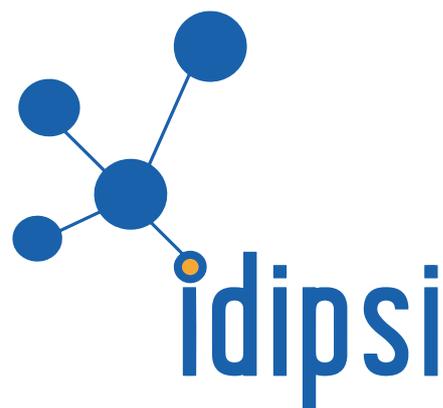


CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

Volume 2022

Nuove contaminazioni alla clinica sistemica



CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Nuove contaminazioni
alla clinica sistemica**

Issn: 2279/6991

1° volume 2022

Indice

Direttrice Responsabile Antonina Restori	pag. 5	Approccio Open Dialogue: verso la promozione del saper divenire in una cornice sistemico-dialogica <i>Gabriele Moi e Antonia Restori</i>
Direttore scientifico Mirco Moroni	pag. 14	Caronte e la macchina delle emozioni <i>Eleonora Vernizzi</i>
Coordinamento redazionale Giada Ghiretti, Tiziana Brancati, Chiara Rainieri	pag. 24	Che maschio sei? <i>Giancarlo D'Antonio</i>
Redazione Gianfranco Bruschi, Alberto Cortesi, Daniela Ferrari, Giada Ghiretti, Gabriele Moi, Chiara Rainieri, Tiziana Brancati	pag. 36	"L'abbraccio terapeutico" Quando il corpo urla un dolore silente. <i>Ylenia Fossitto</i>
Comitato scientifico Marco Bianciardi (Torino), Gwyn Daniel (Londra), Nadia Monacelli (Parma), Cecilia Edelstein (Bergamo), Wolfgang Ulrich (Milano), Paola Ravasenga (Milano)	pag. 48	Il Sé ferito. Integrare nuove possibilità in terapia. <i>Cantarelli Giulia</i>
Segreteria organizzativa Ilaria Dall'Olmo	pag. 57	La volpe e l'uva: storia di una relazione d'azzardo <i>Rossella Cocchi</i>
	pag. 69	"Il silenzio": significati e narrazioni del silenzio in terapia. <i>Angela Donadio</i>
	pag. 77	Imparare in età adulta a sostare e dialogare con la sofferenza del proprio bambino interiore che ha subito un trauma. <i>Alice Paraboschi</i>
	pag. 90	"Mio padre è morto e non ho pianto": il lutto di Andrea e le aspettative degli altri" <i>Blandizzi Mariacconcetta</i>
	pag. 99	"Vola a mezza altezza, mi raccontando": se la caduta in mare di Icaro fosse un nuovo inizio? Miti familiari, metamorfosi e terapia come narrazione <i>Giulia Monteleone</i>
	pag. 111	Miti e regole familiari: dalla letteratura ai contesti educativi <i>Alessia Ferrari</i>

pag. 121 | **Surfare con la mente batesoniana**

Chiara Condorelli

pag. 132 | **Dove c'è molta morte c'è molta vita.**

Chi cura chi? Storie di accompagnamento al fine vita.

Alessandra Perlin

pag. 142 | **Due storie sono meglio di una: Sistemi in apprendimento**

Paolo Chierchia

Approccio Open Dialogue: verso la promozione del saper divenire in una cornice sistemico-dialogica

Gabriele Moi¹ Antonia Restor²

Riassunto

Quest'articolo si propone di presentare contaminazioni possibili tra modello sistemico e approccio Open Dialogue. L'Open Dialogue è un metodo già sperimentato con successo nei paesi scandinavi, per affrontare l'esordio della patologia psichiatrica grave, ed in particolare gli esordi psicotici. Verrà proposta una possibile applicazione del modello sistemico-dialogico nel contesto della rete dei servizi e, in particolare, all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Parma.

Parole chiave:

Team, responsabilità, dialogismo, rete, flessibilità

Summary

This article aims to present possible contaminations between the systemic model and the open dialogue approach. Open dialogue is a method already successfully tested in the Scandinavian countries, to deal with the onset of serious psychiatric pathology, and in particular the psychotic beginnings. A possible application of the systemic-dialogical model will be proposed in the context of the network of services and, in particular, within the Local Health Authority of Parma.

Key words:

Team, responsibility, dialogue, network, flexibility

¹ Dirigente Psicologo Psicoterapeuta UOC Psicologia Clinica e di Comunità AUSL di Parma - Didatta IDP/ISI Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata - Sede di Parma

² Dirigente Psicologa Psicoterapeuta - DAISM DP AUSL di Parma - Responsabile Centro di Terapia Familiare AUSL di Parma - Responsabile della Didattica IDP/ISI Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata - Sede di Parma e Siracusa

Introduzione

La pratica dialogica del Dialogo Aperto è la traduzione e l'incarnazione della visione democratica del processo di cura nella quale l'interazione con l'Altro non avviene più unicamente con il "paziente" ma con un sistema allargato, con una comunità: il paziente è protagonista, la sua voce viene ascoltata, la sua condizione rispettata. Nata come modalità di approccio agli esordi psicofici, si sta affermando sempre di più come approccio utile nei casi complessi ad alta criticità ed intensità di cura. È possibile avvicinarsi a questa visione soltanto pensando alla comunità come comunità curante. Il dialogo tra premesse diverse, la trasversalità, la composizione di sguardi è l'anima dell'approccio Open Dialogue.

Il dialogo aperto (OD) è un approccio orientato alla famiglia che ha dimostrato buoni risultati nel trattamento degli esordi psicotici. L'OD si concentra sulla comunicazione come processo congiunto di costruzione di significato tra i pazienti, le loro reti sociali e i professionisti. Attinge ai principi dialogici di Bachtin (Bachtin, 1984) ed è radicato in una tradizione batsoniana. Autori come Andersen (1991) o Peter Rober (2005) si sono definiti "dialogici" ma è stato Jaakko Seikkula (Seikkula, 2002; Seikkula e Olson, 2003; Seikkula et al., 2011) quello che meglio ha coniugato le idee di Bachtin con la sensibilità postmoderna nel suo open dialogue approach.

Secondo Seikkula e Olson (2003), i principi più importanti dell'open dialogue sono tre: tolleranza dell'incertezza, dialogo e polifonia, chiaramente modellati sulle corrispondenti concezioni bachtiniane.

Nella pratica dialogica del Dialogo Aperto l'interazione di cura non avviene più unicamente con il "paziente" ma con un sistema allargato, con una comunità: il paziente è protagonista, la sua voce viene ascoltata, la sua condizione rispettata.

L'OD può essere inteso come un approccio allineato ai diritti umani (Von Peter et al., 2019) ed un modello focalizzato sulle risorse piuttosto che sui deficit (Priebe et al., 2014). Un numero crescente di studi sta registrando evidenze di efficacia e trasferibilità del modello anche in contesti di salute pubblica, diversi da quello originario finlandese (Kyla et al., 2016; Mazzi et al., 2018; Kinane et al., 2022). Gli studi di Buus e collaboratori (2019) hanno evidenziato come l'OD sia significativamente associato ad una riduzione nell'utilizzo dei Servizi di Salute Mentale mentre un recente studio di Bergstrom (Bergstrom et al., 2022) ha messo in luce come l'OD promuova relazioni terapeutiche con un miglioramento dei risultati dei trattamenti nell'ambito della salute mentale.

Sul versante della formazione un recente studio (Jacobsen et al., 2021) ha indagato in che modo 42 partecipanti hanno sperimentato un programma di formazione in OD: i risultati mostrano che l'apprendimento dei partecipanti e la fiducia nell'utilizzo di OD con pazienti, reti sociali e professionisti sono aumentati in modo significativo durante il programma di formazione. La riflessione e il role playing sono stati metodi di apprendimento essenziali. I partecipanti si sono definiti "in-progress" e hanno considerato il programma formativo educativo, coinvolgente e vario.

L'obiettivo fondamentale è quello di arrivare a comprensioni condivise, che possano dar

voce all'esperienza della persona, rendendola più comprensibile, risignificandola e quindi favorendo la genesi di nuovi gradi di libertà.

Alcuni richiami ai principi del modello terapeutico sistemico

Secondo Bertrando (2016) oggi, quello sistemico è un modello terapeutico consolidato e ricco, i cui punti base possono essere così riassunti:

1. il sistema (umano) è concepibile come una rete di relazioni fra individui, costantemente rimodulate in un flusso incessante. Le relazioni, quindi, sono il punto focale dell'intervento terapeutico, anche quando si prendono in considerazione le complessità della vita interiore;

5. la conoscenza del terapeuta è sempre provvisoria e incerta. Il terapeuta mantiene un costante stato di dubbio rispetto a quanto può sapere e capire del sistema e delle persone che lo compongono. Il suo atteggiamento dovrebbe essere di rispettosa curiosità;
6. anche le emozioni del terapeuta e degli altri componenti il sistema terapeutico sono considerabili allo stesso modo degli altri eventi sistemici: fanno parte a pieno diritto delle reti di relazioni e vanno comprese dal terapeuta attraverso la stessa modalità ipotetica e provvisoria.

Verso l'adozione di un modello sistemico-dialogico

2. in un sistema umano, emergono regole create spontaneamente nell'interazione e non modificabili attraverso puri atti di volontà individuale. Il terapeuta deve quindi formarsi ipotesi su tali regole. Anche la relazione terapeutica dev'essere compresa attraverso lo stesso principio;
3. ogni azione e ogni atto comunicativo in genere trae senso solo dal contesto in cui avviene, e ricorsivamente contribuisce a dare forma al contesto medesimo. Uno dei primi doveri del terapeuta è valutare il contesto e comprendere la propria e altrui posizione entro di esso;

1. l'interazione umana è aperta e disordinata. Siamo noi a sovrapporre un ordine alle cose;
2. non tutte le interazioni tra le persone sono davvero dialogiche. Il rispetto reciproco e l'apertura propri del vero dialogo sono traguardi da raggiungere, non prerequisiti;

3. ogni partecipante al dialogo ha qualcosa d'importante da dire su se stesso e sugli altri, e dev'essere messo in condizione di dirlo. Non si deve risparmiare nessuno sforzo per far sì che tutti si ascoltino a vicenda, per difficile che ciò possa essere;
4. non esiste un linguaggio, un modo di parlare o stare nel dialogo, che sia "giusto" in

- sé (a parte il tentativo di zittire o l'incapacità di ascoltare gli altri). Tutti i linguaggi e i modi di essere devono essere rispettati;
- anche il terapeuta è un interlocutore come gli altri. Ciò implica che deve portare nel dialogo le proprie idee e posizioni: corre il rischio, altrimenti, di diventare paternalistico, di considerare i pazienti come fossero specie da proteggere;
 - se le ipotesi, affermazioni, domande, opinioni e sentimenti del terapeuta sono parte del dialogo, non devono a loro volta portare a una chiusura, ma a una maggiore apertura. È responsabilità del terapeuta proporre in questo modo, e considerare e trattare le ipotesi, affermazioni, domande, opinioni e sentimenti dei pazienti allo stesso modo;
 - il dialogo terapeutico non ha lo scopo di raggiungere l'unanimità, l'armonia o la concordia finale. Il dialogo non si chiude né si conclude mai;
 - il dialogo del terapeuta non avviene soltanto con i pazienti nel qui e ora della seduta, ma anche con le situazioni e i contesti. Il terapeuta raccoglie suggestioni e risposte dal complesso della situazione in cui si trova, e reagisce in modo appropriato;
 - il terapeuta deve anche sviluppare una consapevolezza emotiva della propria posizione nel sistema, e aiutare i propri pazienti a crearla a loro volta. In tal modo, saranno in grado di situarsi nei sistemi e contesti cui appartengono.

Struttura dell'Open Dialogue

L'Open Dialogue è caratterizzato da dodici elementi chiave (Seikkula et al, 2006; Barone et al., 2010):

- Due o più terapeuti:** secondo l'approccio dialogico è importante che un gruppo di terapeuti lavori in équipe con la rete sociale. Sono previsti almeno due terapeuti che possono muoversi nel seguente modo: un terapeuta conduce l'incontro e l'altro funge da team riflessivo oppure entrambi conducono il colloquio e poi condividono le loro riflessioni.
- Partecipazione della famiglia e della rete sociale:** agli incontri vengono invitati i familiari o i membri della rete sociale connotati come risorse insostituibili. Si ricordi che la cornice di riferimento è che i clienti e i loro familiari sono "responsabili" del cambiamento, sono gli attori che possono plasmare il proprio destino riprendendo in mano la propria vita. Infatti, nessun operatore si presenta come il detentore della "Verità", il detentore esclusivo di un sapere che investe in modo unidirezionale la famiglia.
- Uso di domande aperte:** le domande aperte vengono usate per coinvolgere tutti nella costruzione dei dialoghi. È importante dare ad ogni partecipante la possibilità di esprimere le proprie idee, anche se non si costringe nessuno a parlare. Inoltre, sono i clienti a decidere come usare il tempo a loro disposizione, non sono i professionisti che decidono di cosa parlare.
- Rispondere alle cose dette dai clienti:** il terapeuta risponde alle cose dette dai clienti usando le loro stesse parole, impegnandosi nell'ascolto responsivo, sintonizzandosi con le comunicazioni non verbali e permettendo e tollerando i silenzi.
- Enfatizzare il momento presente:**

- quello che si enfatizza è il momento presente poiché il cambiamento avviene nel "qui ed ora".
- Polifonia - sollecitare punti di vista molteplici:** l'approccio dialogico mira ad un confronto, ad uno scambio creativo di molteplici voci e punti di vista. La polifonia ha due distinte dimensioni:
 - la polifonia esteriore:** il terapeuta coinvolge tutti nel colloquio, incoraggiando tutte le voci a farsi sentire e rispettare;
 - la polifonia interiore:** il terapeuta ascolta e incoraggia ogni persona a esporre chiaramente il proprio punto di vista e la propria esperienza in maniera complessa. Il terapeuta può anche informarsi dei membri assenti e ciò può favorire l'emergere della polifonia interiore.
 - Creare un focus relazionale nel dialogo:** attraverso l'uso di domande circolari che vengono poste per chiarire maggiormente la situazione, per definire meglio i rapporti all'interno e all'esterno della famiglia, per esplicitare il contesto relazionale in cui origina il problema o il sintomo. Tali domande, definite "domande relazionali", non vengono poste come parte di un metodo strutturato, bensì come un modo creativo per aprire, attraverso le possibili risonanze con la specifica conversazione, nuove prospettive e alternative per la voce ma anche per le emozioni.
 - Rispondere ai problemi dialogici e comportamentali attribuendo loro un significato:** nella pratica dialogica si enfatizza la "normalizzazione del discorso", infatti, il terapeuta si sforza di commentare e rispondere a ciò che viene narrato circa i sintomi o il comportamento problematico considerando tali reazioni come "naturali" in risposta ad una situazione difficile.
 - Enfatizzare le parole stesse e le storie dei clienti, non i sintomi:** nel dialogo aperto si raccontano gli eventi della vita di una persona, le sue esperienze, i suoi pensieri e le sue emozioni, non i sintomi.
 - Team riflessivo:** i professionisti riflettono sulle idee, immagini, emozioni e possibili associazioni d'idee che sorgono nelle loro menti e nei loro cuori al fine di creare uno spazio durante il quale i terapeuti possono ascoltarsi a vicenda e avere accesso ai propri dialoghi interiori. Tutto ciò avviene in presenza della famiglia che viene invitata ad ascoltare e a non intervenire.
 - Essere trasparenti:** ogni partecipante all'incontro di gruppo è coinvolto in egual modo in tutte le discussioni che vengono affrontate. In buona sostanza, tutto il discorso sulla cura è condiviso con tutti i partecipanti, ivi compreso, se necessario, il trattamento farmacologico. Infatti, quest'ultimo viene considerato come una delle possibili traiettorie dei percorsi di cura. Tamponare il sintomo, soffiare le voci e amputare l'esperienza psicotica non sono più concepiti come l'obiettivo prioritario.
 - Tollerare l'incertezza:** la crisi va compresa con la partecipazione di tutti (polifonia), non è un evento bizzarro bensì la risposta naturale ad una situazione difficile. Per affrontare tale crisi i terapeuti devono tenere a mente che devono comportarsi in modo

da aumentare il senso di sicurezza tra i familiari e il resto della rete sociale. È importante stabilire un contatto con ciascuna persona sin dal primo incontro e riconoscere e legittimare la sua partecipazione. Ciò comporta una riduzione dell'ansia e aumenta la connessione e conseguentemente il senso di sicurezza.

L'Open Dialogue in pratica

Da un punto di vista pratico le sedute di open dialogue si svolgono in diverse fasi:

- il/i conduttore/i conduce l'incontro esplorando in prima seduta la storia dell'incontro (chi ha voluto l'incontro, per quale motivo ecc.) mentre nelle successive si chiede ai partecipanti come vogliono usare lo spazio a loro disposizione. Durante tale fase i membri del team riflessivo sono silenti. La durata è di circa un'ora.
- il/i conduttore/i si rivolge al team riflessivo che ora può esprimere le emozioni, sensazioni, idee, metafore che la famiglia ha suscitato loro. Può anche ricorrere a vissuti di tipo personale. Tutti le riflessioni devono essere caratterizzate dalla connotazione positiva: non mere critiche bensì esperienze che possano aprire nuove alternative.
- il/i conduttore/i si rivolge alla famiglia chiedendo una loro opinione su quanto detto dal team riflessivo, che torna ad essere silente. Queste due ultime fasi durano in media trenta minuti.

Uno sguardo alle esperienze nazionali ed internazionali

I dati presenti in letteratura, riportati dagli studi sull'applicazione dell'approccio dialogico nelle realtà nord europee (Balter, 2014; Olson,

Seikkula and Ziedonis, 2014) ci dicono che l'81% dei pazienti trattati con OD è tornato attivamente alla propria vita sociale e lavorativa e che il 79% dei pazienti non ha presentato sintomi psicotici residui o solo sintomi lievi al follow-up di 5 anni. Inoltre, dagli stessi studi si evince che solo il 28% dei pazienti ha fatto uso di farmaci neurolettici.

In termini di recidive e ricadute si segnala che il 76% dei pazienti non ha presentato nemmeno una ricaduta al follow-up di 5 anni. Il periodo di psicosi non trattata (DUP) è declinato da 4,2 mesi nei primi anni Novanta a 15 giorni nel 2000; si è registrata una diminuzione incidenza annua della schizofrenia: da 33 nuovi casi l'anno nel 1985 a 2 nuovi casi l'anno nel 2000 su 100.000 abitanti. Inoltre, nel periodo di tempo considerato, si è avuta una riduzione numero totale delle ospedalizzazioni da 320 a 66.

Possibile applicabilità nel contesto dell'AUSL di Parma e della rete dei Servizi

La creazione di un sistema di salute mentale di/nella comunità richiede diversi strumenti: progetti personalizzati, Budget di salute, automutuocaiuto al fare assieme, attività con le famiglie, azioni volte all'inclusione sociale, lavorativa, abitativa (Pellegriani, 2016. In Quaderni di Parma. Quaderno n.7-2022).

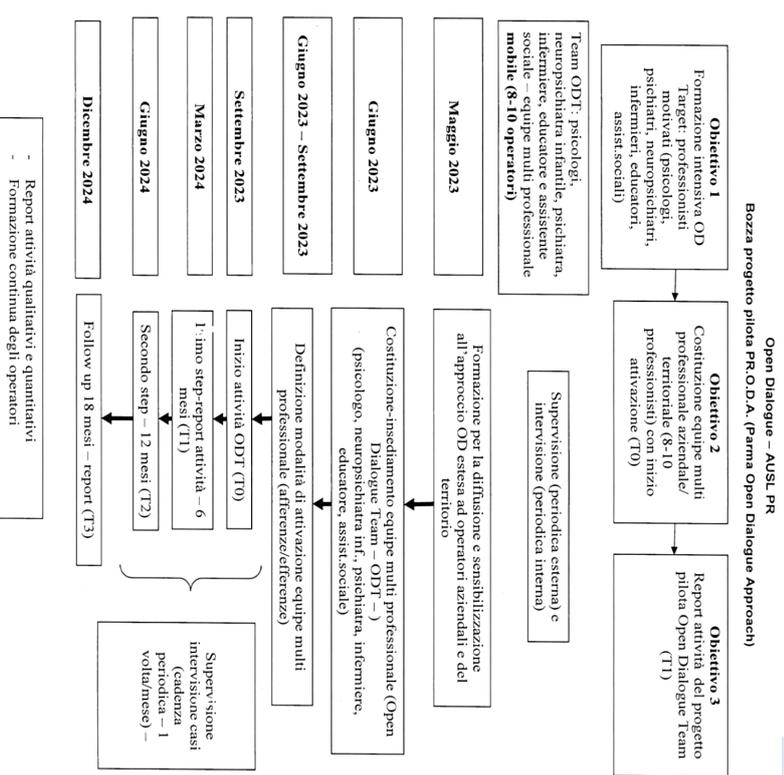
La matrice storica e culturale nella quale sono inseriti i Servizi di cura del nostro territorio (si pensi all'esperienza inaugurata da Mario Tommasini all'interno della rivoluzione della psichiatria) può rappresentare un contesto fertile nel quale l'approccio OD può crescere e svilupparsi. Esistono già esperienze di trasversalità virtuose e già attive da tempo (gruppi di lavoro interaziendali, conti-

nuita territorio-ospedale-territorio...) e realtà nella quale la voce dei cittadini è presente (Comitati, Associazioni,...).

Come sostiene sempre Pellegrini (2016) "si dovrebbe dunque investire di più sulla formazione, anche nell'ambito dell'Open Dialogue, che credo rappresenti l'approccio più sensato possibile, per quanto riguarda gli esordi psicotici. L'applicazione di questo approccio permette al paziente di riflettere sul suo vissuto, e coinvolgendo anche la rete sociale e la comunità, aiuta a capire il senso della malattia".

Il dialogo tra team multi professionali ed il coinvolgimento attivo del paziente e della sua rete sociale è sempre più un'esigenza per garantire interventi efficaci ed ecologici nell'ambito della salute e del benessere. Il progetto proposto potrebbe partire, quindi, dalla realizzazione di una prima formazione intensiva, rivolta ad operatori sensibili e motivati verso l'approccio OD.

L'obiettivo prioritario è quello di formare uno o più team multiprofessionali operativi ed attivabili sulle situazioni ad alta complessità. Il secondo ed il terzo step prevedono l'operatività dell'equipe supportata dalla supervisione periodica e strutturata di un formatore/supervisore clinico. Lo schema di seguito riportato illustra le possibili tappe del lavoro descritto.



Riflessioni conclusive

L'adozione e l'applicazione di questo approccio (open dialogue) può aiutare a prevenire "l'esordio psicotico dell'organizzazione": la scissione, la frammentazione, la compartimentazione rappresentano la grande malattia dei contesti che abitiamo.

L'open dialogue (nella sua ibridazione sistematico-dialogica) aiuta a costruire un nuovo lessico e nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e nuovi scenari. Come comunità professionale allargata, dovremmo diventare promotori di una dimensione, quella del "saper divenire" che corrisponde a modificabilità ed apertura, dimensioni che, mantenendo attiva la flessibilità personale promuovono auto osservazione e auto riflessività. Un sapere finalizzato a "non affezionarsi" troppo a ciò che già si è, si sa e si sa fare.

È necessario incoraggiare e favorire l'introduzione di differenze, nuovi linguaggi, nuove prospettive attraverso due potenzialità: la creatività e la curiosità.

Questo è possibile soltanto se si vengono a creare le condizioni necessarie e sufficienti e se le traiettorie dell'Organizzazione e del Sistema sono mature per accogliere, sostenere ed alimentare la trasformazione.

Bibliografia

- Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. *The comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: the incidence of non-affective psychosis and prodromal states.* Psychosis. 2011; 3.
- Alanen YO. *Schizophrenia. Its origins and Need-Adapted treatment.* Karnac Books; 2011.

- Andersen T. *The reflecting team: dialogues and dialogues* New York: Norton; 1991.

- Andersen T. *Conversation, language, and possibilities.* New York: Basic Book; 1997.

- Arnkil TE, Seikkula J. *Metodi dialogici nel lavoro di rete.* Erickson; 2012.

- Bachtin M. *The dialogic imagination.* Austin: University of Texas Press; 1981.

- Barone R, Bellia V, Bruschetta S. *Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale.* Milano, Franco Angeli; 2010.

- Bateson G. *Verso un'ecologia della mente.* Milano: Adelphi; 1976.

- Bertrando P. *Per una terapia sistemico-dialogica. Terapia Familiare,* Franco Angeli; 2016. pp 31-48.

- Bessone M, Tarantino C, *Forme di democrazia in psichiatria: l'Open Dialogue finlandese,* State of Mind, 03/06/2015.

- Kinane C, Osborne J, Ishaq Y, Colman M, MacInnes. *Peer supported Open Dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care.*; BMC Psychiatry. 2022 Feb 22;22(1):138.

- Olson M, Seikkula J, Ziedonis D. *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue.* Worcester: The University of Massachusetts Medical School; 2014.

- Priebe S, Omer S, Giacco D, Slade M. *Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: conceptual review.* Br J Psychiatry. 2014;204:256-61.

- Ritva Kyrø Jacobsen, Ellen Karine Grov, Tiril Østefjells, Bergt Karlsson. *Open Dialogue Approach: Exploring and Describing Participants' Experiences in*

- *an Open Dialogue Training Program.* J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 2021 May;59(5):38-47.

- Seikkula J. *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche.* Roma: Giovanni Fiorini Editore; 2014.

- Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B et al. *Five-years experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-*

- *up outcomes, and two case studies.* Psychotherapy Research. 2006; 16 (2).

- Seikkula J. *Dialoghi aperti nel presente e nel futuro: nuovi sviluppi,* 21 Novembre 2016.

- Von Peter S, Aderhold V, Cubellis L., Bergström T, Stastny P, Seikkula J, Puras D. *Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach,* Front Psychiatry, 2019 May 31.

Caronte e la macchina delle emozioni

Eleonora Vernizzi³

Sommario

L'autrice ha deciso di descrivere il caso di Alessandro e Patrizia perché l'incontro con loro ha permesso una crisi fortemente evolutiva nella sua formazione come psicoterapeuta. Viene descritto il caso, con il suo inserimento all'interno della trama, il mandato e le regole del gioco stabilite dall'alto. L'articolo pone grande attenzione sui tempi e gli spazi che caratterizzano questo percorso e la fatica, quanto la bellezza, dello stare in situazioni ad alta complessità. L'autrice ha navigato ed esposto le sue sfide personali, le sue paure e le sue difficoltà, il viaggio del suo sé terapeutico in continuo cambiamento e continua sperimentazione.

Parole chiave

Relazione terapeutica, emozioni, salute mentale, cambiamenti, tempo interno ed esterno, setting

Abstract

The author decided to describe the case of Alessandro and Patrizia because the meeting with them has allowed a strongly evolutionary crisis in her training as a psychotherapist. The case is described, with her insertion in the plot, the mandate and the game's rules established from above. The article pays a lot of attention to the times and spaces that characterize this path and the fatigue, as well as the beauty, of being in highly complex situations. The author has sailed and exposed her personal challenges, her fears and her difficulties, the journey of her ever-changing and ever-experimenting therapeutic self.

Key Words

Therapeutic relationship, emotions, mental health, changes, internal and external time, setting

Una, nessuna e centomila verità

Come sempre, la storia non è mai una, ce ne sono tante e tutte diverse, tutte verità possibili. La fatica dello stare nella non verità, perché non è quella che ci importa, non è capire cosa è successo veramente in questa famiglia, il grande allenamento di ripartire dal presente. La storia che vi sto per raccontare è la verità di Patrizia, una delle non verità. Vi racconto la sua perché è quella che più ho vissuto nel profondo, convivendo in casa loro per otto lunghi mesi, tutti i sabati, insieme. Patrizia è la madre di Alessandro, il bambino che ora ha otto anni, ma per quasi due è stato allontanato da sua madre e da tutto il contesto materno senza poterlo ne vedere ne sentire.

Ma partiamo dal principio. Patrizia è una donna che giovanissima esce di casa e si rende indipendente. Scopre l'amore con il suo primo marito che, con grande stupore però, dopo sette anni di matrimonio e proprio quando nel suo essere donna stava iniziando a pensare ad un figlio, le confida di essere omosessuale. È stato un duro colpo per Patrizia, i due si volevano molto bene ed è stato difficile separarsi, ma lei decide di andarsene ed andare a vivere da sola in città. Ci volle del tempo per metabolizzare quanto fosse successo, un giorno però, durante una gita in compagnia con i suoi amici lei conosce Germano, il padre di Alessandro. Dopo un lungo corteggiamento i due si frequentano e decidono di andare a convivere. Germano lavorava molto, ma anche Patrizia, quindi si ritrovavano spesso solo la sera, ma nonostante ciò, con il passare del tempo e l'età che avanzava, lei sentiva sempre più forte il desiderio di un bambino. Racconta di

averne parlato con lui, benché facesse sempre fatica a parlare di cose emotivamente importanti ed insieme decidono di provarci. Nel frattempo Germano diventa sempre più distaccato e nervoso rispetto a Patrizia e lei pensa sia colpa del lavoro. Arriva la notizia della gravidanza e da lì, Patrizia dice, è l'inizio della fine. Lei cerca di coinvolgerlo nelle visite, ma addirittura i medici rilevano un aumento anomalo e negativo delle contrazioni in presenza di lui quindi procede insieme, ma da sola, in questa avventura. Alessandro nasce e loro vivono in un appartamento in città, ma Germano spesso resta fuori per lavoro dal lunedì ai venerdì, perciò i genitori di Patrizia le propongono di venire ad abitare in un appartamento vicino a loro in modo tale da poterla aiutare. Nel contempo, il padre di Germano regala al figlio una casa in collina (vicino a loro) e decidono di trasferirsi su, Patrizia con l'idea che la vicinanza della sua famiglia potesse alleviare il nervosismo fisico e verbale del compagno. Una volta trasferiti non c'è stato più spazio per la coppia, sono stati inglobati nella famiglia di lui sempre presente e Germano anziché migliorare inizia a peggiorare, tornando a casa da lavoro sempre più arrabbiato e sfogandosi su Patrizia. Lei non aveva ripreso a lavorare per stare vicino al bambino ed il compagno, racconta, non le dava i soldi nemmeno per fare la spesa. Non riusciva a controbattere alle violenze ne al modo in cui veniva trattata, per paura si chiudeva in camera con Alessandro sperando che tutto finisse. Ad un certo punto però, il bambino arriva ai tre anni ed inizia ad avere crisi evidenti (che lei descrive simili a quelle epilettiche), oltre che regressioni di vario tipo (pipì a letto tutte

³ Eleonora Vernizzi, ex allieva IDPSP, vernizzieleonora@gmail.com

le notti, aggressività verso i pari ecc.) e dopo aver raccontato il contesto alla pediatra, Patrizia inizia una psicoterapia e le viene suggerito di raccontare tutto e denunciare il compagno per violenza domestica. Lei ha paura e non vuole, ci lavorano insieme, ma ad un certo punto la sua terapeuta la mette di fronte al bivio “Denunci tu o denunciare io” e Patrizia viene portata “a forza” a fare denuncia. Ma non esce solo questo, è emersa anche una denuncia per abusi sul minore. Il piccolo aveva infatti smesso di farsi cambiare il pannolino, aveva importanti reazioni emotive e durante un incontro con la nonna materna aveva descritto alcune pratiche strane che il papà faceva con lui.

Patrizia e Alessandro sono stati quindi messi prima in protezione tramite il Centro Antiviolenza e poi mandati a vivere nella casa della nonna di lei. Nel frattempo si è aperta una diafrasi tra CTU e CTP che ha portato all'allontanamento finale del bambino dalla madre poiché ritenuta non idonea in quanto definita “simbiotica” e per il fatto che chiedeva di fare una rivalutazione rispetto alle vaccinazioni del bambino poiché potenzialmente dannose per Alessandro. Per questo la donna è stata etichettata come no-vax. Questi aspetti hanno portato al decadere delle denunce penali a carico del compagno e Alessandro, dopo un periodo in comunità, è stato riportato a casa del padre e a lui affidato, mentre Patrizia è stata allontanata e le è stata tolta la responsabilità genitoriale (da allora non ha più alcun peso decisionale sul minore e non lo può ne vedere ne sentirsi). In questo percorso di reinserimento della figura materna si attua il mio mandato.

