallimenti terapeutici come, ad esempio, le difficoltà incontrate nel trattamento delle psicosi e dell'autismo.

Quando nel 1954 Jacques Jost si interessa all'influenza dell'ascolto della musica sull'individuo, lo fa da tecnico, mettendo in relazione l'ascolto della registrazione musicale e la sua materializzazione attraverso la registrazione elettroencefalografica. Tuttavia, se questa metodologia risulta tecnicamente avanzata, le idee che portano questo autore, qualche anno più tardi, a proporre delle sedute di musicoterapia restano le stesse dei secoli precedenti. L'armonia musicale agirebbe come per osmosi, sull'organismo umano, armonizzando corpo e anima tutto in una volta. Tramite il condizionamento e un effetto suggestivo si otterranno con la musica gli effetti terapeutici desiderati. Tale sviluppo della musicoterapia, all'inizio degli anni '70 del secolo scorso, è in relazione con l'applicazione delle ricerche svolte in campi quali l'ipnosi e la sofrologia, forse nel momento in cui queste ultime avevano perso il loro vigore e la musicoterapia ne ha ereditato le ricerche.

Diviene allora chiaro, in maniera più precisa, come non tutte le musiche siano benefiche, anzi, alcune sono considerate dannose per l'equilibrio dell'individuo, spetta così alla responsabilità del terapeuta la selezione delle

musiche "terapeutiche" per il suo paziente. In questo caso l'idea è proprio quella di una prescrizione e di una terapia musicale (Lecourt, 1996).

MUSICOTERAPIA E PSICOTERAPIE

Attualmente la musicoterapia si colloca nel più ampio ambito della psicoterapia. La musicoterapia condivide con le altre forme di psicoterapia un certo numero di elementi comuni. Ad un primo livello si possono trovare, in effetti, certi aspetti presenti in tutte le psicoterapie: un terapeuta, un paziente/i, uno specifico luogo, una relazione particolare, la remunerazione del terapeuta, un metodo e una teoria di riferimento.

La musicoterapia si differenzia in rapporto alle principali correnti psicoterapiche contemporanee quali la psicoanalisi, il comportamentismo, il cognitivismo, la psicologia a indirizzo umanista e le terapie sistemiche.

In ambito psicoanalitico non si fa riferimento solo allo specifico trattamento ma all'insieme delle pratiche psicoterapeutiche condotte da psicoanalisti. Il collocamento della musicoterapia all'interno di questo orientamento può sembrare paradossale. In effetti la psicoanalisi si fonda sul linguaggio verbale (e la corrente lacaniana ne ha rinforzato l'esclusività) mentre l'approccio musicoterapico riguarda per lo più un ambito non verbale. Rispetto a questa questione si possono avanzare due considerazioni:

a. la scoperta dell'inconscio ha portato un certo numero di psicoanalisti, e Freud per primo, ad interrogarsi sul significato delle produzioni artistiche e sul senso della creazione musicale. Freud ha proposto il concetto di sublimazione per tentare una spiegazione di questa particolare utilizzazione delle risorse pulsionali e per illustrare la funzione economica svolta da questa

attività creatrice all'interno dell'equilibrio psichico;

- b. il linguaggio verbale condivide con la musica una dimensione sensoriale legata all'elemento sonoro.

Dopo gli studi di Watson, fondatore della psicologia behavioristica, il comportamentismo si è diffuso con successo nei paesi anglosassoni. Il successo di queste metodiche è dovuto in gran parte alla loro semplice applicazione, agli aspetti tecnici che le caratterizzano, alla rapidità dei loro effetti, al controllo permanente dei risultati obiettivi o al fatto che consentono un massimo di sicurezza per un minimo di costo personale, intendendo con questo, il grado di implicazione e di coinvolgimento richiesto al paziente. Il terapeuta risponde in modo preciso alla richiesta posta dal paziente, nel senso di un intervento sul comportamento indesiderato. È, in questo modo, al servizio del paziente come il commerciante con il suo cliente. Questa rinnovata forma di condizionamento non sembra indipendente dai valori veicolati dalla nostra società consumista.

Si possono individuare due principi fondamentali alla base di queste metodiche:

1. è reale ciò che appare, ciò che è obiettivo (questo si afferma successivamente agli studi di Pavlov e al modello scientifico da lui teorizzato);
2. l'intervento sul comportamento esterno determina, per ritorno, una modificazione interna sotto forma di una presa di coscienza, di una interiorizzazione.

Sembra che questo secondo principio, rimasto spesso in secondo piano, ma che per il terapeuta è il solo che può veramente facilitare il cambiamento, sia in contraddizione con il primo per il suo carattere giustamente non controllabile, anzi non dimostrabile. Questo approccio riscontra un obiettivo successo

ma, d'altronde, un certo numero di pratiche psicoterapeutiche concede poco spazio alla realtà e alla valutazione dei risultati.

Nei paesi anglosassoni la musica è stata introdotta all'interno della terapia comportamentale con il proposito di costituire un rinforzo positivo o, quando sottratta, un rinforzo negativo.

Le psicoterapie ad indirizzo cognitivo si sono sviluppate a partire dal comportamentismo, in complementarità e/o in opposizione secondo i diversi autori. Si tratta, in questo caso, di tener conto di alcuni aspetti della famosa "scatola nera" (vale a dire, ciò che avviene tra lo stimolo e la risposta e che, in genere, non è obiettivo), agendo direttamente su questa tramite modalità suggestive o con forme di apprendimento. Si insegna ai pazienti come modificare le loro modalità di pensiero in modo tale che questo cambiamento si ripercuota a sua volta sul loro comportamento e sul loro funzionamento interno. Si tratta di un riapprendimento e queste tecniche sono spesso associate ad un programma comportamentista.

In musicoterapia la corrente cognitiva è utilizzata attualmente solo all'interno dei trattamenti suggestivi. Tuttavia, gli studi cognitivi sulla musica, potranno avere un'incidenza sull'utilizzazione terapeutica di alcuni aspetti del pensiero musicale (Bunt, 1994).

Per quanto riguarda la musicoterapia vista nell'ottica sistemica, un esponente originale in Italia è Lorenzo Matteo Lorenzetti il cui pensiero si basa sul "suono-ritmo-movimento" che costituisce una primaria e originale esperienza di protocommunicazione fra madre e feto che interpella lo spazio della comunicazione e della comunicazione terapeutica. Lorenzetti considera la musicoterapia una disciplina sintetica (inter, infra e transdisciplinare), uno spazio di ascolto per il superamento di

quella conoscenza che rigetta l'incontro con la contraddizione (Lorenzetti, 1989).

Il suo approccio, di derivazione psicodinamica, trova, nel pensiero multidimensionale, nel metodo della complessità di Edgar Morin, un ulteriore riferimento. Per Lorenzetti il contesto in cui si situa l'area musicoterapica è sostanzialmente un ambito di messa in discussione critica del perché, del quando, del come, del con mezzi operare un intervento che sfrutti le risorse di una comunicazione non verbale e verbale, in un'ottica di intervento ecologico, centrato sulla relazione, valorizzante le parti sane e creative di ciascun individuo. La musicoterapia, secondo l'ottica sistemica ed ecologica dell'autore, interviene nel sistema di relazioni del paziente poiché il suono e la musica sono vettori di elementi antropologici, sociologici, culturali e esistenziali (Lorenzetti, 1989).

In generale si può dire che queste terapie hanno un punto in comune con le precedenti poiché anche loro si fondano su aspetti cognitivi, analizzano la logica del discorso per denunciarne le contraddizioni ed i paradossi e pervengono così ad un cambiamento del livello di comunicazione.

La musicoterapia ad indirizzo umanista si oppone a ciascuno e all'insieme dei precedenti. Questo approccio, in parte influenzato dal pensiero di Rousseau, ha come fondamento una concezione ideale dell'essere umano dove prevale la dimensione spirituale. Questa scuola di pensiero si è sviluppata particolarmente negli Stati Uniti, partendo dai lavori di Abraham Maslow e di Carl Rogers. Così come la musicoterapia è stata ben accolta dalle terapie comportamentali soprattutto per la sua applicazione nel senso che costituisce un buon rinforzo ed è di agevole impiego, a maggior ragione le terapie umaniste le hanno riservato un'accoglienza ancor più favorevo-

le. La musica ritrova qua il suo antico riconoscimento di nobile arte. L'armonia musicale, allegoria di un'Armonia universale e cosmica, ridiviene il fine ultimo di ogni terapia. La musica costituisce una via privilegiata verso le esperienze parossistiche di trance ed estasi, esperienze che in questo contesto acquistano un valore di realizzazione del sé e possono quindi ben rappresentare l'obiettivo terapeutico (Rogers, 1970).

In generale si può affermare che la musicoterapia sia "camaleontica" poiché permette di attraversare diverse correnti di pensiero e di percorrere i secoli assicurandosi la propria continuità. Essa è caratterizzata dal suo empirismo sempre rinascente e dalla capacità di adattarsi a tutte o quasi le teorie, questa forza ha però, per contrappunto, la debolezza di qualsiasi specificità. L'elemento caratterizzante questa disciplina e come base di qualsiasi elaborazione teorica, rimane senza dubbio la particolarità della dimensione sensoriale, connessa al suono come fil rouge che unisce tutti gli approcci visti dal punto di vista musicoterapico.

LA MUSICOTERAPIA E I MEDIATORI TERAPEUTICI

- *Il diffondersi delle psicoterapie da un lato, e una certa infatuazione per l'opera di D.W.Winnicott (1983) dall'altro, hanno sollecitato una riflessione sulla nozione di mediazione che si è sviluppata a partire dai concetti di "oggetto transizionale", di "area transizionale" o di "spazio potenziale", di "fenomeni transizionali", presi a prestito dalla teorizzazione di Winnicott, e dai concetti di "oggetto intermediario" o ancora di "oggetto di relazione". Si tratta, in tutti i casi, di interrogarsi su questioni relative al ruolo che occupa il materiale proposto dal terapeuta nella relazione psicoterapeutica;*

più raramente si fa riferimento agli oggetti introdotti talvolta dal paziente.

- *La poca specificità psicologica del termine “mediazione” ne fa, talvolta, una nozione troppo usata e imprecisa per consentire l’approfondimento teorico di queste pratiche. Allo stesso modo, il successo del concetto di “oggetto transizionale”, ha avuto come risultato una assai negativa diluizione del suo significato. L’oggetto transizionale è il primo possesso “non sé” del bambino, vale a dire un oggetto non ancora riconosciuto come appartenente allo spazio esterno, separato dal soggetto, ma neanche completamente interno.*

L’introduzione del concetto di “fenomeni transizionali” ha consentito di assimilare a questo ambito, a seguito dell’attività ludica, particolarmente studiata da Winnicott, le attività culturali e artistiche, creando così un vasto campo d’applicazione che è stato tuttavia condannato per una certa debolezza concettuale. Il concetto di “transizionale” è una qualità applicata ad un oggetto e non si riferisce ad un repertorio di oggetti che per la loro natura sarebbero transizionali. Inoltre l’oggetto perde la sua qualità transizionale con l’evoluzione del bambino. Quando Winnicott precisa le particolari qualità di questa relazione è chiaro che pensa ad un oggetto dalle caratteristiche sensoriali essenzialmente basate sul tattile e sul cinestesico (perché parla di un oggetto dolce, caldo, mobile) e su attività sonore buccali, gorgheggi, rumori anali e musica. Manca però uno studio più preciso di questi altri canali sensoriali: il canale uditivo, quello visivo e quello olfattivo. Si potrebbe tentare di qualificare questi primi prodotti sonori del bambino molto piccolo, come “materiali sonori”, il termine “materiale” è utilizzato in quanto si oppone al carattere inconsistente e astratto dei fenomeni sonori

in generale. La modalità con cui il bambino “manipola” i rumori buccali evoca proprio questa dimensione concreta del materiale. Se la musica prodotta spontaneamente dal bambino evoca questa nascente capacità transizionale, la musica ascoltata nella seduta di musicoterapia è lontana dal consentire questo stesso livello di funzionamento. Può, in effetti, essere ignorata, assorbita, distrutta, contaminata da un delirio, rimuginata, analizzata, ecc. con altrettante differenti modalità di relazione. Non è dunque sufficiente introdurre la musica, sotto una qualsiasi forma, in una seduta di psicoterapia, per essere sicuri che questa svolgerà la funzione di “oggetto transizionale”.

I MEDIATORI TERAPEUTICI

Benché fin troppo utilizzato, il termine “mediazione” ha qui il vantaggio di non fare anticipazioni sulla qualità più o meno transizionale che l’oggetto proposto potrà acquistare nella relazione transferale. Mentre la psicoanalisi trascura la componente corporea, si può affermare che, le tecniche che impiegano mediatori terapeutici, utilizzano il corpo per mobilitare qualche aspetto “dell’ancoraggio” corporeo presente nei processi di mentalizzazione e persino in quelli di simbolizzazione. Tale termine sottolinea efficacemente la relazione esistente tra componente corporea e processi psichici che da questa si individuano.