Il mandato

Un pomeriggio d'autunno vengo contattata da un collega per propormi di seguire la situazione che ho appena esposto. Il caso di questa famiglia coinvolge i servizi da diversi anni e, anche in questo percorso, le figure coinvolte sono molteplici: assistenti sociali, psicologi, psicoterapeuti, neuropsichiatri, chi più ne ha più ne metta. In tutto questo marasma di figure e di interventi mi sono insediata io, con un incarico ben preciso: svolgere incontri educativi protetti tra Alessandro e la madre in un primo momento, per poi allargare il contesto anche ai nonni materni. I punti chiave del mio intervento sono stati sintetizzati chiaramente:

- Favorire un'adeguata collaborazione di progetto tra i genitori del minore (attraverso brevi scambi di restituzione agli stessi delle attività svolte);
- Affiancare e sostenere il minore e la madre negli incontri, al fine di recuperare modalità relazionali sostenibili;
- Contenere, accogliere e restituire, in modo particolare nella madre, possibili vissuti e ideezioni conflittuali che possano riferirsi alla storia pregressa;
- Coordinare le attivazioni tra le diverse figure ed i Servizi coinvolti, stilando brevi report giornalieri, valutando congiuntamente e prontamente eventuali modifiche progettuali in itinere.

Inizialmente abbiamo svolto incontri di due ore alla settimana con la presenza soltanto della madre, poi abbiamo allungato i tempi a quattro ore allargando il contesto anche ai nonni materni ed infine abbiamo prolungato a sei ore di presenza. Ogni sabato io e Alessandro avevamo un'ora di viaggio da trascor-

riere insieme per effettuare gli spostamenti. In questi mesi mi sono sentita come Caronte nella Divina Commedia di Dante. Come quel “vecchio, bianco per antico pelo”, io mi sono sentita custode di Alessandro e tagghetratrice della sua anima. Un ruolo facile a dirsi, ma non a farsi. Il mandato scritto è semplice, chiaro, oggettivo, distaccato, ma quando vivi le situazioni e ci entri dentro con tutti e due i piedi e non uno solo diventa più complicato dosare i confini, aprire e chiudere la paratia, mettere e togliere paletti.

La coesistenza di tempi interni

e tempi esterni

«Che cos'è il tempo? Quando nessuno me lo chiede, lo so; ma se qualcuno me lo chiede e voglio spiegarlielo, non lo so». Così scriveva nelle Confessioni Agostino d'Ippona (1936).

Nella concezione occidentale (aristotelica) il tempo è lineare, sequenziale, misurabile; ma nel mondo greco esisteva, oltre a Cronos, un altro concetto di tempo che è quello del Kairos, del tempo debito, del tempo propizio: un tempo non misurabile quantitativamente, perché ha natura qualitativa (Breggia, 2013). Ecco che in tutta questa storia, e non solo, per me diventa ineludibile considerare il Kairos. Frizione nel sentire raccontare il flusso delle vicende perché sento e temo che, almeno finora, le interpretazioni e le scelte, nell'ambito delle norme, abbiano seguito tempi esterni, quelli dei tribunali, dei giudici, dei tempi morti, delle attese e non i tempi interni di Alessandro, primo soggetto a parer mio, da tutelare. L'efficacia di un'azione dipende dal tempo propizio in/cui viene presa. A prescindere dalla valutazione gen-

itoriale di Patrizia che non mi compete, la scelta di eliminare completamente la figura materna da un giorno all'altro e per due anni interi, in un periodo ancora di crescita e di parziale dipendenza dalla figura materna la posso concepire soltanto all'interno di un Cronos burocratico, lento e difficoltoso dei tribunali. Si è scelto il tempo giusto? Me lo chiedo. Nel frattempo il Kairos sentito da Alessandro è trascorso. Entra in gioco una riflessione più complessa che attiene alla qualità dei processi: la celerità di un procedimento è sicuramente un obiettivo importante nella ricerca delle prassi migliori, ma riconosco non sia l'unico. Un tempo dilatato nasce dalla fisiologica lentezza della ricerca, della riflessione nutrita dal dubbio, della condivisione. È altresì vero che talune scelte hanno un peso sostanziale, sono una responsabilità ed una ferita nelle vite delle persone, minori o adulti che siano, per questo il Kairos diviene fondamentale.

Poi c'è il mio tempo, in qualità di co-autrice di questa storia. Mi sono sentita prigioniera del tempo. Cicerone sostiene che nella vita adulta il divenire è ipotettato e incanalato nelle progettualità senza fine che si estrinsecano in piani giornalieri, settimanali, mensili, annuali e pluriennali, nei quali il vivere cristallizzato in morfologie preordinate diviene il dato saliente dell'esistenza, ridotta a mera alienazione temporale, in cui il costruito di tempo viene traslato dal suo significato più profondo per divenire una categoria concettuale in grado di essere usata per lenire le paure (Paggetti, 2006). Forse Cicerone aveva ragione, il mio tempo tende ad essere sempre un tempo veloce e produttivo, ma soprattutto libero, scelto da me in pri-

ma persona. Qui invece i tempi che dovevo seguire erano dettati da terzi: da tribunali e servizi. Non si doveva sgarrire sul tempo, nel viaggio con Alessandro come nel tempo

di permanenza a casa di Patrizia. Ma non è

stato facile entrare in questo tempo nuovo,

un tempo in cui trovare il giusto compromes-

so fra tutti gli attori, permettere ad ognuno

di esprimersi e legittimarsi, trovare spazio e

accoglienza. Per esempio, nei mesi è stato

via via sempre più difficile il momento del

distacco di Alessandro da Patrizia ed i non-

ni... ci siamo dovuti radattare, mille abbrac-

ci, salite e discese più volte dalle scale... ho

capito che c'era bisogno di 20 minuti per far

si che questo distacco avvenisse nel modo

più completo e meno traumatico ogni vol-

ta. Ma il tempo era sempre tiranno, non era

mai abbastanza, soprattutto per Alessandro

che mi chiedeva di poter rimanere di più con

sua mamma, ma io avevo un mandato pre-

ciso con orari precisi. Mi sono sentita un po'

come il Bianconiglio di Alice Nel Paese delle

io sono la tigre: è un fuoco che mi divora, ma io sono il fuoco». Da poesia a realtà.

Setting e contesto

Generalmente si considera contesto ciò che

sta intorno a noi, o la situazione, entro cui

avviene, si genera e può essere compreso,

ciò su cui stiamo focalizzando la nostra at-

tenzione cioè l'ambiente, ciò che "accom-

pagna, circonda, incornicia" (Bianciardi,

Bertrando, 2002). È possibile però estendere

il concetto di contesto, renderlo più "nos-

tro", ed ecco che esso non può prescindere

dagli elementi che contiene, anzi, esso è

generato dalla relazione tra gli elementi che

lo compongono ed influisce direttamente su

di essi. Il contesto può essere considerato la

matrice dei significati, "un metamesaggio

che classifica il segnale elementare" (Bate-

son, 1972). Quando parliamo di setting in-

vece, parliamo delle regole di un contesto,

definite dall'interazione tra gli attori e dallo

scopo che insieme concordano (Cavicchioli,

2006). Il mio lavoro si è inserito proprio in un

progetto di azioni diverse compiute da attori

diversi con l'obiettivo di mantenere in essere

la relazione madre-bambino, ma soprattutto

il benessere del minore. In questo ambito

possiamo distinguere più livelli:

• Un microcosmo legato allo spazio dell'au-

tomobile che vede protagonisti soltanto

me e Alessandro durante i viaggi

• Un mesocosmo vissuto nella casa della

madre dove si estendono i protagonisti

con la mamma ed i nonni

• Un macrocosmo che vede altri operatori

coinvolti e indubbiamente la famiglia pa-

terna dove Alessandro vive.

Lo spazio dell'automobile, piccolo, ristretto,

ma denso di significati e momenti emotiva-
mente salienti è stato quello più importante
per la mia relazione con il bambino. È sta-
to il luogo delle rielaborazioni, il contenitore
delle paure. Nel viaggio di andata Alessandro
mi raccontava la settimana trascorsa, i mo-
menti a volte difficili con i compagni di scuola
oppure con il padre o i nonni paterni a casa.
Inventavamo strategie per affrontare i prob-
lemi del quotidiano, nuovi mondi in cui stare,
nuove strade da percorrere. Il viaggio di rien-
tro era invece il momento giusto per "mettere
in ordine" emozioni e pensieri della giornata
trascorsa con la mamma ed i nonni. Un conten-
tore di emozioni, un motore per comprendere
il mondo complicato "dei grandi", uno spazio
dove potesse essere ciò che voleva a pre-
scindere dagli altri. Di sottofondo la musica,
scelta immancabilmente da lui, adrenalinica la
mattina e rilassante al pomeriggio, funzionale,
quando lo desiderava, per riposare lungo il
tragitto. Alessandro sentiva che l'auto era uno
spazio neutro, di ascolto e condivisione, uno
dei pochi che potesse vivere dal momento che
l'intervento è stato agito in un terreno in cui il
conflitto la faceva da padrone.

Quello che per me è il mesocosmo è il con-

testo casa della mamma: denso di giochi,

oggetti, ricordi, fermo al passato, a quando

il bambino è stato portato via. È uno spazio

congelato, dove tutto parla di Alessandro e

di Patrizia, ed è stato come tornare a ricono-

scersi e legittimarsi come madre e come

figlio. Tornare a vedersi, aIVERSI a distanza

di tanto tempo, accettare i cambiamenti, le

stranezze, il non essere come si erano las-

ciati. È stata una grande palestra dove ini-

zialmente eravamo soltanto noi tre insieme,

dove mi sono inserita come strumento a

sostegno della relazione genitore-figlio, ol-
tre che di osservazione e monitoraggio.
Una volta riambrantata la diade si è deciso
di ampliare anche ai nonni materni: nonno
Mirco, fedele compagno di giochi del bam-
bino, colui che aggiusta ogni cosa, che gli
ha trasmesso la passione per i treni e le fer-
rovie, e nonna Carla, che con piglio deciso è
sempre pronta ad aiutarlo e preparare i suoi
piatti preferiti. Inizialmente la giornata "dal-
la mamma" veniva vista come una vacanza,
si giocava tanto insieme e si facevano tante
coccole, poi si è introdotta anche la parte
scolastica e insieme svolgevano una parte di
compiti per la settimana. Tutti gli attori sono
stati dentro ai cambiamenti ed ai diversi
contesti con flessibilità e impegno, cercan-
do di ricostruire relazioni autentiche, sane e
cercando di trovare una nuova identità.

Nel livello più ampio c'era il contorno ris-

petto a quanto vissuto nelle relazioni della

giornata insieme, come se fosse una bolla,

un tempo fermato in un marasma di attori,

emozioni, vicende. Il macrocosmo da cui si-

amo stati attornati influiva su di noi, vi erano

continui raccordi e intrecci, ma è come se

non vivessero in prima persona gli eventi e

quindi non potessero capire. Operatori, gi-

udici, tribunali, chi più ne ha più ne metta,

tutti avevano potere di esprimere giudizi e

far pendere l'ago della bilancia, ma nesses-

no viveva la quotidianità, la sensazione era

come se fossero esterni al nostro vissuto,

pesante, forte, a volte troppo frustrante da

sostenere, ma c'era ed era lì. Stare nella rab-

bia, nel senso di ingiustizia, nell'impotenza non

è stato semplice e non lo sarà mai, per questo

ho dovuto lavorare, e tanto, su di me, sul mio

sentire, per trovare il mio modo di stare.

Incontro scontro di limiti e risorse: la salute mentale del terapeuta

Ho riflettuto a lungo sul mio stile terapeutico, su come sto in relazione e come sto nella terapia. Mi sono chiesta tante volte se è "giusto" o se è "sbagliato" il mio modo di stare. Se osserviamo il panorama popolare, gli stereotipi sugli psicoterapeuti sono principalmente tre:

- Il terapeuta imbranato, pieno di tic e sessioni, il cosiddetto "strizzaccervelli";
- Il terapeuta onnipotente, che non sbaglia mai, freddo e distaccato;
- Il terapeuta "amicone", sempre presente e accogliente, una sorta di "missionario".

Indubbiamente il nostro ruolo non rimanda a nessuno di questi tre stereotipi, ma possiamo tendere più ad una immagine piuttosto che all'altra. Io senza dubbio mi avvicino all'ultima, con i suoi pro ed i suoi contro. Due aspetti difficili da gestire per chi, per natura, richiama la terza tipologia sono sicuramente i confini tra sé e l'altro ed il coinvolgimento. A lungo andare una cattiva gestione di quest'ultimi può contribuire a minare la salute mentale del terapeuta. Essa è qualcosa che si acquisisce e si costruisce in un lungo iter formativo, ma è anche un bene che va mantenuto e preservato dal momento che l'attività psicoterapica presenta notevoli e specifiche difficoltà (Lalli, 2004). La nostra sanità mentale si basa in primis su una conoscenza approfondita di sé oltre che su una identità stabile e coerente che si crea nel passaggio dal "fare psicoterapia" all' "essere psicoterapeuti" ovvero dal cercare identificazioni esterne e capire quale sia il nostro stile personale. Ecco, io mi ritrovo proprio in questa fase di transizione. In merito al tema della salute mentale dello psicoterapeuta un'im-

portante approfondimento è stato svolto da Nicola Lalli (2004). Egli ha proposto un parallelismo tra l'evoluzione psichica dell'uomo ed il diventare terapeuta: entrambi avvengono per gradi, dove ogni tappa prevede il superamento di quella precedente. L'ultima fase è quella della carriera ed essa rappresenta un punto di svolta. Si passa dal fare psicoterapia ad "essere psicoterapeuti" che comporta la responsabilità totale del proprio agire. È la fase che sto attraversando, il cominciare a navigare in mare aperto senza (apparentemente) salvataggio.

La psicoterapia è di per sé un'attività privata e non controllabile dall'esterno; pertanto è importante che lo psicoterapeuta sia in grado di avvertire segni di un disagio o di un iniziale burn out. Credo che la rete, di colleghi e/o supervisor, sia una risorsa fondamentale anche in questo senso. Una volta raggiunta l'ultima tappa però le insidie non sono finite, anzi, forse cominciano proprio ora. Secondo molti autori (Bermak, 1977; Goldberg, 1986; Tryon, 1983) il fattore isolamento, troppo spesso sottovalutato, emerge invece in maniera evidente dalle interviste o dai questionari inviati agli psicoterapeuti, come una delle maggiori fonti di insoddisfazione e tensione da parte di psicoterapeuti che praticano ormai da diversi anni. Con l'inizio di un'attività completamente autonoma, l'isolamento può riguardare anche il rapporto con i colleghi. Situazione meno evidente per chi lavora in un'istituzione pubblica, ma che può assumere valori allarmanti per chi lavora esclusivamente nel privato. L'isolamento dai colleghi implica l'impossibilità di potersi confrontare con altri, soprattutto per casi complessi, aumentando il senso di frustrazione e di fatica.

Il compito dell'analista non è semplice: implica anzi complessità intellettuali ed emotive. Inoltre anche il suo ambiente è spesso monotono e poco stimolante. Ecco perché egli soffre di un isolamento di carattere molto specifico che deriva dal continuo ripetersi di un compito estremamente complesso e allo stesso tempo limitato (Lalli, 2004).

Oltre al problema dell'isolamento, la vita professionale di uno psicoterapeuta è costellata da continui e profondi paradossi che Lalli sottolinea e che io ho vissuto in prima persona con Patrizia, Alessandro e la loro situazione. Il nostro lavoro da un lato implica intenso scambio emozionale ed una intimità peculiare, dall'altra però vi è la necessità di mantenere una distanza ed una "astinenza", intesa come non eccessivo coinvolgimento emotivo, anche se poi è proprio questa giusta distanza a costituire uno dei principali fattori terapeutici: quando viene meno infatti, il processo terapeutico si arresta. Un continuo, e talvolta frustrante, oscillare, provare, rifare gli equilibri e le distanze. Un altro elemento che spesso elicit frustrazione è poi la disparità tra il grande impegno in termini di energia e tempo dedicato al paziente ed i miglioramenti che spesso necessitano di tempo e pazienza. Sicuramente il bilancio tra impegno e gratificazioni, risulta di gran lunga inferiore rispetto a tante altre attività professionali. Un altro elemento è la inevitabile oscillazione che il terapeuta subisce tra l'idealizzazione e la svalutazione sia da parte di uno stesso paziente sia che avvenga nel corso di una giornata di lavoro. Infine, quando tutto va per il meglio, l'ultimo paradosso è la fine della psicoterapia che avviene proprio allorché il paziente raggiunge una sua

maturazione e validità e quindi il proseguimento del rapporto potrebbe costituire una gratificazione per il terapeuta (Lalli, 2004). O. A. Will (1979) ha descritto con parole molto sagge la complessità del nostro lavoro e l'attenzione che richiede: «La vita dello psicoterapeuta è costellata da arrivi e partenze. Egli è coinvolto in problemi di natura affettiva, di dipendenza, di transfert erotizzato o ostile, di miglioramenti e di ricadute e poi infine, dopo un lungo percorso, deve separarsi dal paziente. Dire addio è un'esperienza molto difficile e queste separazioni, possono intensificare nello psicoterapeuta il senso della precarietà dei rapporti e contribuire al senso di isolamento».

Empatia ed ipercoinvolgimento: imparare a lasciare andare

Il termine empatia, dal greco *εμπάθεια* (*empathia*, *en-pathos* "sentire dentro"), ha radici molto antiche e sul vocabolario viene definita come la "capacità di capire, sentire e condividere i pensieri e le emozioni di un altro in una determinata situazione" (Vocabolario della lingua italiana, Zanichelli, 2001). In particolare, in psicologia lo studio di questo costrutto è stato storicamente caratterizzato da due differenti modi di conceppizzarlo (Albiero et al, 2006): uno focalizzato sulla dimensione prettamente affettiva, e l'altro sulla natura primariamente cognitiva. Tra gli autori che si sono maggiormente concentrati sull'aspetto affettivo troviamo Allport, Rogers e Kohut, che nella prima metà dello scorso secolo, seppur con definizioni diverse, hanno condiviso l'idea secondo cui l'empatia può essere descritta come un processo di attivazione emotiva, più o meno volontario, per molti innato, implicato nella

condizione/partecipazione ai vissuti dell'altro (Albiero et al., 2006), sottolineando la condivisione emotiva come aspetto centrale del costruito. Dagli anni sessanta in poi, invece, l'attenzione degli studiosi si è spostata sulla dimensione cognitiva dell'empatia, definita come la capacità di sapersi decentrare cognitivamente per mettersi nei panni degli altri in modo da riuscire a comprendere adeguatamente il loro modo di sperimentare una specifica situazione (Albiero et al., 2006), focalizzandosi sulla comprensione di pensieri, intenzioni ed emozioni, senza negare la condivisione di queste ultime, ma subordinandola alla comprensione dei sentimenti e delle intenzioni altrui. Solo i modelli più recenti, sviluppatasi a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, hanno iniziato a considerare e ad integrare le due componenti affettiva e cognitiva. Al di là degli aspetti più tecnici e teorici è innegabile che l'essere molto empatici possa costituire un'arma a doppio taglio: da un lato ottieni grandi risultati nell'ambito lavorativo e personale, mentre dall'altra rischi di essere invaso talmente dal dolore altrui finendo in burnout. Lo psicologo Charles Figley per riferirsi a coloro che sperimentano una profonda stanchezza come risultato dell'aver aiutato persone che hanno attraversato situazioni difficili o traumatiche parla di *sindrome da empatia* o altrimenti chiamata *stanchezza da compassione*. In pratica, essa sarebbe dovuta ad un intenso desiderio di calmare il dolore o risolvere il problema della persona che soffre, senza essere in grado di gestire il dolore che provoca. La stanchezza da empatia differisce dalla ben nota *sindrome di burnout* dato che quest'ultima si sviluppa

gradualmente, di solito come risultato dell'esaurimento emotivo. Al contrario, la *sindrome da empatia* si manifesta improvvisamente, può manifestarsi anche dopo un solo incontro con la persona che soffre e risulta più comune tra i professionisti che sono in contatto diretto con le persone che hanno più bisogno d'aiuto, come psicologi, psichiatri, assistenti sociali e il personale medico o di pronto soccorso. Per me non è stato facile dosare empatia, presenza, vicinanza e distanza con Patrizia e Alessandro. Anche perché un conto sono gli studi, le teorie, un altro la realtà vera, quotidiana, di chiamate in lacrime, di frasi che ti spezzano il cuore, di implorazioni di aiuto. Non è stato facile lasciare andare ad un certo punto. È stato un percorso che ha richiesto grandi sacrifici, personali oltre che professionali. Sono stata impegnata tutti i sabati per quasi otto mesi, senza sosta, più tutta la parte di supporto e rielaborazione infrasettimanale con Patrizia al telefono. Ho dovuto/voluto scegliere, non senza grandi sensi di colpa e dubbi, di lasciare il caso e fare una transizione verso un'altra collega che mi sostituisse. È stato importante gestire "a modo mio" questa fase. Con gradualità, con delicatezza e con la certezza del non abbandono verso Alessandro. Questo bambino ha ormai interiorizzato questo script relazionale, teme l'abbandono, tanto è che quando ho riferito del cambiamento la sua frase immediata è stata: "Eh, ti prego, non mi lasciare!". Come si può restare indifferenti? Ho quindi deciso di farmi da parte perché non esiste solo il dolore di Alessandro, di Patrizia, dei nonni, ma anche il mio. Consapevole però delle dinamiche, ho scelto di non rinforzare i copioni

presenti e sono rimasta d'accordo che con regolarità sarei passata a trovare Alessandro e vedere come stesse proprio perché non avevo intenzione di abbandonarlo. E così ho fatto nei mesi a seguire. Sono uscita di scena come terapeuta, ma sono rimasta come Eleonora.

Bibliografia

- Albiero P., Matricardi, G. (2006). *Che cos'è l'empatia*. Carocci editore.
- Bateson, G. (1976). *Le categorie dell'aprendimento e della comunicazione*.
- Bemak, G. E. (1977). *Do psychiatrists have special emotional problems?*. American Journal of Psychoanalysis, 37(2), 141-146.
- Bianciardi, M., & Bertrando, P. (2002). *Terapia etica. Una proposta per l'epoca post-moderna*. Terapia Familiare.
- Breggia, L. (2013). *I tempi della giustizia e il tempo dei diritti*. I tempi della giustizia e il tempo dei diritti, 22-40.
- Cavicchioli, G. (2006). *Diritto al sorriso. Prevenzione e contrasto del maltrattamento, violenza e abuso ai minori*.
- D'ippona, A. (1936). *Le confessioni*. Lib, 9, 10-11.
- De Nimi, G., & Finoglietti, M. (2000). *Minori: dal luogo neutro allo spazio d'incontro*. Animazione Sociale, 4, 71-76.
- Defilippi, P. G. (2012). *Trois outils thérapeutiques: le thérapeute, le style et l'évaluation*. Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux, (1), 167-183.
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Fruggeri, L. (1998). *Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di metodo*. Conessioni, 3(1998), 75-85.
- Fusco, E., & Di Cesare, N. *Dialogo nella sulla distanza*.
- Goldberg, C. (1986). *On being a psychotherapist: The journey of the healer*.
- Gritti, P., & Canevaro, A. (1995). *Scelta vocazionale e identità del terapeuta della famiglia. Rivista interdisciplinare di ricerca e intervento relazionale*. Milano: F. Angeli.
- Guido, A., & Motta, S. (2008). *Fenomenologia del silenzio lungo il "confine di contatto"*. Psichotenia: Ricerca ed Analisi Psicologica, (19), 37-56.
- Guy, D. (1994). *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*. Centro Scientifico Editore, 43.
- Lalli, N. (2004). *La salute mentale dello psicoterapeuta*.
- Marwan, & Benabbi, A. (2016). *Tutti i miei futuri sono con te*. Giunti.
- Paggetti, N. (2006). *Il senso della vita - Cicerone*. Rusconi Libri.
- Rogers, C. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF Sciences Humaines.
- Tyon, G. S. (1983). *The pleasures and displeasures of full-time private practice*. The Clinical Psychologist.
- Will Jr, O. A. (1979). *Comments on the professional life of the psychotherapist*. Contemporary Psychoanalysis, 15(4), 560-576.
- Zazo, M. (2012). *La comunicazione verbale e non verbale: Alcuni criteri generali*. In La comunicazione radiologica nella società del benessere (pp. 89-93). Springer, Milano.

Che maschio sei?

Giancarlo D'Antonio⁴

Sommario

Che maschio sei? Una domanda che mi sono posto, una domanda che a volte velatamente, con dubbio o curiosità, a volte esplicitamente, in modo tagliente se non subdolo, mi è stata posta. "Che maschio sei?" parla del genere in tutte le sue possibili declinazioni: dall'espressione di genere, all'appartenenza di genere, alle relazioni di genere. L'obiettivo è cercare di costruire una riflessione a partire dalla dicotomia maschile/femminile per capire i modi attraverso cui le storie di vita si inseriscono in questa categorizzazione complessificandola, moltiplicandola, disintegrandola. Non senza sofferenze, non senza fatiche, non senza conflitti. Vivere il proprio genere emotivo e scegliere di viverlo responsabilmente nelle sue manifestazioni sia identitarie sia relazionali non è indenne da fatiche, sofferenze, dolori. Non mi soffermerò a parlare in maniera specifica di singoli ambiti ma cercherò sempre di avere una lettura trasversale che tenga insieme tutte le tematiche collegate o connesse alle questioni di genere: orientamento sessuale, identità di genere ed espressione di genere.

Parole chiave

Genere, orientamento sessuale, espressione di genere, identità di genere, ruolo di genere, relazioni di genere.

Abstract

What male are you? A question that I have been asking myself, a question that sometimes veiledly, with doubt or curiosity, sometimes explicitly, sharply if not deviously, I have been asked. "Which male are you?" talks about gender in all its possible declinations: from gender expression, to gender belonging, to gender relations. The aim is to try to construct a reflection starting from the male/female dichotomy in order to understand the ways in which life stories fit into this categorisation, complexifying it, disintegrating it. Not without suffering, not without hardship, not without conflict. Living one's emotional

gender and choosing to live it responsibly in its identity and relational manifestations is not without hardship, suffering and pain. I will not dwell to speak specifically about individual areas but will always try to have a transversal reading that holds together all the issues connected or related to gender issues: sexual orientation, gender identity and gender expression.

Key Words

Gender, sexual orientation, gender identity, gender expression, gender role, gender relations.

⁴ Giancarlo D'Antonio, allievo 3° anno ID/PSI, e-mail: g.dantonio9633a@orpsicologi.it

1. Il genere emotivo

Occuparsi della questione del genere risulta oggi particolarmente importante per tutti coloro che lavorano a stretto contatto con le persone e con il loro mondo emotivo. Lo psicoterapeuta, nella stanza di terapia, ha sempre davanti a sé un individuo che presenta una propria identità di genere e che si confronta (in alcuni casi si scontra) con le caratteristiche ed i ruoli che società e cultura attribuiscono a donne e uomini. Tutto ciò può restare implicito all'interno della relazione terapeutica o esplicitarsi, come nei casi in cui il paziente esprima vissuti relativi alla propria identità di genere o a fenomeni sociali oggi sempre più diffusi (bullismo, discriminazione di genere, violenza di genere, omotransfobia). Un'altra ragione non meno importante per cui è fondamentale iniziare a guardare più attentamente alle implicazioni del genere è l'irreversibile influenza che esso ha sulla relazione terapeutica stessa. Il genere del terapeuta, così come quello del paziente, è una variabile che caratterizza quella specifica diade ed entra potentemente nel campo relazionale (Scognamiglio & Schia, 2022).

L'evoluzione degli studi di genere ha prodotto due importanti cambiamenti: l'attenzione al genere come qualcosa di più fluido e la considerazione della pluralità come caratteristica essenziale di qualsiasi riflessione relativa al tema del genere. L'effetto principale di tali cambiamenti è stato il passaggio, nel discorso scientifico e nel dibattito culturale, da una concezione del maschile e del femminile come caratteristiche statiche dell'individuo ad una rappresentazione che mette in evidenza le connotazioni sociali e culturali del genere e la dimensione proces-

suale della sua espressione. In altri termini, l'attenzione degli studiosi è andata a focalizzarsi sempre di più sui processi di costruzione e produzione relazionale del genere (Poggio, 2009). Il genere sembra assurgersi a dispositivo sociale finalizzato a regolare le relazioni interpersonali.

Scognamiglio e Schia (2022) propongono di utilizzare il termine genere emotivo riferendosi con esso a tutta la complessa trama di vissuti di genere, relazioni di genere e questioni relative all'identità. In questo senso il genere diventa un aspetto che influenza fortemente l'identità, la formazione e la crescita esistenziale dell'individuo. Tale condizionamento fa delle categorie di genere e delle caratteristiche culturalmente associate ad esse un potenziale fattore di disagio individuale e sociale.

Ed è a partire da questi assunti ma soprattutto da questo concetto di *genere emotivo*, che tratterò nei prossimi capitoli di diversi modi in cui il tema del genere può avere implicazioni nelle storie di vita e nelle esistenze delle persone determinando sofferenze, disintegrazioni, conflitti, immobilità, costruendo visioni distorte di sé stessi come di individui poco meritevoli di vivere con responsabilità una vita degna e felice.

2. Specchi deformanti: sulla costruzione della propria amabilità in famiglia e tra pari

Frammento 1

Da bambino odiavo le feste di compleanno a casa di mio cugino. Quell'appuntamento annuale era per me una tortura, mi ritrovavo sempre con l'orribile sensazione di essere

nel posto sbagliato. Il gruppo dei suoi amici lo trovavo detestabile. In realtà ero io che non riuscivo a inserirmi, ad essere parte di qualcosa da cui mi sentivo molto lontano. Avevo sempre la sensazione di non avere gli argomenti giusti, gli interessi giusti, i giochi giusti. Fuori luoghi!

Un giorno a uno di questi compleanni finalmente arriva un invito speciale: qualcosa a cui potevo prendere parte. Era la metà degli anni 90, io avevo sette-otto anni e a un certo punto aveva spopolato tra i bambini un bambolo. Si chiamava Action Man. Era stato un successo. Un bambolone tutto muscoli guizzanti e con la faccia aggressiva e seducete. Insomma, lo stereotipo del maschio che non deve chiedere mai pure nei bamboli, ma almeno era un Bambolo! Tutti per qualche anno volevano il Bambolo! Mio cugino chiese a tutti i suoi amici e agli invitati di portare i loro Action man per giocare assieme. Per una volta, in quelle feste, potevo condividere qualcosa che piaceva anche a me. "In questa roba qua", mi dicevo, "non sono diverso".

Il giorno del compleanno arrivai a casa di mio zio portando tra le mani con fierezza i miei Action man, con tutti gli accessori del caso. Entrai nella stanza di mio cugino e trovai un tripudio di bambini con un'infinità di bamboli tra le mani. "Ci sono!" Eppure, anche quella volta non funzionò. Non ero abbastanza. Il mio modo di giocare non era il loro. Stavolta la cornice avrebbe potuto funzionare. Ma ero io che non funzionavo. Il problema non era la cornice, ma il contenuto. E in quel momento realizzai con estrema evidenza che il contenuto sbagliato ero io. Penso sia stata una delle prime volte in cui mi sono detto "non sei maschio come gli altri".

Storia di Luca

Luca è un giovane ragazzo di trent'anni. Arriva da me in studio magro, alto, con la pelle diafana. Tutto accartocciato su sé stesso, come una noce. Mi chiede aiuto perché dice di soffrire di fortissime ansie. È da due anni che sta cercando di laurearsi, ma non riesce a portare a termine questo progetto.

Durante il racconto tra una frase e l'altra butta dentro un "anche perché mi sentivo diverso". Quella frase la riconosco, mi colpisce e catalizza la mia attenzione e il mio sentire. Lo lascio parlare, senza osare interromperlo. Dopo un po' di tempo, però ritorno su quella frase e gli chiedo che cosa intendesse dire. Si ferma, mi guarda con gli occhi sgranati e un'espressione quasi terrorizzata. "Eh perché... sono omosessuale", mi dice. Ma a voce bassissima, quasi mangiandosi le parole come se stesse per dire una cosa di cui vergognarsi. E si guarda attorno e guarda verso la porta della stanza, come per capire se fuori stia passando qualcuno.

Iniziamo a vederci settimanalmente. Parliamo di chi è lui, delle sue ansie, dei suoi progetti, della sua omosessualità. Che finalmente può trovare un luogo in cui essere nominata. Mi dice che quasi nessuno sa di lui. Non ha mai avuto una vera e propria relazione. Non ha neanche mai avuto un rapporto sessuale completo. Teme di essere una delusione per gli altri. Mi racconta che da piccolo a scuola era preso molto in giro per i suoi atteggiamenti. Era magro, minuto, effeminato, aveva interessi considerati poco maschili. Gli altri su questo hanno giocato e lo hanno isolato. A volte deriso e offeso pesantemente. Si è sempre sentito solo, un po' incapace, poco responsabile. Suo padre

attribuisce alle persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+ l'epiteto di "poveretti". Non giudica il loro orientamento o la loro identità, dice Luca, ma sono "poveretti". Gli chiedo "E quindi tu ti senti poveretto?". "Non lo so".

Poco tempo fa, purtroppo il percorso psicologico viene sospeso. La madre di Luca a un certo punto chiede al figlio di fissare un incontro con una psicologa che ha trovato lei. I suoi genitori non hanno mai saputo che Luca da mesi stesse andando da uno psicologo. La professionista che Luca incontrerà gli proporrà al primo incontro un trattamento farmacologico e fissa per lui un appuntamento con uno psichiatra, etichetandolo depresso.

La percezione che gli altri hanno di noi, la corrispondenza o meno di questa con la nostra auto-percezione e l'intreccio che ne deriva sono aspetti tutt'altro che secondari nella definizione dell'identità individuale. Le persone modellano la concezione di sé in base alla loro comprensione di come gli altri li percepiscono (Cooley, 1902)

Pensiamo quanto il tema del genere possa essere cruciale in questa interdipendenza nel costruire un'immagine e un immaginario su e attorno a noi stessi. Cosa accade se l'esterno, in funzione dell'espressione del mio genere emotivo, mi rimanda una visione di incompetenza, scarso valore o, addirittura, di errore? Che rappresentazione riuscirò a costruire di me stesso?

È ovvio che il primo contenitore in cui facciamo esperienza di questo gioco di specchi è la relazione genitoriale, che diventa il primo contesto in cui sperimentiamo l'efficacia della nostra personale espressione ed esperienza di genere.

Declinando i temi legati al genere all'interno della relazione bambino-genitore osserviamo come entrano in gioco non solo fattori concreti, come ad esempio il sesso biologico dell'Altro, ma anche le aspettative e i desideri più o meno inconsci che quell'Altro nutre nei confronti di quel bambino, nonché tutti i portati del processo di costruzione di genere di quell'adulto (Valerio et al., 2015).

Proviamo a pensare cosa accade quando le figure genitoriali ridicolizzano il bambino, lo svalutano, lo denigrano. Conosciamo le conseguenze di azioni di questo tipo in generale, ma proviamo a immaginare quali sono gli effetti se questa svalutazione o banalizzazione si snodano e giocano attorno al tema della propria espressione o appartenenza di genere. Si origina un profondo senso di vergogna e umiliazione. Si sviluppa incertezza. Questo può portare a ritirarsi in una chiusura evitante, diffidente, o a rimanere dipendenti e bisognosi. In entrambe le situazioni si sente di non avere un'identità degna e definita, di non contare, di non essere adeguati, utili o indispensabili. Resta invece una paura recondita, che l'esistenza sia un po' vana, vaga e senza scopo. Pertanto, in questi casi il futuro, piuttosto che essere visto come un non ancora carico di aspettative e di promesse è considerato come un tempo che sarà vissuto con noia, indifferenza, sconforto (Canovi, 2022).

La storia di Luca è emblematica in questo senso, inserendosi pienamente dentro questo ineluttabile copione cristallizzato, svuotata e senza progettualità.

3. Un frattale disarmonico: sull'incoerenza o la non integrazione delle rappresentazioni del sé

Frammento 2

A 16 anni mi iscrivo per la prima volta a un corso di danza. Avevo sempre desiderato farlo. Trovavo da sempre il richiamo del palcoscenico irresistibile. Mia sorella faceva corsi di danza e io la guardavo con grande ammirazione. Volevo anche io ma non riuscivo a concedermelo. Non era una cosa da maschi! Un piccolo paese di provincia, chissà come sarei stato visto se fossi stato l'unico bambino a frequentare un corso di danza. Preferivo guardare, ma non partecipare. Poi a 16 anni me ne sono fregato, stanco di aspettare, di procrastinare e ho scelto la migliore scuola di danza della zona.

Finalmente il modo in cui il mio corpo da sempre stava al mondo, come si muoveva, come si relazionava non era un problema. Quel corpo che era sempre stato poco strutturato, quelle movenze sempre troppo effeminate, quella voce sempre troppo acuta, quegli atteggiamenti sempre poco maschili, spesso guardati con uno sguardo di imbarazzo, di rimprovero o di derisione, per una volta, andavano bene. Anzi erano funzionali e valorizzati. Ho combattuto fino a quel momento, e in realtà per moltissimo tempo dopo, qualunque esternazione della mia corporeità. Perché mai abbastanza adeguata ai contesti e alle situazioni o comunque facilmente attaccabile. Sono nel tempo diventato il giudice più inflessibile verso me stesso. Ma quando a 14 anni ti ritrovi a passare in un corridoio della scuola al suono della campanella e senti dietro di te un urlo,

"Ricchiò!" da parte di qualcuno che a stento sai chi sia e che immediatamente scappa ridendo, impari a dover tenere tutto estremamente sotto controllo perché capisci che il tuo corpo è un pericolo. Ma in teatro quello che accadeva non aveva nessuna valenza di pericolo.

Mi sono accorto a trent'anni suonati di quanto quello spazio fosse stato un luogo di salvezza. In qualche modo la danza mi aveva permesso di preservare una delle mie parti. La mia identità era integra. O almeno ci provava ad esserlo. Quel mondo fatto di luci, costumi, trucchi, personaggi permetteva al mio corpo di non sentirsi sbagliato per esprimere una modalità che non rientrava, strettamente, nei canoni che per me erano stati prescritti da altri, per il solo fatto di essere nato maschio.

Storia di Giulia

Giulia è una giovane ventiseienne. Ha una storia disgraziata alle spalle. Quando la conosco è in trattamento farmacologico, seguita da uno psichiatra presso il Csm ed ha pochi mesi prima avuto un ricovero ospedaliero intensivo per un disturbo psicotico con deliri persecutori.

Quando Giulia arriva da me non ha più una rete sociale. Tutto ciò che aveva costruito nella città in cui studiava si è praticamente disintegrato. È una ragazza sola. Giulia racconta che il suo malessere, iniziato quando era ancora adolescente, nasce da una profonda sofferenza collegata al tema del giudizio. Il giudizio è qualcosa che patisce in maniera fortissima, al punto tale da mettersi in discussione e aver bisogno di fare una scelta di allontanamento da sé stessa, una

dis-commissione. Si è sentita spesso diversa dal mondo circostante. E questo l'ha portata sempre di più ad isolarsi. Durante l'apice della sua sofferenza, Giulia ha meditato di suicidarsi. Giulia mi parla della sua femminilità non convenzionale e della sua fatica a rispecchiarsi nei canoni che vede costruiti attorno a sé, mi parla del suo sentirsi bisessuale anche se non ha mai esperto una relazione con una donna, le uniche persone a cui ha rivelato, da pochissimo, del suo orientamento sono i suoi familiari.

L'universo di Giulia è complesso e multifrattoriale. E io stesso scado nel pregiudizio di non considerare quello del genere un tema portante della sua storia. Per cui dopo aver accolto il suo racconto e i suoi vissuti, ho lasciato indietro e dimenticato in sordina questo pezzo importante della sua identità.

Dopo diversi mesi di incontri settimanali a cui non manca mai, Giulia arriva un giorno con una lettera. Dice di aver pensato di scrivere perché lì c'è qualcosa di faticoso per lei da dire. È faticoso persino consegnare nelle mie mani la lettera. Le chiedo allora cosa possamo farne e in che modo possiamo accogliere questo scritto. Preferisce che sia io a leggere. Giulia si apre a un'irritina confessione su sé stessa: racconta di essere entrata in contatto per la prima volta con la consapevolezza di essere probabilmente lesbica. Ha sempre saputo che le potessero piacere le donne, ma non si è mai detta che probabilmente è quello il sesso che predilige, con cui sogna e immagina una relazione intima e sentimentale. Mentre leggo, Giulia piange a dirotto. Non riesce ad usare la parola lesbica, al punto da aver bisogno di scriverla per non nominarla. Quello che mi interessa raccontare attraverso

so la storia di Giulia è come il tema del genere entri dentro l'esperienza dell'identità come *frattale*. Come scrive Koch (2010) «Se oltre al volersi considerare individui unitari con all'interno una ridda di parti anche contraddittorie ci pensassimo come una comunità articolata di individui molteplici di cui ciascuno, intero e compiuto, ha pari dignità e analogia capacità di porsi come portavoce della comunità stessa, si aprirebbero prospettive differenti... potremmo pensare ciascuno di noi come una moltitudine collegata da un dettaglio, da una forma che rimbalza da uno all'altro».

Dentro questo frattale l'espressione emotiva del nostro genere, intendendo con questo termine tutta quella natura processuale, relazionale e contestuale del genere, sopra descritta, gioca un ruolo fondamentale. La fatica a mettere in gioco un certo modo di stare al mondo più o meno convenzionale o accettabile, la possibilità di immaginarsi in una relazione sessuale e sentimentale, la possibilità di pensare la propria identità come qualcosa di mutevole e molteplice. Tutti questi aspetti sono in Giulia strettamente connessi alla questione del genere in termini di vissuti, relazioni, rappresentazioni, appartenenze.

Se queste parti non hanno voce, il frattale rischia di irrigidirsi, cristallizzarsi o addirittura fagocitarsi.

La letteratura internazionale ha dimostrato ampiamente che le persone LGBTQIA+ riferiscono minori livelli di benessere e una peggiore qualità della vita rispetto alle persone eterosessuali. Secondo la teoria del "minority stress" (Meyer, 2003) queste disparità possono essere spiegate, in gran parte, da quei fattori stressanti che persone LGBTQIA+ sperimentano quotidianamente e che

sono veicolati da una cultura eterosessista e omofobica. Questo spesso si traduce in discriminazioni, aggressioni verbali e/o fisiche di varia entità, vittimizazioni fino a molestie e veri e propri maltrattamenti. Le persone omosessuali sono più vulnerabili a sviluppare disturbi d'ansia, depressione, abuso di sostanze e alcool, sintomi post-traumatici, disturbi alimentari, comportamenti autolesivi, rischio suicidario (Moleiro e Pinto, 2015; Meyer, 2003; American Psychological Association, 2009). Chiaramente il disagio psichico non dipende strettamente dall'identità o dall'orientamento sessuale, ma dalle condizioni ambientali che generalmente si creano intorno alle persone LGBTQIA+.

Se una delle mie *persona* non trova spazio di riconoscimento e accoglienza, sarà difficile dare voce e cittadinanza anche alle altre. Come se quello stile unico e inimitabile fosse introvabile, intaccato da quel mostro indicibile e ineliminabile del proprio orientamento sessuale, della propria identità o espressione di genere. C'è bisogno di qualcun altro che guardi per me, quando io non riesco a guardare, a nominare, a immaginare. Se qualcun altro mi aiuta, sostiene e legittima, la mia mente e il mio corpo inizieranno a fare esperienza di accoglienza e allora sarò in grado di iniziare ad accogliere la complessità delle voci che albergano dentro di me.

4. Il diritto ad amare: sulla possibilità di costruire una vita relazionale e familiare soddisfacente

Frammento 3

Nell'ultimo percorso terapeutico intrapreso, un giorno la psicologa che mi segue mi pose

una domanda apparentemente banale e che però ha avuto un effetto dirompente e spiazzante.

Avevamo già scandagliato un mio tema importante quale quello delle relazioni affettive: la fatica e la complessità che la gestione di un rapporto di coppia per me richiede in termini di fiducia, di presenza, di appartenenza. E dall'altra avevamo già parlato del mio desiderio di paternità e del progetto di un possibile affidò, come unica opportunità per poter accedere in qualche modo al mio desiderio di genitorialità. Quel giorno lì, riprendendo questi due nuclei tematici, la mia psicologa mi disse "Ma io ho ben compreso il tuo desiderio di genitorialità e il progetto dietro questa cosa e ben compreso il tuo desiderio di una relazione intima. Ma non riesco a capire... ma tu questi due pezzi non li vedi poter stare assieme? Non hai mai pensato a una genitorialità dentro un rapporto di coppia?"

Domanda banale, scontata per certi versi. Eppure, io rimango spiazzato, basito. Non so cosa rispondere. Come se quell'universo improvvisamente reso pensabile, cioè una mia genitorialità dentro un rapporto di coppia, ovvero la possibilità di una famiglia, mi avesse lasciato attonito. Non ci avevo mai pensato, tutto qua. Banale e tremendamente doloroso, a pensarci. Semplicemente non avevo un immaginario di me in una situazione di questo tipo. I singoli desideri c'erano, pur nella fatica di realizzarli, ma la somma di questi, che per me era l'accesso al pensiero di Famiglia, non si era mai palesata. Una semplice, banale domanda per aprire l'evadenza sui limiti della mia immaginazione. E la questione non era che non avessi at-

torno a me esempi della fattibilità di questa cosa: lo avevo studiato, avevo continuamente esempi nei media, avevo contatti diretti con famiglie omogenitoriali. Ma è vero che se certe parti legate alle rappresentazioni e alle relazioni di genere hanno sempre faticato a legittimarsi sul piano esistenziale, la capacità di sognarsi (per dirla in modo Bioniano) rimane impoverita, confinata.

Storia di Alessandro

Alessandro è un uomo di quasi 50 anni. Quando arriva da me ha una richiesta precisa: vuole lenire il dolore lancinante causato dalla fine di una relazione d'amore. Durante il primo lockdown dovuto alla pandemia da COVID-19, Alessandro decide di provare a convivere con la persona che stava frequentando in quel momento. All'inizio funziona tutto benissimo: poi nel tempo Alessandro si rende conto di tutta una serie di tasselli che iniziano a scricchiolare. Ma decide di continuare a rimanere dentro questo possibile progetto di coppia. A un certo punto però l'Altro decide di fare i bagagli e andare via lasciando in una profondissima solitudine. Nel corso dei nostri incontri Alessandro mi racconta di aver avuto un unico grande amore, vissuto in gioventù tra i 25 e i 35 anni. Ancora oggi racconta di questa persona come quella verso cui ha provato i sentimenti più profondi e intensi. La relazione si interrompe quando l'Altro fa richieste per iniziare ad allargare il loro orizzonte di coppia. Desidera mettere su famiglia, ma Alessandro non è pronto. Davanti a questa richiesta si ritira. E inizia a mettere in moto tutto un meccanismo per allontanare sempre di più l'amato, al punto da arrivare alla rottura.

Alessandro è omosessuale. Dice di non avere problemi a dichiarare il suo orientamento e a dividerlo nei contesti e nelle relazioni che costruisce. E tuttavia però alla soglia dei cinquant'anni, non ha ancora mai condiviso esplicitamente con i suoi genitori il suo orientamento. Il che vuol dire che tutte le relazioni vissute fino a quel momento, inclusa quella con il suo grande amore, sono sempre state tenute nascoste. Alessandro mi racconta che da giovanissimo, poco più che ventenne, ha provato a parlare con i genitori del suo orientamento. I genitori però si sono fortemente preoccupati e sua madre un giorno, con l'intento di aiutarlo, gli fissa un appuntamento con una specie di astrologo. Peccato che improvvisamente l'astrologo-quartiere gli chiede di spogliarsi e richiede di avere un atto sessuale con lui. Alessandro mi racconta di questo episodio con grande divertimento. Eccessivo divertimento. Mi racconta di essere andato immediatamente via dallo studio di questo personaggio. Non ha mai raccontato nulla di quanto accaduto a sua madre. Semplicemente da quel momento non si è mai più parlato del suo orientamento sessuale.

Parla con grande rabbia delle tematiche LG-BTQA+; odia le parate del Pride; detesta tutto il movimento che c'è stato nell'ultimo anno in Italia attorno al DDL Zar; non è assolutamente d'accordo né con i matrimoni né con le adozioni da parte di coppie omosessuali. Si definisce contrario a manifestazioni esplicite e visibili che alcune persone hanno della loro omosessualità. Quando gli faccio notare che quei movimenti e quelle battaglie stanno facendo in modo di garantire anche a lui l'accesso a un maggior grado di libertà, si

arrabbia moltissimo. Dice di non aver bisogno di tutto questo, di essere assolutamente tranquillo con la sua omosessualità, ma non ritenere necessaria nessuna di queste lotte. "Mi stai dicendo che bisogna rimanere invisibili?", "Sto dicendo che non c'è bisogno di essere per forza visti".

Apprendiamo la relazione con l'altro dalla relazione più prossima, quella con i genitori e poi di seguito dalle altre persone che ci aiutano a crescere. Perciò se la domanda è, dove apprendiamo l'amore? La risposta viene da sé: da chi e come vediamo amare o non amare mentre cresciamo.

Lo apprendiamo là dove lo abbiamo percepito e respirato o mai incontrato. Dal modo in cui siamo stati trattati, curati, pensati, toccati, sognati mentre crescevamo.

E cosa succede se però l'amore percepito ed esperito è stato deficitario anche o proprio a causa del proprio orientamento sessuale o della propria espressione di genere? Che grado di amore si è capaci di destinare a sé stessi e, quindi, a qualcun altro fuori da me? In che modo imparerò ad occuparmi di qualcun altro e a immaginarmi come competente nell'atto di cura?

Le fatiche a cui una coppia omosessuale o una famiglia omogenitoriale sono esposte sono molteplici e a più livelli: l'assenza di modelli di ruolo socialmente condivisi a cui fare riferimento, può portare da un lato ad una maggiore flessibilità, liberando la coppia da rigidi schemi, e dall'altro ad una maggiore incertezza e complessità nella negoziazione quotidiana dei ruoli e dei progetti di vita (Slater & Mencher, 1991); la mancanza di un riconoscimento sociale e legale dell'unione omosessuale e i pregiudizi tuttora esistenti

rispetto a questo tipo di relazione, rendono il rapporto con il contesto sociale un "compito di sviluppo" particolarmente difficile per le coppie omosessuali. Stessa cosa vale ovviamente per le famiglie omogenitoriali in cui la difficoltà primaria è quella incontrata nel rapporto con il contesto sociale che continua ad essere impregnato di una ideologia eterosessista (Borghi & Taurino, 2005); nella terapia con coppie omosessuali, si osserva frequentemente un altro aspetto problematico della vita di relazione, cioè la mancanza di chiarezza nel definirsi come coppia a sé stessi e agli altri. Il coming out di coppia, ovvero lo svelamento pubblico del proprio legame affettivo, implica il tentativo simbolico di dichiarare e di chiedere legittimazione per la propria sessualità e la propria affettività, configurandosi come un gesto di riconoscimento della dignità della relazione.

Il come, in un'ottica evolutiva, si sono strutturati una serie di processi identitari, familiari e socio-relazionali ha una funzione determinante nel definire il modo in cui è possibile accedere a una piena e soddisfacente relazione di coppia o familiare.

Il racconto di Alessandro è certamente molto complesso e richiede un lavoro minuzioso da speleologo. La storia del suo orientamento sessuale è solo una piccola parte del tutto, ma è evidente che una parte considerevole dei suoi vissuti, della sua storia, dei suoi incontri si sia sostanziata a partire dalla fatica a trovare un contenitore esterno che riuscisse a riconoscere e a rendere pensabile il suo essere omosessuale. E che questo abbia avuto un'influenza enorme sulla capacità di Alessandro di potersi pensare dentro un rapporto, di potersi concedere ac-

coerenza e fiducia, di essere un partner capace di rispondere alle richieste di un compagno o anche semplicemente di assumersi la responsabilità delle sue scelte.

In questa breve trattazione io mi sono soffermato solo su una fetta del reale, cioè le relazioni omosessuali. C'è pochissima letteratura scientifica o comunque dibattito e confronto sociale sulle relazioni con persone transgender o gender fluid. Possiamo soltanto immaginare che i problemi sopra descritti in riferimento alle coppie omosessuali siano ulteriormente amplificati per coppie o famiglie in cui sono presenti persone con un'identità di genere non binaria.

Conclusioni: riconoscersi

senza essere riconosciuti

Mi sono trovato nella mia esperienza lavorativa a confrontarmi più volte con giovani adolescenti sul tema del genere emotivo in termini sia di appartenenza, sia di ricerca ed esperienza sessuale, sia di identità, sia di relazioni. C'è oggi una consapevolezza diversa rispetto a questi temi. Esiste un linguaggio, esiste un alfabeto, esiste spesso una legittimazione tra pari. Esiste un livello di coscienza e di consapevolezza rispetto a queste tematiche molto elevato e molto precose. Eppure, questo non esime dal vivere e fare i conti con conflittualità interne, scontri esterni, crolli, sofferenze, disintegrazione. Mi sono trovato più volte a interrogarmi assieme ad altri su perché di fronte a tanta consapevolezza, ci sia ancora tanta fatica. Credo che costruire consapevolezza non basta. Certo è importante, importantissimo. Ma finché rimangono contenitori sociali, culturali e istituzionali così fortemente arroccati

sulle loro definizioni stereotipate e stigmatizzanti del genere, quella consapevolezza, per quanto potente e pregevole di significato, di parole, di narrazioni si sgretola immediatamente nel dover far fronte a un contesto sociale che non riconosce, non vede, non approva, non si armonizza, non utilizza lo stesso vocabolario. Anzi, forse, potremmo dire che la conflittualità e il dolore si amplificano ulteriormente. Se ho gli strumenti per parlarne, ma parlarne diventa ancora così difficile e fonte di dolore, probabilmente i conflitti interiori rischiano ulteriormente di acuirsi.

Da psicologi, se il nostro operato non tiene conto, oltre alle storie degli individui, della necessità di interagire con i contesti sociali più ampi, probabilmente, il nostro lavoro si riduce a solo una parte. Una parte importante, preziosa sicuramente, ma che non struttura ancora le condizioni future per poter finalmente costruire un contenitore capace di accogliere questo tema del genere emotivo nella sua natura processuale, dinamica e relazionale. Oltre che psicologi siamo individui parte di una comunità e dentro quella comunità, con le nostre competenze, siamo comunque continuamente chiamati a prendere parte. Lo spazio della relazione terapeutica è sicuramente ricchissimo, ma se quello spazio non tiene conto di un esterno che non ha le stesse regole dell'interno dei nostri studi, ci stiamo dimenticando di una parte. È ovvio che non possiamo sempre agire su quell'esterno perché non sempre abbiamo gli strumenti, non sempre siamo direttamente coinvolti e coinvolgibili, perché spesso è faticoso. Ma ricordarsi che c'è un esterno è importante, perché quelle storie contratte, deformate, cristallizzate dovranno

necessariamente confrontarsi con quell'esterno. E allora non abbiamo sempre il potere di poter agire per modificarlo magicamente, ma tenerlo sempre a mente, mentre si lavora con gli individui o con i gruppi, è estremamente importante. Tenere dentro l'esterno per presentificarlo, metabolizzarlo, significarlo, affinché possa diventare più accogliente o anche semplicemente più tollerabile e perdonabile per le persone, credo sia importante.

Bibliografia

- APA (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Washington: American Psychological Association.
- Borghi, L., Taurino, A. (2005). *Coniugalità e generatività nelle coppie omosessuali*. In L. Fruggeri (a cura di), *Diverse Normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Roma: Carocci Editore.
- Canovi, A. G. (2022). *Di troppo amore*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York, USA: Scribner's.
- Koch, M. C. (2010). *Curare la vita con la vita*. Lulu.com.

- Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. *Psychological Bulletin*. 129 (5), 674-697. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.
- Pinto, N., Moleiro, C. (2015). *Gender trajectories: Transsexual people coming to terms with their gender identities*. *Professional Psychology: Research and Practice*. 46 (1), 12-20. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0036487>.
- Poggio, B. (2009). *Ai confini del genere. Prospettive emergenti di riflessione e ricerca*. Edizioni 31, 13-26.
- Satter, S., Mencher, J. (1991). *The lesbian Family Life Cycle: A Contextual Approach*. *American Journal of Orthopsychiatry*. 61 (3), 372-382.

- Scognamiglio, C., Scia, S. (2021). *Il genere emotivo*. *Phenomena Journal*. 4 (1), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.32069/pi.2021.2.123>.
- Valerio, P., Scandurra, C., Amodio, A. (2015). *Appunti sul genere. Riflessioni sulle linee-guida di intervento psicologico e dintorni*. Napoli: Edizioni Ordine Psicologi della Campania.

“L’abbraccio terapeutico” Quando il corpo urla un dolore silente.

Ylenia Fossitto⁵

Sommario

Il presente lavoro nasce dall'unione di diverse teorie, che si intersecano e si influenzano a vicenda. L'Abbraccio, un gesto volto ad esprimere affetto o amore, che consiste nello stringere le braccia e le mani attorno al corpo di un'altra persona. Diverse ricerche hanno confermato negli anni i benefici di un abbraccio, sappiamo che un abbraccio di 3 secondi è sufficiente affinché nei nostri corpi venga prodotto un ormone chiamato “ossitocina”, detto anche “ormone della felicità”.

L'articolo inizia con la relazione mente-corpo, con il contributo del lavoro di Onnis (2009), che unisce le ricerche delle neuroscienze e le implicazioni che ne derivano in psicoterapia. Un lavoro integrato che partendo dalla “memoria implicita” di Kandel (2000), i neuroni specchio di Gallese e Rizzolatti (1996), fino ad arrivare a Bateson (1984) in cui si sottolinea l'importanza della relazione mente-corpo-ambiente, e di come il tutto sia interconnesso con un assunto di base per la psicoterapia: la relazione. Seguirà il caso clinico di Giulia, un esempio di come il corpo entra in modo prepotente nella terapia e nella relazione, fino ad arrivare a “l'abbraccio terapeutico”, un momento emozionante tra terapeuta e paziente che segnerà il cambiamento del processo terapeutico. Verrà esposto il contributo di Virginia Satir, pioniere della terapia familiare, e dell'uso del corpo in terapia, lei che entrava in contatto con l'altro con tutta se stessa.

L'ultimo capitolo sarà centrato sul processo terapeutico, sull'importanza del sé terapeutico e delle risonanze del terapeuta, in riferimento alla letteratura di Cecchin.

Parole chiave:

Mente e corpo, memoria implicita, neuroni specchio, abbraccio terapeutico, autenticità, Sé terapeutico

Abstract

This work came out from my attempt to process different theory, wich intersect and influence each other. To hug means show love. Hug is an act of holding someone tightly in

⁵ Ylenia Fossitto, allieva III IDIPSI Siracusa, yleniafossitto@gmail.com

one's arms typically to express affection. There are many research whic proved how hug is important and healthy, that three second we hold someone to us it's enough to our brain to produce a special hormone called oxitocin, more simply happiness. The work starts from this relation between body and mind. Fundamental for this it was the job of Onnis (2009) who process and unit neuroscienche research whit their implication about psychotherapy. an integrated work that starts from implicit memory metioned by prof Kandel (2000) mirror neurons mentioned by Gallese & Rizzolatti (1996) and professor Bateson (1984) in whose work the importance is emphasized of the mind-body-environment relationship. Hall together this is interconnected with a basic assumption for psychotherapy that is relationship.

In the course of the treatise I will explain the case of Giulia wich is a perfect example about how the body get in therapy and in a relationship. That practically is a special moment wich became a therapeutic hug between therapist and patient. This particular step, change definitively the therapeutic process. Carryng on it will be displayed the contribution of Virginia Satir wich is the pioneer of family therapy and the use of the body in therapy because she used to get in touch with the other with all of herself.

Last chapter will be focused on therapeutic process on the importance of the therapeutic self and the therapist's resonances according to the job of professor Cecchin.

Key words:

Mind and body, implicit memory, mirror neurons, authenticity, therapeutic Self

L'approccio sistemico,

comunicazione tra corpo ed emozioni

La cultura occidentale ha spesso considerato la mente e il corpo come due entità separate. Questa scissione porta il nostro organismo a dover fare i conti con messaggi contrastanti provenienti dal corpo o dalla mente, infatti la separazione di queste entità spesso dà origine a disagi psichici e a sintomi somatici. Negli ultimi 25 anni ricerche scientifiche provenienti dalle neuroscienze, hanno provocato una vera rivoluzione scientifica, superando la dicotomia corpo-mente, considerando l'uomo come un'unità tra psiche e soma, due entità che si influenzano reciprocamente. Damasio (1995, p. 24) afferma che «<i> i processi fisiologici che noi chiamiamo "mente" derivano da un insieme strutturale e funzionale, piuttosto che dal solo cervello: soltanto nel contesto dell'interazione di un organismo, cioè dell'intero corpo, con l'ambiente, si possono comprendere appieno i fenomeni mentali>>. Questa concezione scientifica di Damasio si avvicina molto a quella di Bateson (1984) sul concetto di "mente" che lo considerava come il risultato di un «<i> continuum circolare soma-psiche-ambiente>>. In un'ottica integrata possiamo considerare un sintomo fisico o un conflitto interno, inserito in un insieme più vasto che includono aspetti somatici e aspetti psicologici, essi sono parti di una espressione indivisibile del sé. Le recenti ricerche sui processi mentali hanno permesso lo studio del cambiamento strutturale nel cervello conseguente alla psicoterapia, in quanto stimola la formazione di nuove connessioni sinaptiche, infatti il linguaggio e le componenti emozionali, inducono modifi-

cazioni biochimiche nel cervello. Eric Kandel, premio Nobel per la medicina nel 2000, distingue nell'uomo due tipi di memoria: 1) *la memoria implicita* che ha sede nell'amigdala, è una memoria affettiva, emozionale legata alle percezioni somatiche, che guida l'apprendimento del bambino fino ai due anni di vita, si chiama implicita perché non associata alla coscienza del ricordare; 2) *la memoria esplicita* si collega con la corteccia cerebrale, è una memoria dichiarativa e semantica, che si sviluppa dopo i due anni ed è associata all'esperienza del ricordare cosciente (Kandel, 1999). Grazie alle ricerche di Siegel (2001) si è dato attenzione agli aspetti relazionali della mente, che hanno dato vita ad un approccio scientifico chiamato "neurobiologia interpersonale": Siegel (2001) in particolare parla di "*mente relazionale*", in quanto la mente nasce dall'interazione tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. Bateson nel 1984 aveva già anticipato questo concetto, la mente era il risultato di influenze dinamiche tra relazione e ambiente, chiamata "metafunzione". Un'importante scoperta agli inizi degli anni '90 fu quella dei "neuroni specchio" (*mirror neurons*), dalle ricerche di Rizzolatti e Gallesse, scoperti per caso nella corteccia prefrontale dei macachi (Rizzolatti et al., 1996; Gallesse et al., 1996). Anche il cervello umano è dotato di neuroni specchio, localizzati nelle regioni corticali parieto-pre-motorie, con due funzioni: controllare l'esecuzione delle azioni e comprendere le azioni dell'altro. I neuroni specchio sono coinvolti nella comprensione dell'intenzione dell'azione dell'altro, imitando e riproducendo nel mio corpo la tua azione (Rizzolatti, Sinigaglia, 2006). Gallesse

chiama questo processo "simulazione incarnata" (Gallesse et al., 2006). Un processo coinvolto nella "simulazione incarnata" è la comprensione linguistica; un altro meccanismo riguarda il rispecchiamento delle emozioni e delle sensazioni degli altri. Infatti le ricerche dimostrano che "la sua emozione è ricostruita, esperita e perciò compresa direttamente attraverso una simulazione incarnata che produce uno stato corporeo condiviso dall'osservatore" (Gallesse et al., 2006). Le ricerche sulle neuroscienze confermano l'importanza della relazione, per la psicoterapia sistemica la relazione è fondamentale sia per

la comunicazione che per attribuir significati ai processi mentali. Per Bateson (1984) la mente è radicata nel corpo e connessa, attraverso reti relazionali complesse, all'ambiente; per Bateson (1976) l'unità di sopravvivenza è *l'organismo nel suo ambiente*. Le scoperte delle neuroscienze mostrano come l'uomo sia biologicamente predisposto per l'intersoggettività e la relazione. L'uso del linguaggio implicito in psicoterapia è molto efficace, in quanto non mediato dalla parola o dal pensiero logico, che arriva direttamente alla sfera emozionale. In psicoterapia sistemica è nota l'efficacia dell'uso delle metafore, Lohman (1986) afferma che la metafora è un punto di unione tra due lingue, linguaggio logico del pensiero razionale e linguaggio analogico dell'immaginazione e dell'affettività. La metafora coglie lo stato emotivo ed affettivo al livello inconscio, apre spazi in cui può emergere un livello pre-verbale libero e creativo (Onnis, 2006). Ritorna essenziale la funzione dei neuroni-specchio che riflettono le componenti implicite che sono coinvolte nella relazione terapeutiche. Per Rizzolatti il cervello ha la capacità di "risonare alla percezione dei gesti e dei volti degli altri", ciò può permettere alla condivisione degli affetti, che portano alla formazione della memoria implicita. L'esperienza emozionale se intesa e condivisa, grazie al linguaggio implicito in terapia, può aprire un varco alla memoria esplicita, più consapevole. Questa esperienza è ciò che permette alle famiglie di utilizzare in modo appropriato i linguaggi impliciti e metaforici, attivando rispecchiamenti incorciati che pongono le basi del cambiamento terapeutico (Onnis, 2009).