Alcuni aggiungono, in questo contesto, la presenza di un oggetto concreto (messo a disposizione o da costruire e da plasmare) come ad esempio nei laboratori di pittura e di modellaggio. Altri lavorano direttamente sul corpo come nel rilassamento o in un’attività di espressione corporea. Altri ancora si pongono in un certo rapporto con la dimensione sociale e culturale (nello psicodramma, nel-

la musicoterapia, nell'arte-terapia). In questi contesti l'asse terapeutico principale non è più l'analisi del transfert, anche se questo è spesso utilizzato tecnicamente, ma piuttosto l'analisi dei processi per cui, in un momento preciso, in una data situazione, si simbolizza un vissuto particolare, caratterizzato da un'implicazione corporea, nella combinazione delle sue dimensioni individuali, di gruppo e persino sociale.

La produzione del paziente, un'iniziale sceneggiatura, un'immagine, un oggetto, un'opera, viene accolta come il frutto di un doppio movimento di mentalizzazione e di oggettivazione all'interno di uno spazio reale limitato dal quadro ludico, culturale, estetico, che gli è stato assegnato. Se l'analisi del sogno conduce ad una condizione di deafferentazione e di passività corporea, lo studio degli elementi mediatori si interroga su ciò che avviene in uno spazio reale particolare, che Winnicott ha definito appunto "area transizionale".

Questa considerazione porta a precisare come ogni terapeuta di gruppo non sia necessariamente una terapia di mediazione, nella misura in cui non si colloca immediatamente in questo spazio ludico o culturale. In effetti la dimensione sociale che ogni relazione implica, non sembra sufficiente per definire in questo modo un tale lavoro. D'altra parte anche l'ergoterapia (terapia occupazionale) non può trovar posto in questi interventi solo perché in quel contesto viene prodotto un oggetto.

L'oggetto mediatore è definito dal contesto terapeutico, non essendo l'oggetto della terapia né il fine di questa, ma il mezzo di una elaborazione e presa di coscienza. Per la sua esteriorità facilita la focalizzazione delle problematiche individuali e di gruppo e diviene il supporto delle proiezioni, delle condensazioni, delle simbolizzazioni. Se il transfert è così

"mediato", d'altra parte si trova anche del tutto nascosto, finché non viene riconosciuto e non è preso in considerazione nella tecnica e dunque nella dinamica della terapia. Questo rischio sembra tanto più importante in quanto, non solamente il transfert e il controtransfert sono ben presenti in questa situazione (sia in un gruppo che in una relazione duale), ma lo stesso fatto di inserire un elemento di mediazione, è una modalità di introdurre una distanza e anche un modo per orientare la qualità del transfert, addirittura per sviarlo e distrarsene (Benenson, 1984).

Le caratteristiche della mediazione scelta, definiscono le particolarità delle attività fisiche e mentali proposte, come la tecnica di psicoterapia utilizzata, determina la specificità delle qualità di transfert e del controtransfert. La scelta di questa mediazione, in un contesto individuale come in uno di gruppo, introduce il lavoro di mentalizzazione del vissuto sonoro, la strutturazione del pensiero musicale. La qualità transferale offerta a questo livello è quella che corrisponde ad un vissuto di fusione/defusione, al vissuto della fase schizoparanoide descritta da M. Klein (1935). Si ritrovano, dunque, l'importanza dei meccanismi di proiezione/introiezione e del vissuto persecutorio.

Affinché un contesto di produzione sonora possa avere una dimensione terapeutica, non bisogna solamente tenere in conto il prodotto sonoro o musicale, ma anche il processo per cui è stato realizzato all'interno di una relazione individuale o di gruppo, processo che gli dona senso. L'induzione transferale connessa alla mediazione, per la focalizzazione che offre, deve essere utilizzata come criterio indicativo o controindicativo (per il paziente come per il terapeuta), al fine di essere in grado di giocare pienamente il proprio ruolo terapeutico.

Si potrebbe affermare che, le differenti tecniche che utilizzano mediatori terapeutici, condividono l'ancoraggio corporeo del transfert. La motilità, la sensorialità, costituiscono degli elementi tecnici comuni. Queste, pongono, talvolta, la relazione all'interno di un vissuto quasi quotidiano (alcune di queste pratiche coltivano questa concretezza) e per il lavoro di focalizzazione che il loro quadro determina, affrontano più direttamente una problematica situata alle frontiere del pensiero e ancor più del simbolo.

TECNICHE DI MUSICOTERAPIA

Attualmente le pratiche musicoterapiche si presentano molto diversificate e sono caratterizzate da un'attività di ricerca soprattutto clinica. È difficile tuttavia individuare fra questi approcci delle tecniche sufficientemente generalizzabili. Possiamo comunque distinguere due diverse pratiche la cui nascita si colloca in differenti fasi dello sviluppo della musicoterapia (Bunt, 1994). Le prime hanno origine dalla concezione che attribuisce alla musica "un potere terapeutico", si tratta di un'idea costante nel corso dei secoli. Le seconde, più recenti, hanno un'origine pragmatica, si sono decantate nel corso delle diverse esperienze cliniche e sono derivate dalle esigenze terapeutiche incontrate quotidianamente nel lavoro con i pazienti.

Per quanto invece riguarda le classificazioni che in precedenza facevano riferimento alla distinzione fra musicoterapia "attiva" e "recettiva", o a criteri nosografici, si sono dimostrate poco soddisfacenti. La musicoterapia "attiva" fa riferimento ad una tecnica che si fonda sulla produzione musicale del paziente, mentre la musicoterapia "recettiva" utilizza l'ascolto di brani musicali. Questa distinzione, benché talvolta risulti pratica, non appare pertinente in rapporto al

criterio musicale impiegato: attività e ricettività sono congiuntamente presenti in ogni situazione musicale. La musica in genere, come pure l'ascolto di opere musicali o la pratica musicale non possono essere seriamente classificate come "attive", "passive", o "recettive"; il comportamento musicale è troppo complesso e ambiguo per essere così schematizzato e da questa riduzione, la comprensione del fenomeno, non ne guadagna alcunché. Se questa classificazione spontanea è poco operante, quella che fa riferimento a criteri nosografici è anch'essa poco soddisfacente: gli interventi musicoterapici specifici per soggetti nevrotici, psicotici, per gli stati depressivi, ecc. restano, nelle loro classificazioni, altrettanto problematici (Lecourt, 1996).

L'ASCOLTO MUSICALE

Le tecniche musicoterapiche di tipo recettivo sono state proposte da Jacques Jost nel 1963 e si sono sviluppate soprattutto durante gli anni '70 del secolo scorso. Si tratta dell'utilizzo di estratti musicali brevi, omogenei nelle loro caratteristiche, atti ad indurre delle modificazioni comportamentali. È presente una tecnica individuale ed un'altra per il lavoro di gruppo (Lecourt, 1996).

1. Tecnica individuale
 - a. Obiettivo terapeutico: modificazioni dell'umore e del comportamento; sensibilizzazione alla musica.
 - b. Indicazioni/ controindicazioni: questa tecnica è rivolta a pazienti adulti in grado di verbalizzare che presentano disturbi di natura nevrotica; è controindicata nei quadri psicotici.
 - c. Ruolo della musica: l'ascolto musicale è qui considerato uno strumento di induzione, di suggestione, finalizzato al cam-

biamento terapeutico sopraindicato. La selezione della musica viene proposta in funzione di considerazioni relative al suo “potere terapeutico”. Le musiche del repertorio classico e romantico hanno spesso un ruolo preponderante.

- d. Setting: anch'esso assume un ruolo importante in quanto introduce il paziente nel contesto della seduta: l'illuminazione è indiretta ed i colori della luce vengono scelti in funzione del loro potere induttivo (giallo tonificante, rosso eccitante, blu calmante); vi sono inoltre comode poltrone situate di fronte ai diffusori acustici. Il musicoterapeuta svolge una funzione tecnica (propone la musica, modifica le luci), durante l'ascolto, lascia il paziente solo (salvo casi particolari). La durata del trattamento non è determinata a priori, in genere è breve, nell'ordine di qualche mese (spesso assume la forma di un contratto di 10 sedute, rinnovabili).
- e. Svolgimento delle sedute: le sedute sono settimanali, della durata di circa tre quarti d'ora. Si svolgono come segue:
- accoglienza del paziente e colloquio sul suo attuale stato;
 - prima audizione: un estratto musicale che corrisponde alla condizione del paziente (ad esempio un brano di musica triste, nel caso il paziente sia depresso) permettendo così una risonanza tra il paziente e la musica;
 - seconda audizione: un estratto musicale definito “neutralizzante”. Questa musica viene scelta per neutralizzare o mitigare l'effetto catartico che spesso si osserva nel corso della prima audizione;
 - terza audizione: un estratto musicale che corrisponde all'obiettivo terapeutico. Questa musica viene appunto chiamata “terapeutica” (stimolazione, mobilitazione o

mitigazione, secondo i casi).

- Dopo l'ascolto viene sollecitata la verbalizzazione. Si auspica che la successione musicale e la sua ripetizione nel tempo (le musiche sono differenti in ogni seduta), determini un effetto terapeutico.
- f. Le modalità di intervento del terapeuta: si consiglia un contatto caloroso, improntato alla riparazione e una comune implicazione musicale fra terapeuta e paziente.
- g. Modificazioni a questa tecnica: è stata introdotta una forma di trattamento per soggetti nevrotici, la tecnica del “ritratto musicale”. Questa si basa sull'idea che la musica possa rappresentare differenti aspetti della personalità. Tale metodologia consiste nel far ascoltare dei brani nei quali il paziente possa riflettersi come in uno specchio. Nella seduta vengono utilizzate tre opere, rappresentanti tre aspetti del sé: il sé “di facciata” (quello che il paziente lascia apparire); il sé “nascosto” (gli elementi più inquietanti della sua personalità); il sé “potenziale”. Questa tecnica appartiene alla corrente cognitiva, e si prefigge l'obiettivo di lavorare sulle scissioni presenti nella rappresentazione del sé. Queste tecniche, in linea generale, pongono il problema delle proiezioni del terapeuta sul materiale musicale scelto. Inoltre, partendo da presupposti comparabili a quelli sopra descritti, sono stati sviluppati protocolli di terapie brevi corrispondenti ciascuno ad un obiettivo terapeutico preciso. Le scelte musicali per le sedute d'ascolto, la progressione, i risultati ottenuti, sono spesso molto simili. In seguito, è stato proposto un adattamento della tecnica di ascolto musicale finalizzandola al rilassamento del soggetto; l'induzione musicale viene allora rinforzata da un leggero messaggio.

2. Tecnica di gruppo

È stata elaborata una tecnica di ascolto musicale in gruppo ispirata al test di Cattell che valuta le preferenze musicali partendo da componenti quali il ritmo e la melodia.

- a. Obiettivo terapeutico: adattamento, socializzazione, sensibilizzazione alla musica, espressione.
- b. Indicazioni/controindicazioni: questa tecnica viene proposta ad adulti che presentano difficoltà di espressione e di comunicazione all'interno di un gruppo in cui sono inseriti anche soggetti nevrotici e psicotici.
- c. Ruolo della musica: si tratta ancora dell'ascolto musicale di brevi estratti (tre minuti in media) ma questa volta associati due a due, a partire da un criterio di contrasto: predominanza ritmica/melodica. La musica è supporto e stimolazione alla verbalizzazione e agli scambi all'interno del gruppo.
- d. Setting: i pazienti sono in cerchio; mentre ascoltano dei brani (sdraiati o su delle poltrone) viene loro richiesto di esprimere la loro preferenza tra i due estratti ascoltati. La seduta dura da un'ora a un'ora e trenta ed è settimanale. La durata del trattamento non è prefissata, frequentemente i contrasti superano le dieci sedute.
- e. Svolgimento delle sedute: la seduta è composta dalla successione di quattro audizioni, ognuna di due estratti musicali associati tra loro (in alcuni casi, le audizioni possono ridursi a tre). I criteri di selezione musicale sono l'alternanza tra ritmo (R) e melodia (M):
 - a. R seguito da M;
 - b. ogni paziente è invitato ad indicare la preferenza tra l'uno e l'altro (talvolta anche con delle croci su di una scheda);
 - c. M seguito da R;

- d. indicazione della preferenza;
 - e. R seguito da M;
 - f. indicazione della preferenza;
 - g. M seguito da R;
 - h. indicazione della preferenza.
- f. Le modalità di intervento del terapeuta: il musicoterapeuta invita i pazienti ad esprimere le loro preferenze musicali e sollecita le relazioni che queste possono generare all'interno del gruppo; non interpreta le scelte dei pazienti, può però, nel corso del trattamento, invitare gli stessi a partecipare all'elaborazione del programma d'ascolto.
 - g. Modificazioni a questa tecnica: in seguito la durata del trattamento è stata limitata a otto sedute, il musicoterapeuta è così costretto a programmare la successione dei diversi estratti nell'ambito di due mesi. Il programma dell'ultima seduta è interamente costituito dalle scelte dei partecipanti. Alla fine di ogni seduta (che comporta solo tre associazioni) si chiede al gruppo di esprimersi su uno degli estratti musicali ascoltati. Il setting stesso della seduta prevede la necessità di giungere ad un consenso di gruppo. Alcuni musicoterapeuti propongono infine, l'ascolto integrale dei brani musicali, nel rispetto così della composizione. In questo caso esiste però il rischio di trovarsi di fronte a difficoltà di attenzione, concentrazione e memorizzazione. Inoltre questa scelta necessita di una differente tecnica di analisi (più rivolta alla musica e alla sua percezione). La tecnica dell'ascolto è particolarmente utile in un ambito informativo o formativo. Costituisce uno strumento di prima sensibilizzazione, all'interno di un gruppo, rispetto alle reazioni che la musica induce (specialmente in riferimento alla loro soggettività) (Lecourt, 1996).