Presentazione del caso clinico di Giulia

Vengo contattata telefonicamente dalla mamma di Giulia (13 anni), si sono trasferite da Milano a Siracusa, per motivi familiari, G. sembra non essere contenta del trasferimento. La ragazza durante una gita scolastica ha una "crisi", provocando la paura delle insegnanti e dei compagni. Al rientro Giulia continua ad avere queste "crisi" a scuola e a casa, la situazione per la madre diventa ingestibile. Il primo incontro è con la mamma (Silvia), mi racconta la sua storia: lei è di origine siciliana, con la sorella si sono trasferite al nord per motivi di lavoro. Conosce il padre di Giulia e dopo 2 mesi vanno a convivere. La loro relazione è travagliata, fatta di tradimenti e di "tira e molla". Dopo il matrimonio nasce Giulia, ma quando G. ha 6/7 anni si separano, era una relazione litigiosa, fatta di violenza verbale e psicologica. Costruiamo il genogramma: Silvia mi racconta che la sua infanzia non è stata affatto felice. Il matrimonio dei suoi genitori è stato combinato dalle famiglie, non si conoscevano e non si amavano, litigavano sempre. Nascono 4 figli,

quando il secondogenito ha 8 anni scopro che lo costringe a stare a casa. La madre è iperprotettiva con il fratello "malato" e per nulla presente con gli altri figli. A 18 anni il primo fratello parte in Canada (dov'è tutta), lei e la sorella a 18 anni si trasferiscono al nord. All'età di 29 anni il fratello diabetico muore per complicazioni, la mamma cade in depressione e da allora non si riprende più. Attualmente il papà è in una casa di riposo per demenza senile, la madre vive sola finché loro (S. e G.) non si trasferiscono in Sicilia. Alla fine del racconto mi accenna che il padre del suo ex marito si è suicidato sotto un treno, era alcolizzato e che la madre vive in depressione da anni.

Giulia è figlia di una coppia conflittuale, i suoi genitori hanno pochissimi rapporti con le rispettive famiglie d'origine. Questa condizione mi fa pensare alla coppia in "posizione sbilanciata" di Andolfi (2003), in cui l'attrazione tra i partner è centrata sulle reciproche carenze affettive; per appagare le proprie insicurezze, chiedono al coniuge di essere il genitore che non hanno avuto. Nel momento in cui dalle famiglie d'origine non si hanno certezze affettive, ci si aspetta di riceverle dal compagno/a, quando non arrivano, viene riversato sui figli, una sorta di investimento finalizzato ai propri bisogni. Ovviamente un figlio messo al mondo per riempire dei vuoti viene privato di accudimento autentico e di individualità. Le parole che mi colpiscono in questo racconto sono "depressione" e "violenza", sembra che le donne di entrambe le famiglie siano depresse e che gli uomini siano violenti. Come arriva tutto ciò a Giulia? Che conseguenze?

Le resistenze della paziente e le risonanze del terapeuta

Al primo incontro Giulia entra in stanza timidamente, sembra chiusa a riccio. Non posso vederla in viso, indossiamo entrambe le mascherine. Osservando i suoi movimenti noto dei graffi/tagli alle mani (autolesionismo). Le dico che ho incontrato la mamma, Giulia è di poche parole, fatica ad aprirsi, quando risponde alle mie domande balbetta e si picchietta la testa nervosamente, io ho davvero difficoltà ad entrare in contatto con lei. Uso una metafora: "sembra che ti sia chiusa dentro una casa senza finestre, che abbia costruito un muro attorno fitto di pietre e che nessuno può entrare. Ci sarà qualcuno a cui permetti ogni tanto di farti visita?". Così prendo un foglio ed inizio a disegnare una casa e tutti i mattoni che la compongono. Lei sorride, mi dice che le uniche persone che possono entrare (non sempre) è sua sorella Mona, la sua amica Cinzia e la sua prof. della nuova scuola che la aiuta. Come già accennato la metafora terapeutica coglie le emozioni e si avvicina al piano affettivo, la sua utilità è ben spiegata da Littmann (1987, citazione Omnis 1996, "La narrazione analogica", pag. 19): <<Il potere della metafora risiede molto chiaramente nella sua capacità di raggiungere una componente affettiva della personalità che comunemente è troppo ben difesa per essere raggiungibile>>.

L'impasse

Gli incontri con Giulia hanno cadenza settimanale, il mio lavoro lo percepisco faticoso. Le difficoltà della ragazza sono evidenti, fatica a parlare e balbetta. Le lesioni alle mani sono sempre più visibili. A scuola è la più

brava della classe, ma le "crisi" sono sempre più frequenti, per gestirle esce dalla classe. A casa rimane sempre chiusa in camera, a volte mangia lì, spesso digiuna e poi si abbuffa. Il rapporto con il padre esiste solo per le feste comandate, lui le scrive dicendole se va a trovarlo a Milano per trascorrere le festività insieme. Giulia diventa triste e arrabbiata quando parla del padre, le chiedo di raccontarmi di giornate trascorse insieme a lui. I suoi ricordi mi dice "iniziano bene e finiscono male", i momenti trascorsi con il padre sono piacevoli, ma poi per futili motivi si arrabbia con lei e la madre e quel momento bello diventa orribile. Le chiedo di Mona, e i suoi occhi brillano di gioia, ha un rapporto bellissimo con lei, si sentono tutti i giorni e non vede l'ora di rivederla. Mi racconta che quando ha le "crisi" a casa per calmarla ascolta musica e disegna, mi mostra alcuni suoi disegni ed è veramente brava. Il momento più bello della giornata è quando va a fare equitazione, lì si sente se stessa e sa che può esserlo senza essere giudicata, da grande vorrebbe fare la veterinaria. Cerco di seguire il flusso della comunicazione analogica, utilizzando strumenti e tecniche che mi aiutano a mettere in campo la parte creativa di G. Uso il disegno come modo di comunicare. Come sappiamo il disegno in psicologia è considerato uno strumento utile alla comprensione della personalità dell'individuo (Lis, 1993). L'utilizzo di questa tecnica nel modello sistemico relazionale ha come presupposti le considerazioni di Gregory Bateson (1976), secondo il quale l'esperienza del disegno, come quella del gioco, diventa un momento di incontro, un contesto narrativo dove gioco ed emozioni hanno una fun-

zione trasformativa. In un incontro le chiedo di disegnarsi: il disegno di G. mi rimanda tristezza e solitudine, un volto che non ha occhi né bocca, senza mani, fuori dal mondo, come se il suo posto fosse un angolo (del foglio, così nella sua vita). Le esplicito le mie sensazioni, Giulia mi conferma la tristezza, la sensazione di non avere un "posto", come se non potesse far nulla, solo guardare e subire. Questa sensazione di blocco è anche la mia percezione negli incontri con G. a volte le mie risonanze sono proprio di impotenza, di "impasse". In francese la parola *impasse* vuol dire "senza uscita", in psicologia viene utilizzata per descrivere lo stallo o il blocco del processo terapeutico; in psicologia sistemica il concetto di *impasse* assume una connotazione positiva, vista sì come un blocco ma che dà la possibilità al terapeuta di potersi fermare e riflettere su cosa cambiare. Spesso è proprio l'atteggiamento del terapeuta a dover cambiare. Per uscire dall'*impasse* occorre fare un "salto logico", come riporta Bateson (1984), con un esempio di cosa questo significhi. In uno spettacolo di addestramento di delfini, gli animali venivano premiati solo se eseguivano dei movimenti nuovi, ma non se li ripetevano negli spettacoli successivi. I delfini (come i terapeuti) si trovavano in una situazione difficile: tutto quello che andava bene in uno spettacolo non andava bene in quello dopo. Un giorno un delfino entrò nella vasca eseguendo nuovi movimenti, mai osservati prima. Quel delfino aveva compiuto un salto di livello logico, cioè era passato da un apprendimento semplice del tipo "se fai x ottieni y", all'apprendimento di un contesto in cui, per ottenere y, x deve essere ogni volta diverso.

L'abbraccio terapeutico

Giulia andrà a Milano per le vacanze di Natale, quando me lo racconta è un fiume in piena di emozioni: non vede l'ora di rivedere Mona; contemporaneamente si sente delusa dal padre che non le scrive mai un messaggio per sapere come sta o per sapere come va a scuola. Le sedute che precedono il viaggio le dedichiamo alle aspettative di G. focalizzandoci sulle emozioni belle che vivrà con Mona. Rivedo G. dopo le vacanze e noto che la balbuzie è diminuita e anche i tic nervosi. Le chiedo come sia andato il soggiorno a Milano, mi dice che è andato bene, ha trascorso la maggior parte del tempo con la sorella ed ha rivisto alcuni suoi amici. Come è andata con papà? Il suo volto diventa triste, abbassa la testa e gli occhi diventano lucidi; “ho deciso di non andare più a Milano”, mi stranisco per la sua risposta secca e decisa. Chiedo il motivo, le sue lacrime scendono sul viso velocemente “non lo voglio più vedere” e inizia a raccontare: ultimo giorno a casa del padre, erano tutti a tavola il padre le dice “io vorrei capire perché balbetti, non si capisce niente quando parli!”, la compagna del padre “non sei nata così, tu non sei balbuziente!” il padre continua “lo capisci che sembri una scema quando parli così?” Dopo il racconto inizia a piangere singhiozzando, il mio cuore e il mio stomaco si sono chiusi come in un pugno. In quel momento ho sentito tutta la sua sofferenza (e la mia), mi sono alzata e sono andata ad abbracciarla. Un abbraccio lunghissimo... lei ha pianto, io ho pianto. In quel momento il tempo si è fermato, in quella stanza i nostri corpi parlavano più di tutte le parole che ci siamo dette. Un momento pieno di emozioni, riescivo a sen-

tire il suo respiro ansimante, il suo singhiozzare che è divenuto il mio. Ci siamo collegate nel profondo, ho sentito nel mio corpo le sue emozioni e le mie erano nel suo. Mi vengono in mente le parole di Gallesse (et al., 2006): <<la sua emozione è ricostruita, esperita e perciò compresa direttamente attraverso una simulazione incarnata che produce uno stato corporeo condiviso dall'osservatore>>; si tratta di quel fenomeno che Rizzolatti chiama “risonanza visceromotoria” (2006).

Quel momento l'ho definito “**abbraccio terapeutico**”, da quel momento il nostro percorso ha preso una direzione diversa, più autentica, aperta, libera, sincera.

Il dolore silente, il corpo come espressione di dolore

Gli incontri successivi diventano più fluidi, G. riesce ad aprirsi più facilmente, a volte balbetta ma vedo nel suo volto che non c'è timore nel raccontarsi. Affrontiamo l'argomento “rapporto con il padre”, mi racconta un episodio del 2017 (lei ha 9 anni): si trova a casa del padre a cena, sono tutti seduti al tavolo. Giulia dice al padre che vorrebbe fare equitazione, il padre le risponde “visto il tuo peso potresti sfondare la schiena!” lei non risponde e continua a mangiare con la testa abbassata, le altre rimangono sedute e in silenzio. Questo è l'episodio in cui si è sentita umiliata, delusa e arrabbiata. Il suo dolore è rimasto in silenzio, ed qui che G. alza il suo muro metaforico in relazione al padre. Ha vissuto altri episodi simili, la sua reazione è sempre il silenzio, ma internamente urla. Mi chiedo come ha fatto a tenere un dolore così grande dentro? Come è riuscita a sopravvivere ad una tale delusione? Non ha

mai risposto al padre, non ha mai risposto a queste provocazioni. Non ha mai litigato con nessuno “per paura di fare del male”.

Il corpo per Giulia diventa veicolo di sfogo, non verso gli altri ma verso se stessa. Mi racconta episodi di bullismo subiti a scuola sempre per il suo sovrappeso, per tanto tempo ha tenuto tutto dentro, la madre l'ha scoperto dopo anni. Le chiedo qual è la sua reazione di fronte a gli attacchi, mi dice “ascolto, chiudo tutto e ingoio”, anche in questo caso il suo corpo è la metafora del suo malessere, un corpo martoriato, che ingoia “tutto”, graffiato, tagliato, sofferente! Chiudiamo i nostri incontri con un “abbraccio terapeutico”, ogni volta con un significato simbolico differente: “ci sono”, “senso la tua sofferenza”, “ti accolgo”; questi abbracci sono fatti di corpo e lacrime, semipre. So come si sente Giulia, so cosa vuol dire soffrire ed “ingoiare”. E forse è proprio questa mia condizione di conoscere “quella sofferenza” che mi aiuta a sintonizzarmi con la sua, è proprio la sofferenza condivisa che mi fa stare lì in quella stanza con il dolore di Giulia che è anche il mio.

La relazione terapeutica di Virginia Satir

Quando penso all'abbraccio, allo STARE in terapia mi viene in mente il lavoro di Virginia Satir, lei creava un'atmosfera unica nei suoi gruppi di formazione. Parlava della persona davanti a sé come essere unico, parlava dell'essenza della persona. Il lavoro della Satir ha sempre posto in rilievo le interazioni di “sé, altro e contesto”. Nei suoi primi lavori incoraggiava gli individui “a diventare più interamente umani”, con l'idea che l'autostima avrebbe favorito la comunicazione

congruente in un contesto sistemico. La Satir osservava e seguiva le sfumature impercettibili del corpo dando attenzione e voce a eventi somatici come espressioni facciali, contratture, posture in quanto una maggiore consapevolezza delle sensazioni fisiche ed emotive aiuta ad identificare percezioni, aspettative e desideri del sé. Virginia guidava l'incontro terapeutico seguendo le parole espresse, quelle non dette e le reazioni interne. In particolare, riusciva a incontrare i bambini a livello profondo attraverso il contatto fisico e visivo utilizzando se stessa come strumento terapeutico primario (Satir, 1987).

Per la Satir la “stima di sé” è il nucleo fondamentale dello sviluppo dell'individuo, l'autostima è interconnessa al sistema familiare e alle sue regole, che possono essere rigide o generare confusione e che non permettono conferme, riconoscimenti e individuazione dei singoli membri, entrando in contrasto con i bisogni personali di crescita dell'individuo. Le regole per la Satir non sono solo regole fatte di ruoli e compiti familiari, sono soprattutto regole “emozionali”, spesso non dette, che generano inibizioni, divieti che producono sofferenza (Omris, 2003), esse si formano nell'arco della vita nelle relazioni familiari. Ed è ciò che riscontro in Giulia, la sua “autostima emotiva” ha dei vuoti enormi, fatta di non detti e di non espressione delle emozioni. Lei “ingoiava” i suoi stati emotivi, che esplodono durante le crisi o i tagli sul proprio corpo. Per Virginia Satir la ricostruzione della storia familiare su tre generazioni è essenziale per comprendere l'origine della sofferenza, afferma <<I cervelli pensano e le volontà capiscono, ma le persone sentono dolore nei loro sistemi emotivi>>. La storia di

Giulia su tre generazioni ci parla di sofferenza, sia nella famiglia del padre che in quella della madre. La “depressione” in entrambe le famiglie ha consolidato stati emotivi che hanno influenzato i rispettivi figli e ancora Giulia. Gli individui si inseriscono nella scena familiare con la loro soggettività fatta di emozioni, sentimenti, pensieri e dolore, che li caratterizzano come persone (Onnis, 2003, in *I pionieri della terapia familiare*).

L'empatia del terapeuta

La relazione terapeutica per la Satir nasce dal contatto empatico con le persone. Per una buona relazione terapeutica le competenze tecniche non bastano, non possono sostituire l'importanza della partecipazione emotiva che crea sintonia tra terapeuta e paziente. La Satir riteneva che la sofferenza psichica nascesse da una bassa autostima influenzata dal contesto, sapeva sostenere e gratificare le persone per la loro unicità; valorizzava le differenze che spesso erano le cause dell'emarginazione familiare; quindi, le vedeva non come un limite ma come “un tesoro di inestimabile valore” (Onnis, 2003). Credo che attraverso l'abbraccio con Giulia sia accaduto proprio questo, che nel mio piccolo sia riuscita a valorizzare la sua unicità, sia riuscita a SENTIRE la sua sofferenza, e che lei abbia SENTITO la mia presenza. Molte esperienze cliniche, nei vari settori della psicoterapia, indicano che le qualità della relazione terapeutica non consistono solo nell'uso corretto delle tecniche, ma in quel “qualcosa in più” come dice Stern (1998, 2004) che scaturisce dal contatto emotivo tra terapeuta e paziente, ciò che chiamiamo empatia. Ma quali sono i mecca-

nismi neurofisiologici che si attivano? Anche per questo aspetto i neuroni-specchio hanno un ruolo essenziale. Gallese (2005b, 2006) parla di “simulazione incarnata”, un processo in cui il terapeuta non solo si immedesima nei sentimenti dell'altro, ma li prova direttamente nel proprio corpo. Questo meccanismo è alla base dell'empatia ma anche dell'intersoggettività, che durante la psicoterapia crea le condizioni per cui la mente di ognuno “si sente sentita dalla mente dell'altro” (Siegel, 2001).

Il processo terapeutico, uno spazio per Giulia

Nei mesi successivi G. sembra star meglio. Continuiamo ad affrontare “argomento papà”, con episodi accaduti anni prima, in cui si è sentita maltrattata, denigrata e mai difesa. Nel frattempo, la madre mi fa sapere, tramite colloqui individuali, che il padre nei messaggi le scrive “se G. è in questo stato è colpa tua, qui a Milano stava bene e quando viene a trovarmi sta bene, il problema è il trasferimento in Sicilia”. Lo avvisa dei tagli, che il malessere di G. non è solo il trasferimento e che ci vorrebbe un aiuto anche da parte di un neuropsichiatra, ma lui rifiuta. Anche il rapporto con Mona non è quello di prima, è quasi sempre Giulia a cercarla, ha gli occhi delusi ma al momento le va bene così. Arriviamo in estate, sa già che dovrà partire con il padre in vacanza ma non sa quando e dove andranno. Con Giulia parliamo dei tagli, è un argomento poco affrontato, mi dice che non riesce a smettere, che le danno sollievo, quando si taglia sta bene così le viene voglia di farli di nuovo. Ha il viso sempre triste. Le faccio notare che in vacanza sarà con il padre che sicuramente vedrà i tagli che finora

non ha notato (o non ha voluto vedere) e che magari le chiederà delle spiegazioni; inizia a piangere e l'abbraccio. Non riesce a spiegarmi a parole la sua sofferenza, ma la sento attraverso l'abbraccio, il suo corpo urla ciò che non riesce a dire a parole.

Dopo qualche giorno dal nostro incontro la mamma mi scrive che sono in ospedale perché G. ha tentato il suicidio. Sono immensamente dispiaciuta per l'episodio, anche se sentivo che prima o poi Giulia sarebbe scoppiata, che avrebbe “urlato” il suo dolore attraverso il corpo, credo sia stato un gesto legato all'indifferenza del padre che adesso è obbligato a “vedere” i tagli e la sua sofferenza. Scrivo a G. un messaggio per sapere come sta, lei mi chiede scusa, tante volte; io le dico che ci rivedremo presto. Dopo l'uscita dall'ospedale ci rivediamo a studio, chiudo la porta e ci abbracciamo... “sono ancora qui!”, lei inizia a piangere, anche io mi emoziono, mi chiede scusa, io faccio sentire la mia presenza, il mio ESSERCI. Seguono altri incontri, mi fa un regalo: una scatola con dentro bracciali e anelli creati da lei, c'è anche una lettera. Sono estremamente emozionata dalla lettera e dai regali, l'abbraccio per ringraziarla, è una lettera molto bella e commovente. Quel luogo diventa un momento di riflessione, uno spazio dove c'è posto per le emozioni, uno spazio di contenimento.

L'uso del sé in terapia

Che tipo di terapeuta sono? Penso spesso al mio modo di STARE in terapia, quanto le mie idee, i miei pregiudizi, la mia storia personale influenzano il paziente. Riprendendo le parole di Cecchin in “Verità e pregiudizi” (1997) sento a volte di essere il “terapeuta

missionario”, cioè quel tipo di terapeuta che sente di esser stato fortunato, che non ha sofferto e che quindi sa cosa sia normale e cosa no. Come se fossi debitore con gli altri per la fortuna che ho avuto e devo restituire qualcosa ad altri meno fortunati. A volte, con altri pazienti, il mio essere terapeuta è di tipo “ferito”, cioè colui che ha conosciuto la sofferenza, ed è poi guarito e sa cosa sia necessario per il paziente. Sia i pregiudizi del “missionario” sia quelli del “ferito” provocano analoghe conseguenze: il paziente può diventare dipendente dal terapeuta, uno diventa dipendente “dall'autorità” e l'altro “dall'amore”. Penso che trovarsi nelle due condizioni di “terapeuta” sia necessaria per avere una cornice su cui lavorare, questa capacità va a migliorare con l'esperienza, rendendosi conto che alcuni pregiudizi e alcuni modelli sono utili in certe situazioni e non in altre (Cecchin, Lane, Ray, 1992). I terapeuti sistemici devono dubitare delle proprie idee, nella teoria e nella pratica, e di imparare a convivere con esse. Il terapeuta ha uno strumento indispensabile che è “se stesso”, è importante che il terapeuta faccia ipotesi e che conosca i propri pregiudizi, così come deve poi lasciarli andare e creare delle nuove ipotesi, giocando con il paziente e incuriosendosi della storia che narra.

Conclusioni

Perché “l'abbraccio terapeutico”? L'abbraccio è un modo di stare in terapia, di ascoltare, far sentire la nostra presenza, toccare il dolore, sentire nel proprio corpo la sofferenza del paziente. Ed è ciò che è accaduto con Giulia. La visione integrata guarda gli aspetti psicologici e quelli somatici come parti di

una espressione indivisibile del sé. L'unione tra mente e corpo evidenzia un'altra connessione: quella tra psicologia-psicoterapia e neuroscienze. Un'importante scoperta agli inizi degli anni '90 fu quella dei "neuroni specchio" (*mirror neurons*), dalle ricerche di Rizzolatti e Gallese, i quali si attivano sia quando si eseguono azioni finalizzate ad uno scopo, sia quando si osservano le stesse azioni eseguite da altri. Questi processi cognitivi possono comprendere le intenzioni dell'altro, imitando e riproducendo nel mio corpo la tua azione. Gallese chiama questo processo "simulazione incarnata". Quando penso all'abbraccio, allo STARE in terapia mi viene in mente il lavoro della Satir, lei che entrava in contatto con l'altro con tutta se stessa, prendendo per mano l'altro e accompagnandolo simbolicamente verso l'autostima e la consapevolezza di sé. Ancora rifletto sul mio operato: che tipo di terapeuta sono? Rifacendomi a Cecchin, credo di essere a volte "terapeuta missionario" a volte "terapeuta ferito"; cerco di creare ipotesi e di utilizzare tecniche della letteratura sistemica, cerco di non seguire alla lettera e in modo rigido la teoria, cerco ancora di incuriosirmi, di ascoltare in modo autentico la storia che viene narrata dai vari pazienti, cerco sempre di essere io uno strumento della terapia.

Bibliografia

- Andolfi M., Caneyaro, Genijovich, Haber, Lorieo, Minuchin, Onnis, Selvini, Telfener, Todini 2003, *I pionieri della terapia familiare*, Franco Angeli, Milano.
- Andolfi 2003, *Manuale di psicologia relazionale*, Collana di psicologia relazionale, Roma.

- Bateson 1976, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bateson 1984, *Mente e natura: una unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- Cecchin G, Lane G., Ray W.A. 1997, *Verità e Pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Damasio 1995, *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano.
- Damasio 2000, *Emozioni e coscienza*, Adelphi, Milano.
- Gallese, Rizzolatti et al. 1996, *Action recognition premotor cortex*, Brian, 119.
- Gallese 2005a, "Being like me", *Self other identity, mirror neurons and empathy*, in Haley S., Charter N. (eds.) *Perspectives on imitation: from cognitive neuroscience to social science*, MIT Press, Cambridge, MA.
- Gallese V., Lakoff G. 2005, "The brain's concept: the role of the sensory-motor system in reason and language", *Cognitive Neuropsychology*, 22.
- Gallese V., Migone P., Eagle M. 2006, "La simulazione incarnata: i neuroni specchio. Le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi", *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol. 40, 3.
- E. R. Kandel, *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*. American Journal of Psychiatry, 1999 Apr.
- Kepner 1993, *Il lavoro con il corpo in psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- Lotman 1980, *Rhetorica*, Enciclopedia Einaudi, Torino.
- Onnis L. 1985, *Corpo e contesto*, NIS, Roma.

- Onnis L. 1994, *La psicoterapia sistemica e i suoi attuali sviluppi nella teoria e nella pratica*, in Onnis L., Galluzzo W. (a cura di) *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma.
- Onnis L. 1996b, "La narrazione analogica: l'uso del linguaggio metaforico nella psicoterapia sistemica", *Psicobiettivo*, vol. 16, 3.
- Satir 1964, *Conjoint Family Therapy: a guide to theory and technique*, Science and Behaviour Books, Palo Alto, California.
- Satir 1972, *People-making*, Science and Behaviour Books, Palo Alto, California.
- Satir 1992, *Reaching out to life. Interview with R. Simon*, in Simon R. (ed), *One on one*, Guilford Press, New York-London.
- Siegel D. J. 2001, *La mente relazionale*, Cortina, Milano.
- Stern 1987, *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino.
- Stern 2006 a, *Il momento presente*, Cortina, Milano.

Il Sé ferito. Integrare nuove possibilità in terapia.

Cantarelli Giulia⁶

Sommario

Il presente contributo approfondisce il tema della costruzione dell'immagine di sé stessi. In particolare, l'autrice affronta un caso clinico che esemplifica una condizione di cristallizzazione del proprio sé. Fattori individuali, familiari e terapeutici possono contribuire alla conservazione di identità rigide che non consentono ai sistemi di vedere alternative possibili oltre quelle già presenti. Nello specifico, il costrutto del Sé ferito, viene approfondito, in quanto le sue implicazioni terapeutiche invitano il soggetto a ripensare se stesso, integrando le parti di sé più sofferenti e indesiderate con altre, che ne arricchiscono la complessità. Un processo di integrazione di questo tipo consente di non allontanare le parti fragili e di valorizzarle, aumentando le possibilità dell'essere. Tale approccio può risultare utile in terapia, soprattutto per comprendere e superare i momenti di impasse dove il sistema sembra resistere al cambiamento.

Parole chiave:

Tempo terapeutico, Ansia, Omeostasi, Narrazione, Sé ferito, Dicotomia

Abstract

This contribution explores the theme of building the image of themselves. In particular, the author deals with a clinical case that exemplifies a condition of crystallization of one's self. Individual, family and therapeutic factors can contribute to the maintenance of rigid identities, that do not allow system to see possible alternatives beyond those already present. Specifically, the construct of Injured self is deepened because its therapeutic implications invite the subject to rethink himself, integrating the most suffering and unwanted parts on oneself with others that enrich its complexity. An integration process of this type allows not to remove the fragile parts and to enhance, increasing the possibilities of being. This approach can be useful in therapy, especially for understanding and overcome the moments of impasse where the system seems to resist change.

Key Words:

Therapeutic timing, Anxiety, Homeostasis, Storytelling, Injured self, Dichotomy

Storia di un sé ferito

L'incontro terapeutico tra sé differenti genera aspetti inediti, che spesso sfuggono alla comprensione razionale di ciò che accade. L'incontro che nello specifico ha stimolato le presenti riflessioni è stato con un sé talmente ferito da definirsi "malato". Una tale auto-descrizione incide fortemente sul percorso terapeutico, paralizzando qualsiasi tentativo di scalfire questa etichetta, appresa e fatta propria dalla persona. Ci si potrebbe interrogare su cosa significhi per il soggetto accogliere la dicotomia sano-malato e farla propria come lente di lettura della sua vita.

Quanta sofferenza vive colui che si colloca nella seconda sfera? E quanto le sue relazioni (compresa quella terapeutica) rischiano di esserne condizionate?

La storia che ha stimolato queste riflessioni è quella di Anna.

Anna è una giovane donna, laureata e professionalmente impegnata.

Decide di rivolgersi ad un psicologo perché si fa un auto-diagnosi di attacchi di panico. Nello specifico teme di stare male e di non ricevere aiuto quando si presentano i sintomi psicofisici.

Approfondendo le dinamiche che caratterizzano questi episodi, emerge come quasi quotidianamente siano i pensieri anticipatori sulla possibilità di stare male ad attivare aspetti d'ansia che la portano a soffrire e ad evitare, conseguentemente, determinate situazioni.

L'evitamento messo in atto è tale che Anna non fa quasi più uscite extra-lavorative.

Vive con i genitori, ma i rapporti familiari sono poco coltivati, a tratti inesistenti ed

Anna percepisce scarsa comprensione da parte di entrambi relativamente al suo stare male.

Il bisogno dei familiari le provoca vissuti di frustrazione dovuti al non essere capita e al non ricevere il supporto che si aspetterebbe. La situazione l'ha resa fortemente dipendente da entrambi e questo la fa sentire come un peso, aspetto che anche il contesto le rimanda.

L'attuale condizione di necessità contrasta, d'altra parte, con la spinta all'autonomia che Anna desidera. Si percepisce come estremamente bisognosa d'aiuto e incapace di ottenere indipendenza dal sistema familiare. Nel corso dei colloqui emerge come la frattura tra l'immagine ideale e quella reale di sé le crei disagio e sofferenza.

Nonostante ciò, gli eventi connessi allo stare male l'hanno avvicinata ai genitori e la giovane ne riconosce i vantaggi secondari associati: sente che i familiari si attivano di fronte alle sue crisi, cercando di sostenerla e consolarla. Ciò le fa percepire meno la distanza emotiva ed affettiva che sa esserci tra loro.

Progressivamente le dinamiche riportate mi portano a riflettere su domande come: chi aiuta chi? Chi salva chi all'interno del suo sistema familiare? Anche i genitori, in effetti, sembrano richiedere la presenza di Anna e osteggiano in più occasioni i suoi tentativi di svincolo.

Nel corso dei colloqui la giovane prende coscienza della preoccupazione connessa agli inevitabili cambiamenti che la vita le impone, alla quale risponde cercando di esercitare un controllo sui contesti e le relazioni. Il tema del controllo risulta strettamente connesso alle reazioni ansio-gene e più lei cerca di con-

⁶ Giulia Cantarelli, allieva III anno Scuola Psicoterapia Sistemica Integrata (D/PSI, g.cantarelli9101a@ordipsicologier.it

tenerle, più esse si mostrano con la loro po-
tenza devastante.

Col passare dei mesi Anna riprende ad usci-
re e a fare attività; tuttavia, la sua vita le sem-
bra sempre uguale e non fa propri i successi
che raggiunge, come se non ci fossero o
non fossero a lei attribuibili. Il tempo, per lei,
sembra essersi fermato.

Progressivamente inizia a verbalizzare l'idea
di essere malata e richiede e ottiene dal me-
dico di riferimento l'integrazione di un inter-
vento farmacologico.

Nei nostri incontri rilevo la medesima richie-
sta che sento esserci a casa, ovvero di es-
sere aiutata e curata. Una dinamica di tipo
transferale (Bateson, 1976) la porta ad atten-
dersi di ritrovare, nella relazione terapeutica,
gli stessi tipi di contesti di apprendimento
che ha incontrato in precedenza nel rappor-
to con i genitori.

Durante i nostri colloqui un'attenzione parti-
colare è stata riservata all'accoglimento, non
accudimento, del sé ferito di Anna, caratte-
rizzato da immagini altamente svileni della
sua persona.

Accudirla, con un approccio simile al padre
e alla madre, rischiava di soffocare il suo
ruolo attivo nel percorso che si stava facen-
do, deresponsabilizzandola dai risultati che
raggiungeva. D'altra parte, accogliere le sue
fragilità significava, dal mio punto di vista,
fornirle un contenitore terapeutico che la fa-
cesse sentire pensata e capita e che le per-
mettesse di vedersi attraverso lenti differenti
da quelle che già conosceva.
Insieme abbiamo iniziato a pensare a sche-
mi più positivi da integrare ai suoi rigidamen-
te strutturati. Procedere in questo modo ha
significato scontrarsi con il suo tempo bloc-

cato, che non permetteva di immaginare
passati, presenti o futuri alternativi.

Domande ipotetiche e circolari (Boscolo e
Bertrando, 1993) hanno messo in discus-
sione le premesse di ineluttabilità e atem-
poralità delle sue etichette, favorendo nuovi
orientamenti e organizzazioni. Così, hanno
iniziato anche ad emergere le emozioni che
l'ansia nascondeva ed è stato possibile im-
maginare differenti significati per ciò che
stava vivendo.

I tempi che abitano la terapia

La terapia con Anna è stata caratterizzata da
innumerevoli dubbi da parte mia. La sua fra-
gilità e la difficoltà nell'individuarsi mi hanno
spesso portata a chiedermi se stessi ope-
rando nel modo più utile per lei.

In più occasioni i miei interventi non hanno
condotto ai risultati che speravo e il perdu-
rare della sua sofferenza ha generato in me
frustrazione, forse anche sensi di colpa. No-
nostante questo, lei continuava a venire, non
saltando mai un incontro.

Finalmente un giorno mi sono resa conto che
probabilmente i tempi che stavamo vivendo
erano differenti: le mie e le sue aspettative
rispetto ai possibili cambiamenti, se così li
vogliamo definire, erano diverse.

Io probabilmente mi aspettavo una svolta
prima, mentre il suo tempo sembrava esser-
si fermato.

Progressivamente ho iniziato ad essere più
clemente verso i miei interventi, cercando
di pensare che forse un giorno ci saremmo
incontrate in un *tempo consensuale* (Bosco-
lo e Bertrando, 1993), che avrebbe tenuto in
considerazione i tempi di entrambe.
Ad oggi posso ipotizzare che la fretta, la fame

di risultati e la frustrazione che esperivo fos-
sero in parte connesse al recente inizio della
mia attività come psicologa. Scontrarmi con
la tangibilità dei colloqui mi ha aiutata a revi-
sionare le mie idee perfette sulla professione,
rendendole meno ideali e più reali, nella bel-
lezza e nella difficoltà che ciò implica.

Un elemento che sentivo di non voler ripro-
porre nei colloqui con Anna era la sua perce-
zione di essere fondamentalmente sbagliata.
Il confronto con gli altri la faceva sentire
disallineata perché le loro esperienze di vita
le apparivano molto lontane dalle sue. Si
sentiva diversa e definiva i coetanei normali,
pensando di sé di non esserlo.

Ci siamo più volte soffermate sul concetto
di normalità, cosa significava per lei essere
normale?

Nuovamente, la riflessione sul tempo è ar-
rivata in mio soccorso: più che di diverse
normalità forse si poteva pensare a innume-
revoli tempi di vita, dove il suo aveva uguale
valore rispetto a quello altrui.

Similmente, anche il confronto con i genitori
le rinvitava la medesima sensazione di ina-
deguatezza, perché essi esigevano da lei
delle risposte che erano molto distanti dal
momento che stava vivendo.

Come evidenziano Boscolo e Bertrando
(1993), il soggetto all'interno del proprio
contesto sociale e culturale deve continua-
mente coordinare il proprio tempo interno
non solo con quello degli altri ma anche con
i differenti tempi istituzionali. Il fatto di non
riscrivere determina problemi personali e re-
lazionali.

Questo era quello che succedeva ad Anna,
che, presa dal tentativo costante e irraggiun-
gibile di uniformarsi, soffriva moltissimo.

Nei nostri incontri ho cercato di tutelare quel
tempo sospeso che creava frustrazione ad
entrambe e che meritava di essere trattato
dignitosamente.

D'altra parte, il suo tempo non solo era bloc-
cato, ma sembrava anche già scritto.

Riferendoci agli anni passati, il accumuna-
va tutti al fatto di essere stata male, senza
riuscire a rilevare differenze specifiche nei
diversi periodi. Allo stesso modo, anche il
futuro le sembrava inevitabilmente delineato
dalla medesima sofferenza. La sua visione
lineare-causale le imponeva dei vincoli de-
terministici fortissimi.

Da questo punto di vista è risultato funziona-
le lasciare spazio a passati, presenti e futuri
ipotetici, inizialmente difficilmente immagi-
nabili, ma importanti per far sì che le lancette
del suo orologio sperimentassero movimenti
differenti.

Tempo sospeso e resistenza al cambiamento

Ogni incontro durante una terapia andreb-
be inteso come un primo incontro perché lo
scorrere del tempo fa sì che ogni volta sia
inedita e che la persona stessa sia diversa
tra una seduta e l'altra (Bertrando, Bosco-
lo, 1993; Bion, 2013). Partendo da un tale
presupposto, può risultare complicato scon-
trarsi con una situazione, come quella di
Anna, che sembra resistere al cambiamento.
Nel nostro caso, i sintomi stessi che portava
probabilmente incidevano sullo scorrere del
suo tempo.

Sembra, infatti, che l'ansia sia alimentata
dalla capacità immaginativa e che questa
conduca il soggetto a delineare possibili
pericoli e a ricordare quelli già vissuti (Lo-

renzini, Ruggiero, Sassari, 2006). In questo modo la persona, spaventata dagli scenari evocati, si ferma nel tentativo di tutelarsi. Effettivamente, in Anna era palese la potenza che i pensieri anticipatori esercitavano sulla sua vita: bastavano questi per bloccare ogni spinta all'azione e per farle pensare di essere bisognosa del supporto altrui per affrontare la quotidianità.

Se da una parte il ciclo ansioso favorisce un blocco nell'azione, dall'altra l'ansia può essere vista anche come un segnale di cambiamento (Finazzi, 2019), che invita il sistema a modificarsi.

Nel nostro caso, il sintomo le stava comunicando che qualcosa doveva cambiare e così, paradossalmente, anch'esso esigeva che il tempo tornasse in movimento.

Nel corso degli incontri, l'ansia è stata una grande protagonista proprio in virtù del posto centrale che Anna le riservava: le conversazioni vertevano, soprattutto inizialmente, quasi esclusivamente sulla sua compagna di viaggio. Dall'altra parte, io avrei voluto darle meno spazio e vedere più intimamente la persona che avevo davanti. Fortunatamente, ho capito col tempo che l'ansia era il terzo elemento della terapia e che sedeva accanto a noi in una seduta immaginaria. Questo mi ha permesso di comprendere il reale potere che deteneva e mi ha aiutato ad accettarla come un'interlocutrice esigente che andava ascoltata.

Oltre ai sintomi che rischiano di fraporsi allo scorrere del tempo, la resistenza ai cambiamenti può essere interpretata anche in relazione a fattori familiari.

In effetti, a livello interpersonale, la natura interattiva dei disturbi fa sì che i cambiamenti

nel soggetto possano generare degli esiti anche sugli altri membri della famiglia (Beavin, Jackson, Watzlawick, 1971) e in alcune situazioni gli stessi parenti potrebbero non supportare l'apertura verso l'esterno e le richieste di aiuto (Bertrando, Boscolo, 1993). La storia di Anna mostra come il suo intero sistema familiare promuovesse l'omeostasi. Non era quindi solo lei a temere i cambiamenti, ma anche i genitori. Si erano forse tutti ormai abituati alla situazione che vivevano da anni? E ancora, era pensabile abbandonarla per andare verso un'imprevedibilità che rischiava di metterli ancora più in crisi?

In casi come quello di Anna, il rischio che il soggetto e il sistema intorno a lui non riescano a vagliare alternative pensabili e abbraccino così la visione di un solo mondo immaginabile, è reale. Quando ciò accade anche il terapeuta incontra delle difficoltà nella co-costruzione di una pluralità di possibilità, perché lo spazio terapeutico si vede bloccato nel contemplare opzioni diverse da quelle già delineate.

La resistenza al cambiamento è altamente invalidante per la terapia e il percorso con Anna lo ha dimostrato. In tal senso è risultato importante per me diventare consapevole, insieme alla mia interlocutrice, degli aspetti che impedivano il cambiamento. Tra questi, oltre quelli più individuali e familiari, rientravano certamente anche fattori terapeutici, legati in primis ai pregiudizi che portavo con me nella stanza.

Rendermi conto di ciò, mi ha permesso di vedere con più chiarezza le premesse che giudevano il mio agire e che incidevano, come quelle degli altri, sul sistema terapeutico.

Narrarsi in terapia

La narrazione di se stessi come individui malati è molto potente e rischia di non lasciare spazio a visioni alternative.

Nel caso di Anna, la narrazione intorno allo stare male, stava condizionando la sua intera esistenza e le *convinzioni limitanti* (Casula, 2004) che vi erano connesse, rischiavano di aumentare la probabilità che succedesse-ro eventi in linea con esse.

Nella sua storia i sintomi avevano occupato un ruolo preponderante per anni, tanto che lei faceva ad immaginarsi senza. Il tempo stesso era stato disciplinato dalla percezione della malattia e buona parte della sua attenzione e di quella dei familiari vi aveva ruotato intorno. Vivere senza i sintomi significava confrontarsi con nuovi spazi e tempi di vita, prima impensabili.

L'essere malata non era solo una caratteristica di Anna, ma delineava le sue relazioni e, tra queste, anche quella con me.

Ho percepito il suo tentativo di condividere nei colloqui questa sua caratterizzazione e mi è sembrato quasi ci fosse, da parte sua, il volermi convincere della diagnosi che si era fatta. Non allinearci a questa richiesta è stato complicato perché le visioni alternative che le proponevo non venivano accolte come possibili, nemmeno come immaginabili.

Gli aggettivi che identificano una persona (in questo caso "l'essere malata") normalmente descrivono caratteri individuali, tuttavia secondo Bateson (1976) è più opportuno intenderli come frutto di uno scambio tra il soggetto e l'ambiente che lo circonda. Nella situazione di Anna, la narrazione che si era strutturata era stata co-costruita e sostenuta da più mani e ciò la rendeva difficile da scalfire e ostacolava qualsiasi narrazione differente.

Corpi e sé feriti

Il modo in cui il soggetto sceglie di narrarsi si connette profondamente all'immagine che egli coltiva di se stesso.

In questa sede ci soffermiamo sul concetto di *Sé ferito (Injured self)* (Yer, Tversky, Zacks, 2001; Sebrì, Triberti, Praveettoni, 2020) inteso come una rappresentazione complessiva del sé influenzata dai vissuti dolorosi che il soggetto ha attraversato.

Nello specifico, la letteratura di riferimento sostiene che situazioni di vita in cui la persona affronta patologie organiche invalidanti (per esempio diagnosi oncologiche) possono influenzare la percezione di se stessi, dando vita a *schemi di sé come malato (illness self-schemas)* (Clemmey, Niccasio, 1997). Quando ciò accade le informazioni connesse alla patologia risultano maggiormente salienti ed accessibili. Un rischio che una tale ristrutturazione cognitiva può veicolare è che se l'individuo si identifica completamente con gli schemi negativi e non riesce ad integrare visioni altre, la sua esistenza diventa fortemente influenzata dalla percezione della propria fragilità e i suoi comportamenti possono risultare coerenti con essa.

Se ci si osserva solo attraverso le lenti negative della patologia, l'intera vita può essere penalizzata, soprattutto considerato il potere che la malattia detiene: è in grado di segnare l'esistenza delle persone intaccandone le relazioni, le priorità, il senso del tempo e i valori (Marzorati, Praveettoni, Riva, 2017). Addirittura, in alcune persone il sé e la malattia potrebbero essere talmente fusi da risultare due sistemi equiparabili (Leventhal, Nerenz, 1983).

Nel nostro caso, Anna definendosi malata,

accettava per se stessa un'etichetta rigida e stabile nel tempo, non riuscendo ad integrare visioni alternative o, meglio, integrative. Il fatto che Anna si considerasse come inevitabilmente compromessa contribuiva alla costruzione del suo *Sé ferito*, nonostante lei non avesse una patologia organica debilitante e invalidante.

È interessante come le caratteristiche del *Sé ferito* (Sabri, Triberti, Pravettoni, 2020) ben esemplificano ciò che ella viveva: percepirsi come disperati e manchevoli di una propria autonomia, ritenere di non avere speranze e di non possedere adeguate strategie di coping per affrontare le difficoltà, temere di non riuscire ad essere sempre autosufficienti, provare stati d'animo caratterizzati da ansia, depressione e distress, infine, esperire un *Sé frammentato*.

D'altra parte, lei rifiutava il fatto di stare male e i suoi vissuti dolorosi venivano attaccati in quanto fonte di paura e pericolo. Una tale percezione non la aiutava a dare valore alle situazioni difficili che aveva affrontato e a farle proprie come esperienze significative di vita.

Così facendo, Anna stava abbracciando inconsapevolmente una concezione che possiamo definire dicotomica, nel senso che il pensiero sottostante era "o sono sana o sono malata". Il suo sé, in questo modo, rischiava di essere frammentato perché la parte ferita non poteva integrarsi con le altre che la abitavano.

All'interno dei nostri incontri è così iniziato un percorso di deframmentazione, ma solo nel momento in cui Anna è riuscita a svincolarsi dalle immagini statiche che accettava come rappresentative di se stessa, hanno

iniziato ad emergere nuove rappresentazioni più dinamiche.

Riflettere sugli innumerevoli sé che abitavano la terapia, mi ha aiutata a pensare a quanto ciò valesse anche per me. Quali parti stavo scegliendo di mettere in campo e a quali impedivo l'accesso? Forse quelle che ritenevo professionalmente più adatte erano poi quelle che lasciavo condurre? E cosa farmene di quelle più indisciplinate e meno moralmente corrette? Come accantonare quest'ultime senza perderne l'irriverente creatività?

Tutte queste domande mi hanno portato ad interrogarmi più intimamente sui panni da far indossare alla terapeuta che sarei voluta diventare.

Essere e non essere

Durante i colloqui è emersa sempre più consapevolmente in Anna la paura di essere sola, in particolare di esserlo nell'affrontare le sfide quotidiane.

Bion (2013) fornisce una lettura possibile per i vissuti di questo tipo. Secondo l'autore l'essere insieme ad altre persone non tutela dalla percezione di essere soli e ciò si estende sia ai contesti sociali allargati, come quando si è tra una folla di gente, sia a quelli individuali, come la relazione terapeutica. Da qui l'ambivalenza che vive l'individuo, da una parte inteso come animale sociale che dipende dagli altri e, al contempo, solo nell'affrontare la quotidianità. Scontrandosi con tale profonda solitudine, il soggetto si trova a prendere consapevolezza del proprio sé interiore. Tuttavia, in alcuni casi, questa sua essenza non corrisponde ai criteri di desiderabilità che egli immagina, in quanto debole e impotente rispetto alle spinte dell'esistenza stessa.

Forse anche Anna, nella solitudine, si era trovata ad incontrare il suo *Sé ferito*, che però non riconosceva e non accettava come parte della sua complessità.

Prendendo a prestito il concetto di *persona* di Koch (2009), ovvero quel sistema mobile di parti in interazione tra loro che l'individuo sceglie di attivare a seconda dell'occasione in cui si trova, quali persone Anna metteva in campo, con le conseguenti prospettive e risorse connesse?

Anna come *persona malata* era la parte, che quando presente, prendeva il sopravvento sulle altre e lei stessa ne era consapevole, per questo la temeva e cercava di cancellarla. Era un sé deficitario dal suo punto di vista, che non lasciava spazio ad alternative. Questa situazione, frutto della sua visione dicotomica sano-malato, in un qualche modo si allineava al famoso dilemma shakespeariano *Essere o non essere*, più precisamente un'identità escludeva le altre e ciò impediva l'integrazione in un insieme di identità multiple.

Apparentemente banale, cambiare la frase in *Essere e non essere*, può risultare assai più liberatorio. In particolare, Anna poteva essere malata e, nello stesso tempo, non esserlo o meglio essere anche altro. Questo pensiero ha guidato il mio agire terapeutico, ma Anna, legata ad una vincolante rigidità cognitiva, ha faticato a farlo proprio, restando a lungo incastrata nelle etichette che conosceva.

Solo col tempo siamo arrivate ad una fase in cui la sua parte sofferente, pur incutendo ancora molta paura, ha iniziato ad essere percepita come una delle diverse persone che la abitano. Il tempo ci dirà se un giorno potrà accettarla

e ad integrarla con le altre, dando a tutte un eguale valore.

Bibliografia

- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Beavin, J.H., Jackson, D.D., Watzlawick, P. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore.
- Bertrando, P., Boscolo, L. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri editore.
- Bion, W.R. (2013). *Seminari clinici: Brasilia e San Paolo*. In: Bion, F., a cura di. Milano: Raffaello Cortina.
- Casula, C.G. (2004). *Giardinieri, principesse, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Clemmey, P.A., Niccasso, P.M. (1997). *Illness self-schemas in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients*. Journal of Behavioral Medicine, 20 (3), 273-290.
- Finazzi, M. (2019). *Dell'ansia, di angosce e di altre paure. Esperienze a confronto in terapia sistemica integrata*. Cambiamenti, 1, 43-54.
- Iyer, G., Tversky, B., Zacks, J. M. (2001). *Perceiving, remembering, and communicating structure in events*. 2022. J. Exp. Psychol, 29 (130), 10.1037/0096-3445.130.29.
- Koch, M.C. (2009). *Dopo tanti modelli terapeutici. Curare la vita con la vita*. Milano: Self-Publishing.

- Leventhal, H., Nerenz, D.R. (1983). *Self-regulation theory in chronic illness*. In Burish, T. G., and Bradley, L. A. (eds). *Coping with chronic disease: research and applications*, 13-37, New York: Academic Press.
- Lorenzini, R., Ruggiero, G.M., Sassaroli, S. (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rinnuginio, controllo, evitamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Marzorati, G., Pravettoni, G., Riva, S. (2017). *Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions*. 2022. J. Cancer Educ, 32, 228-237, 10.1007/s13187-016-0997-2-.
- Sebri, V., Triberti, S., Pravettoni, G. (2020). *Injured self: autobiographical memory, self-concept, and mental health risk in breast cancer survivors*. 2022. *Frontiers in Psychology*, 11, 607514.

La volpe e l'uva: storia di una relazione d'azzardo

Rossella Cocchi⁷

Sommario

Qual è la prima consapevolezza dell'uomo su sé stesso e sul suo mondo?

Quanto il gènos insiste sulle nostre vite? Che relazione c'è tra le storie personali dell'infanzia e la psicopatologia? Come le primissime relazioni partecipano all'ingenerarsi di un determinato stile di conoscenza, e come questo va ad impattare sull'organizzazione della personalità? Cos'è la sofferenza psichica? Come i servizi la vedono? Come l'autrice la vede? Che strumenti ha il terapeuta sistemico integrato per "stare con" l'altro e con la sua sofferenza? Quali sono le sue sfide? Quali sono i suoi orridi e che uso ne fa? Come finisce il percorso terapeutico?

Tali interrogativi hanno sia orientato ed ispirato l'autrice nel suo ultimo anno di navigazione dentro l'DIPSI, che punteggiato il suo incontro con Ivan. Nella loro relazione, d'azzardo per entrambe, affrontano insieme una grande sfida: attraverso la relazione terapeutica costruire la possibilità di sperimentare un nuovo stile di conoscenza che potrebbe storicizzare e diventare così nuovo riferimento.

Parole chiave

Attaccamento, conoscenza, disturbi di personalità, azzardo, relazione terapeutica, strumenti del terapeuta sistemico relazionale integrato.

Abstract

What is man's first awareness of himself and his world?

How much does gènos insist on our lives? What is the relationship between personal childhood stories and psychopathology? How do the very first relationships participate in the generation of a certain style of knowledge, and how does this impact on the organization of the personality? What is psychic suffering? How do the services see it? How does the author see it? What tools does the integrated systemic therapist have to "be with" the other and with his suffering? What are his challenges? What are its horrors and

⁷ Rossella Cocchi, allieva IV anno l'DIPSI, Rossella.cocchi@ibaero.it

what use does it make of them? How does the therapeutic process end? These questions both oriented and inspired the author in her last year of navigation within IDPSI, and punctuated her meeting with Ivan. In their relationship, both of which are gambling, they face a great challenge together: through the therapeutic relationship, build the possibility of experimenting with a new style of knowledge that could historicize and then become a new reference.

Keywords

Attachment, knowledge, personality disorders, gambling, therapeutic relationship, tools of the integrated systemic relational therapist.

La relazione terapeutica

Qual è la prima consapevolezza dell'uomo su se stesso e sul suo mondo?

Quanto il *ghénos* insiste sulle nostre vite?

Che relazione c'è tra le storie personali dell'infanzia e la psicopatologia? Come le primissime relazioni partecipano all'ingenerarsi di un determinato stile di conoscenza e come questo va ad impattare sull'organizzazione della personalità? Cos'è la sofferenza psichica? Come i servizi la vedono? Che strumenti ha il terapeuta sistemico integrato per "stare con" l'altro e con la sua sofferenza? Quali sono le sue sfide? Quali sono i suoi orridi e che uso ne fa? Come finisce il percorso terapeutico?

La teoria dell'attaccamento ha cercato per lungo tempo, senza riuscirci, di trovare correlazioni univoche tra stili di attaccamento e psicopatologia. Tali correlazioni, secondo il punto di vista di Lorenzini e Sassaroli (1995), sembrano impensabili senza il fondamentale passaggio attraverso la costruzione di criteri di conoscenza. L'ipotesi dell'esistenza di tali categorie di conoscenza potrebbe dare significato al rapporto tra stili di attaccamento e personalità. L'esistenza di un collegamento tra gli stili di conoscenza e i disturbi di personalità non sembra influente per gli effetti che potrebbe avere in ambito clinico. Si apre infatti la possibilità di operare direttamente sugli stili di conoscenza per indagare i quali lo strumento principe è indiscutibilmente la relazione terapeutica, attraverso la quale si possono innescare piccole e grandi perturbazioni, delineare alternative possibili

e creare nuove opportunità di stare nel proprio mondo atteso. È questa la premessa teorica che punteggia il mio viaggio con Ivan.

Attaccamento

Cosa accade e cosa si crea nella relazione con la figura di riferimento? Nascono modelli di rappresentazione sia dell'ambiente (la disponibilità e accessibilità della figura di attaccamento) che del soggetto (chi sono io). I due modelli (mi ama/non mi ama; sono amabile/non lo sono) contengono sia costrutti relativi alla capacità della figura di attaccamento di soddisfare le richieste di accudimento del soggetto, che costrutti circa la capacità del soggetto di suscitare reazioni positive in chi lo accudisce. Tali costruzioni sono il nucleo dell'aspetto rappresentazionale interno del sistema di attaccamento: i modelli operativi interni. Un modello operativo interno o IWM del comportamento di attaccamento appare articolato su tre livelli ordinati gerarchicamente: il **primo** concerne la previsione dell'esito del rapporto (successo o fallimento), il **secondo**, il modo di spiegare questo esito e contiene i modelli di Sé e dell'altro, il **terzo**, le strategie comportamentali utilizzabili per massimizzare la prevedibilità del rapporto. Gli IWM che guidano la conoscenza della relazione di attaccamento sono sottordinati ai criteri espistemologici che guidano lo sviluppo di tutta la conoscenza e che, a loro volta, si sviluppano nel processo coepistemico e quindi nella relazione con l'altro significativo quando ancora non è riconosciuto come tale⁸.

8 Lorenzini R., Sassaroli S., *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano, Raffaello Cortina, 1995

Stili di conoscenza

Nella relazione con la figura di attaccamento il piccolo **impara ad imparare**, deuteramente apprende. È ragionevole quindi avanzare l'ipotesi che ogni tipo di attaccamento sia correlato a particolari e specifici stili di conoscenza. Secondo Lorenzini e Sassaroli (1995), esiste una corrispondenza tra i pattern di attaccamento, gli stili di conoscenza e le caratteristiche di personalità.

Gli stili cognitivi da loro individuati sono stati edotti dalla risposta ad una specifica domanda: come viene gestita l'invalidazione? L'invalidazione è stata definita da Selma Fraiberg (1992), l'insieme delle esperienze dolorose commesse con il fallimento del ruolo protettivo della figura di attaccamento.

Gli stili conoscitivi da loro ipotizzati sono l'immunizzazione, l'ostilità e l'evitamento e corrispondono ai tre pattern di attaccamento non sicuro individuati da M. Ainsworth attraverso la procedura sperimentale Strange Situation.

- **Attaccamento insicuro evitante - stile cognitivo immunizzante:** la figura di attaccamento è inaccessibile in quanto la relazione, ipo o iper regolata, non consente un effettivo scambio comunicativo.

Il piccolo si abilita a contare su di sé ed a livello cognitivo si chiude in un egocentrismo ed in un'autarchia di significati che lo immunizzano da qualsiasi invalidazione proveniente dall'esterno. Costruiscono un confine che fa rimbalzare sia l'invalidazione che l'altro.

- Attaccamento insicuro ambivalente o resistente - stile cognitivo evitante:

nasce nell'ambito di una relazione irregolare o caotica in cui la figura di attaccamento è percepita come difficilmente accessibile ed imprevedibile; il piccolo tenta di mantenere con lei una vicinanza strettissima, rinunciando a qualsiasi movimento esplorativo autonomo. Lo stile cognitivo sarà improntato al restringimento del campo esplorativo nel tentativo di evitare ogni invalidazione.

- **Attaccamento disorganizzato, disorientato - stile cognitivo ostile:** nasce da una relazione regolata in modo inappropriato, in cui la figura di attaccamento non è l'adulterato protettivo che il piccolo si aspettava ma una figura minacciosa da cui difendersi con la fuga, o attaccando o congelandosi. Lo stile cognitivo ha caratteristiche simili a quelle che troviamo nell'emozione di ostilità⁸: sentimenti di rabbia duraturi o frequenti, rabbia o irritabilità in risposta a offese e insulti di poco conto, comportamento meschino, maligno o vendicativo.

Disturbi di personalità

Secondo le ipotesi di Lorenzini e Sassaroli (1995) è possibile pensare che l'attaccamento determini il "modo di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi"¹⁰ (definizione di tratto), e dunque la personalità e lo stile cognitivo. Esiste quindi una corrispondenza tra i tre cluster di DP, i tre

stili di conoscenza descritti in precedenza, ed i tre pattern di attaccamento non sicuri. Ciò che è specifico di ogni cluster e che accomuna i disturbi di personalità che vi fanno capo è proprio lo stile di conoscenza.

Analizzando più da vicino i diversi cluster si può sinteticamente affermare quanto segue.

- **Cluster A:** tratto comune dei DP di tale cluster è l'esperienza di distanza incolmabile con la figura di attaccamento prima e con qualsiasi altro interlocutore poi, tipica del pattern evitante e dello stile cognitivo dell'**immunizzazione**; l'altro viene privato di qualsiasi potere invalidante.

- **Cluster B:** lo stile di attaccamento che si ipotizza sotteso a tali quadri di personalità è quello disorganizzato-disorientato, che sperimenta la figura di attaccamento come minacciosa. Per raggiungere e mantenere un certo grado di vicinanza alla figura di attaccamento verranno create strategie e modelli di comportamento utilizzabili in caso di pericolo nonché fuga, attacco e congelamento. Lo stile cognitivo è quindi di gestione delle invalidazioni è definito **ostile**. Il soggetto continua a proporre e ad imporre agli altri le proprie fallimentari costruzioni. L'altro è vissuto non tanto come un interlocutore quanto un oggetto da manipolare a proprio vantaggio.

- **Cluster C:** Le caratteristiche tipiche sono l'ansia e la tendenza ad arginarla con l'evitamento. L'ansia si produce quando il sistema è consapevole di essere sul punto di affrontare eventi poco conosciuti e imprevedibili. Lo stile di conoscenza è quello che è stato in precedenza definito **evitante**, caratterizzato dal progressivo

restringimento del campo esplorativo per sottrarsi all'incontro con le novità e quindi con le possibili invalidazioni.

Stili di conoscenza e psicoterapia: scopi, strumenti e sfide del terapeuta sistemico integrato

Qual è lo scopo della relazione terapeutica? Per rispondere a tale domanda è necessario soffermarsi sulle premesse rispetto alla genesi della sofferenza psichica. Quest'ultima sembra muovere schemi di significato soggettivi che producono rappresentazioni di sé e della realtà fortemente disadattive sia per sé e per gli altri.

La sofferenza, se non tollerata, rappresenta una battuta d'arresto nel processo di crescita della conoscenza: il ciclo del solito, vecchio e conosciuto problema tende a riprodursi e con se anche le solite, vecchie e conosciute soluzioni che gradualmente si identificano con il problema stesso. Il soggetto, pur volendo liberarsi dalla sua sofferenza, non riesce a farlo perché non è consapevole di essere, egli stesso, il costruttore della sua realtà e che gli schemi che utilizza per venire a capo non sono assoluti e inricambiabili ma soggettivi, esito della personale narrazione, e quindi interpretazione, della propria storia. Con tali premesse il compito della terapia è quello di mettere in evidenza *schemi di significato* disfunzionali e di scoprirne la pervasività e la ridondanza. Una volta individuati lo schema ridondante e la narrazione foriera di sofferenza, si lavorerà nella direzione di svelarne la *soggettività*, la parzialità e l'inadeguatezza con la premessa di porsi in posizione critica rispetto ad essi. Alla fase demolitiva ne seguirà una ricostrut-

9 Lorenzini R., Sassaroli S., *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano, Raffaello Cortina, 1995
10 American Psychiatric Association (APA), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - quarta edizione*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2004.

tiva in cui i vecchi schemi saranno sostituiti con nuovi e più idonei. Si lavorerà per trovare una *nuova narrazione* della propria storia. La seconda e la terza fase non succedono l'una all'altra in sequenza cronologica ma sono contemporanee in quanto non è possibile costruire senza allo stesso tempo ricostruire: ad un sistema conoscitivo è più funzionale una conoscenza disfunzionale che a nessuna conoscenza. Le tecniche sono tante e ovviamente estremamente correlate alle risonanze del terapeuta.

Per la scoperta degli schemi di significato e delle ridondanze può essere utile l'*autoservazione*: invitare il paziente ad analizzare non soltanto il sintomo ed i contesti in cui si presenta ma l'intero spettro dei suoi comportamenti, emozioni, pensieri più o meno consapevoli, ed in generale di tutte le produzioni della sua mente, compresi sogni e ricordi.

Nella seconda fase, al fine di sviluppare un atteggiamento critico rispetto alla ridondanza degli schemi privilegiati all'interno dei quali il soggetto è solito assimilare la realtà, è utile porre in luce la loro non assolutezza. Si proporrà così l'*esplorazione della natura intima e relativa della narrazione* ridondante: quelli che prima apparivano mostri reali divengono fantasmi personali (Lorenzini e Sassaroli 1995). Si lavorerà per far emergere l'idea che quelle narrazioni personali su di sé e sul mondo siano state concepite in circostanze particolari e soprattutto nella relazione di attaccamento con gli adulti significativi. Fare luce sul contesto che ha dato significato all'esistenza dello schema è uno

dei modi più efficaci per sviluppare un atteggiamento critico che apre alla possibilità di trasformare una realtà assoluta in "uno dei tanti modi possibili di vedere le cose dalla prospettiva di un bambino piccolo"¹¹.

Per andare a ricostruire nuovi significati ed accogliere una nuova narrazione di sé e del proprio mondo, il terapeuta lavorerà sull'invalidazione dello schema dominante e sui processi creativi ed imitativi che aprono all'opportunità di esplorare nuovi modi di vedere la realtà.

Il compito del terapeuta cambia in funzione degli stili di conoscenza: egli sarà *presente* nel caso lo stile sia immunizzante (l'altro è rappresentato come assente), *prevedibile* nel caso lo stile sia evitante (l'altro è rappresentato come imprevedibile) ed infine, in caso di stile cognitivo ostile (l'altro è rappresentato come minaccioso) il terapeuta lavorerà nella direzione di *sdrammizzare* e quindi abbassare la minacciosità insita nell'invalidazione.

Quali sono gli strumenti del terapeuta sistematico integrato?