CONCLUSIONI

La musicoterapia può connettersi alla psicoterapia sistemica-relazionale poiché, secondo il mio punto di vista, quest'ultima è più adeguata e sensibile nel cogliere i processi di crescita di una persona, all'interno dei suoi contesti relazionali, in quanto capace di ricercare i nessi e di mettere in risalto i pattern di collegamento più significativi tra l'individuo e il suo mondo relazionale.

Il musicoterapeuta può essere considerato come un sistema che entra in contatto con un altro e che lo perturba, introducendo un'informazione, in questo caso la musica, che può arrivare a modificare il sistema dell'individuo o del gruppo. Questa musica può avere, nello stesso tempo, valore positivo o negativo e la risoluzione di questo paradosso può eventualmente risolvere una parte della crisi che ha creato squilibrio. Il motivo risiede nel fatto che, se la dissonanza creata dall'immissione del mediatore terapeutico-musica, si compone, diventano fruibili nell'individuo o nel gruppo le nuove strutture per riorganizzare ad un altro livello il sistema entrato in crisi (Lorenzetti, 1989).

A mio avviso, la musica può rappresentare l'inserimento di un "oggetto estraneo" al contesto abituale del paziente o del gruppo, permettendo di far emergere aspetti insoliti e fino ad allora insospettiti. La musica è un mediatore che consente di procedere in modo guardingo su di un terreno di esplorazione, per costruire una situazione di intimità che, inizialmente non permette né al musicoterapeuta né al paziente, di esprimere chiaramente le proprie aspettative e le proprie emozioni.

Questo processo si manifesta più chiaramente e viene ampliato, arricchendosi di nuovi significati, man mano che la musicoterapia procede. La possibilità di chiedere particolari

intimi e di affrontare problemi spinosi, si sviluppa parallelamente all'intimità raggiunta.

Ricordo, a questo proposito, un episodio, durante una seduta di gruppo con adolescenti, in cui uno di loro, che per vari incontri era rimasto sempre molto chiuso in sé stesso e annoiato, all'ascolto di un brano rock, si era animato ed emozionato ricordando la circostanza in cui lo aveva ascoltato col padre (padre separato dalla madre, che vedeva rarissime volte e dipendente dall'alcool).

Ritengo che la musicoterapia, intrecciandosi con la psicoterapia sistemica-relazionale, permetta di esplorare aree sempre nuove e problematiche che consentono, d'altra parte, di differenziare in esse, quegli aspetti che maggiormente servono a ridefinire il valore degli elementi in gioco, a costruire, cioè, una nuova realtà, separandosi da quella vecchia.

In questo approccio, la separazione non è un evento che si verifica in un momento ben preciso, ma un processo che si inizia con la terapia e l'accompagna fino alla sua conclusione. Quest'ultima viene semplicemente a sancire una serie di atti e di trasformazioni precedenti (Lorenzetti, 1989).

Bateson (1984) ha sostenuto che, ciò che viene appreso, sono certi "contesti", in cui i fatti e gli oggetti vengono collocati, e che l'apprendimento più difficile da realizzare è quello di un "contesto dei contesti", del contesto, cioè, che permette di "comprendere" i vari contesti. Noi possiamo costruire la nostra identità facendo esperienza in contesti diversi: gli oggetti in essi contenuti, rappresentano, per certi versi, la "memoria" della nostra vita relazionale. Questi importanti mediatori, (come la musica), sono elementi preziosi per poter esprimere i sentimenti e cadenzano, come in una danza, il susseguirsi delle relazioni.

Per fare un esempio, due persone sentimen-

talmente legate, ascoltano un brano musicale in un determinato contesto, in seguito, l'uso di questo "oggetto-mediatore" nel corso di una seduta, è un elemento che diventa parte determinante dell'esperienza poiché permette poi di rievocarla e riscoprirne i contenuti affettivi: serve quindi a materializzare, a rendere tangibili, certe emozioni e certi rapporti. Anche il ricordo di emozioni e di sentimenti, apparentemente non legati a oggetti o persone specifiche, è possibile solo in quanto è legato a un contesto particolare che gli fa da supporto.

Scoprire quindi "elementi di mediazione" come in questo caso la musica, che facciano da supporto e da "sutura" a situazioni contraddittorie, rimane il compito principale di chi si accinge a un lavoro di "ricostruzione". Ecco perché il terapeuta, in questa prospettiva, diventa il tramite per l'unione di contesti e di esperienze diversi. Lo spazio terapeutico, il luogo materiale dove si svolgono le sedute, diventa così il punto di incontro di contesti diversi e lontani nel tempo e il luogo di "costruzione di un contesto dei contesti". La relazione terapeutica e le persone che vi par-

tecipano costituiscono il supporto materiale al quale vengono "ancorate" le nuove esperienze, ed entrano a far parte della storia di ciascun individuo (Lorenzetti, 1989).

Bibliografia

- Bateson, G. (1984). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Benenzon, R.O. (1984). *Manuale di musicoterapia*. Roma: Borla.
- Bunt, L. (1994). *Musicoterapia, un'arte oltre le parole*. Roma: Kappa.
- Caterina, R., Bunt, L. (2002) *Musicoterapia*. In *Enciclopedia della musica. Il sapere musicale*. Vol. II. Torino: Einaudi.
- Klein, M. (1979). Contributo alla Psicogenesi degli Stati Maniaco-Depressivi (1935). In *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lecourt, E. (1996). *Analisi di Gruppo e Musicoterapia. Il Gruppo e il Sonoro*. Assisi: Cittadella.
- Lorenzetti, L.M. (1989). *Dall'educazione musicale alla musicoterapia*. Padova: Zanibon.
- Rogers, C. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Roma: Astrolabio.
- Winnicott, D.W. (1983). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: Brosson J.A.

Voci dal coro: Un modello di intervizione sistemica

Elena Pattini - Francesca Capelli*

Essenzialmente, non è possibile imparare a fare terapia leggendo un libro, guardando un video, lavorando al computer o stando in uno studio, ma si impara profondamente a fare terapia da altre persone.
(Smith, 1990)

Sommario

L'intervisione differisce dalle forme tradizionali di supervisione in quanto non richiede la presenza di un "esperto", di un supervisore appunto. L'intervisione fa di solito riferimento alla creazione di uno spazio per condividere le emozioni e l'accoglienza reciproca. Questo articolo descrive il processo di intervisione e i fattori che lo influenzano. Viene riportata un'esperienza di intervisione in cui sono stati utilizzati strumenti per facilitare l'espressione delle emozioni dei terapeuti partecipanti, come il collage per esempio, e si è cercato di riflettere sulle caratteristiche del processo di intervisione che promuovono il benessere psicologico del terapeuta.

Parole chiave: Supervisione, intervisione, intervizione di gruppo

Summary

Peer supervision differs from more traditional forms of supervision in that it doesn't require the presence of a more qualified, identified expert in the process – a supervisor. Peer supervision usually refers to a space for sharing emotions and mutual acceptance. This paper discusses peer group supervision and the factors that impact on its effectiveness. We reported an experience of supervision that has used tools to facilitate the expression of emotional states: the collage, and we tried to reflect on the characteristics of peer-supervision that can promote psychological well-being of therapists.

Key words:

Supervision, peer supervision, peer group supervision

*III anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

INTRODUZIONE

Il processo di *intervisione* coinvolge molti psicoterapeuti in formazione, tuttavia spesso si confonde o viene confuso con quello di supervisione che si basa su premesse differenti e che genera quindi aspettative diverse aventi un altro tipo di effetto sul terapeuta. Riteniamo, per questi motivi, che un'analisi delle differenze tra questi due importanti contesti di apprendimento e delle caratteristiche dell'intervisione possa essere utile, vista la scarsa letteratura sull'argomento e l'alta frequenza di utilizzo di queste metodologie all'interno dei servizi. Per quanto riguarda la ricerca all'interno della letteratura sull'argomento sono state usate come parole chiave: "intervisione", "supervisione", "peer group supervision" e "peer supervision" utilizzando come banche dati PsychINFO, PubMed, Scopus, APA PsychNet, SAGE e JSTOR.

L'analisi della letteratura ha mostrato una notevole sovrapposizione tra i termini "intervisione" e "supervisione", spesso, assimilandoli e riferendosi il più delle volte alla supervisione psicoanalitica; per quanto riguarda l'intervisione, invece, nel panorama internazionale è stato più semplice reperire articoli che trattassero di "mentoring" e di "counselling" basandosi sui principi dell'intervisione propriamente detta (McNicoll, 2008). Nella letteratura italiana la separazione tra i due termini è risultata più chiara sebbene esista una scarsa produzione saggistica e scientifica al riguardo.

L'INTERVISIONE

Quali sono le caratteristiche dell'intervisione? Innanzi tutto occorre considerarla un'attività di self-help per i terapeuti che prende spunto dall'esigenza di chi, entrando in contatto con il complesso lavoro clinico, potrebbe sentire il bisogno di condividere la propria esperienza con un gruppo di colleghi e tro-

vare così uno spazio in cui portare non solo l'esperienza professionale ma soprattutto quella emotiva di psicoterapeuta. Di conseguenza possiamo intendere il "luogo dell'intervisione" come uno spazio protetto in cui salvaguardare l'equilibrio emozionale del terapeuta, perturbato all'interno dell'attività clinica (Bianchi, Grobberio e Pintus, 2005). L'attività clinica deve tenere conto anche del terapeuta come persona, dei suoi bisogni, del suo equilibrio emotivo e per questi motivi anche dell'esigenza di un contenitore in cui la condivisione con altri colleghi diventi essenziale per non sentirsi soli nella gestione dell'emozionalità propria ed altrui. Occorre proteggere la propria vita privata dalla "conoscenza di seconda mano" che proviene dalla professione (Bara, 1996) in modo che l'avvicendamento da una seduta all'altra non esponga "l'uomo terapeuta" al rischio di trasformare anche la propria vita in un'unica grande seduta (Bianchi et al., 2005).

All'interno del gruppo di intervisione si condividono emozioni e difficoltà e il sentirle sperimentabili anche da altri colleghi conferisce loro quella normalità che fa sentire il terapeuta meno solo, oltre a rassicurare il professionista rispetto al proprio valore e ruolo professionale.

Da un punto di vista sistemico, inoltre, la sensazione di "risonanza" che si produce nella condivisione rende più semplice riconnotare la propria affettività secondo punti di vista più accettabili e maggiormente adattivi, trovando nei colleghi quell'accoglienza e quell'ascolto che il terapeuta per primo è così attento a fornire ai propri pazienti.

Le caratteristiche del processo di intervisione - Innanzi tutto non è presente la figura dell'"esperto"; nel gruppo di intervisione, infatti, è essenziale una totale pariteticità

tra i membri e nessuno si arroga il ruolo di supervisore tecnico dotato di maggiore competenza professionale ed esperienza rispetto agli altri (Hoffman, 1998).

- La continuità del gruppo di intervizione fa sì che il gruppo venga percepito come stabile ed affiatato in modo che sia presente un clima di fiducia e di disponibilità interpersonale verso l'altro.
- La costanza dello spazio fisico condiviso volto a favorire la stabilità del gruppo, le cui dimensioni non dovrebbero essere troppo estese per non essere dispersivo (non superiore a 6/8 persone) e per non creare difficoltà di coordinamento a scapito dei singoli membri.
- Non dovrebbero essere presenti supporti esterni informativi come cartelle cliniche e appunti in modo che ci sia un'automatizzata selezione di informazioni nella memoria del terapeuta e che venga riportato quello che per il singolo è effettivamente saliente, proprio le dimenticanze e le incongruenze diventano fonte di informazione da condividere eventualmente negli incontri successivi.
- Una riduzione degli atteggiamenti di tipo valutativo e critico rivolti alla competenza professionale favoriscono il clima di fiducia necessario al processo di intervizione.
- La molteplicità dei modelli di riferimento dei vari membri del gruppo viene vista come un'opportunità e non come una limitazione, proprio perché non si parla di tecnica e di risoluzione di problemi diventa arricchente vedere e condividere da punti di vista teorici differenti la dimensione emotiva di una professione così complessa.
- Ogni membro è chiamato ad un atto di responsabilità diventando contemporaneamente "supervisore di se stesso" e degli altri, portando la propria esperienza emoti-

va ed accogliendo quella degli altri colleghi senza prevaricazioni, entrando in risonanza con loro, restituendo le proprie sensazioni e tenendo conto degli effetti che questa dinamica ha su loro stessi.