Gli strumenti sono decisamente innumerevoli: genogramma, sculture, sculture del tempo della famiglia, domande circolari, riflessive, ipotetiche, rinarrazioni, self disclosures, simboli, metafore, oggetti fluttuanti, l'esperienza corporea e tanti altri, ma la vera grande sfida non è tanto l'utilizzo del giusto strumento, la cui conoscenza ed il suo adeguato utilizzo sono certamente auspicabili, quanto l'azzardo e la competenza, forse trasformata in capacità, dello *-stare con-*. Solo attraverso

questo azzardo si aprono premesse importanti: l'instaurarsi tra paziente e terapeuta di una relazione intensa e di un linguaggio comune e quindi la nascita di un contesto condiviso di significati in cui siano possibili scambi importanti. Una volta compiuto questo primo gigante passo che vede il terapeuta diventare agli occhi del paziente un interlocutore autorevole capace di dar vita a relazioni significative, inizia la partita relazionale. Una partita che il paziente conosce bene per averla giocata diverse volte: egli ripropone nella relazione terapeutica lo stile interpersonale che gli WMM gli consentono, non sta provando nulla di nuovo ma utilizza i soliti schemi che gli consentono di mantenere un legame quanto più stretto possibile con una persona che gli interessa. La novità relazionale è che il terapeuta non sta al gioco proposto dal paziente e talvolta lo svela: il terapeuta invalida gli WMM del paziente.

In questa seconda fase l'obiettivo è far sperimentare al paziente un nuovo modo di vivere le relazioni e di stare con l'altro, riconoscendo che ruolo avesse nel co-creare le vecchie relazioni generatrici di sofferenza e disvelando quegli stili relazionali sottesi dagli WMM della relazione di attaccamento. Forse è proprio questa la grande sfida: attraverso la relazione terapeutica offrire la possibilità di sperimentare un nuovo stile di conoscenza che si potrebbe storificizzare e diventare così nuovo riferimento.

Ivan

Ivan mi chiama un pomeriggio di inizio estate, mi dice che il suo osteopata gli ha consigliato di rivolgersi a me e così ha fatto. Racconta da subito di essere seguito dai servizi,

di andare da una psichiatra ma di non trovarsi bene con lei. Sostiene di aver bisogno di approfondire argomenti di cui con lei non parla. Ci diamo appuntamento per la settimana successiva.

Ivan arriva puntualissimo, scende da un taxi con le stampelle, è alto e longilineo, ha un ginocchio "messo male", dice lui, ed una distorsione alla caviglia. Si accomoda in studio e mi racconta di aver fatto un piccolo incidente in moto inseguito al quale è andato dall'osteopata che gli ha suggerito di contattarmi. L'osteopata è una figura importantissima nella vita di Ivan, ne ha addirittura due. Gli chiedo il senso di avere due osteopati, Ivan risponde "Metti caso che uno sia in ferie o non si senta bene, vado dall'altro. Capita anche che vada da uno a inizio settimana e dall'altro a fine settimana. Mi dicono entrambi che i trattamenti vanno ripetuti non prima di una settimana ma io non resisto e solo così riesco ad assicurarmi due sedute in poco tempo". Esploro questa narrazione: Ivan ha bisogno dell'osteopata per ridurre stati di tensione e di agitazione ingestibili e se non viene trattato sta male e si fa male. "Mi sento una cosa qui (foccandosi il petto e la testa) che frigge". La settimana precedente, preso dall'agitazione e non potendo contattare i suoi osteopati essendo in ferie entrambi, ha imbracciato il suo scooterone ed è andato a velocità folle "A volte quando vado forte chiudo gli occhi e vedo cosa succede...ma sono bravo, non succede mai nulla di grave, non ho mai fatto male a nessuno, nel caso mi faccio male solo io, come la scorsa settimana, alla fine sono bravo e mi va sempre bene".

Ivan è in carico ai servizi, dovrebbe prendere

¹¹ Lorenzini R., Sassaroli S., *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano, Raffaello Cortina, 1995 (p.133)

re psicofarmaci che non prende e nessun bravissimo osteopata potrà risolvere quella “cosa che gli frigge in petto”. Mi dice di avere un disturbo: “Cluster A, disturbo schizotipico di personalità con l’80% di invalidità, vado da una psichiatra dei servizi ma non prendo gli psicofarmaci che mi prescrive e dottoressa...sono un giocatore d’azzardo ma la mia psichiatra non lo sa e non lo deve sapere”.

Ivan ha 38 anni ed è l’unico figlio di genitori che lui definisce “la perfezione della mia distruzione”, viene concepito in viaggio di nozze al ritorno del quale i genitori si lascia-no. Cresce con la madre, giocatrice d’azzardo, con cui non ha grandi rapporti. Il padre è una figura assente, appassionatissimo di sport, unico argomento che accomuna i due. Ivan era molto affezionato al nonno paterno ed allo zio, il fratello del padre. Ivan racconta con dolore il giorno in cui il nonno è venuto a mancare, si commuove dicendomi che era in garage con lui quando si è spento, “ Mi è morto tra le braccia, avevo solo 16 anni”, ripete con voce sommessa. Ha passato molto tempo con lo zio paterno perché la madre, spesso assente, lo lasciava a lui quando andava al lavoro o in giro per i vari casinò. Lo zio, unica figura di riferimento, era eroinomane ed è morto di overdose quando lui era adolescente. Riferisce che i suoi problemi siano iniziati quando a 17 anni, in seguito all’assunzione di un acido, è stato male e da allora sembra non essersi più ripreso. Aveva allucinazioni sia visive che uditive che l’hanno portato al ricovero. In seguito a quell’evento, riferisce di non aver più avuto amici. All’oggi la sua richiesta è di aiutarlo a guardare lo sport ed a dedicarsi alle

scommesse sportive, che ormai da 20 anni sono la sua unica passione ed unica attività, svolgendo la quale si sente competente e potente, senza stare male, senza sentire quella tensione che non sa gestire. Ivan non ha mai raccontato alla sua psichiatra del suo essere un giocatore d’azzardo di scommesse sportive, sono la prima a cui lo confessa e l’unica a cui chiede aiuto. Mi chiede di mantenere il segreto, non vuole che la sua psichiatra venga a conoscenza del suo segreto. Mi domanda infine se conduca gruppi per giocatori d’azzardo: pensa che parteciparvi potrebbe essergli d’aiuto ed inoltre potrebbe essere per lui l’occasione di conoscere nuove persone.

Gli chiedo come mai si sia fidato del consiglio degli osteopati e abbia scelto me. Mi dice che dopo essersi informato abbia pensato che potessi fare al caso suo; indagando meglio capisco che Ivan ha guardato il mio profilo facebook e che si sia incuriosito del fatto che abbia un cagnolino bianco e che sia diventata mamma da poco. Nella relazione di Ivan con la sua figura di riferimento significativa si è lentamente andato a strutturare un attaccamento insicuro di tipo evitante ed uno stile di conoscenza immunitante.

Io e Ivan: una relazione d’azzardo

La prima sincera e poco nobile reazione dopo i primi minuti insieme ad Ivan è stata l’idea che fosse tutto troppo per me: “E ora che faccio?”. Ho pensato che la psichiatra dei servizi, una collega certamente non alle prime armi e con anni di esperienza alle spalle avesse fallito, perché io avrei potuto farcela? Una nuova consapevolezza è

esplosa, ecco di lezioni, di ore di navigazione dentro l’idipsi e con i miei maestri hanno roboato dentro di me. Cosa mi stava chiedendo Ivan, quale la sua richiesta? Quale il valore aggiunto che avrei potuto portare in questo torbido scenario? Ivan mi stava chiedendo di rinarrare il suo orrido in maniera diversa rispetto a quanto non avesse fatto la psichiatra dei servizi. Qual era la sfida? Utilizzare una narrativa non etichettante che mi consentisse di uscire dal mandato del “ti aggiusto”, trasformandolo in qualcosa di nuovo, probabilmente nella possibilità di “stare con” lui, con la sua storia, la sua sofferenza e soprattutto di navigare insieme in quel mare torbido dove forse avremmo potuto trovare nuove possibilità e altri significati. Se per i servizi Ivan era uno schizotipico, per me era un uomo in viaggio, come tutti noi, alla ricerca di nuovi significati e con la voglia di uscire dal suo mondo atteso per lanciare uno sguardo oltre. Oltre il disturbo, oltre il sintomo, oltre la malattia c’è un uomo che vuole vivere, che cerca di intraprendere un nuovo viaggio di vita per esplorare nuovi territori. Il viaggio dell’eroe, certamente non privo di difficoltà, punteggiato da uno sguardo perplessito e ragionevolmente scettico ma sicuramente nuovo: un azzardo. Io e Ivan in viaggio, un viaggio d’azzardo per entrambe.

Cerca in me una madre di cui fidarsi; celato dietro la sua domanda riguardo il mio condurre gruppi si nasconde il suo voler testare il mio essere solida ed il mio essere dentro ad un gruppo, premesse che possono aprire alla fantasia di farsi adottare. In veste di madre mi sottopone infatti ad un primo ostico test: devo tacere alla psichiatra, la madre normativa, il suo segreto riguardo il gioco d’azzardo e velatamente emerge anche che sarebbe stato meglio se avessi evitato di ribadire il suo non prendere i farmaci prescritti (aspetto di cui lei è a conoscenza). Qui la mia prima sfida: seguendo i dettami deontologici forse mi sarei dovuta confrontare con la collega ma facendo così avrei minato le basi della nostra alleanza ed avrei riproposto esattamente ciò che lui si aspettava sia da me che dalla relazione: il rifiuto. Questo è un primo passaggio fondamentale in quanto ho invalidato il suo schema, nonché la sua intima narrazione, che White (1992) definirebbe *narrazione dominante*, rispetto alla rappresentazione dell’esito della relazione (impossibile-rifiuto), dell’altro (rifiutante) e di sé (non amabile, da rifiutare). Tale passo ha avviato una successiva invalidazione delle conseguenti strategie comportamentali solitamente messe in atto per far fronte alle premesse sopracitate: l’allontanamento ed il distacco. Ho rassicurato Ivan riguardo al nostro segreto ma ho introdotto il tema del rispetto dei diversi punti di vista e quindi della consensualità: come lo rispetto il suo punto di vista facendo solo ciò che lui mi autorizza a fare, così lui deve rispettare il mio. Spiego dunque ad Ivan che, dal mio punto di vista, sarebbe auspicabile intraprendere

un percorso integrato, un viaggio in cui altri personaggi (psichiatra e gruppo giocatori anonimi) potrebbero affiancarci. Si apre così il tema della distinzione tra sé e l'altro, necessario per sostituire all'idea dell'esistenza di un solo soggetto senza interlocutori, quella di un mondo animato dalla dialettica di più soggetti. Abbiamo così lavorato nella direzione di creare l'altro che, se finora non è stato un interlocutore, ora va imparato a riconoscere e rispettare come tale. Ho lavorato sulla presenza: una presenza costante e discreta, che non invade ma che non si può ignorare.

Dopo questo importante passaggio iniziale siamo stati sulle sue ridondanze cercando di riconoscerle e contestualizzarle. Da dove vengono, quando e come sono nate? Ivan ha imparato a stare in relazione mantenendo una distanza di sicurezza, unica strategia che gli ha consentito di non rinunciare alla sua figura di attaccamento. Oscilla tra la solitudine e la dipendenza e proprio tale componente oscillatoria non gli consente di essere intimo, di fidarsi e di affidarsi. Ora qualcosa sta cambiando, sta trovando una mente altra da cui può essere pensato e che gli assicura il rassicurante gioco dell'elastico (mi avvicino e mi allontano). Esploro il tema dell'azzardo nell'ambito delle scommesse sportive e, ricostruendone la storia, emergo in maniera evidente il significato peculiare ed intimo che per lui ha. Primariamente consente ad Ivan di ricostruire internamente la sua famiglia simbolica (madre giocatrice d'azzardo e padre appassionato di sport) e secondariamente rimanda ad Ivan l'idea di essere capace e potente. Ivan è convinto infatti di avere una dote che altri non hanno, un fiuto innato per le scommesse che lo

porta troppo spesso a rischiare giocate improbabili. La magia ed il rischio dell'azzardo è che ogni tanto si vince, ed avendo Ivan vinto spesso, questa idea è ben radicata in lui. Emerge così un'altra rappresentazione di sé che va ad affiancarsi a quella del "rifiutato-non amabile": l'essere capace, sentirsi in gamba. L'aver imparato a cavarsela da solo in ogni circostanza l'ha portato a realizzare quell'esasperazione caricaturale dell'autonomia che è la "compulsiva fiducia in se stessi" di cui parlava Bowlby. L'azzardo è in realtà nei confronti della vita, un azzardo che si declina sui temi della vita e della morte, dell'onnipotenza e dell'impotenza, dell'esisto e del non esisto, della fiducia e della sfiducia, dell'intimità e del distacco, dell'ego-centrismo cognitivo e della reciprocità.

Dopo aver dato ad Ivan i riferimenti per poter partecipare ai gruppi di giocatori anonimi, arriva un messaggio quasi atteso: "Buon giorno dottoressa, ho pensato di continuare il mio percorso da solo". Ecco qui il gioco dell'elastico, ho pensato. Accantonando il timore di aver sbagliato qualcosa, mi sono posta una domanda importante: quali sono le prime consapevolezza che si vanno a creare in un piccolo uomo? La prima è quella di essere solo, la seconda è quella di dipendere da un adulto. Per Ivan l'idea di dipendere e di affidarsi a qualcuno è terrificante e per affrontarla ha costruito delle ipotesi ad hoc che lo potessero tutelare; in emergenza quindi si appoggia, come ha fatto, ma nel giro di poco e con molta facilità si congeda. La dipendenza è insopportabile ma ne ha bisogno. In questa morsa stringente la strategia conosciuta è il distacco, proprio quello che stavo sperimentando.

Attualmente Ivan non viene in studio da un mese ma settimanalmente ci sentiamo, gli scrivo messaggi per chiedergli come sta e lui prontamente mi risponde, mi aggiorna sui suoi successi o insuccessi e su cosa sta facendo ma la sensazione è quella di essere diventata una presenza non invadente e che non viene ignorata, che pensa a lui e che gli consente di sentirsi pensato.

Si sta tessendo una rete protettiva che passa attraverso "io ci sono", con la speranza che in un futuro si possa ipotizzare di non dover anticipare uno svincolo per prevenire una perdita, bensì affrontare l'azzardo di vivere intimamente una relazione con il rischio di incorrere in una possibile separazione che rappresenti, in ultima istanza, l'epilogo del percorso terapeutico.

Lui, la volpe, ed io, l'uva, stiamo affrontando insieme la grande sfida: attraverso la relazione terapeutica stiamo lentamente costruendo la possibilità di sperimentare un nuovo stile di conoscenza che si potrebbe storicizzare e diventare così nuovo riferimento.

Conclusioni

Ripercorrendo le tappe di questa tesi, emergono alcune riflessioni riguardo ad interrogativi che hanno punteggiato il mio viaggio dentro ad Idipsi. In questo elaborato tali interrogativi si snodano all'interno di un caso complesso su cui sto lavorando e che mi sta offrendo la possibilità di sentir vibrare sottopelle quelle che sono le premesse portanti del mio essere terapeutica sistemico relazionale integrata in viaggio.

Partendo dalle prime esperienze relazionali

li e dal modo in cui esse possono essere correlate a specifici stili di conoscenza ed a determinate organizzazioni di personalità, è emerso in maniera importante il tema della sofferenza che, se non tollerata, potrebbe portare ad una battuta d'arresto nel processo di crescita della conoscenza. Lo sviluppo di un sistema per la gestione della sofferenza e del dolore si forgia originariamente nella relazione mamma bambino: solo se il dolore è accompagnato, bonificato attraverso il contenimento, modulato e soprattutto sottratto alla solitudine, può essere tollerato e si può formare nel tempo la capacità di soffrirlo, una conquista squisitamente relazionale. Quel dolore che non ha trovato contenimento spesso è proprio quello che incontriamo nei nostri studi. Cosa ne facciamo, come terapeuti, di questo dolore? Abbandonando l'idea di doverlo riparare, potremmo provare a stare con il paziente nei luoghi del suo dolore. Sentire che clima c'è in quel luogo, che odore ha, che storia ci racconta e che risonanze suscita in noi. Se ci stiamo insieme, in quel dolore, possiamo forse sottrarlo alla solitudine ed allora la sua qualità potrebbe cambiare. Si è andata a delineare così l'idea di un terapeuta che, lontano da premesse di guarigione e di colonizzazione, entra nel cuore pulsante della relazione, stando dentro la quale ed attraverso cui, si possono innescare piccole e grandi perturbazioni, delineare alternative possibili e creare nuove opportunità. Si apre quindi la possibilità di lanciare lo sguardo oltre il proprio mondo atteso e, abbandonando con coraggio la propria mappa, esporsi all'azzardo di navigare insieme verso l'inesplorato.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* - quinta edizione-, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti M., Stern D.N. (1991). *Rappresentazioni e narrazioni*, Bari, Laterza.
- Andolfi M. (2015). *La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse del terapeuta*, Milano, Raffaello Cortina.
- Cancrini L. (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*, Milano, Raffaello Cortina, 2.
- Bateson G., Bateson, M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*, Milano, Adelphi.
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.
- Bion W.R. (1970). *Una teoria del pensiero*
- *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Roma, Armando.
- Bion W.R. (1985). *Seminari italiani*, Roma, Bofa.
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*, Roma, Astrolabio.
- Bowlby J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano, Cortina.
- Bowlby J. (1975). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (1975). *Attaccamento e perdita. La separazione dalla madre*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (1975). *Attaccamento e perdita. La perdita della madre*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016). *Curare i casi complessi*, Roma, Editori Laterza.
- Klein M. (1971). *Analisi di un bambino*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Lis A., Stella S., Zavattini G.C. (1999). *Manuale di psicologia dinamica*, Bologna, Il Mulino.
- Livesley W.J., *Practical Management of Personality Disorders*. (2003). New York, Guilford Press.
- Lorenzini R., Sassaroli Sandra. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano, Raffaello Cortina.
- Lorio C., Angiolari C. (2015). *Dagli interventi paradossali alle narrazioni molteplici. 40 anni di psicoterapia relazionale sistemica*, Milano, Franco Angeli.
- Poster E. (1988). *Ogni vita merita un romanzo. Quando raccontarsi è terapia*, Roma, Astrolabio.
- Restori A. (2019). *Anemioni in viaggio*, Roma, Alpes.
- Ricoer P. (1994). *La vita: un racconto in cerca di narratore*, Milano, Guerrini e associati.
- Telfener U. (1992). *La terapia come narrazione, un'introduzione in M. White, La terapia come narrazione*, Roma, Astrolabio.
- Ugazio V. (2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche, familiari e psicopatologiche*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Vittori M.L. (2016). *Guida al paradigma relazionale*, Milano, Franco Angeli.
- White M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*, Roma, Astrolabio.
- Yalom I.D. (2014). *Il dono della terapia*, Vicenza, Neri Pozza.

“Il silenzio”: significati e narrazioni del silenzio in terapia.

Angela Donadio¹²

Sommario

Nel presente articolo l'autrice ha esplorato i diversi aspetti, significati e narrazioni che si celano nel tema del silenzio. Ha voluto porre l'attenzione sulla comunicazione non verbale, prendendo in considerazione non solo i silenzi delle persone, ma anche su come questi silenzi all'interno della stanza di terapia, siano carichi di emozioni, turbamenti, vissuti difficili o semplicemente silenzi di riflessione. Secondo l'autrice, il silenzio va oltre le parole e può assumere diversi significati a partire dai contesti e dalle situazioni che ne informano il contenuto e il senso. Può essere vissuto come liberatorio e fonte di autorealizzazione quando è praticato in piena libertà, ma può anche trasformarsi in strumento di potere e causare sentimenti di angoscia e oppressione; oppure, può suscitare imbarazzo quando è percepito come fuori luogo. Nella stanza di terapia il silenzio non ha sempre a che fare con il silenzio, ma esso può significare un tramite che crea e definisce un legame, uno spazio in cui ci si prepara ad accogliere l'altro. Dunque, l'assenza di parole, le pause, non denotano un'assenza di comunicazione. Anzi, al contrario, l'assenza di parole, definisce un altro piano comunicativo, forse più arcaico, ma decisamente evocativo ed efficace. Il silenzio, in quel momento, nella stanza di terapia porta con se un messaggio.

Parole chiave:

Silenzio, narrazione, setting, psicoterapia, comunicazione, ascolto

Abstract

In this article the author has explored the different aspects, meanings and narratives that are hidden in the theme of silence. He wanted to focus attention on non-verbal communication, taking into consideration not only people's silences, but also how these silences within the therapy room are full of emotions, disturbances, difficult experiences or simply silences for reflection. According to the author, silence goes beyond words and

¹² Angela Donadio allieva IJIPSY 2°anno, angela.donadio8@gmail.com

can take on different meanings starting from the contexts and situations that inform its content and meaning.

It can be experienced as liberating and a source of self-realization when it is practiced in complete freedom, but it can also transform itself into an instrument of power and cause feelings of anguish and oppression; or, it can arouse embarrassment when it is perceived as out of place. In the therapy room, silence doesn't always have to do with silence, but it can mean a means that creates and defines a bond, a space in which one prepares to welcome the other. So the absence of words, the pauses, do not denote an absence of communication. Indeed, on the contrary, the absence of words defines another level of communication, perhaps more archaic, but decidedly evocative and effective. The silence, at that moment, in the therapy room carries with it a message.

Key words:

Silence, narration, setting, psychotherapy, communication, listening

Dall'etimologia della parola silenzio al suo significato nella pratica clinica.

Entrare in relazione con il mondo non implica per forza la presenza del linguaggio, delle parole, la relazione avviene anche quando ci sono dei momenti di sospensione, di contemplazione, di ritiro: ovvero quei numerosi momenti nei quali l'uomo fa silenzio. La lingua latina distingue due forme del silenzio: *facere*, che è riferito ad una persona, e sta ad indicare un arresto o un'assenza di parola. Esso, interviene nell'ambito di uno scambio, sottintende che uno dei protagonisti mantiene il silenzio proiettando, così, un significato in grado di interrogare gli altri; *Silere*, può riferirsi non soltanto all'uomo, ma anche alla natura, agli oggetti, agli animali, designa dunque, la tranquillità, una tonalità pacifica della presenza, non turbata da alcun rumore. Il silenzio può essere tanto accogliente e aperto quanto freddo e chiuso; pertanto, come facciamo a riconoscerlo e a capirlo o a valorizzarlo quando diventa accoglienza o liberarsene quando diventa chiusura? Il silenzio ci pone in contatto con la profondità del nostro essere, con le nostre esigenze e le nostre richieste più recondite. Pertanto, è importante conoscere il valore, capire che è legato a dei contesti, a delle situazioni, a delle pratiche, a delle tecniche. (Caroni, 2021)

Durante un colloquio terapeutico, il silenzio si esplica attraverso diverse modalità e può avere differenti significati. Può essere utilizzato dai clienti, come un momento di pausa per: - darsi il turno e stabilire chi deve parlare e chi invece deve porsi in modalità di ascolto; - per aumentare l'intensità e la valenza del

messaggio in modo da poter riflettere su ciò che è stato detto e su ciò che si sta per dire, innescando in questo modo un movimento di pensiero;

- può consentire a tutti quelli che fanno parte del sistema, di esprimersi;

Le pause silenziose sono determinate da diversi stati emotivi, di solito questo avviene quando le persone ricevono messaggi che toccano la loro sfera emotiva, non rispondono subito ed il loro silenzio si accompagna a manifestazioni non verbali come un volto arrossato, mani tremanti e postura incerta ed insicura.

Raramente il silenzio di chi prende parte all'interazione nella terapia, testimonia che le persone sono rilassate o che non stia accadendo nulla in loro, alcune volte esso può celare momenti di riflessione, di confusione, di rabbia, che vengono percepiti anche attraverso il linguaggio non verbale del corpo e dei gesti. (Andolfi, 1994).

Il silenzio che si crea tra una pausa e l'altra durante una conversazione, è denso di una *revêrie* interiore, e intriso dell'eco degli argomenti trattati. (Le Breton, 2020).

Il silenzio e la sua narrazione attraverso il corpo: una conditio sine qua non per l'ascolto e la relazione terapeutica.

Il silenzio, indica la completa assenza di segnali e costituisce, la "conditio sine qua non" per l'ascolto.

L'ascolto ed il silenzio sono due dimensioni strettamente collegate fra di loro. Sia quando si fa silenzio che quando si ascolta circolano continuamente informazioni, anche se attraverso canali che non implicano la parola.

Il silenzio, non è mai il vuoto, bensì rappresenta il respiro tra le parole, un breve ripiegamento che autorizza la circolazione del significato, lo scambio degli sguardi, delle emozioni, un ritmo che lascia spazio al turno di parola tramite una leggera inflessione della voce. Così come la parola smuove il silenzio, anche il silenzio smuove la parola.

Così come il silenzio anche il corpo è in ascolto, non vi è parola, ma quando i corpi si muovono sono in grado di comunicare attraverso la postura e i gesti, molteplici stati emotivi.

Il corpo, insieme al silenzio ci pongono in ascolto delle narrazioni dei pazienti e delle famiglie. Creano una danza e un ritmo di scambi comunicativi, dove la parola non sempre serve, ma lascia spazio al sentire emotivo. Sia il corpo del paziente, che il corpo del terapeuta, interagiscono e comunicano fra loro, utilizzando anche le pause del silenzio all'interno dello spazio terapeutico.

Cecchin (2008) suggerisce: "riconoscere le proprie sensazioni, dare ascolto ai minimi segnali del nostro corpo, ascoltare noi stessi, ci dà la possibilità di sintonizzarci con l'altro, restituendogli la sensazione di essere visto e quindi di esistere". A tal proposito Restori (2013) suggerisce: "Per riuscire a fare questo è necessario sviluppare una consapevolezza paziente, non avere fretta, osservare e ascoltare, osservarsi e ascoltarsi"

Secondo Milton Erickson (1980), si entra in una relazione empatica con il paziente, attraverso un'attenta analisi di tutte quelle sfumature appartenenti al linguaggio non verbale che il paziente porta all'interno della seduta di terapia (minimi segnali del corpo, del viso, cambiamenti nella respirazione o nel movimento oculare).

Il silenzio nella stanza di terapia

Nella letteratura psicologica lo studio del silenzio ha ricevuto poca attenzione all'interno della comunicazione non verbale. L'esperienza clinica e l'accresciuto interesse verso i processi comunicativi hanno evidenziato invece il ruolo determinante di tale dimensione nel colloquio relazionale. Il silenzio diviene significativo, in alcuni casi, quanto le parole. Assume un valore centrale, per esempio, insieme ad altri elementi paralinguistici, in una situazione in cui lo psicoterapeuta e la persona si trovano ad interagire face to face, tanto da poter affermare che "ciò che c'è di essenziale in ogni parola, è il suo silenzio"

Quando ci troviamo all'interno della stanza di terapia, ciò che ascoltiamo non è sempre e solo il suono delle parole che risuonano sulle pareti della stanza, ma veniamo circondati dal suono del ticchettio dell'orologio, dei respiri e dei sospiri. A volte durante il colloquio terapeutico ci sono momenti dove il silenzio delle parole del paziente attende risposta nel silenzio rispettoso e accogliente del terapeuta, come quasi a creare una un ritmo fatto di non parole, ed è in quel momento che il silenzio crea una chiave di accesso per poter entrare nel mondo interno degli altri, un momento dove si rompe la sordità e si dà spazio all'ascolto e all'attesa. Ciò non vuole dire che il silenzio abbia sempre a che fare con il silenzio, ma esso può significare un tramite che crea e definisce un legame, uno spazio in cui ci si prepara ad accogliere l'altro.

All'interno della stanza di terapia, si apre un mondo che si disvela e che crea condizione, dove i protagonisti sono le emozioni,

gli sguardi, i gesti, le parole, le fantasie, le immagini, i racconti, le speranze e i sentimenti, che arricchiscono la relazione tra paziente e terapeuta. I silenzi, le pause e le attese punteggiano questi scambi con un significato e un'intensità, di volta in volta, diversi e carichi di valore.

Pertanto, il silenzio può diventare esso stesso oggetto di attenzione, di cura e strumento di lavoro. Dare una lettura a ciò che non viene detto, rispettare un momento di riflessione o di emozione, concedersi e concedere una pausa al sentire o un tempo per una chiarificazione interna o un'auto riflessione, può diventare prezioso all'interno del processo terapeutico.

Il silenzio del terapeuta

Il terapeuta, nel corso del colloquio, potrebbe sentire la necessità di tacere, soprattutto quando viene condiviso un grande dolore, o è in atto una elaborazione emotiva. In questi momenti le parole non servono, ma sono significativi la presenza e il contatto visivo con l'altro. Dare spazio e saper stare insieme all'altro in un'esperienza emotiva intensa, senza bisogno di razionalizzare, è qualcosa che ha una valenza significativa intensa.

Per il terapeuta il silenzio potrebbe diventare anche uno strumento per amplificare un messaggio che sceglie di dare utilizzando un canale non verbale: uno sguardo, un gesto, un'espressione del volto. Oppure potrebbe essere utilizzato come un fatto motivante per spingere il paziente fuori dalla sua zona confort e fare in modo che superi la sua chiusura.

Inoltre, le pause possono essere utilizzate per introdurre con una maggiore enfasi

una considerazione, una riflessione su cui il terapeuta desidera che il paziente diriga la sua attenzione.

La seduta, si svolge nel <<qui ed ora>>, nel presente. Quando il terapeuta entra in sala di terapia, lui e i clienti si trovano a vivere una interazione <<faccia a faccia>>, nel corso del quale avviene il coordinamento di azioni, significati e tempi. Nella relazione terapeutica, emerge un tempo terapeutico, una danza terapeutica che è specifica per ogni situazione: in certe terapie, gli eventi si susseguono a grande velocità, in altre invece il corso è più lento. Ciascun terapeuta sviluppa nel tempo una propria capacità di danzare nell'interazione. A volte, è utile che il terapeuta esca dalla danza per esaminare da una certa distanza la relazione con il cliente e per entrare in una riflessione con se stesso. Un modo questo sia di riflettere sulle risonanze, sia di modificare le premesse che inizialmente si è fatto su quella seduta. Il silenzio dà al terapeuta un momento per poter riordinare le informazioni ricevute e chiarirsi le idee, può inoltre essere un momento per modulare la propria modalità di intervento, ovvero si concede una pausa per poter costruire una strategia di intervento, pensando anche alla scelta dei tempi e dei modi con cui il terapeuta pensa di poter rimandare utilmente alla famiglia, ciò che di significativo e nuovo l'interazione ha prodotto.

Tutto ciò si esplica nell'utilizzo da parte del terapeuta di particolari parole chiavi, di metafora, di tonalità di voce e di postura. (Arnoldi, 1994).

Ognuno sviluppa un proprio rituale per scindere i momenti, di coinvolgimento e di distacco: quando entra nel proprio tempo

soggettivo per analizzare l'interazione tra sé e i clienti nei suoi aspetti cognitivi ed emotivi, abbandona la conversazione esterna per entrare in una conversazione interna. In questa fase il terapeuta quasi non ascolta il discorso, si pone come osservatore di sé stesso e del sistema che egli stesso costituisce insieme ai clienti. In questi momenti, di isolamento parziale, egli cerca di fare ipotesi non solo sul sistema osservato, ma anche sul sistema osservante: ad esempio, si pone domande sulle emozioni che i clienti provocano in lui. (Boscolo & Bertrando, 1993)

Essi introducono il termine "timing", per definire la sensibilità che il terapeuta deve raggiungere per poter cogliere i vari momenti della terapia e della narrazione del paziente, per sottolineare alcuni temi che emergono dai racconti. Questa sensibilità può realizzarsi all'interno del clima di fiducia che viene ad instaurarsi nella relazione terapeutica. Nel corso dei colloqui il terapeuta, intraprende un viaggio con i pazienti, attraversando tutte e tre le dimensioni temporali: si interessa del qui ed ora, dei sintomi portati e della rete relazionale che circonda la persona, indaga il passato, analizzando le relazioni, le idee, i significati che si sono sviluppati nel corso del tempo; si dedica al futuro, aprendo a nuove prospettive e possibili soluzioni. In terapia occorre transitare e pensare in tutte e tre le dimensioni temporali. (Ghirelli, 2016)

terapeuta pone delle purteggiate silenziose all'interazione, dando al paziente un modo di riflettere tra i diversi tempi della sua narrazione passata, del presente e del futuro.

Nel qui ed ora del colloquio, il terapeuta entra in contatto con la famiglia, offrendogli la possibilità di creare uno spazio ed un tempo nei quali conoscersi ed ascoltarsi, dando a se stesso la medesima possibilità. Le narrazioni dei clienti possono far emergere nel terapeuta delle risonanze emotive; dunque, egli può utilizzare il silenzio come intervallo per riflettere su ciò che si sta verificando in lui. Grazie all'abilità che possiede di entrare e di uscire dalla relazione, ha la possibilità di prendere sia le distanze da un eccessivo coinvolgimento emotivo, che di entrare in contatto empatico con quanto gli viene comunicato dalla famiglia. Per fare ciò, lo psicoterapeuta deve riuscire a fare silenzio dentro e fuori di sé, liberandosi dei pregiudizi che scopre di avere nei confronti delle persone con cui interagisce.