- Infine una focalizzazione anche sulla dimensione piacevole del proprio lavoro in modo da non portare soltanto le difficoltà ma anche ciò che funziona e che diventa fonte di soddisfazione nello svolgimento della pratica clinica in modo che il gruppo non sia solo connotato come un luogo di espressione di emozionalità negativa (Bianchi et al., 2005).

LA SUPERVISIONE

Quali sono le differenze con il processo di supervisione?

Questa trattazione non vuole assolutamente togliere valore al processo di supervisione che conserva la sua preziosa funzione di supporto e di apprendimento nello svolgimento del lavoro clinico, ma semplicemente chiarire le peculiarità che fanno anche dell'intervisione una importante metodologia alternativa fonte di profondi effetti sul terapeuta e che troppo spesso viene confusa con la supervisione, creando così aspettative che possono rischiare di deludere i partecipanti e di sottovalutarne gli esiti ai fini del processo evolutivo del professionista.

- Nella supervisione esiste una figura sovraordinata, concepita come "esperto" e ritenuta in grado di aiutare il terapeuta da un punto di vista tecnico-diagnostico.
- Il processo di supervisione si può esaurire in un singolo incontro, a fronte di un bisogno specifico e quindi può non assumere quell'aspetto di continuità caratteristico invece dei gruppi di intervizione.
- Nella supervisione di gruppo il supervisore si basa sulle proprie teorie di riferimento

che vengono accettate dal gruppo.

- C'è una maggiore attesa di risoluzione dei problemi da parte dei partecipanti.
- Il supervisore ha anche un ruolo di moderatore delle dinamiche interpersonali che si possono creare all'interno del gruppo.
- Può accadere che il supervisore dia un giudizio valutativo dell'operato del terapeuta (Micati, 2007).

Il processo di intervizione come tutte le situazioni relazionali e terapeutiche comporta anche dei rischi: potrebbe, ad esempio, evitare in sessioni di gossip o di lamentele tout court, proprio per la dimensione confidenziale che il gruppo può assumere nel corso del tempo, inoltre potrebbero comunque esserci situazioni di impasse emotivo dovute però a questioni metodologiche che potrebbero non essere affrontabili se non ci sono risorse sufficienti, da un punto di vista tecnico-esperienziale, all'interno del gruppo. Occorre fare attenzione alle dinamiche interpersonali che potrebbero influire sulla qualità dell'intervisione, pensiamo ad esempio a personalità maggiormente attive che potrebbero coartare quelle più passive e limitare la libertà di espressione emotiva e di legittimità del proprio vissuto (McNicoll, 2008). Infine, un partecipante potrebbe essere visto come "colui da aiutare" e diventare bersaglio di azioni terapeutiche, sbilanciando così la pariteticità del gruppo (Bianchi et al., 2005).

UN'ESPERIENZA DI INTERVISIONE SISTEMICA

L'esperienza che vogliamo portare ha coinvolto otto specializzandi che si sono riuniti per cinque sessioni di intervizione. Tutti i componenti stavano partecipando ad un progetto di sostegno familiare presso il domicilio di una famiglia con un bambino disabile, con l'obiettivo di creare uno spazio condiviso in cui la

famiglia potesse elaborare i propri vissuti emotivi con l'aiuto di due terapeuti che li accompagnassero in questo difficile percorso di accettazione e gestione della malattia del figlio e delle complesse dinamiche emotive associate. Per molti dei partecipanti era la prima volta che si trovavano ad affrontare in modo autonomo e senza l'appoggio di esperti un percorso terapeutico ed era emersa la necessità di avere uno spazio d'ascolto in cui poter condividere paure, ansie e anche le soddisfazioni derivanti dai primi passi mossi nella direzione di un vero ruolo da psicoterapeuti.

La difficoltà maggiore nell'affrontare il processo di intervisione è stata proprio quella di evitare le questioni tecnico-metodologiche, perché l'ansia di "non dover sbagliare" di noi specializzandi ha rischiato spesso di portarci sulla strada del "cosa si deve o non si deve fare" invece di stare sulla dimensione emotiva derivante dal "fare". Per queste ragioni abbiamo scelto di utilizzare, insieme ai membri del gruppo, una metodologia che ci allontanasse dal pensiero lineare causa-effetto e che ci mettesse direttamente in contatto con le emozioni vissute durante la pratica terapeutica: il collage. Abbiamo scelto di utilizzare il collage per passare ad un linguaggio che facilitasse l'espressione emotiva e che non fosse direttamente collegato alle caratteristiche dei casi clinici ma al "sentire" del singolo terapeuta. La consegna era quella di ritagliare da riviste immagini che rappresentassero per i componenti le "paure" legate a questo tipo di percorso, le "emozioni positive" e "le parole chiave" che per loro avevano caratterizzato questa esperienza. Successivamente, abbiamo chiesto ai partecipanti quali immagini scelte dagli altri componenti avrebbero voluto scegliere e perché in modo che la condivisione fosse sempre la guida nella riflessione su se stessi e sull'emotività altrui.

I collage del nostro gruppo

1. Le paure



2. Le emozioni positive



3. Le parole chiave



Questa modalità di far emergere le emozioni ha fatto sì che tutti componenti potessero utilizzare un linguaggio immediato, evocativo e di avere un'iconografia della propria emotività vista insieme a quella degli altri colleghi, arrivando a produrre "un'immagine emotiva" di gruppo che ha permesso a tutti di riflettere su somiglianze, differenze e connessioni tra i vari modi di sentire.

Riportiamo alcune parti del dialogo attorno al collage:

Manuela: ho scelto come parola chiave "coordinarsi" perché ho capito la difficoltà e la sfida di coordinarmi con una collega, con la famiglia che avevo davanti e con me stessa soprattutto e poi ho scelto "start" pensando ad una spinta per partire e "non ci posso credere" perché davvero a volte non mi sembra possibile che stia avvenendo davvero. Per le paure ho scelto un'immagine che rappresentasse il "perdersi" nelle paure perché erano talmente tante che la preoccupazione maggiore era proprio quella di sparire in esse. Tra le emozioni positive ho scelto la frase "assaporare con tutta calma la danza della scoperta" perché quando entravo in contatto con la famiglia sentivo la fretta sparire, eravamo solo noi a doverci coordinare, ma non percepivo la fretta che ogni giorno caratterizza il mio quotidiano, non stavo rincorrendo qualcosa, ma gustando il viaggio.

Elisa: una parola chiave è stata "non è più tempo di stare alla finestra" perché fino ad ora non ero ancora riuscita a sperimentarmi proprio come psicoterapeuta ed è un'esperienza che mi piace, che mi entusiasma, tra le paure ho scelto un'immagine nera perché per me il nero è evocativo della paura di per sé, con le parole "caos" e "bilico" perché avevo timore di trovare caos nella famiglia e di aumentarlo a mia volta. Nelle emozioni positive ho scelto l'immagine di una bimba con scritto "io scopro e scelgo" perché secondo me quello che facciamo è davvero aumentare i gradi di libertà di questa famiglia e aumentare le loro opportunità.

Silvia 1: tra le parole chiave ho scelto "cura" nel senso di prendersi cura non solo delle persone, ma delle loro storie, come un bambino da accudire, da crescere con grande curiosità e per le paure ho scelto un orolo-

gio perché ho sempre la sensazione che sia sempre troppo poco il tempo per gli incontri, per stare con la famiglia e per accompagnarli insieme alla paura di rompere il sistema e di turbarlo troppo senza dargli tempo a sufficienza per rimettersi in gioco e quindi di fare dei danni. Per le emozioni positive ho scelto la bambina con l'aquilone perché la sensazione è quella di avere iniziato a volare, di non stare più dentro l'acquario, ma di essere finalmente diventata protagonista del mio percorso professionale e ho scelto anche l'immagine di due cavalli per rappresentare la sintonia con Manuela e la possibilità di danzare insieme in questo percorso di scoperta professionale e umano.

Silvia 2: come parola chiave ho scelto "condizione" e "crederci" perché per me e Manuele è stata la prima volta che lavoravamo insieme ed è stato fondamentale credere in noi stessi e nell'altro e condividere, per questo ho scelto come immagine i due ragazzi che camminano lungo il sentiero di montagna, perché per noi è stato come intraprendere un percorso che a volte è stato faticoso, in salita, ma che si è rivelato molto bello. Ho scelto poi l'immagine della danza perché è stato importante coordinarsi e capirsi al volo. Per le paure ho scelto i due giocatori di scherma perché ho avuto paura che all'inizio gli incontri con la famiglia potessero trasformarsi in una sfida. Come emozione positiva ho ritagliato l'immagine del mare al tramonto, perché comunque alla fine di ogni incontro si respirava una sensazione di pace e di tranquillità.

Francesca 1: come parole chiave ho scelto "cresciuti" e "credere in quello che sei" perché non è stato facile crederci, ma siamo riuscite a farlo e i pre e i post seduta sono stati un'occasione preziosa per tirare fuori spunti nuovi e inaspettati che solo due teste insieme possono produrre, mi sono sentita stimola-

ta dal confronto e per me questo è stato un aspetto chiave. Come paura ho scelto la frase "potevo essere io" perché ho avuto paura a confrontarmi con la disabilità perché un domani quel genitore potrei essere io e quel figlio potrebbe essere il mio. Inoltre ho scelto "piangere e arrossire" perché ho temuto di essere invasa dall'emozione, di non saperla controllare e che si vedesse troppo quello che provavo. Come emozioni positive ho scelto "lasciati trasportare" perché per quanto preparassimo le sedute c'era sempre una parte di improvvisazione e mi sono accorta che però ero comunque efficace in quello che facevo.

Francesca 2: come parola chiave ho scelto "passione" perché alla fine credo che per portare avanti questi progetti e questa professione, praticamente gratis per ora, occorra una buona dose di passione che è evidente nell'essere qua alle nove di sera a condividere quello che abbiamo sentito.

Proprio quest'ultimo intervento rende possibile sottolineare il concetto di motivazione nei processi di intervizione, basti pensare che nessuno esce da quel luogo avendo per forza risolto ufficialmente un quesito clinico o un'impasse terapeutica, ma con qualcosa che sicuramente non ha meno valore: l'aver condiviso le proprie emozioni, l'essere usciti dalla solitudine terapeutica confinata nel proprio studio e, in sintesi, aver trovato un luogo fisico ed emotivo in cui poter dare fiato alle paure senza sentirsi giudicati, ma accolti da colleghi che in un qualche momento della loro attività clinica hanno sentito le stesse cose, hanno vissuto le medesime preoccupazioni e possono conferire legittimità a sensazioni e ad azioni che a volte ci sembrano inappropriati per essere un "buon terapeuta". Crediamo sia superfluo aggiungere che l'effetto di un "contenitore emotivo" di questo genere

abbia ricadute ed effetti benefici sul lavoro clinico con le persone di cui ci occupiamo, aumentando anche i nostri gradi di libertà, le nostre aperture sul mondo emotivo altrui e il nostro benessere psicofisico derivante dal non tenere nascoste o sotto pressione le parti più fragili del nostro essere “uomini terapeuti” e non “macchine di terapia”.

INTERVISTA AD UN PROFESSIONISTA

Per concludere riportiamo un'intervista alla dott.ssa Barbara Branchi che da alcuni anni svolge incontri di intervizione all'interno dei servizi in cui lavora e che ne conosce alcuni meccanismi, benefici ed, eventuali, possibili rischi. All'interno dei servizi è più frequente gestire gruppi di supervisione o di intervizione?

Tendenzialmente nei servizi, per quanto è di mia conoscenza, avviene, per i tempi delle attività svolte e per i diversi orientamenti dei tutor, più frequentemente la supervisione individuale. In alcuni servizi è anche presente la supervisione di gruppo, a cui partecipano specializzandi di diverse scuole di specializzazione. Io personalmente da un anno a questa parte, avendo, come tutor, specializzandi di orientamenti differenti ho pensato che fosse arricchente provare ad organizzare circa una volta al mese degli incontri di intervizione, dove la mia figura potesse fungere da “facilitatore” / “scioglitore” / “inclusante” della comunicazione.

Pensi che siano chiare per i partecipanti le premesse che stanno dietro a queste differenti metodologie?

Credo che la metodologia che è alla base della creazione di questi gruppi debba essere condivisa sin da subito con i partecipanti, per creare chiarezza e coerenza

delle premesse metodologiche. Per quanto riguarda la mia esperienza del gruppo di intervizione ho ritenuto importante dire, sin da subito, agli specializzandi che partecipano, quali fossero le premesse che ci permettono di incontrarci, questo perché ognuno di loro ha un orientamento specifico, un proprio sapere, che può essere risorsa, ma, anche, una criticità nel momento in cui non c'è una chiarezza e una condivisione metodologica, sui contenuti e sulle modalità di ascolto reciproco.

Quando all'interno del gruppo esistono orientamenti teorici differenti quali meccanismi si possono innescare e quali effetti?

Per l'appunto come dicevo pocanzi, la diversità degli orientamenti degli specializzandi può essere una variabile del gruppo di intervizione o di supervisione, che io personalmente ritengo una risorsa del processo di ipotizzazione e discussione delle ipotesi, ma che se non ben esplicitata ai partecipanti ha in sé un rischio: la diversità potrebbe diventare distanza e non vicinanza e ricchezza, perché non ci si permette di incuriosirci reciprocamente, relazionandoci, dall'idea dell'Altro, ingabbiandosi nei propri pregiudizi, solo perché tale pensiero, opinione, emozione, giunge da un orientamento differente dal nostro.

Pensi che una sia più utile dell'altra e rispetto a quali tipi di problematiche?

Per quanto concerne la mia esperienza, credo che nell'ambito dei servizi sia un utile risorsa quella del gruppo di intervizione perché permette di lavorare sulla complessità ampliando i punti di osservazione e conseguentemente i possibili percorsi di lettura e di intervento sulle situazioni. Altresì non sento che a priori sia

migliore della supervisione individuale o della supervisione di gruppo, che ritengo necessarie in determinati spazi e tempi, credo, solo, che abbia in essere dei valori, delle proprietà aggiuntive che nascono dalla relazione tra pari.

A quale gruppo è più complesso partecipare?

Proprio per quello che ho appena detto credo che la complessità sia trasversale ai diversi tipi di “confronto” psicologico, se così li possiamo definire per il momento, proprio perché con metodologie differenti si occupano di dare ascolto alla sofferenza umana.

Quali caratteristiche devono avere i membri per partecipare ad un gruppo di intervizione?

Devono... dovrebbero essere aperti all'ascolto dei pari, all'idea che dalla relazione potrebbero nascere nuovi stimoli funzionali ai propri interventi, al sentire, allo stare accanto alle proprie/altrui emozioni che emergono, accoglienti verso i “passi di danza” che si co-creano, co-costruiscono, al potenziale divenire del confronto e del condividere.

È davvero possibile un gruppo di intervizione senza che qualcuno diventi conduttore o moderatore quando i livelli di esperienza sono diversi?

Stimolante domanda... qui entriamo in un argomento per me spinoso, che da tempo mi incuriosisce, e che personalmente connesso con la tematica del potere, che io sento molto presente nelle relazioni umane e nelle modalità con cui l'uomo tende a dare valore al giudizio altrui. Cercherò di non perdermi in pensieri esistenziali/filosofici, ma credo che l'eventuale divenire

di un membro, in possibile moderatore o conduttore del gruppo di intervizione, sia una dinamica che si presenta nei ruoli che, spesso si incontrano nei partecipanti ad un gruppo, ma penso, anche, che sia proprio la chiarezza/condivisione metodologica e delle premesse e la scelta consapevole a parteciparvi che ci permette di riconnettere e ri-includere chi tende alla distanza. A tal proposito ho pensato che nell'esperienza che ho proposto agli specializzandi sarebbe stato interessante poter esserci con le modalità/premesse descritte nella prima vostra domanda.

RIFLESSIONI

Difficile trovare un'etimologia certa della parola “intervisione”; ci piace pensare, in un'ottica sistemica, che “*inteverdersi*” significhi riconoscere all'altro una legittimità del suo modo di essere in relazione e della sua modalità di essere in contatto con le altrui emozioni.

Ci piace anche pensare che si sia scelto il prefisso *inter-* proprio per dare l'idea di questa connessione tra esseri umani, se avessero scelto, per esempio, *intra-*visione si sarebbe potuto pensare a un guardare dentro di sé da soli, mentre “*inteverdere*” significa, per noi, vedere insieme, vederci *insieme*, *guardarci l'un l'altro*, e forse comprendere che tra noi e l'altro spesso esiste solo uno specchio che a volte è difficile osservare perché ci riflette ciò che non ci piace. Vorremmo precisare anche che la *pariteticità* nel gruppo è una condizione più psicologica e mentale che concreta, nel senso che porsi sullo stesso piano è un modo di mettersi in relazione e non una condizione definita da una qualche gerarchia professionale, per questo non è necessario che tutti i componenti del gruppo di intervizione abbiano la stessa esperienza o la stessa formazione, ma che si pongano in

una condizione di apertura verso l'altro, essendo consapevoli delle proprie premesse e sapendole mettere da parte, co-costruendo una premessa comune per quel gruppo e sapendo quindi essere "presenti a quel contesto"; senza dimenticare ciò che si porta con sé dalla propria formazione (sarebbe impossibile), ma con la giusta disponibilità mentale ad utilizzare ciò che serve della nostra "storia professionale ed emotiva" e ciò che ha senso per quella situazione e per quel momento. Dire questo non significa improvvisare una qualche forma di condivisione, senza professionalità, al contrario significa proprio avere una coscienza etica e del mestiere talmente profonda da non doversi ammantare di tecnicismi ed atteggiarsi a risolutori di problemi perché si è in grado di stare sulle insicurezze proprie e altrui senza sentirsi minacciati nella propria identità di psicoterapeuti, operazione ovviamente difficilissima per chi è alle prime armi, ma da avere sempre presente come obiettivo di un processo di intervizione. Per questi motivi costruire un gruppo di intervizione, portarlo avanti e trarne beneficio emotivo è un'operazione molto delicata e complessa in cui ogni passo è fatto con l'aiuto dell'altro e in cui il rischio di inciampare è altissimo; necessita inoltre di una grande capacità di coordinazione, di rispetto degli spazi

e di empatia. Se dovessimo usare una metafora lo immaginiamo come quelle illusioni ottiche in cui si possono vedere immagini diverse secondo i punti di vista, i due vasi o i due volti?, il membro del gruppo da aiutare/salvare o qualcuno con cui condividere una stessa emozione?, fare da terapeuta a un membro del gruppo o semplicemente accogliere il suo stato emotivo per non lasciarlo solo?. Ancora una volta occorre scegliere cosa guardare, che posizione assumere e a cosa dare rilievo rispetto allo sfondo...parliamo ancora di intervizione certo, ma cos'è questo se non parte del processo di psicoterapia?

Bibliografia

- Bara, B. G. (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bianchi, F., Grobberio, M., Pintus, P. (2005). Intervisione narrativa, *Appunti del Centro Terapia Cognitiva*, 2, 89-93.
- Hoffman L. (1998). *Un'ottica riflessiva per la terapia familiare* in S. McNamee e K. Gergen (1998), *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- McNicoll, A. (2008). The power of peer supervision - no one knows as much as all of us, *Background paper for workshop*, New Zealand Mentoring Center, Auckland.
- Micati, L. (2007). L'esperienza della supervisione, *Rivista di Psicoanalisi*, 53, 959-975.



Osservare i processi della terapia familiare: un'esperienza di follow up

Daniela Ferrari - Rita Ferrari - Maria Alessandra Riccò*

Sommario

Il lavoro raccoglie la fase esplorativa del progetto per l' introduzione del follow up presso il Centro Famiglie dell'AUSL di Parma. Considerando il follow up come momento della terapia e non come momento di valutazione fine a se stesso, si propone un'intervista semi-strutturata condotta da un intervistatore esterno al percorso terapeutico in presenza sia della famiglia che dei terapeuti. Tale metodologia è stata suggerita dal lavoro svolto presso il Tavistock Clinic di Londra dalla Dott.ssa Daniel. In questo modo il follow-up è visto come momento eletto per l'osservazione, da parte di tutti i partecipanti alla terapia (terapeuti e famiglia), della riflessività e di come essa si è declinata nel corso del processo terapeutico.

Parole chiave:

follow up, valutazione, processo relazionale, riflessività, cambiamento

Summary

This work contains the explorative phase of follow-up insertion project at Centro Famiglie of Parma AUSL. Considering this follow-up as a step of therapy and not as "an end in itself" evaluation time, we are proposing a semi-structured interview made by a person (interviewer) outside the therapeutic path, together both with family and therapists. This methodology is suggested from Doc. Daniel's work at the Tavistock Clinic in London. In this way the follow-up is seen as a time chosen for observation, by all the therapy followers (therapists and family), of reflexivity and how it has declined over the course of the therapeutic process.

Key words:

follow-up, assessment, relational process, reflexivity, change

*III anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata

TERAPIA OSSERVANTE E VALUTAZIONE: UN NUOVO MODO DI CONCEPIRE IL FOLLOW UP

Tante terapie, tanti modi diversi di valutarle: l'efficacia o meno di un percorso psicologico dipende dal tipo di premesse che il terapeuta porta con sé nella stanza di terapia. Senza addentrarci nel dettaglio degli approcci psicoterapeutici, possiamo generalizzare ponendoci questa domanda: per considerare una terapia riuscita dobbiamo esaminare o no come parametro chiave la scomparsa del sintomo? Questa domanda vale anche per l'indirizzo sistemico, il quale da sempre cerca di liberarsi della questione sintomatologica (ovvero "il problema è il sintomo") in quanto per chi comincia un percorso psicologico la presenza del sintomo è spesso invalidante, o comunque pervasiva, tanto da richiedere come primaria azione l'eliminazione dello stesso. Diventa allora per il cliente una componente della valutazione stabilire se o no il sintomo è stato eliminato alla fine del percorso. Queste prime riflessioni portano a un'ulteriore domanda: la valutazione è del terapeuta o del cliente? O ancora: a chi serve la valutazione, al terapeuta o al cliente? Ponendosi dentro un'ottica di cibernetica di secondo ordine la risposta a queste domande diventa irrilevante, in quanto la premessa sottesa a tali questioni si riferisce alla cibernetica di primo ordine. Rispetto a questo passaggio epistemologico il contributo di Von Foester (1987) è stato fondamentale: è stato infatti uno dei primi studiosi ad introdurre il ruolo dell'osservatore come parte del sistema terapeutico. Egli afferma come ogni descrizione racchiuda colui che la descrive, proponendo così riflessioni sulla pratica dell'osservazione e dei sistemi che stanno in osservazione. In terapia questo potrebbe significare aprire uno spazio nel

quale riflettere sulle premesse, sul processo, sulla relazione in ottica dialogica.

Essendo il sistema osservante l'oggetto di riflessione, la valutazione diventa una valutazione di processo. Stabilire a chi giova quindi è un falso problema perché la valutazione diventa parte stessa del processo terapeutico. Più in dettaglio: il processo terapeutico per comodità si punteggia con il tempo che intercorre tra la prima seduta e l'ultima, ma, in un'ottica di MENTE¹ è un processo di cui non si può stabilire l'inizio né la fine perché è nel tempo dell'individuo (sia del cliente che del terapeuta), nelle sue relazioni passate e future. Il processo terapeutico diventa allora un faro sul presente di una relazione costruita dai partecipanti, ma che in sé porta il vissuto relazionale di ogni costruttore del processo e, in potenza, le relazioni del futuro². In quest'ottica la valutazione non è un momento finito nel tempo e nello spazio, (o meglio si può anche punteggiare con il tempo e con lo spazio, avendo però la consapevolezza che è "la mappa e non il territorio" (Korzybski cit. in Bateson, 1976, p.489) ma è in costante costruzione e co-evoluzione all'interno dell'intero processo terapeutico. Soprattutto non si può pensare che la valutazione possa essere qualcosa di oggettivo, qualcosa di osservato, perché colui che valuta è sempre colui che partecipa alla co-

¹ "La mente individuale è immanente, ma non solo nel corpo: essa è immanente anche in canali e messaggi esterni al corpo; e vi è una più vasta Mente di cui la mente individuale è solo un sottosistema.[...] ma essa è ancora immanente nel sistema sociale totale interconnesso e nell'economia planetaria."(Bateson, 1976, p.502)

² Questa nuova concezione ed attenzione alla variabile tempo è possibile grazie alle riflessioni portate dalla seconda cibernetica secondo le quali cade la sequenzialità lineare in cui passato, presente e futuro si succedono causalmente così che nel presente può essere selezionato un nuovo passato che apre a futuri possibili (Telfener, 1987).

struzione del processo. Telfener (1987) ricorda il pensiero di Maturana e Varela (1985), i quali affermavano che: "Tutto ciò che è detto è detto da un osservatore. Nel suo discorso l'osservatore parla ad un altro osservatore, che potrebbe essere lui stesso" (p.53). Anche nel caso di una valutazione più rigorosa dal punto di vista scientifico, e quindi una valutazione effettuata da una terza persona (doppio cieco), l'osservatore utilizza il suo bagaglio di premesse, le sue mappe, che lo aiuteranno nella somministrazione e nella lettura dei dati. Credere che non conoscere significati non influenzare è una visione ingenua del comportamento umano, perché sarebbe come dire che il comportamento non verbale non influisce nella comunicazione³. Nella pratica della ricerca sociale è stato costruito uno strumento di valutazione qualitativo attento a questi aspetti e quindi alla dimensione processuale delle relazioni. La VARA (Validità Come Resoconto Riflessivo, 1994) è uno strumento che considera contemporaneamente il contesto soggettivo-interattivo-relazionale analizzando la validità del processo più che dei risultati. I punti sui quali si incardina sono cinque: relazione fra ciò che si è osservato e più ampi contesti storico-culturali; relazioni fra osservatore, soggetto di ricerca e contesto; il punto di vista del ricercatore; ruolo del lettore nella costruzione della conoscenza finale; stile di presentazione. Nella pratica clinica invece uno strumento utilizzato per la valutazione del successo terapeutico è il follow up.