Pertanto, il silenzio consente, di cogliere e di sottoporre a riflessione tutti gli elementi di soggettività presenti nei partecipanti al colloquio. Diviene, inoltre uno spazio caratterizzato da una forte partecipazione emotiva, in cui la famiglia riesce ad esprimere se stessa. (Andolfi, 1994)

È utile per la famiglia e l'individuo, comprendere che il silenzio del terapeuta non rappresenta una paralisi, ma una capacità di esplorare, di accogliere il disagio e un modo gentile per sostenere all'interno della storia narrata. Il terapeuta è in grado di provocare e tollerare i silenzi della famiglia nella misura in cui sarà in grado di affrontare quelli propri, di fronteggiare la sua emo-

tività, riconoscendo le proprie emozioni ed i propri vissuti; ciò lo renderà pronto a cogliere i segnali indispensabili alla comprensione del processo di cambiamento in atto. Dunque, per il terapeuta, il silenzio può diventare una risorsa nel momento in cui tiene conto dei diversi significati che esso può assumere per sé e per il sistema e delle diverse opportunità che il silenzio può offrire. Con il proprio silenzio, il terapeuta crea uno spazio libero per l'interazione tra i membri della famiglia con la funzione di far emergere gli scambi comunicativi tipici del ménage familiare. Il permettere alla famiglia di vivere diversi modi del silenzio potrebbe essere uno strumento che il terapeuta utilizza per poi descrivere e rimandare al sistema ciò che ha osservato prima, durante e dopo il silenzio.

Il silenzio del paziente e della famiglia

Il silenzio che emerge dal paziente è sempre denso di senso. Alcune volte può rappresentare un momento di riflessione, di emozione, altre potrebbe significare una provocazione o una chiusura. È importante saperne cogliere le varie sfumature. Come terapeuti ci potremmo trovare di fronte ad un silenzio di impotenza, rassegnazione, di imbarazzo, di incertezza o di paura. Dunque, la comprensione e l'ascolto del senso che esprime un'assenza di parole è qualcosa di prezioso, che oltre a divenire oggetto di osservazione spesso diviene un vero e proprio momento di condivisione in terapia. Attraverso l'uso delle domande circolari, il terapeuta sistemico pone all'individuo e alla famiglia una forma di silenzio, quello della riflessione individuale, di un sentire interiore. Questo tipo di domande hanno

l'effetto di porre ogni familiare nella condizione di osservatori dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti degli altri membri del sistema, creando così una comunità di osservatori. In questo modo in base all'informazione che ricevono dall'altro, sia il terapeuta che la famiglia cambiano la propria comprensione. Attraverso questo tipo di domande circolari, che il terapeuta formula, si creano notizie di differenze, nuove connessioni tra idee, significati e comportamenti. Questi nuovi collegamenti possono cambiare l'epistemologia, ovvero le premesse personali, gli assunti inconsci dei vari membri della famiglia. Karl Tomm (1991), studiando le domande circolari ha diviso queste in domande informative, che hanno l'obiettivo di raccogliere informazioni, e domande riflessive che mirano a pro-

vocare un cambiamento. Importante elemento è il "timing" in cui queste domande vengono offerte. I silenzi che i pazienti o le famiglie portano all'interno di colloquio terapeutico, hanno a che vedere con la loro storia, ma anche con il tipo di relazione che instaurano con il terapeuta e con ciò che accade nel qui ed ora della relazione. Dunque, vi è un modo di concepire il silenzio come qualcosa che prescinde dal suo legame con la comunicazione verbale e si presenta come parte integrante del sistema famiglia. Esso non si riduce al semplice "non detto", ossia ciò che viene negato od omissso nella conversazione, ma si presenta come risposta a situazioni difficili del ciclo vitale, quali la morte, una malattia grave, un lutto, in cui qualsiasi parola, in un primo momento, può sembrare inadeguata e superflua nel descrivere l'evento. Il silen-

zio, come comunicazione implicita, entra a far parte delle regole, dei miti e dei segreti del sistema familiare, e lo scopo del colloquio è proprio quello di far emergere questi contenuti. Ci sono molte circostanze in cui la famiglia utilizza il silenzio nel colloquio terapeutico.

Andolfi (1994), sostiene che ci sono alcune circostanze in cui la famiglia utilizza, durante il colloquio delle pause:

- Non voler rispondere ad una domanda del terapeuta. Il tacere potrebbe essere usato dal paziente, per non rispondere ad una domanda che viene posta dal terapeuta.
- Situazioni in cui la famiglia vive forti emozioni. In condizioni di ansietà, i soggetti impiegano più tempo a rispondere usando un maggior numero di pause, evitando lo sguardo dell'altro ed esprimendo un maggior numero di gesti di auto-contatto. In questi casi si dà maggior risalto alle emozioni ed il tempo del discorso non è più scandito dalle parole, ma dal silenzio.
- Quando non si capisce ciò che l'altro vuole dire. A volte capita che un paziente non capisca ciò che il terapeuta o un membro della sua famiglia dice, non soltanto in rapporto alla forma del messaggio ricevuto, ma anche al contenuto. Questo può accadere, quando una persona è immersa in una forte vicenda emozionale e dunque tende ad avere una

restrizione cognitiva che lo porta a leggere quell'esperienza con una logica lineare, non cogliendo l'aspetto circolare del suo disagio.

Bibliografia

- Andolfi, M. (1994). *Il colloquio relazionale*. Accademia di psicoterapia della famiglia.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo: una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Bolli Boringhieri.
- Caroni, S. (2021). *Il silenzio come esperienza trasformativa. L'importanza del silenzio nella meditazione e in ambito professionale*. Geography Notebooks, 4(1), 115-124.
- De Pas, R. (2009). *L'ipnosi, Milton Erickson e la disseminazione: i presupposti filosofici*. Psico.
- Ghirelli, G. (2016) *Mediazione familiare ad approccio sistemico e psicoterapia sistemica integrata*. CAMBIA-MENTI.
- Le Breton, D. (2020). *Sul silenzio: fuggire dal rumore del mondo*. Raffaello Cortina Editore.
- Restori, A. (2013). *Embodiments. Il corpo in relazione*. Cambiamenti, 1(2013), 7-13.
- Tomm, K. (1991). *Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive*. Il Bollettino, 24, 1-14.

Imparare in età adulta a sostare e dialogare con la sofferenza del proprio bambino interiore che ha subito un trauma.

Alice Paraboschi¹³

Sommario

L'esposizione di un bambino ad eventi traumatici influenza in maniera stabile il suo sviluppo mentale e crea vulnerabilità ad un'ampia varietà di disturbi psichici, non solo durante l'infanzia, ma anche nell'età adulta (Lioti e Farina, 2011). In questo testo l'autrice illustra le conseguenze di un abuso sessuale e di un inadeguato ascolto della giovane vittima da parte dei genitori attraverso la narrazione della storia di Marco che da adulto prova a entrare in contatto con le parti ferite di se bambino, dopo che per tanti anni lo aveva messo a tacere non accorgendosi di quanto il passato stesse contaminando il suo presente. Per la prima volta, Marco proverà a soffermarsi nella sua sofferenza, senza rifuugirla attraverso l'uso di stupefacenti, trasformandola in comprensione, compassione e felicità. Il terapeuta solo grazie alla conoscenza delle emozioni vissute nella sua storia personale potrà utilizzarle come risorsa nell'incontro con l'altro al fine di una maggiore comprensione del suo dolore. Per Minuchin (1974) il terapeuta dovrebbe utilizzare i principi fondamentali, le tecniche, il lavoro con i sottosistemi ma anche il proprio se per ottenere la massima efficacia dell'intervento. Gli orridi e le risonanze emotive dello psicoterapeuta sistemico non sono potenziali ostacoli ma strumenti terapeutici da condividere con il paziente per creare una costruzione condivisa di significati.

Parole chiave

Abuso sessuale, trauma, mancato ascolto, risonanze emotive, sostare nella sofferenza, riappacificarsi con il proprio sé bambino.

Abstract

A child's exposure to traumatic events has a stable influence on his mental development and creates diversity to a wide variety of psychic disorders, not only in childhood but also in adulthood (Lioti and Farina, 2011). In this text the author illustrates the consequences

¹³ Alice Paraboschi, allienai@lajpsi, paraboschialice@gmail.com

of sexual abuse and inadequate listening to the young victim by the parents through the narration of the story of Marco who as an adult tries to get in touch with the wounded parts of himself as a child after for many years he had silenced him not realizing how much the past was contaminating his present. For the first time, Marco will try to dwell on his suffering, without escaping it through the use of drugs, transforming it into understanding, compassion and happiness. Only thanks to the knowledge of the emotions experienced in his personal history will the therapist be able to use them as a resource in the encounter with the other in order to better understand his pain. For Minuchin (1974) the therapist should use the fundamental principles, the techniques, the work with the subsystems but also one's own self to obtain the maximum effectiveness of the intervention. The horrors and emotional resonances of the systemic psychotherapist are not potential obstacles but therapeutic tools to be shared with the patient to create a shared construction of meanings.

Key Words:

Sexual abuse, trauma, failure to listen, emotional resonances, stop in suffering, make peace with one's self as a child

Un abuso sessuale e un mancato ascolto cambiano la rotta della vita di un bambino: la storia di Marco

Marco nasce nel 1978 in un paese del nord Italia. È il primogenito di Maria e Silvio. La madre è una donna molto religiosa, silenziosa e gentile, servizievole e sottomessa al marito, una casalinga che ama trascorrere il tempo in casa ad occuparsi delle faccende domestiche e dei figli. Teneva molto all'apparenza del figlio, desiderava fosse sempre in ordine, Marco era un bambino che non poteva giocare sudando o sporcandosi con gli altri bambini, ma doveva sempre comportarsi a modo come se fosse un adulto nel corpo di un bambino. Il padre è un uomo sicuro di sé, un padre padrone che sa sempre quale è la cosa giusta. È un uomo stacanovista e chiacchierone, un uomo attraente e credente. Marco da bambino mi racconta che assomigliava molto alla madre in quanto era timido, silenzioso, riservato e timoroso come Maria e per questo si sentiva già da piccolissimo inadeguato e sballato dato che veniva messo in situazioni in cui tali caratteristiche erano sempre giudicate malamente. Con la nascita del fratello Giulio, dopo sei anni, Marco pensava di poter essere maggiormente libero, sperava che finalmente le aspettative e pretese dei genitori ricadessero un po' su di lui e invece il fratello venne spesso ignorato. Marco avrebbe voluto fare l'informatico e continuare la carriera scolastica, ma il padre desiderava che il primogenito proseguisse l'attività lavorativa di famiglia. Amava fare calcio ma smise alla fine delle elementari a causa dei continui giudizi negativi del padre. Con l'inizio delle scuole medie la madre volle che

diventasse chierichetto e frequentasse il catechismo per avvicinarlo alla religione e per aiutare il figlio a conoscere dei nuovi bravi amichetti. A dodici anni la sua spensieratezza e innocenza finiscono per sempre a causa di un abuso sessuale e da allora la vita di Marco non sarà mai più la stessa. Marco non poteva raccontare nulla a nessuno, nessuno gli avrebbe creduto, ma non voleva nemmeno continuare a vivere quell'orrore. Dopo 5 mesi, ottenne la cresima e la settimana successiva disse alla madre la verità, le raccontò tutto quello che quel mostro gli aveva fatto. La sera in cui Marco raccontò alla madre l'accaduto lei lo riferì subito al padre che reagì infuriandosi con il figlio, gli diede del bugiardo e dell'incosciente in quanto stava rischiando di creare problemi a un sant'uomo e a tutta la sua famiglia e che per questo era una persona cattiva e non avrebbe dovuto più dire ad alta voce tali bugie. Da quel momento Marco iniziò a percepirsi come sballato e ingrato, la sua autostima e l'immagine di sé mutarono, divenne insicuro e qualsiasi occasione era utile per incolparsi e punirsi. Tutto questo avvenne sia per l'episodio di abuso ma soprattutto per la successiva reazione colpevolizzante della famiglia. Quello che è emerso nella terapia con lui è che paradossalmente la parte più grave dell'esperienza di essere stati abusati può non essere l'abuso in sé, ma lo sperimentare il tragico tradimento di coloro che avrebbero dovuto proteggere il bambino violato e invece non l'hanno fatto negando il suo ascolto.

Conseguenze nella vittima di abuso

L'abuso è sempre un'esperienza traumatica che coinvolge tutta la persona e

tutto l'ambiente nel quale vive, coinvolge sia il singolo individuo nella sua totalità ma anche la sua vita sociale, relazionale, familiare, spirituale. Le vittime soffrono in modi diversi di conseguenze traumatiche a medio o lungo termine, tanto che solo poco meno di un terzo delle vittime riesce a superare le gravi conseguenze dell'abuso, mentre due terzi soffriranno tutta la vita e svilupperanno disturbi psichici, psicosomatici, relazionali, comportamentali e spirituali. Vi possono essere conseguenze psicologiche inerenti all'autostima, l'adattamento alla realtà, il bisogno di sicurezza affettiva, la capacità di creare legami stabili, la resistenza nell'affrontare situazioni conflittuali e di stress, la capacità di fidarsi ancora degli altri, di credere nella vita e nel futuro. Le emozioni che si imprimono nel profondo, potenzialmente pericolose per l'integrità della vittima, sono: vergogna, disgusto per la propria persona, umiliazione, dolore, frustrazione, delusione, rabbia, paura, colpa, tristezza, senso di solitudine e isolamento, sensazione di aver perso qualcosa di sé e di ritrovarsi con una percezione alterata della propria corporeità. Identità e stima di sé, senso di appartenenza e senso della vita sono crollati e distrutti come dopo una forte scossa di un terremoto. A medio e a lungo termine possono manifestarsi gravi disturbi di personalità e di umore, problemi psichiatrici, conflitti identitari, depressioni, tentativi di suicidio o pensieri ricorrenti in tal senso, disturbo post-traumatico da stress, abuso di sostanze, disturbi del sonno e/o incubi, disturbi alimentari, altre malattie psichiche e psicosomatiche. Vi possono essere anche conseguenze comportamentali immediate caratte-

rizzate da una reazione di spavento o di non gradimento di contatto fisico, disturbi del sonno, perdita di appetito, allusioni sessuali indirette o esplicite inappropriate all'età. Nelle espressioni verbali, negli atteggiamenti, nei giochi e disegni, vi può essere interesse eccessivo ed esclusivo per temi sessuali e pornografici, esibizione di comportamenti autoerotici o simulazione di attività sessuali adulte costringendo altri a parteciparvi. Le conseguenze a medio e lungo termine si esprimono nel peggioramento del rendimento scolastico e lavorativo, nelle difficoltà di adattamento, nel ritiro in attività solitarie o nella ricerca continua di compagnia, nella poca igiene e cura personale, nella preoccupazione circa la propria immagine, nel vestirsi in modo da nascondere le ferite o il proprio corpo, quasi vergognandosene, nello sviluppo adolescenziale, nell'ostilità verso le figure di autorità, nel torturare animali, nella tendenza a esser fisicamente violenti verso i fratelli minori e porsi comunque in conflitto anche con quelli maggiori, nel distruggere giocattoli, animali di peluche o oggetti un tempo amati e preferiti, nell'autolesionismo, nelle attività criminali e nell'abuso di sostanze. Possono manifestarsi anche conseguenze fisiche immediate quali ferite, ematomi, perdite di sangue, escoriazioni, dolori addominali, infiammazioni e infezioni riguardanti l'area genitale, anale e orale, o sintomi come prurito, nausea, diarrea e ricomparsa di eruzioni notturna. A medio e lungo termine si possono presentare sintomi come malattie sessualmente trasmesse, perdita o aumento di peso, disturbi gastrointestinali, sindromi dolorose, patologie ginecologiche e sintomi cardiopolmonari, comportamenti autolesio-

nistici, condotte auto-aggressive e di trascuratezza. Le conseguenze sociali a medio e lungo termine possono esprimersi nel tentativo di scappare da casa, nell'associarsi a gang di strada, nel manifestare panico negli spogliatoi al momento di cambiarsi i vestiti, nella difficoltà di instaurare relazioni di amicizia o di mantenere legami profondi, nella promiscuità sessuale, nelle ricadute, attive o passive, in situazioni di abuso nell'ambito di studio, di lavoro o di realtà sociali. Rimanere invischiati in relazioni coniugali maltrattanti è segno presuntivo di una storia di sviluppo traumatico. Spesso i pazienti che arrivano in terapia dopo aver subito un trauma scopriranno di aver avuto anche un disturbo di attaccamento insicuro. Anche sul piano religioso e spirituale ci possono essere conseguenze gravi, crisi profonde e radicali che in alcuni casi portano radicalmente o gradualmente all'abbandono della fede e della Chiesa.

Conseguenze di un inadeguato

o mancato ascolto nel minore vittima di abuso sessuale

Il tipo di supporto che le figure di accudimento daranno alla vittima dopo la scoperta dell'abuso cambierà il futuro della vittima e farà sì che si possano verificare importanti cambiamenti nell'elaborazione e superamento dell'esperienza stessa e nel livello di gravità con cui si potranno presentare nell'età adulta conseguenze psicologiche dell'abuso. Quando il minore viene respinto nel tentativo di comunicare l'accaduto in modo diretto ad un genitore o a una figura individuata come degna di fiducia, il piccolo sperimenta la tragedia del doppio tradimento ossia quella dell'adulto abusante e dell'a-

duto che dovrebbe proteggerlo. Quando l'ascolto non c'è il colpevole la fa franca, resta vincente sicuro del silenzio della vittima (Cancrini, 2012). La mancanza di vicinanza e di condivisione emotiva nei confronti del bambino e la solitudine che ne consegue vengono a rappresentare un elemento costitutivo dell'esperienza traumatica. I bambini che hanno la possibilità, invece, di essere curati e ascoltati in modo adeguato possono al contrario sviluppare in modo corretto la loro capacità di integrazione evitando lo sviluppo di un disturbo di personalità (Gottmann, 1997). L'essere umano ha bisogno di narrare se stesso e di dare significato e ordine al proprio disagio e alla propria vicenda esistenziale e la soddisfazione di tale bisogno ha effetti psicobiologici di tipo salutare. L'ascolto di cui ha bisogno un bambino abusato è reso possibile solo dalla maturità affettiva di un adulto in grado di riconoscere e di contenere le emozioni suscitate in lui dal racconto e di guardarle dall'angolino della mente che gli permette di mantenere il controllo della situazione e la sua sicurezza. Il lavoro terapeutico che si sviluppa a partire dal racconto è fondamentale per curare il paziente che deve liberarsi del peso collegato al dolore della memoria, per avere sollievo e più tardi per evitare che ricordi traumatici non elaborati destabilizzino il suo sviluppo emotivo e le sue relazioni con gli altri (Mellidon, 2003).

Il percorso psicoterapeutico di Marco da adulto

Oggi Marco ha 44 anni e seguendo le orme del padre è diventato un grande imprenditore. Non si definisce credente e non è mai più entrato in una chiesa dalla sua cresima.

Negli ultimi anni ha ripreso a praticare uno sport, di cui il padre non se ne intende e su cui non esprime giudizi.

Marco arriva nello studio della terapeuta su indicazione del neurologo che lo ha in cura e che gli consiglia di parlare con una psicologa in quanto molto stressato. Fin dalle prime sedute emerge che i tanti problemi riportati hanno origine da molto lontano. La terapeuta vorrebbe poter conoscere un po' il Marco bambino ma sente che la sua richiesta non è ancora opportuna. La domanda profonda che porta Marco in terapia è il bisogno di rielaborare l'esperienza dell'abuso sessuale, che lui intuisce confusamente essere all'origine dei suoi disagi, ma le domande esplicite che porta nel corso della terapia sono molteplici e sempre legate a sintomi emergenziali reattivi a circostanze del qui ed ora della sua vita. Le memorie traumatiche non dovrebbero essere mai forzate perché potrebbero causare un sentimento di vergogna che inciderebbe negativamente poi sull'alleanza terapeutica provocando l'attivazione di processi psicopatologici disintegrativi. È bene rimandare l'approfondimento a fasi successive della terapia quando il paziente avrà raggiunto un maggior senso di sicurezza e di autocontrollo (Courtois e Ford, 2009). Il compito principale della terapia con Marco, nella prima fase, è stato quello di ottenere le condizioni di sicurezza per il paziente, sia all'interno della relazione terapeutica, attraverso la costruzione di una buona alleanza sia all'esterno della terapia, con la stabilizzazione dei sintomi più invalidanti. Scopo di tale fase non è stato la scomparsa di tali sintomi, ma aumentare la capacità del pa-

ziente di comprenderne la natura, controllarli e tollerarne il ripetersi senza esserne sconvolto o travolto. Per tali motivi nella terapia con Marco ci si è soffermati prima sulla sua dipendenza da sostanze stupefacenti, sull'aumentare la consapevolezza dei suoi stati emotivi e sull'aiutarlo nella gestione di relazioni sentimentali o di amicizia tossiche. Solamente quando le varie emergenze si erano stabilizzate si è potuto affrontare il tema dell'abuso sessuale subito nell'infanzia. Ottenuta questa stabilizzazione dei sintomi più perturbanti si è potuto passare alle operazioni terapeutiche della seconda fase: identificazione e graduale superamento delle fobie degli stati interni, lavoro sulle memorie traumatiche, identificazione ed integrazione degli stati dell'io dissociati. È necessario aver ottenuto la condizione di sicurezza per poter poi affrontare il delicato lavoro della seconda fase della terapia (Liotti e Farina, 2011). Se si procedesse alla ricostruzione delle memorie traumatiche senza aver guadagnato la necessaria sicurezza, il paziente potrebbe rivivere con inutili e controproducenti dolore il trauma e andrebbe incontro a processi dissociativi più frequenti e gravi e la terapia avrebbe un effetto iatrogeno. Nella terza fase della terapia Marco è stato aiutato a compiere nuove esperienze che gli avrebbero potuto consentire di sperimentare nuove abilità relazionali e dirigersi con autonomia verso i propri scopi esistenziali. La terza fase mirava alla valutazione congiunta del nuovo modo di funzionamento mentale integrato e allo sviluppo delle capacità relazionali e metacognitive che lo accompagnano. Il lavoro per singoli obiettivi

permette al momento del loro raggiungimento, anche parziale, l'aumento del senso di efficacia personale e di autocontrollo, profondamente leso nei casi di vita traumatica. Questo percorso terapeutico non ha seguito sempre un andamento lineare, ma più spesso ha assunto la forma di una spirale dove è stato necessario ripercorrere circolarmente le fasi precedenti, soprattutto la prima, incentrata sulle dinamiche relazionali abnormi (Herman, 1992). In una buona terapia, come in una spirale, ogni fase è stata più breve e tendeva verso il centro della meta (Courtois e Ford, 2009). Terapeuta e paziente giungono a incontrarsi ognuno con i propri obiettivi, i quali inizialmente possono essere solo in parte e implicitamente coincidenti. È un compito utile in psicoterapia la condivisione esplicita degli obiettivi e la loro coordinazione. Il terapeuta dovrebbe sempre chiedere al paziente di esprimere le mete verso cui desidera tendere la psicoterapia e tener conto delle risposte date per formulare la propria parte. La meta iniziale del lavoro congiunto potrà essere poi ovviamente riformulata da entrambi i membri della diade terapeutica in funzione di quanto emergerà progressivamente dall'esplorazione clinica, ma richiede fin dall'inizio al paziente un atto di cooperazione, spesso inatteso da chi si rivolge a un clinico. Quando la terapeuta ha suggerito a Marco che buona parte delle difficoltà e dei dolori che lui prova oggi possono trattarsi di un grido di aiuto di una sua parte in grande difficoltà e sofferenza, lui disse che non gli interessava da dove derivasse ma voleva solo che sparisse e che non si sentisse mai più così. Questo accade perché del

bambino intrappolato si percepisce solamente il disagio che si prova ancora oggi nella vita dell'adulto e infatti la richiesta iniziale che lo porta in terapia è quella di liberarsene, e non certamente di formarne un'alleanza. Marco non riusciva a mettere in collegamento il passato di lui bambino con quelle emozioni provate oggi da adulto, come se di quel ricordo di abuso non ci fossero emozioni, come se fosse un film muto a cui assistere con distacco. Durante una seduta la terapeuta ha cercato di entrare in contatto con quel bambino senza pace che reclamava invece a gran voce il diritto di rientrare a far parte della storia, che pure gli appartiene di diritto e ne è nato un doloroso braccio di ferro interiore originato dalla percezione che il solo modo per liberarsi del disagio che si prova debba necessariamente passare dall'annullamento di questa parte, vissuta come minacciosa. Il paradosso è che il Marco adulto si stava, senza rendere conto, difendendo dal bambino che è stato e che quel bambino oggi chiede il diritto di parola in un modo disorganizzato e goffo, ma è lui il responsabile dei sintomi insorti a seguito della ferita infera dall'esperienza di abuso, dalle difficoltà di relazione, dalla sfiducia in se stessi e negli altri (Bakacs, 2020). Marco racconta che assume stupefacenti da quando aveva circa 14-15 anni per non pensare, ha sempre fumato hashish per poter staccare la mente dalla realtà e alleggerire i suoi pensieri. In passato e per tanti anni questa strategia ha funzionato, nonostante tutto riusciva a lavorare e a consumare sostanze in modo attento per poter comunque condurre una vita regolare; ma ora, dopo la diagnosi di sclerosi

multipla, quando consuma le sostanze di sempre è molto più rallentato e il giorno successivo fatica a svegliarsi, fatica ad andare a lavorare e sono aumentati anche i problemi con la sua compagna. Marco ora si accorge di consumare le canne soprattutto in momenti di tensione o di ansia o in quei momenti in cui deve compiere una scelta o decisione. Occasionalmente dice anche di consumare alcolici, ma quando beve lo fa a livello da perdere la coscienza di sé, la sua difficoltà è quella di non riuscire a fermarsi dopo due bicchieri di vino. Fumare hashish, invece, per lui è diverso in quanto dice lo fa star bene, mentre il bere alcolici lo fa star male perché gli ricorda quanto si sente inadeguato. L'alcol gli è necessario a suo dire per sembrare più attraente e normale, per assomigliare agli altri che, secondo lui, sono divertenti e spavaldi mentre lui è timido e insicuro e questi aspetti spiacevoli di sé, grazie all'alcol, spariscono. Quando giunge al termine la sua relazione tossica con la fidanzata Sonia, lui può iniziare a lavorare in terapia sulla sua dipendenza da sostanze stupefacenti. Marco si è rimesso in piedi e per due anni non ha più toccato hashish e alcolici e ha perfino smesso di fumare sigarette. Per due anni ci sono stati tre o quattro scivoloni in cui in occasioni di feste aveva bevuto o aveva consumato sostanze, ma, poi non aveva ripreso a consumare regolarmente e considerava questo una sua grande conquista. Da un anno Marco ha ripreso a fumare hashish perché Lara, la sua nuova ed attuale compagna, gli ha regalato per Natale un vasetto colmo di droga. Nel corso delle sedute terapeutiche abbiamo affrontato la tematica della regola-

zione emotiva e cercato di aumentarne il riconoscimento. Marco ritiene che la sua vita sia stata dominata a lungo dalla rabbia. Oggi prova rabbia verso il parroco che gli ha stravolto la vita e che viene ancora amato in paese come se fosse un sant'uomo. È molto arrabbiato con i suoi genitori che non l'hanno accolto e che nella vita non lo hanno mai visto nel profondo, è arrabbiato anche con il fratello perché lui è riuscito a svincolarsi dai suoi genitori e a non subire l'influenza, ma così facendo lo ha lasciato solo. Infine, è arrabbiato con se stesso perché non è riuscito a salvarsi del tutto da questo scifo e sostiene che forse se lo è meritato. Con gli anni nel corso del percorso terapeutico questa rabbia verso di sé si è trasformata in tristezza e compassione, tuttavia occasionalmente la rabbia riappare. La vergogna è un'altra emozione molto presente nella sua vita e viene vissuta catastroficamente e solitamente è provocata e sostenuta da una generalizzazione del senso di indegnità e mancanza di valore (Lee et al., 2001). Marco si vergogna di sé, si vergogna del suo passato e dell'abuso che ha subito, si vergogna perché si sente inadeguato. Spesso tale emozione è fortemente collegata alla paura che lui sente nei confronti delle scelte, teme sempre il giudizio altrui o di poter sbagliare, ha paura dei suoi pensieri, ha paura del passato ma ha anche paura delle novità. Marco nel corso di una seduta dice "Avrei dovuto capire cosa sarebbe accaduto... Avrei dovuto fermare quella cosa! Sono la persona più stupida sulla faccia della terra", dimenticandosi facilmente che un tempo, quel tempo in cui qualcuno di cui si fidava ha abusato di lui

quando aveva solo 10 anni. Marco dice che quando sentiva paura o timore pensava di essere lui quello sbagliato. Quando la terapeuta gli chiede che cosa avrebbe potuto fare per sentirsi meno idiota risponde "Non lo so picchiarlo, fuggire via dopo il catechismo, dire di no... In che modo non lo so, so solo che sono stato una persona stupida e debole, non un uomo vero e non voglio più sentirmi così! Tutti al mio posto avrebbero fatto diversamente e infatti quello ha scelto me perché sapeva che gli altri bambini avrebbero fatto diversamente. Io invece sono rimasto immobile come uno scemo. Mi prenderei ancora oggi a pugni". La terapeuta dice a Marco che capiva quello che diceva ma che all'epoca aveva poco più di 10 anni e a quell'età si è solo un bambino. Solo allora lui la guardò come se per la prima volta avesse davvero capito il peso di quelle parole. Nel lavoro con il senso di colpa è stato fondamentale riconnettere il bambino all'adulto e far rientrare il presente nel passato senza considerare il passato come una riletitura che l'adulto fa di se stesso del presente. Più volte venne detto a Marco che questi discorsi che lui stava facendo erano i pensieri di un adulto per cui la terapeuta gli chiese di sforzarsi di pensare come quando aveva 10 anni e non 40. Gli ripeté che lei vedeva semplicemente un bambino in difficoltà che non sapeva cosa fare perché aveva paura di perdere chi amava e temeva di essere respinto se non avesse fatto ciò che l'adulto richiedeva. Per quanto riguarda invece le relazioni sentimentali racconta che da ragazzo aveva tantissime relazioni occasionali, spesso si trattava di relazioni sessuali con sconosciute in

cui non c'era nessun coinvolgimento relazionale. Poi ha conosciuto Sonia che è stata la sua prima relazione importante e la sua prima convivenza. Lei gli è stata molto vicina nel momento della diagnosi di sclerosi multipla, lo ha supportato e motivato a curarsi. I primi anni della loro relazione erano caratterizzati da feste, baldoria, tanto alcol e tante sostanze stupefacenti. Racconta che spesso anche il sesso veniva vissuto un po' come una terza droga. Dopo la diagnosi la relazione cambia, lui non riusciva più a far la vita sfrenata di prima e Sonia ha iniziato a contare quanti rapporti sessuali aveva alla settimana e ha iniziato ad arrabbiarsi violentemente con lui, le liti e l'aggressività verbale erano all'ordine del giorno. Per Marco è stato difficilissimo lasciare Sonia in quanto odiava il dover fare scelte e anche quando sapeva che il presente era orribile aveva comunque paura del cambiamento, temeva di non essere in grado di vivere da solo e aveva paura di restare solo a lungo con i suoi pensieri. Poi Marco un giorno a una festa conosce Lara, già mamma di un adolescente che vive con lei in quanto il padre da cui è separata da tanti anni è in carcere per spaccio e rapina. Lara e Marco si fidanzano subito e nel giro di tre settimane vanno a convivere. Lei inizialmente è una figura molto positiva per Marco in quanto lo incoraggia ad ampliarsi nel lavoro, lo sostiene e rassicura anche dal punto di vista sessuale, a differenza di Sonia. Poi scoppia il Covid e anche la loro serenità familiare scoppia. Lara perde il lavoro, tuttavia non ne cerca un altro e ora vive grazie ai soldi che mensilmente Marco le dà per comprarsi ciò che desidera e per le

spese di casa. Lara trascorre la giornata con le amiche al bar, spesso è ubriaca a qualsiasi ora del giorno. I due litigano quotidianamente fino quando a Natale lei regala a lui droga. Da allora i litigi con Lara a causa dell'alcol non esistono più o almeno Marco si arrabbia ancora con lei perché è sempre ubriaca, ma lei ora può rispondergli di tacere in quanto lui è drogato. Marco oggi è arrabbiato con lei perché ha capito il motivo di tale regalo ed è anche arrabbiato con sé stesso perché ci è cascato e sta riflettendo se terminare o meno la relazione. Il suo rapporto con i genitori non è mai cambiato rispetto all'adolescenza. Attualmente il frequenta spesso, ma parlano in modo superficiale e di banalità. Non si può parlare di quell'abuso avvenuto 30 anni prima, non si può nemmeno parlare della malattia di Marco e tantomeno si può parlare della dipendenza da sostanze del figlio. Marco dice che quando va dai genitori si mette una maschera e interpreta il ruolo del figlio modello. Marco racconta di sentirsi come un fantasma in questo periodo della sua vita, si sente di vivere con indosso una maschera, ma non sa lui stesso più chi è senza la maschera e dice addirittura di non esistere senza quella maschera. Non sa se è un fantasma o se fa il fantasma. Recentemente Marco ha avuto tre episodi amnesici, altri gli hanno raccontato che lui agiva normalmente ma diceva cose strane, non riconosceva persone familiari ed aveva un buco amnesico di alcune ore. Vengono effettuati tutti gli esami per escludere che si tratti di episodi di epilessia o che la sua recente perdita di peso possa aver causato degli svenimenti e solo quando tutte le cause

mediche sono state escluse è stata fatta una richiesta di visita psichiatrica per valutare che non si tratti di dissociazione o di episodi dissociativi tanto che attualmente è in fase di valutazione psichiatrica. La mente umana tende a scappare via dalla sofferenza e ancor di più a scappare a gambe levate dalla sofferenza traumatica. Per assaporare la felicità non è necessario essere privi di sofferenza in quanto di fatto l'arte della felicità è anche l'arte di soffrire bene (Thich Nhat Hanh, 2015). Marco, nel corso di una seduta, riporta il suo desiderio di essere felice e di smetterla finalmente di soffrire. Per non creare in lui aspettative non realistiche gli viene ricordato che solamente quando impariamo a conoscere e ad abbracciare la nostra sofferenza, soffriremo molto meno.