Per follow up si intende genericamente una serie di azioni di controllo sugli esiti di un intervento da effettuare a seguito di esso. È evidente che quando parliamo di follow-up a

³ Il primo assioma della Pragmatica recita: "non si può non comunicare". (Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., (1971) pag.41)

seguito di un intervento psicoterapeutico ci troviamo a muoverci su un terreno di confine tra la ricerca e terapia e questa interconnessione risulta ancora difficile. Come hanno rilevato Colangelo e Consiglio (1998) la letteratura sul follow-up in materia di terapia sistemica non manca, tuttavia sono pochi gli studi che risultano davvero utili per arricchire e ripensare con curiosità al modello sistemico. Le ragioni di tale mancanza sono da ricercare in un tentativo a volte maldestro di combinare i criteri della ricerca di laboratorio (con gruppi sperimentali e non) a dati clinici disomogenei. In un altro articolo Colangelo (2008) continua questa riflessione e sottolinea come nel modello sistemico si sia molto parlato di diagnosi ma poco di follow-up, soprattutto dal punto di vista epistemologico. Secondo l'autrice in un'ottica costruzionista il follow up non può essere considerato un mero strumento di valutazione, ma un vero e proprio intervento. Questo tipo di premessa è stata la chiave della sua ricerca in cui venivano fatte dialogare, attraverso l'uso del reflecting team, le narrazioni delle ex-pazienti e dei terapeuti: se il confronto tra diversi resoconti dello stesso evento amplifica le differenze, apre alla complessità e alla nascita di nuove storie, la possibilità di mettere in dialogo le diverse narrazioni può aprire un nuovo scenario nel quale inquadrare il follow-up.

È possibile quindi guardare al follow-up come ad un vero e proprio intervento che favorisca la possibilità di collocarsi e muoversi da due posizioni differenti per pazienti e terapeuti; essi sono accomunati per una volta dalla medesima posizione di osservatori di un processo che li ha visti coinvolti, un essere dentro ed un essere fuori che faccia emergere una posizione riflessiva dalla quale ricavare nuovi significati.

Potenzialmente il follow-up potrebbe diventare, inoltre, lo strumento adatto per indagare l'evoluzione del processo terapeutico e non la sua riuscita tout court. Come abbiamo detto all'inizio intendiamo la valutazione non come momento fine a se stesso, riguardante il paziente o il terapeuta nella loro individualità, o come lo strumento per distinguere la Terapia dalle terapie, ma piuttosto come un processo ricorsivo dentro un processo riflessivo, funzionale alla messa in luce delle relazioni che si creano nel percorso psicoterapico. La nostra proposta è allora quella di utilizzare il follow up per la valutazione del processo terapeutico-relazionale attraverso l'uso della riflessività.

FOLLOW-UP E RIFLESSIVITÀ

Se la valutazione del processo è essa stessa processo, anzi un metaprocesso, ciò significa che non possiamo considerarla come un momento conclusivo, ma piuttosto come riflessione continua sulla relazione terapeutica in corso. Per fare questo ci viene in aiuto il concetto di riflessività.

Per riflessività si intende l'abilità umana di pensarsi e riferirsi a noi stessi come se noi fossimo qualcun altro (Johnson, 1995).

Un certo grado di riflessività è dunque sempre presente nel contesto terapeutico, ma non sempre il terapeuta ne è consapevole. A ben guardare un aumento della consapevolezza favorirebbe a sua volta un incremento della riflessività con la famiglia, tale da creare un contesto non più istruttivo ma co-struttivo, dove la conoscenza non fluisce dal terapeuta alla famiglia, ma dove la conoscenza nasce dalla relazione. Non c'è dunque discente e alunno ma persone curiose (Cecchin, 1988) "a caccia" di nuove premesse, di nuove idee flessibili che vadano a smasche-

rare le rispettive "idee perfette"⁴ (Cecchin, 2003). Questo processo è possibile se però il terapeuta accetta di avere idee perfette che limitano e condizionano la terapia, permettendo quindi alla riflessività di emergere e generarsi nella relazione terapeutica.

La riflessività può essere concepita secondo quattro differenti livelli: autoriflessività, riflessività relazionale, riflessività culturale e riflessività contestuale (Daniel, 2012a).

Per autoriflessività intendiamo quell'esperienza di riflessione da parte del terapeuta sulla seduta, sul cliente e sulle emozioni suscitate, in modo tale da costruire associazioni tra la vita del cliente e l'esperienza di vita del terapeuta: tutto questo al fine di interrogarsi sull'atteggiamento avuto in seduta verso il cliente. La riflessività relazionale invece riguarda quei processi tramite i quali il terapeuta e il cliente coordinano in modo esplicito il loro modo di relazionarsi, al fine di creare un potenziale terapeutico (Burnham, 2005). L'aspetto importante è la possibilità del cliente, fornita dal terapeuta, di riflettere sulla terapia e sull'atteggiamento del terapeuta stesso, feedback utilizzabili per riadattare e rimodulare in modo più creativo la terapia ai bisogni della famiglia. Il terzo livello, ovvero quello della riflessività culturale, che rimanda ai lavori di Bourdieu e Said (in Daniel, 2012b), ci ricorda dell'importanza dell'osservazione della propria cultura di appartenenza attraverso gli occhi degli altri, ammettendo la possibilità non certo remota, di essere maldestri, di compiere atti pregiudizievole con persone appartenenti a culture

⁴ "A questa sorta di biologizzazione del pensiero nel dominio del linguaggio diamo il nome di idee perfette; derivati di azioni e comportamenti pragmatici, finalizzati a gestire il presente, che in seguito all'evidenza della loro utilità ed efficacia tendono a venire strutturati in termini di verità assoluta, atemporale e astorica" (Cecchin, Apolloni, (2003), pag. 44)

lontane dalla nostra. Il terapeuta però non deve cercare di negare o nascondere il suo errore, ma, prendendone atto, dovrebbe provare a stimolare dei feedback da parte del cliente rispetto all'atto disturbante per evitare di ricommetterlo, per ampliare le informazioni sul paziente e per continuare a stimolare la riflessività. In ultimo c'è la riflessività di tipo 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, 2012b).

Il follow up può diventare il momento eletto per l'osservazione, da parte di tutti i partecipanti alla terapia, della riflessività e di come essa si è declinata nel corso del processo terapeutico. Ad esempio potrebbe essere oggetto di narrazione nel follow up quanto e come il linguaggio usato (nel categorizzare o meno gli eventi, l'uso di etichette diagnostiche ecc.) abbia inciso sulla relazione; oppure si potrebbe utilizzare il punto di vista di un soggetto "esterno"⁵ in grado di esprimersi su quale tipo di contesto terapeutico è stato creato (*bianco, ricco, borghese, prepotente, moralista?* Daniel, 2012a). Ancora, potrebbe diventare oggetto di analisi in una seduta di follow up la storia del collegamento cliente-organizzazione, quali sono gli schemi, i presupposti o le immagini (derivanti dal retroterra del cliente o dai mass media) riguardo l'organizzazione a cui il terapeuta appartiene e riguardo il suo ruolo di professionista.

Ultimo ma non ultimo sarebbe importante interrogarsi ed interrogare i clienti rispetto il nostro ruolo di terapeuti, esplorare i malintesi che nel corso della terapia si sono creati e che non sono stati risolti, invitare tutti e so-

prattutto i bambini a porre domande rispetto a decisioni che non hanno trovato spiegazioni esaustive.

Con queste premesse e attraverso una embridazione di tutti e quattro i livelli abbiamo pensato di costruire una griglia di intervista per il follow up da svolgere con la famiglia, i terapeuti e una psicologa dell'équipe di ricerca- all'interno di un contesto istituzionale, contenente questi e altri temi che riteniamo utili per riflettere su come il processo terapeutico riflessivo ha avuto luogo e cosa di questo ha lasciato traccia nella storia della famiglia e dei terapeuti.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto qui presentato si pone come obiettivo quello di costruire una nuova procedura utilizzabile presso il Centro Famiglie dell'AUSL di Parma, (servizio di secondo livello), attivo dal 2002, che opera all'interno dei servizi territoriali del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Il Centro si occupa di consulenza, counselling e terapia familiare per attività di orientamento trattamentale clinico sociale e di comunità. Essendo un servizio di secondo livello, l'accesso al centro è dovuto all'invio di altri operatori sul territorio, quali la Neuropsichiatria infantile, Servizio Tossicodipendenze, Centro di Salute Mentale, Servizi Sociali. Attualmente la procedura prevede l'attivazione di un intervento di consulenza psicologica o di psicoterapia attraverso due colloqui di preliminari con una conseguente restituzione all'inviante; successivamente si procede ad una eventuale presa in carico della famiglia inviata con un percorso di affiancamento a cadenza quindicinale/mensile. Oltre al lavoro con le famiglie, il Centro può offrire anche un supporto psicologico individuale, come affiancamento o integra-

⁵ Esterno non si usa nel senso di "oggettivo".

zione dell'intervento con la famiglia. Ciò che nel percorso di terapia manca è la possibilità di effettuare un follow up sul percorso fatto, aspetto che si presenta come una possibile criticità del lavoro effettuato: primo perché l'opportunità di avere un feedback da parte della famiglia sulla attività fatta viene a mancare, secondo perché gli operatori stessi non hanno uno spazio, un contenitore per così dire, in cui ripensare il loro "agire" e il loro "sentire" in terapia. La proposta, quindi, di inserire nella prassi del lavoro del Centro una seduta di follow up, a sei mesi dalla chiusura del percorso psicologico, si inserisce in questo contesto. Nello specifico l'idea è quella di costruire un setting in cui famiglia e terapeuti possano confrontarsi guidati da un terzo psicologo che non ha partecipato al precedente percorso terapeutico e che quindi condurrà l'incontro.

La parte del progetto qui esposta è la fase "0", ovvero una fase esplorativa per ottenere dati e riflettere su criticità e punti di forza dell'idea progettuale, in modo tale da costruire la fase "1", lo start-up, con una base procedurale già in parte testata. Nodo centrale del progetto rimane comunque la possibilità concreta di modificarsi in itinere, questo perché un progetto flessibile permette la costruzioni di procedure e pensieri flessibili, indispensabili nel lavoro psicologico (specialmente quello attivato in un'AUSL in cui le famiglie che arrivano sono spesso famiglie multiproblematiche).

DALL'IDEA ALLA REALIZZAZIONE: LA FASE ESPLORATIVA DEL PROGETTO

L'attivazione della fase "0" ha combaciato con lo svolgimento di 2 incontri preliminari dell'équipe con i responsabili del Centro per cercare di individuare insieme quali e quante famiglie sarebbe stato possibile contattare.

La prima difficoltà è stata subito chiara: alle famiglie, durante il loro percorso, non era stata prospettata la possibilità di completare il loro lavoro con una seduta "postuma". Era quindi necessario trovare una formula di aggancio chiara e convincente, ma soprattutto non ambigua, cioè che non suggerisse l'idea di una convocazione per continuare il lavoro psicoterapico in senso stretto. Si è deciso quindi di far contattare le famiglie dalla segreteria che di norma prende gli appuntamenti, riportando per ogni telefonata questo testo:

"Contattiamo le famiglie e le coppie seguite durante gli ultimi due anni per invitarle ad un incontro di riflessione a posteriori sul lavoro svolto. L'incontro è condotto da un collega esterno che intervista consulenti e famiglia sulle modalità di conduzione dei colloqui svolti, sui vissuti di ciascuno e sulla relazione terapeutica. L'attività ha come scopo comprendere punti di forza e di criticità sui quali il centro possa orientare ed affinare gli interventi terapeutici futuri. Le famiglie saranno contattate dai conduttori delle interviste per un appuntamento."

Le famiglie contattate (famiglie che hanno chiuso il percorso tra la fine del 2011 e l'inizio del 2012, ad eccezione di una che terminò il percorso verso la metà del 2009) sono 9, di queste 5 hanno dato disponibilità a fissare un appuntamento. L'équipe del progetto ha poi proceduto a un secondo contatto telefonico per fissare un data per il follow up. Durante questa seconda telefonata venivano riportati 2 aspetti importanti:

1. la durata della seduta sarebbe stata di circa 1h e 30
2. al colloquio sarebbero stati presenti i loro terapeuti, ma sarebbe stato condotto da una psicologa dell'équipe di ricerca.

Alla data fissata per l'appuntamento veniva

preparata dall'équipe la stanza di terapia con le sedie disposte a cerchio più un tavolino su cui appoggiare il pc per la visione di alcuni spezzoni delle sedute videoregistrate⁶.

Ogni seduta di follow up è stata anch'essa videoregistrata, dopo aver condiviso con la famiglia la possibilità di attivare il video come nelle sedute fatte durante il percorso⁷.

LO STRUMENTO UTILIZZATO E LA SUA EVOLUZIONE

Le aree di interesse su cui si desidera indagare, sia nel nucleo familiare che nel sistema terapeutico, sono:

- a. La storia della famiglia, le problematiche che hanno condotto al Centro di Terapia Familiare e la loro evoluzione durante il percorso terapeutico;
- b. I vissuti e i sentimenti di ognuno e la loro evoluzione durante il percorso;
- c. Le aspettative di ognuno nei confronti del percorso terapeutico e la loro evoluzione nel tempo;
- d. Il cambiamento: cosa cambiava durante

⁶ Il setting terapeutico del Centro è composto da una stanza di terapia con un tavolo e delle sedie, nella stanza di terapia sono installati uno specchio unidirezionale e un microfono che permettono la visione della seduta, in una stanza attigua, al gruppo di colleghi osservatori. Inoltre vi è una telecamera per filmare le sedute in modo da poter rivedere e analizzare il contenuto emerso, oltre ad essere sbobinate per avere un report cartaceo su ogni incontro. Lo specchio unidirezionale permette di condividere la seduta con una équipe dietro lo specchio, équipe formata sia da psicologi sia da specializzandi di diverse scuole di psicoterapia, in quanto il Centro è anche sede di tirocinio formativo. Il Centro è quindi un servizio che opera su fronti diversi, che si interfaccia con servizi ed esigenze tra loro differenti; per questo motivo la possibilità di condividere con una équipe allargata il lavoro svolto dai terapeuti dentro la stanza è ancor più fondamentale, perché gli accessi al servizio sono numerosi, l'attività ha un ritmo molto elevato e per questo la possibilità di rileggere la seduta con occhi esterni e a volte "meno stanchi" diventa uno strumento prezioso per l'evoluzione della terapia stessa."

⁷ La delibera per la videoregistrazione e lo specchio viene fatta firmare all'inizio del percorso terapeutico.

- il percorso terapeutico ed eventuali passaggi all'interno della stanza della terapia che contribuivano a tale cambiamento;
- e. La relazione tra il sistema terapeutico e il sistema famiglia, la relazione tra ogni membro e i terapeuti e le evoluzioni di tali relazioni;
 - f. Gli strumenti, gli insegnamenti e le competenze che tutti i partecipanti hanno acquisito durante il percorso terapeutico e come vengono oggi utilizzati;
 - g. Riflettere se qualcosa all'interno dell'ambito terapeutico, poteva essere diverso o se è rimasto inesplorato;

Cosa suscita il rivedersi nei filmati e il ripensarsi a posteriori.

Lo strumento adottato è un'intervista semi-strutturata per aree tematiche e con alcune domande per ognuna di esse come traccia. L'intervistatore decide cosa approfondire e cosa eventualmente saltare, in base alle tematiche percepite come importanti dalla famiglia nel processo terapeutico.

Già nella stesura delle prime tracce è emersa l'eccessiva quantità di domande per l'esplorazione delle aree tematiche, tenendo inoltre conto che tali domande erano rivolte a tutti i partecipanti. Nonostante la libertà dell'intervistatore, i colloqui diventavano emotivamente pesanti e rischiavano di durare oltre il tempo necessario a meno che l'intervistatore non adottasse uno stile estremamente direttivo. Si è quindi dovuto procedere cercando di accorpate aree di interesse in poche domande meno specifiche: si è rinunciato a ottenere risposte precise a domande precise lasciando invece emergere la risposta spontanea in base a ciò che la domanda generica suscita. Un ulteriore aspetto emerso durante i colloqui riguarda alcuni contenuti delle domande. Alcune di esse infatti riportano i membri del

sistema familiare su talune problematiche che non sono del tutto risolte, in una sorta di “rivangare” e riproporre vecchie dinamiche. I membri tornano nello stato d’animo del passato, allontanandosi di conseguenza dall’obiettivo di guardarsi a posteriori e nel presente. Per cercare di evitare tale rischio durante il colloquio abbiamo eliminato le domande specifiche sui contenuti del passato. Queste considerazioni ci hanno suggerito l’idea di avvalerci dell’uso di piccoli spezzoni delle videoregistrazioni fatte durante il percorso terapeutico, questo per facilitare la memoria e dare spunti di riflessione ulteriori. La criticità dell’uso dei tape è dovuta sostanzialmente alla scelta di quali momenti usare,

evitando cioè di dare l’aggancio a rifrazioni più legate al versante del contenuto che non a quello del processo. Per eludere questo abbiamo preferito scegliere piccoli momenti di non verbale o momenti che scandissero alcuni passaggi temporali (ad esempio il rivedersi dopo alcuni mesi o l’aver svolto un “compito” a casa). Inoltre abbiamo scelto di usare tre spezzoni che corrispondessero ad altrettanti tre momenti della terapia: la prima seduta, la seduta mediana, l’ultimo incontro, questo per dare un orizzonte temporale visivo e non solo concettuale. In dettaglio ecco le fasi dell’intervista:

Apertura	Saluti e ringraziamenti. Che cos’è il follow up
Fase 1 Ripercorriamo la storia Videotape A	Ripercorriamo il percorso terapeutico. Visione del primo filmato: indagine sui vissuti del sistema terapeutico e sistema paziente. “Come vi siete sentiti?” “Cosa cercavate di dire?” “Quali emozioni stavate provando?” Esplorazione delle aspettative rispetto al percorso (sia della famiglia che del terapeuta) Rilancio circolare: commenti e approfondimento al tape visto, i ricordi della terapia.
Fase 2 Passaggi che hanno portato al cambiamento Videotape B	Visione secondo tape. Il Cambiamento: esplorazione di come sistema terapeutico e famiglia punteggiano il cambiamento. Domande per la famiglia e sistema terapeutico: “Quali sono stati, secondo voi, i passaggi maggiormente significativi che hanno promosso processi di cambiamento?” “È accaduto qualcosa che ha stimolato un movimento verso il cambiamento?” “C’è qualcosa che nel percorso è rimasto inesplorato e che avreste voluto affrontare?” “Quali sono state le criticità?” Stimolare commenti reciproci: il sistema famiglia evoca momenti che il sistema terapeutico commenterà, il sistema terapeutico evocherà altri aspetti che verranno commentati dal sistema famiglia.
Fase 3 Esplorazione della relazione terapeuta-clienti Videotape C	Visione terzo tape. La relazione terapeutica e termine della terapia: strumenti acquisiti, curiosità ancora da esplorare. Alla famiglia e al terapeuta: “Cosa sentite di aver acquisito da questo vostro incontro?” Alla famiglia: “Cosa vi ha insegnato l’incontro con i terapeuti?” Rilanciare stimolando commenti nella coppia terapeutica. Ai terapeuti: “cosa vi ha insegnato questa famiglia?” Rilanciare stimolando commenti nella famiglia. Ai terapeuti e alla famiglia: “Cosa vi ha incuriosito rispetto ai movimenti che ci sono stati nel percorso?” “Cosa avreste voluto conoscere l’uno dell’altro che non avete avuto la possibilità di esplorare?”
Chiusura	Esplorazione del vissuto rispetto all’intervista, saluti e ringraziamenti

In particolare durante l'uso dell'intervista è emersa la necessità di stimolare la riflessione anche su "quello che non ha funzionato", le criticità e le difficoltà dei vari partecipanti alla seduta, questo per evitare autocelebrazioni poco stimolanti in un contesto terapeutico.

ANALISI DEI DATI:

UN'OSSERVAZIONE TRASVERSALE

L'analisi delle cinque sedute di follow up svolte viene qui elaborata attraverso un'analisi trasversale, ovvero per aree tematiche. In particolare andremo ad analizzare:

1. aspettative ed emozioni
2. processi di cambiamento
3. la relazione tra terapeuti e pazienti

La scelta di queste aree tematiche è da legarsi alle premesse del lavoro, per cui ciò che si desidera indagare è come la narrazione terapeutica sia prima di tutto relazione-emotiva-nel-tempo-e-nello-spazio, dove il gioco della relazione dei membri della famiglia si allarga ai terapeuti e dove lì qui e ora si mescola con il sempre e ovunque.

Le famiglie che hanno partecipato a questa prima fase di ricerca sono quattro:

Famiglia	Membri presenti	Durata intervista	Terapeuti
Famiglia A	Madre, figlio, figlio	1 h 35 minuti	Terapeuta Coterapeuta
Famiglia B	Marito, Moglie	1 h 20 minuti	Terapeuta
Famiglia C	Padre, Figlia S. Figlia L.	1 h 15 minuti	Terapeuta Coterapeuta non presente
Famiglia D	Marito, Moglie	30 minuti (causa impegni della famiglia)	Terapeuta

- *Aspettative ed emozioni rispetto all'articolazione della relazione nel tempo*

Nell'analisi dei temi che le famiglie riportano in merito alle emozioni ed aspettative sul percorso terapeutico vi sono delle ridondanze che rimandano ad emozioni a volte contrastanti.

Alcuni membri delle famiglie intervistate ricordano con grande intensità la sofferenza che li accompagnava all'inizio del percorso per la situazione "disperata" nella quale si trovavano, ma nello stesso tempo emerge anche la speranza di trovare un aiuto.

La fiducia è l'altra grande tematica che emerge da pazienti e terapeuti: se alcuni membri delle famiglie sembrano raggiungere questa posizione con meno difficoltà perché stimolati da precedenti percorsi, gli

altri membri raccontano di come sia stato fondamentale l'atteggiamento di non giudizio sentito in terapia. Nella famiglia D. è la sensazione dell'essere accolti e non giudicati che consente ai membri di affrontare la propria rabbia reciproca, i propri non detti. Ad esempio la moglie afferma: "Mi sono sentita in famiglia ... ci ha fatto uscire fuori tutto quello che avevamo dentro.", e ancora: "... allora ti viene fuori tutto quello che non hai detto in casa ... ci siamo sfogati tutti insieme, quella rabbia che c'era dentro è venuta tutta fuori."

Il marito riflette sul fatto di essere passato lui stesso da una posizione giudicante ad una di comprensione e accoglienza.

È interessante osservare come questo clima di accoglienza venga in qualche modo

rispecchiato nelle sensazioni dei terapeuti. Nella famiglia C., ad esempio, il terapeuta riporta di essersi sentito da subito accolto e a proprio agio col nucleo familiare.

Osservando il proprio atteggiamento nel proseguimento delle sedute conferma questa sensazione e riflette sulla curiosità provata quando entrava in seduta.

Il terapeuta afferma di non ricordare di aver avuto precise aspettative in merito a ciò che sarebbe potuto accadere con la famiglia C; piuttosto è sempre stato interessato ad osservare come la famiglia si riorganizzava davanti ad un evento perturbante e carico di sofferenza, come la separazione della coppia genitoriale.

Un altro aspetto che emerge dal sistema terapeutico è la solitudine quando non è presente un co-terapeuta. Nella famiglia B. la terapeuta riporta proprio questa sensazione, riportando inoltre quanto in una situazione del genere sia stata ancor più importante la presenza dell'équipe dietro lo specchio in affiancamento durante il percorso. Infine si parla di fiducia nella possibilità della famiglia di svincolarsi dal percorso terapeutico.

Nella famiglia C. il terapeuta riporta di essersi sentito fiducioso per la nuova modalità di organizzazione a cui era giunto il nucleo, che riteneva capace di poter proseguire senza supporto.

Questo tema diventa importante nella conversazione in quanto permette alle figlie di rileggere il proprio atteggiamento di allora nei confronti di questo svincolo come paura di essere "lasciate andare".

Le figlie sentono di essere state in grado di superare quella sensazione grazie all'idea che sarebbero potute tornare dopo qualche mese se l'avessero ritenuto necessario.

- *Processi di cambiamento: differenze di percezioni tra terapeuta e pazienti*

Parlando dei processi di cambiamento è stato molto interessante ascoltare ciò che le famiglie avevano colto del percorso svolto. Un fattore comune è stato riportato da tutte, sebbene con sfumature diverse, ovvero il fatto che la terapia sia stata un luogo nel quale aprirsi ad una comprensione profonda dei vissuti dell'altro.

Nella famiglia B. il marito dice che il passaggio maggiormente significativo per il cambiamento sia stato cogliere e sentire la solitudine che la moglie si portava dentro, una solitudine lontana e non rimarginabile ma che fino ad allora era rimasta inascoltata. Sebbene essa non sia mai diventata oggetto di conversazione, è rimasta una presenza "concreta" nella famiglia. La terapeuta, che sembra aver avuto una percezione simile a quella della famiglia, riporta la paura come emozione prevalente all'interno della coppia, emozione che sono riusciti ad accogliere e a legittimare maggiormente in se stessi e nell'altro.

Anche nella famiglia D. è la moglie a spiegare come il passaggio maggiormente significativo sia stato quello che ha permesso a tutti di tirare fuori la propria rabbia che, rimasta troppo a lungo non dicibile, ha trovato uno spazio per la sua espressione, per il riconoscimento e la comprensione reciproca.

La moglie ritiene questo passaggio possibile grazie alla esplorazione delle storie nelle famiglie d'origine e della storia di coppia. Secondo i coniugi questo ha permesso di aprire un canale comunicativo importante. La terapeuta è in linea con queste riflessioni e ricorda come la famiglia si fosse costruita attraverso numerosi sacrifici e non avesse mai avuto il tempo per fermarsi a

pensare e a parlare, come invece è riuscita a fare in terapia.

Per alcune famiglie intervistate l'aspetto dell'accoglienza del vissuto dell'altro è stato possibile grazie allo strumento delle simulate che sono state utilizzate.

Nella famiglia C. i membri sono rimasti molto colpiti dal rivedersi interpretati dai terapeuti, in questo modo dicono di essersi sentiti compresi profondamente e che questo strumento ha consentito loro di prendere spunto su come poter reagire o comportarsi in alcune situazioni tipiche nelle relazioni intra-familiari.

Anche nella famiglia A. le simulate sono state molto importanti: la madre è rimasta stupita da quanto i terapeuti riuscissero ad interpretare gli scambi quotidiani tra lei e il figlio e di come questi tipi di dialoghi si ripresentassero nella realtà. La madre riporta di essere stata molto aiutata in quanto preparata a rispondere in un certo modo, richiamando comunque la propria originalità e autenticità.

Le riflessioni delle famiglie sul cambiamento hanno stimolato nei terapeuti commenti piuttosto in linea con esse, non rilevando discrepanze.

Un aspetto di cui hanno parlato, invece, i terapeuti e che ha indotto poi riflessioni nella famiglia è stato quello relativo al termine della terapia. Nel caso della famiglia A. il terapeuta riporta come il segnale di autonomia la richiesta di un membro di un aiuto individuale; anche la co-terapeuta esplicita di aver sentito ad un certo punto che la famiglia stava dando un segnale di autonomia tramite il non telefonare per un altro appuntamento.

L'osservazione è interessante in quanto ha permesso di chiarire un non detto, ovvero che la famiglia si aspettava a sua volta

di essere contattata dai terapeuti e di aver quindi interpretato il loro silenzio come un segnale di autonomia.

- *La relazione tra terapeuti e pazienti*

Parlando della relazione tra terapeuti e famiglie, quest'ultime hanno riportato tutte un grande senso di fiducia nei confronti dei terapeuti e questo sentire è stato rispecchiato anche da parte dei terapeuti.

Alcune famiglie hanno collegato questa fiducia al clima di familiarità sperimentato in seduta.

Questo aspetto è emerso fortemente nella famiglia A. in cui la madre ha sottolineato come uno dei suoi figli considerasse il terapeuta come uno di famiglia. Il terapeuta, da parte sua, osservandosi nella relazione con la famiglia, dice di essersi sentito poco neutrale nei confronti del figlio, provando molta tenerezza per lui.

Nella famiglia D., invece, il marito ha sentito che in seduta si era creato un clima familiare grazie alla percezione di parità sentita nei confronti della terapeuta: riporta infatti che in seduta ci si dava del tu e che la terapeuta non pretendeva un rispetto particolare solo per il fatto di essere una Dottoressa.

Nella famiglia B. sono stati sia la famiglia che la terapeuta a riportare un senso di fiducia su aspetti differenti: per la coppia fidarsi ha significato potersi aprire senza essere giudicati, mentre per la terapeuta ha significato sentire che i membri avevano acquisito tanti buoni strumenti da poter sperimentare in autonomia.

Rispetto agli strumenti acquisiti la famiglia C ha saputo riconoscere le competenze sperimentare in seduta che ha poi trasportato nei contesti quotidiani. Un membro ad esempio è rimasto stupito da come il terapeuta riuscisse a valorizzare gli aspetti

positivi delle persone e delle situazioni.

Una parte di intervista che è parsa molto interessante è stata quella nella quale è stato il sistema terapeutico a parlare di ciò che ha appreso dalla famiglia.

Nella famiglia A. terapeuta e co-terapeuta hanno riportato di aver avuto insegnamenti importanti dalla famiglia, ad esempio hanno appreso come, in presenza di traumi importanti, sia importante avere pazienza ed aspettare il giusto tempo per osservare i movimenti. Il figlio è rimasto molto colpito dai rimandi dei terapeuti e ha espresso il suo stupore nel sentire quanto i terapeuti fossero coinvolti e quanto loro siano stati utili e importanti nel loro percorso professionale.

Nella famiglia C., invece, il terapeuta ha riscoperto la possibilità di lavorare anche in assenza di un membro molto importante all'interno del nucleo e ha osservato come i figli possano avere un ruolo potente nel percorso terapeutico quando i genitori sono in difficoltà.

Nella famiglia D. la terapeuta dice di avere appreso dalla famiglia che anche coppie che sono costruite su assetti rigidi hanno la capacità di ridefinirsi; in particolare a colpirla è stata la capacità del marito di entrare in un mondo per lui nuovo, in quanto non abituato a strumenti come il dialogo e l'introspezione. Parlare delle criticità del percorso con le famiglie è stato per certi versi più difficile, forse per il clima di gratitudine che ha caratterizzato le interviste effettuate.

Nella famiglia A. la madre parla esplicitamente di un tema non affrontato in seduta e che le sarebbe piaciuto approfondire: la storia della propria famiglia d'origine.

Nella famiglia C., invece, è stato il terapeuta a rilevare una criticità: ripensando il percor-

so a posteriori sente che avrebbe potuto accogliere maggiormente uno dei membri del nucleo particolarmente "bersagliato" dagli altri membri; inoltre si ritrova a dover tenere insoddisfatto il proprio desiderio di conoscere l'altro membro della famiglia.

CONCLUSIONI

L'esperienza del follow-up è stata accolta favorevolmente e con curiosità sia dai terapeuti che dalla maggior parte delle famiglie contattate. È stato l'unico incontro che ha visto unirsi insieme sistema terapeutico e sistema famiglia "dallo stesso lato" di fronte all'intervistatore con un focus di discussione differente da quello a cui erano abituati. Le famiglie sono rimaste sorprese nel trovare i filmati delle sedute passate e riguardavano se stessi con molta curiosità. Come avevamo supposto il filmato ci è apparso concretamente utile a tutti i partecipanti per avere un'immagine immediata del passato e poter entrare più agevolmente nei ricordi. Riguardo l'uso dei filmati abbiamo cercato attimi che non rivelassero i contenuti del colloquio, per evitare che i partecipanti si focalizzassero su essi, ma immagini che riportassero il più possibile al non verbale, lasciando spazio a ciò che emerge spontaneamente dal ricordo riguardo gli aspetti che vengono indagati.

Come già accennato in precedenza la traccia dell'intervista usata negli incontri di follow-up ha subito numerose modifiche in itinere ed è tuttora da considerarsi in via di sviluppo.

Un aspetto che potrebbe essere modificato è invertire, rispetto la traccia attuale, le aree di indagini rispettivamente al secondo e al terzo filmato. In tal caso dopo la visione del secondo filmato si andrebbe a indagare la relazione terapeutica che col tempo

si stava instaurando; dopo il terzo filmato si indagherebbe il cambiamento, che potrebbe essere più evidente e quindi semplice da individuare alla fine di un percorso piuttosto che durante. Anche alla chiusura dell'intervista verranno fatte alcune modifiche. Attualmente si indagano i vissuti nei confronti dell'intervista di follow up con domande aperte ("Che sentimenti suscita stare qui oggi?", "Cosa si prova oggi su quella sedia?", "Com'è stato ripercorrere il vostro percorso svolto qu?", ecc). Con tali domande si ottengono risposte interessanti, ma data la comprensibile stanchezza al termine dell'incontro esse spesso sono risultate molto sintetiche e fornite da pochi dei presenti all'incontro. Si è quindi valutato di cambiare leggermente registro comunicativo e di chiedere a ogni presente tre parole chiave o aggettivi che rappresentassero l'incontro di follow-up appena svolto. Anche l'intervistatore fornisce le proprie parole chiave sia in qualità di partecipante, sia come sorta di breve restituzione.

Un punto emerso tra i vari incontri di follow-up svolti è la maggior ricchezza di contenuti e confronti qualora i terapeuti presenti all'incontro fossero due, rispetto quando ne presenziava uno soltanto.

La pluralità permetteva un interessante emergere di differenti punti di vista e ricordi tra i vari membri. Nei casi in cui il terapeuta fosse solo uno il punto di vista dell'intero sistema terapeutico era affidato a costui, che portava inevitabilmente il proprio ricordo. A tale limite si potrebbe in parte porre rimedio richiedendo al terapeuta presente lo sforzo di dare voce anche al punto di vista del collega assente.

La difficoltà più grande è stata senza dubbio quella organizzativa: incastrare i nostri tempi, quelli del terapeuta e quelli della fa-

miglia si è rivelata una vera e propria "partita a Tetris". Questa difficoltà è dovuta in parte al fatto che, come accennato precedentemente, la seduta di follow up non era stata preventivata né all'inizio né in chiusura di percorso. L'altro aspetto critico è probabilmente dovuta al senso del "cosa andiamo a fare là": cercare di passare alle famiglie il significato del nostro essere lì, ovvero promuovere un linguaggio differente da quello usato durante il loro precedente percorso è stato per noi un faro. Ancora meglio: nella nostra premessa la famiglia si trovava a porsi questa domanda.

Questo ci ha portati a riflettere di come una riflessione di consapevolezza dell'intervistatore sia imprescindibile nella conduzione di un follow up. Questo perché chi conduce propone un diverso stile relazione da quello comunemente usato dagli psicologi, ovvero legittima a parlare in terapia della relazione in corso, non annullando le differenze di ruolo ma rendendole visibili. Non solo. Come ricorda Daniel (2012a) il punto è: "di cosa possiamo parlare e di cosa non possiamo parlare?" Quali sono gli argomenti che anche nelle libere menti dello psicologo diventano un tappo nella relazione del qui e ora? Il non detto che diventa sotto testo nella terapia condiziona a maggior ragione una conduzione di follow up in quanto stabilisce a priori ciò che è dicibile e ciò che non lo è.

Questo avviene nello scegliere a chi dare la parola, nella costruzione delle domande e prima ancora nella costruzione dell'intervista. Pensiamo che, perché il follow up sia qualcosa in continuità con la terapia ma capace di introdurre aspetti nuovi, debba prima di tutto stimolare una riflessione nel conduttore, ovvero in quali sono le sue mappe-guida. La nostra esperienza ci ha

permesso di approfondire questi aspetti tanto da indurci a modificare in corso d'opera la griglia e lo stile di conduzione. Dietro lo specchio ci è stato rimandato di come questa consapevolezza debba però "essere messa in circolo": esplicitare la dimensione narrativa permette di dare un

significato diverso all'incontro, ovvero non solo una connotazione clinica di follow up, ma di ri-scrittura condivisa di una storia che, in modo maggiormente chiaro e incisivo, può entrare a far parte della memoria autobiografica dei partecipanti e aumentare la loro consapevolezza.



Bibliografia

- Bateson, G., (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Burnham, J. (2005). *Relational reflexivity: a tool for socially constructing therapeutic relationships*. In C. Flaskas, B. Mason, A. Perlesz, (eds), *The Space Between: Experience, Context, and Process in the Therapeutic Relationships*. London: Karnac.
- Cecchin, G., (1988). *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità*. Un invito alla curiosità. *Ecologia della Mente* 5, 29-41.
- Cecchin, G., Apolloni, T., (2003). *Idee perfette*. Milano: Franco Angeli.
- Colangelo, L., Consiglio, A. (1998). *Una bibliografia ragionata su: il follow-up*. *Terapia Familiare*, 56, 105-122.
- Colangelo, L. (2008). *Il follow-up come momento di "reflecting team"*. *Connessioni*, 21, 81-101.
- Daniel, G. (Maggio 2012a) *Riflessività e diversità culturale*. Power Point presentato all'interno del ciclo di conferenze "Comunicazione e famiglia in ambito clinico", Parma.
- Daniel, G. (2012b). *With an exile's eye: developing positions of cultural reflexivity (with a bit of help from feminism)*. In Inga-Britt Krause (eds), *Cultural and Reflexivity in Systemic Psychotherapy Mutual Perspectives*. London: Karnak.
- Johnson, A.G. (1995). *The Blackwell Dictionary of Sociology: A User's Guide to Sociological Language*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Venezia: Marsilio Editori.
- Telfener, U. (1987). *Heinz Von Foester Costruttivismo e psicoterapia*. In Von Foester, H. *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Von Foester, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

Si ringrazia per la collaborazione tutto il gruppo di colleghi del Centro Famiglie dell'AUSL di Parma, in particolare modo la Dott.ssa Ferrari, la Dott.ssa Vescovi e la Dott.ssa Scutarro per il prezioso aiuto.



Finito di stampare nel giugno 2013 da

EDICTA[®]
EDIZIONI



ISBN: 978-88-89998-51-9

EDICTA
EDIZIONI