Una delle cose più difficili da accettare è che non esiste un mondo dove c'è solo felicità e dove non c'è sofferenza. Spesso si tende a pensare che per essere felici bisogna evitare ogni sofferenza, ma solo se si saprà riconoscere ed accettare il dolore senza rifugiarsi si scoprirà che nello stesso tempo potrà esserci anche la gioia. La felicità e la sofferenza sono due facce della stessa medaglia e pertanto devono esistere entrambe, sono di natura biologica e quindi entrambe passaggero in continuo mutamento. Per spiegare meglio tale concetto durante la terapia gli viene narrata una metafora, gli si racconta che il fango non ha un buon odore, è un materiale sporco ma occorre ai fiori di loto affinché possano crescere. Senza fango il fiore di loto non si matura. Naturalmente è possibile restare anche bloccati nel fango della vita e la cosa più difficile da fare è proprio quella di non

lasciarsi prendere dalla disperazione in quanto altrimenti si vedrebbe solamente sofferenza e si avrebbe la sensazione che ci stia capitando la cosa peggiore. È proprio in tale circostanza che dovremmo ricordare che la sofferenza non è altro che una specie di fango che ci potrebbe servire per generare gioia e felicità. Solo se si sa fare un buon uso del fango si potranno coltivare bellissimi fiori di loto e se si saprà fare un buon uso della sofferenza si potrà generare felicità. Solo se sappiamo riconoscere la sofferenza, solo se la abbracciamo e la osserviamo a fondo sappiamo lasciare andare le modalità che la alimentano e possiamo trovare allo stesso tempo una via per essere felici.

Quando Marco provava sofferenza gli veniva l'impulso di fuggire o di riempirsi di droghe o di fare qualunque cosa per tenere la mente lontana dal dolore che aveva dentro, ma non funzionava, forse tale tecnica storica dice per un po', ma se la sofferenza inferiore vuole la nostra attenzione si ripresenterà finché non riuscirà ad ottenerla. Non dovremmo più combattere la sensazione di sofferenza o reprimerla, ma piuttosto cullarla con molta tenerezza. Il solo fatto di prendere teneramente tra le braccia tale dolore potrà darci sollievo, se riusciremo a riconoscere e a cullare la sofferenza proveremo già sollievo. Riconoscere una grande sofferenza e abbracciarla senza giudicarla non equivale di fatto a una resa. Un insegnamento buddista che si trova nel "Sutra della freccia" dice che se ti colpisce una freccia si proverà dolore nella parte colpita, ma poi se arriverà una seconda freccia, che colpirà esattamente lo stesso punto, il dolore non sarà solo il doppio ma almeno dieci volte

più intenso. Le cose sgradevoli che talvolta ci capitano nella vita equivalgono alla prima freccia e provocano in noi un certo dolore. La seconda freccia, scoccata da noi stessi, è costituita dalla nostra reazione, dalla storia che ci raccontiamo, dalla nostra ansia e tutte queste cose ingigantiscono la sofferenza. La terapeuta spiega a Marco che nel suo caso la seconda freccia ha forse assunto la forma del giudizio (come ho fatto a essere così stupido?), della paura (e se il dolore non se ne dovesse andare?), e della rabbia (detesto provare dolore, non me lo merito!).

Attivazioni e risonanze emotive nel terapeuta sistemico relazionale

Per una terapeuta sistemico relazionale le risonanze emotive, oltre che potenziali ostacoli possono divenire anche strumenti terapeutici da condividere con l'altro al fine di una co-costruzione condivisa di significati (Vito, 2018). La terapeuta solo grazie alla pervasività delle emozioni intense visuite nella sua storia personale può tentare di utilizzarle, con grande fatica e non sempre, come risorsa nell'incontro con l'altro al fine di una maggiore comprensione del suo dolore. Dovrà distinguere ciò che appartiene al suo passato, alla sua storia familiare da ciò che invece appartiene al contesto presente e al sistema terapeutico, senza essere invasa dalle emozioni che il sistema terapeutico evoca, per effetto della risonanza, della propria storia. L'autrice racconta che all'inizio della sua attività di psicoterapeuta ha avuto molta difficoltà a incontrare famiglie in cui riscontrava analogie con la sua storia familiare, alcune volte avrebbe

volluto non prenderle in carico, ma poi si attivava in lei un forte senso di colpa legato al suo senso del dovere, anch'esso ereditato dal suo trigenitoriale. Ha capito, negli anni e con l'esperienza, che la vita farà prima o poi incontrare le situazioni evitate in precedenza, come se in qualche modo ci obbligasse necessariamente ad affrontare quegli ostacoli e quegli "orridi". Le risonanze che si attivano nel terapeuta durante la seduta fanno sì che la sua sensibilità si trasformi in un radar ultrasensibile al servizio dei suoi pazienti e che il proprio controtransfert diventi una risorsa fondamentale per captare vibrazioni intime dell'anima dei pazienti, per capirle e utilizzarle per migliorare la comprensione dei problemi attualmente presentati. La terapeuta stessa ha dovuto inevitabilmente chiedersi quali fossero le sue collusioni o frizioni e quanto esse incidessero nella sua vita e nella relazione terapeutica. Conosceva la rabbia presente in Marco, conosceva ciò che simboleggiavano alcuni sintomi del suo paziente e forse è per questo che nelle prime sedute trovava Marco estremamente pesante proprio perché erano pesanti certi temi nella sua vita tanto che in un qualche modo "certe cose" del paziente erano anche "roba sua". Le risonanze nel corso della terapia sono state diverse da quelle iniziali, il lavoro di analisi didattica ha aiutato la psicoterapeuta ad accettare e ad accogliere quei nodi non ancora risolti in lei e ad usarli positivamente nella stanza di terapia tanto che oggi siede molto più comodamente sulla sua poltrona di psicoterapeuta in quanto ha imparato a raccogliere le fragilità della natura umana. Grazie all'incontro con Marco ha capito

che la relazione è terapeutica tanto per il paziente quanto per i terapeuti stessi (Vito, 2018). L'autrice condivide le parole di Whitaker (1989) quando descrive la crescita del terapeuta e il passaggio che si compie dal sapere qualcosa sulla terapia al fare terapia, fino ad arrivare ad essere terapeuta: lo strumento reale che garantisce il cambiamento è il terapeuta stesso, in quanto il suo cambiamento garantisce il cambiamento del paziente stesso. Con Marco il costantissimo lavoro psicoterapeutico è stato quello di fiancheggiare la sua diffidenza e perdita di speranza e spingere continuamente su un'altra lettura possibile, una lettura per cui il lieto fine è possibile solo se si riesce a ridefinirne il significato. Esso non combaccerà mai con un vissero felici e contenti, ma piuttosto con un vissero riappacificati con il proprio passato imparando a lasciarselo alle spalle, dopo averlo reintegrato con il resto. Sarà un'impresa difficile ma è possibile farlo utilizzando gli strumenti più adatti. Le cicatrici lasciate da un abuso nell'infanzia si palesano nell'adulto attraverso sintomi e quadri patologici più o meno gravi, ma è quello che si nasconde sotto di essi che va svelato e sanato. Marco oggi ha capito che non esiste un vissero felici e contenti come termine della sua storia, ma che la felicità equivale al momento in cui ci si può liberare del senso di colpa e della responsabilità di quell'abuso e tornare a riprendersi quel bambino e la sua innocenza. Lui è un sopravvissuto e come tale è stato costretto dall'esperienza traumatica a richiamare risorse che in condizioni di normalità nessuno utilizzerebbe e per questo quelle stesse risorse possono essere usate ancora oggi

per sé stessi e non contro e diventare un vantaggio. C'è solo una persona in grado di salvare il bambino dal mondo soverito in cui l'esperienza di abuso lo ha gettato e quella persona è l'adulto che quel bambino è diventato e che oggi può fare quello che gli altri adulti non hanno potuto fare per lui, può amarlo e salvarlo dalla tragedia in cui è stato gettato. Le domande di Marco dovrebbero diventare motivazione al cambiamento e tramutarsi in coraggio di provare a capovolgere la propria storia, questa volta finalmente nel suo giusto verso.

Bibliografia

- Bakacs, S. (2020). *C'era una volta un bambino. L'adulto vittima di abuso sessuale nell'infanzia*. Torino: AmazonItalian Logistica
- Cancrini, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano bordeaux*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Courtois, C.A., Ford, J.D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York-London: Guilford Press.
- Herman, J.L. (1992). *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*. Journal of Traumatic Stress, 5, 3, 377-391.
- Lee, D.A., Scragg, P., Turner, S. (2001). *The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD*. British Journal of Medical Psychology, 74, 451-466.
- Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello cortina Editore.
- Minuchin, S. (1974). *Famiglia e terapie della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Thich Nhat Han (2015). *Trasformare la sofferenza. L'arte di generare la felicità*. Firenze: Terra Nuova Edizioni.
- Vito, A. (2018). *Il sé e le emozioni del terapeuta*. Luigi Guerriero Editore.
- Wellton, E. (2003). *La ripetizione dell'abuso e dei maltrattamenti da una generazione all'altra*. In Foti, C. *L'ascolto dell'abuso e l'abuso nell'ascolto. Abuso sessuale sui minori: contesto clinico, giuridario e sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Whitaker, C.A. (1989). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Roma: Astrolabio.

“Mio padre è morto e non ho pianto”: il lutto di Andrea e le aspettative degli altri”

Blandizzi Mariaconcetta¹⁴

Sommario

Il presente articolo affronta il tema del lutto mettendo in luce pregiudizi, timori e perplessità del terapeuta in formazione che, preso dal desiderio di voler aiutare il paziente, riscopre invece la bellezza dell'incontro con le storie dell'altro anche quando si tratta di storie dolorose. La storia raccontata è quella di Andrea, un ragazzo di 17 anni il quale subisce una serie di lutti nel corso della sua vita a tal punto da mettere in discussione il suo stesso posto nel mondo e nella famiglia. Attraverso gli incontri con Andrea il tema della morte si trasforma nel tema della vita e del diritto di essere vivi, il fin di vita lascia il posto al desiderio e alla speranza della generatività portando con sé l'eredità di chi non c'è più.

Parole chiave:

Lutto, pregiudizi, bellezza, storie, generatività, eredità.

Abstract

This article deals with the theme of mourning by highlighting prejudices, fears and perplexities of the therapist in training, who taken by the desire to want to help the patient, rediscovers instead the beauty of the encounter with the stories of the other even when it comes to painful stories. The story told is that of Andrea, a 17-year-old boy who suffers a series of bereavements throughout his life to the point of questioning his own place in the world and in the family. Through the meetings with Andrea, the theme of death is transformed into the theme of life and the right to be alive, the end of life gives way to the desire and hope of generativity bringing with him the heritage of those who are no longer there.

Keywords:

Mourning, prejudices, beauty, stories, generativity, inheritance.

Vivere la morte

Il tema della morte e della sofferenza è stato storicamente affrontato soprattutto dal punto di vista religioso e antropologico ma recentemente ha suscitato l'interesse di altre discipline che si sono dedicate alle modalità con cui la società contemporanea si confronta con la sofferenza. Anche in campo psicologico ci sono stati contributi importanti, a partire dalle opere di Freud, mentre l'attenzione alla dimensione familiare sembra essersi affermata soltanto negli anni a seguire. Quello che è certo è che la morte ha delle conseguenze su chi rimane, sono i vivi a pagare il prezzo ed è interessante prestare attenzione a quanto avviene in famiglia in seguito alla perdita di un componente, a come viene affrontato il dolore, alle forze messe in campo per consentire il superamento ristabilendo, così, il corso della vita. Tra la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Settanta vengono pubblicati due libri fondamentali: il saggio di Kubler-Ross (1969), *On Death and Dying* e quello di Brim (1970), *The Dying Patient* che concentrano l'attenzione sui cambiamenti sul modo di considerare la morte e il morente dagli specialisti della salute. Se prima gli studi sul lutto si erano focalizzati sull'approfondimento degli aspetti intrapsichici, l'attenzione dei terapisti familiari è rivolta soprattutto alle dinamiche relazionali in un'ottica trigenazionale.

Parlare di morte in terapia

Nonostante faccia parte del normale ciclo di vita, spesso parlare della morte risulta essere difficoltoso a tal punto che permane un alone di non dicibilità attorno a questo tema. La letteratura ci insegna che il tabù sulla morte

è particolarmente presente in quelle famiglie che fanno i conti con un malato terminale e ciò è ancora più vero quando all'interno di tali famiglie sono presenti dei bambini o degli adolescenti. Dietro al palese tentativo di proteggere la famiglia dal dolore si nasconde spesso la paura di comunicare su degli aspetti emotivi che fanno paura. Nelle famiglie in cui la morte è considerata un tabù spesso si chiede ai curanti di evitare di dare informazioni sul reale stato della malattia al malato stesso. Il silenzio diventa la loro difesa principale e la solitudine è l'unica realtà che si presenta al morente. Per fare in modo che un evento, anche se portatore di sofferenza, diventi una parte vissuta ed elaborata della propria vita bisogna rompere il tabù che non si possa condividere il dolore per la morte e la malattia di un familiare con tutti i membri della famiglia, anche con i bambini. Per elaborare la perdita c'è bisogno di condividere la storia, le gioie e i dolori, le speranze e le preoccupazioni. Questo non significa evitare il dolore o cancellare le ferite ma piuttosto fare in modo di considerare la morte come parte del vivere. Sarebbe opportuno considerare che è necessaria una grande motivazione per decidere di parlare di qualcosa visto come insopportabile e chiedere aiuto. Spesso le persone sono restie a chiedere un colloquio anche per una sorta di pudore nei confronti delle storie di famiglia, soprattutto quando queste coinvolgono un morto del quale potrebbero emergere storie sgradevoli o imbarazzanti. Le storie che incontriamo in terapia sono spesso complesse e quello che ci viene richiesto, più o meno implicitamente, è di sostenere il peso delle narrazioni senza essere giudicanti. La narrazione, infat-

¹⁴ Blandizzi Mariaconcetta, *Ill anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata Siracusa - blandizzimariaconcetta@gmail.com*

ti, ha una funzione fondamentale nel lavoro del lutto in quanto permette di ripensare e di riformulare tutte quelle identità personali, familiari e sociali che non possono rimanere invariate dopo la morte di una persona cara. Nel corso della narrazione si andranno a recuperare quegli eventi rilevanti nella relazione con il defunto riformulandoli alla luce del presente. Attraverso di essa è possibile dare un nome alle emozioni che l'evento ha suscitato condividendole per diluire la sofferenza e consente di modificare la relazione. La possibilità di condividere rappresenta un percorso indispensabile per il passaggio del dolore perché da sofferenza per sé stesso diventi pena per l'altro che non c'è più e diventi, dunque, memoria e ricordo.

Il lutto in adolescenza

Nell'età dell'adolescenza, la perdita di una persona cara porta con sé delle peculiarità. Quella dell'adolescenza è la fase di passaggio forse più critica della vita in quanto avvengono in breve tempo le maggiori trasformazioni fisiologiche, psicologiche ed emotive. In questa fase di transizione, la morte di un genitore, di un nonno, di un membro della famiglia, di un amico, si configura per un adolescente come un'esperienza particolarmente difficile, portatrice di ulteriore caos e confusione. Nel loro modo di pensare, muoiono solo le persone anziane: loro stessi e quanti vivono loro accanto sono invincibili, immortali. Tanto più se la perdita si presenta in maniera improvvisa si può avere negli adolescenti un prolungato senso di irrealtà, il bisogno di rifugiarsi in un mondo parallelo, come se niente fosse avvenuto, con una reazione prolungata di shock e incredulità.

È probabile, poi, che gli adolescenti si esprimano più attraverso manifestazioni di rabbia che di tristezza, non solo perché la rabbia tiene a bada e nasconde il dolore, ma anche perché è un'emozione con la quale hanno più familiarità. Conoscere e sperimentare il dolore in prima persona può cambiare il proprio modo di pensare e di rapportarsi agli altri. Spesso però attorno all'adolescente si crea una sorta di iperprotettività che può ostacolare questa loro apertura alle emozioni. In particolare, nel caso della perdita di un genitore gli si chiede spesso di collaborare, di essere di aiuto nei confronti del genitore sopravvissuto. La responsabilità di cui li si carica può non dare loro il permesso di elaborare il proprio lutto se non si consente loro la possibilità di esprimere la difficoltà che stanno vivendo. A volte si pensa che sia buona prassi distrarre il ragazzo, farlo uscire, evitare di parlare della morte. Dolore e tristezza sono comunque dei sentimenti che non si cancellano con facilità ma sarebbe opportuno aiutare l'adolescente a riconoscere e a confrontarsi con questi sentimenti nuovi per lui e a poterli esprimere nel suo modo.

Il lutto nella famiglia di Andrea

Andrea è un ragazzo di 17 anni che al nostro primo incontro, non appena si siede, mi dice: "mio padre è morto e io non ho pianto". Daniele, il papà di Andrea, muore quattro anni prima quando il ragazzo ha 13 anni, tre mesi dopo la diagnosi di tumore cerebrale. La mamma di Andrea, Rossella ha 41 anni quando rimane vedova e il fratello maggiore di Andrea, Giulio, ha 17 anni. Andrea vive la malattia del padre senza mai essere al corrente dell'effettiva gravità della situazione e

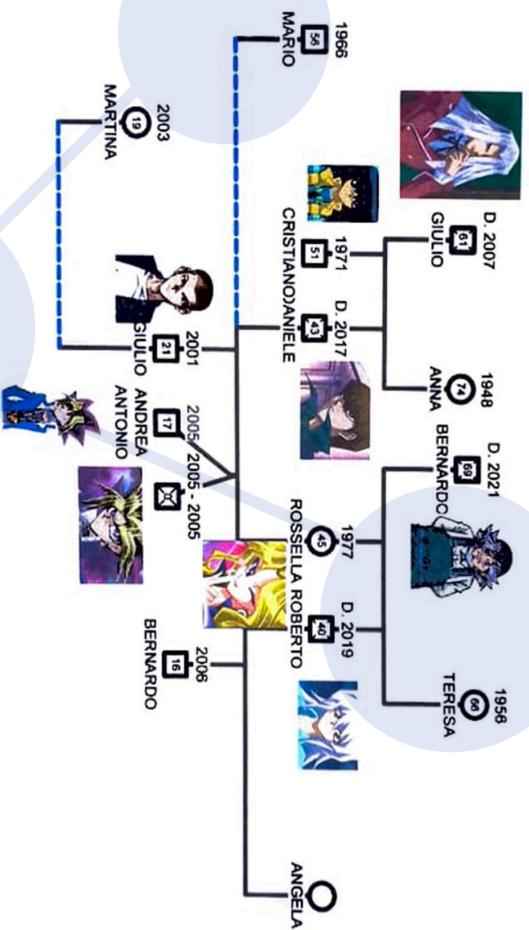
durante i ricoveri ospedalieri non gli viene mai permesso di andarlo a trovare per non fargli capire quale fosse il reparto ospedaliero di degenza. Si rende conto che il padre sta veramente male quando un giorno, rientrato a casa da scuola, lo trova, appena dimesso dall'ospedale, privo dell'uso della parola. Andrea lo saluta ma lui fa solo un cenno col capo e piange. Dopo una settimana, Daniele ha una crisi mentre i ragazzi sono a scuola e muore. Andrea non vedrà più suo padre perché tutti si organizzano per fare in modo che gli venga impedito di vedere il "cadavere". Il giorno del funerale Andrea è presente ma ricorda che, mentre tutti erano in preda ai pianti disperati e il fratello sorreggeva la madre, lui riusciva solo a pensare che suo padre gli aveva promesso di comprare una scatola contenete delle carte da gioco di Yu-gi-oh e che adesso non gliele avrebbe più comprate. Tornati a casa dal funerale Andrea entra nella sua stanza e inizia a giocare con la play station e giocherà ininterrottamente fino alla sera del giorno successivo. Trascorsi tre giorni dalla morte del padre torna a scuola. La professoressa e i compagni si stringono attorno a lui ma Andrea di fronte a quelli che lui definisce occhi compassionevoli si infuria e lancia una sedia addosso ad un compagno. Il preside decide di chiamare Rossella che, in piena fase di disperazione, non si presenta. Al suo posto va lo zio Roberto, fratello della madre. Quando Andrea non è a scuola è a casa a giocare ai videogames online, con un gruppo di amici virtuali. Passano gli anni, la madre ha un nuovo compagno, il fratello si fida e lui è sempre nella sua cameretta con il suo gruppo di amici. Ha 15 anni quando anche lo zio

Roberto, a seguito di una leucemia fulminante, perde la vita nel giro di pochi mesi. Anche stavolta Andrea non vede il corpo dello zio ma per sua volontà. Al funerale si siede accanto alla nonna Teresa (mamma di Roberto) ma è costretto a spostarsi di posto perché riesce solo a fare battute che gli provocano una risata. Andrea chiede di avere un colloquio con me dopo che, circa 10 giorni prima, anche il nonno materno Bernardo muore e stavolta Andrea piange. Il suo pianto suscita la disapprovazione dei suoi parenti che ricordano benissimo che non ha pianto per il padre e in particolare, lo zio paterno, Cristiano, gli dice che forse più che figlio di Daniele è figlio di Bernardo. In quel momento il ragazzo ha una crisi di ansia, si sente mancare il fiato, il cuore batte forte e scappa. Andrea mi elicitava il suo "non sapere chi sono" e in un incontro, dopo una lunga risata, mi racconta che addirittura anche il suo nome non è il suo e che forse non sarebbe nemmeno dovuto esistere. Andrea aveva un gemello in utero nato morto. I suoi genitori avevano deciso che il maggiore si sarebbe chiamato Andrea e il minore Fabrizio. Andrea è il gemello minore ma essendo rimasto l'unico in vita viene scelto per lui il nome Andrea. Quando ha tre mesi contrae una brutta infezione e finisce in coma. I medici comunicano ai genitori che con un'altissima percentuale di probabilità non sarebbe sopravvissuto. La madre passa quella notte pregando il santo alla quale è profondamente devota, Sant'Antonio, promettendo che se il figlio si fosse salvato avrebbe fatto di tutto per cambiare il suo nome. Andrea si salva e Rossella inizia una battaglia legale che la porta ad ottenere che al figlio venga modificato il nome

all'anagrafe in Andrea Antonio. Le parole di Andrea quando racconta questo fatto sono: "Io non so effettivamente di chi sono figlio, perché non so nemmeno chi sono e qual è il mio nome, forse sono figlio della morte".

Il genogramma con le carte di Yu-Gi-Oh

Durante il nostro terzo incontro Andrea si siede e mette sulla scrivania le carte da gioco di Yu-gi-oh e mi racconta che quelle sono le carte che il padre gli aveva promesso in regalo ma che poi non ha mai comprato, così un giorno le ha comprate da solo grazie ai soldi che il nonno gli dava tutti i giorni prima di andare a scuola con i quali avrebbe dov-



Per sé stesso ha scelto il protagonista Yugi Muto che ha 16 anni. È timido e un po' impacciato infatti spesso è vittima di bullismo e non ha molti amici. Vive insieme al nonno e alla madre. È appassionato di giochi come il nonno, infatti quest'ultimo gli regala una

to comprare la merenda. Gli chiedo se gli va di mostrarmi come ci si gioca visto che non le conoscevo e mi spiega che solitamente si gioca in più persone perché si simula una sorta di battaglia tra i personaggi ma che lui ci gioca spesso da solo visto che nessuno condivide la sua passione, definita dagli altri infantile adesso che ha 17 anni. Quando mi spiega che ogni personaggio delle carte ha un determinato potere che gli fa avere un certo punteggio-forza gli chiedo se ha voglia di fare con me un gioco alternativo che non ho mai fatto nemmeno io, così gli propongo di usare le carte per fare il genogramma della sua famiglia.

scatola contenente un puzzle che una volta completato causa il risveglio dell'anima di un faraone che viene chiamato "altro me". Andrea associa nonno Bernardo al nonno di Yugi Muto, Sugoroku Muto. Il Faraone è associato al fratello gemello morto. Egli è co-

raggiuso ed è senza nome perché ha perso la memoria. Ha gli stessi capelli e gli stessi occhi di Yugi Muto ma rispetto a lui è inverso, orgoglioso e deciso. Giulio è invece Hiroto Honda perché è una persona semplice ed estroversa. Il padre è associato a Seto Kaiba, persona fredda, seria, cinica ma uomo molto intelligente. Prima però era più leale. Disprezza i mediocri. La madre è associata a Mai Kujaku perché è molto vanitosa e sicura di sé. A volte è così capricciosa che sembra una ragazzina che costringe chi le sta accanto a fare quello che vuole lei. Ha molta paura di rimanere sola. Zio Roberto è Ryou Bakura, è un personaggio molto prudente e tranquillo però spesso è debole perché viene sempre ferito; invece, zio Cristiano è Mokuba Kaiba perché ammira molto il fratello, quasi lo venera. Nonno Giulio è associato a Pegasus J. Crawford, un uomo elegante e raffinato, all'apparenza molto gentile ed educato ma in realtà anche lui ha un lato oscuro. L'uso creativo delle carte nel genogramma ha permesso di mettere in evidenza alcune analogie tra i personaggi del manga e quelli della famiglia di Andrea che lo stesso faceva fatica a narrare attraverso l'uso esclusivo della parola. È emerso il legame di Andrea con il nonno materno che assume un po' la funzione paterna comandando anche il vuoto lasciato dal regalo non ricevuto, così come il ricordo del padre come di una persona fredda. A tal proposito Andrea verbalizza la disapprovazione per le lacrime paterne per quel saluto mancato a causa della malattia ("Piuttosto che piangere poteva abbracciarmi...forse"). Interessante, anche, il fratello gemello identificato con un "altro sé" ma dal carattere totalmente opposto.

Andrea e papà

La morte di un genitore, a qualsiasi età, rappresenta un evento travolgente anche se la capacità di affrontare la perdita può variare in base alla maturità emotiva della persona. In età adulta la perdita di un genitore anziano, per quanto arrechti dolore, si colloca all'intero dell'ordine naturale delle cose ma quando la perdita avviene in adolescenza si configura come un'esperienza particolarmente difficile da affrontare dato che ci si trova in una fase della vita già critica e delicata per sua natura. Per Andrea è difficile riuscire a definire le emozioni e i sentimenti che prova in merito alla sua perdita tanto da non riuscire a comprendere perché adesso, a distanza di anni, riesce solo a sentirsi abbracciato e deluso. Dice di essere rimasto a lungo abbracciato perché non gli aveva regalato quella scatola di carte che gli aveva promesso ma se ora ci pensa in maniera razionale, è da stupidi rimanere abbracciato per questo. Dopo qualche incontro Andrea si presenta indossando una felpa che era del padre e mi dice che ogni tanto la indossa per provare a mettersi letteralmente nei suoi panni. Così gli chiedo se gli andasse di giocare ad essere nei panni di Daniele e di dire qualcosa ad Andrea. Il ragazzo ritorna al momento in cui di rientro da scuola trova il padre privo dell'uso della parola e, nei panni di Daniele, rimpovera il figlio per non averlo abbracciato. Così riflettiamo sul fatto che sembra che si rimpoverino un po' la stessa cosa reciprocamente. Il volto di Andrea si riga di lacrime e con un sorriso dice: "non potrò più abbracciarlo e lui non potrà più vedere le mie lacrime quindi non ha senso piangere". Gli chiedo se invece avesse senso piangere per il nonno. Mi

risponde: "piangevo per me...adesso tutti si aspettano che io sappia come si fa invece mi manca ancora papà anche se nessuno ci crede".

La risata al funerale dello zio o le lacrime al funerale del nonno celavano il lutto di Andrea non tanto per il padre quanto per un pezzo della sua identità che sente perduta e irrecuperabile, per un pezzo di storia che non ha potuto vivere, per un'eredità di cui nessuno gli ha raccontato in tempo, per delle parole che non è riuscito a trovare e per un dolore che non ha potuto esprimere come gli altri gli chiedevano.

Aggiungi un posto a tavola

Uno degli ultimi incontri con Andrea arriva qualche giorno prima di Natale e mi racconta la preoccupazione per il pranzo di Natale che non sarà più lo stesso. "Ci saranno tre sedie vuote, anzi due perché una di esse verrà occupata dal nuovo compagno della mamma che per carità mi sta simpatico ma non può sedersi in quella sedia". Sta valutando di non sedersi a tavola con il resto della famiglia ma sa che ciò mancherebbe dolore alla madre e alla nonna. Valutiamo insieme le possibili opzioni e decidiamo di aggiungere un posto ai nuovi presenti anziché togliere quelli degli assenti. Ci rivediamo qualche settimana dopo e dice che la proposta di non levare le sedie degli assenti ma di aggiungere una sedia per Mario è stata ben accolta dalla sua famiglia. Dopo il pranzo la nonna propone di giocare un po' a tombola. "Papà non giocava mai a tombola, mi sono seduto al suo posto e ho giocato perché io sono Andrea, il figlio di Daniele, il nipote di Bernardo ma sono Andrea e se voglio giocare gioco, anche se sono seduto al posto

di un altro". Quello successivo sarà il nostro ultimo incontro.

Stare nella sofferenza: pregiudizi, dubbi e riflessioni sulla storia di Andrea

Nel mio incontro con la storia di Andrea il genogramma è stato uno strumento utile per ricostruire la storia delle perdite e quella di Andrea è sicuramente una storia costellata di lutti fin dalla nascita. Di morte ne parla sin dal primo colloquio come se facesse parte del suo quotidiano, spesso citandola come una normale esperienza di vita. È per questo che durante i primi incontri con Andrea mi sono chiesta chi o cosa fosse morto davvero nella sua storia. La storia di Andrea non è la storia di uno o più lutti non risolti come avevo creduto inizialmente ma la storia del lutto per sé stesso. La sua vita inizia con una perdita che non è solo quella del fratello gemello ma quella della sua identità, del suo posto nel mondo. Il suo primo nome deriva da una perdita, il suo secondo nome dal rischio della sua morte. I primi anni di vita di Andrea sono stati come ovattati, è cresciuto in un ambiente protetto sentendo i racconti di quanto la sua vita fosse un miracolo, di quanto per questo dovesse sempre essere grato. Se cadeva e si sbucciava un ginocchio la mamma, il nonno, la nonna tutti correvano a soccorrerlo, tutti tranne papà. Su un piano trigenazionale la famiglia paterna è descritta come affettiva, fredda, cinica, di apparenza mentre la famiglia materna è quella descritta come accogliente, sentimentale, emotiva ma carica di sofferenza. Si ripete da generazioni la perdita della parte maschile e sempre il minore dei fratelli. Andrea costituisce la prima eccezione di questo

copione familiare e questo sembra essere diventato un peso, la sua sopravvivenza sembra essere motivo per cui non si sente degno di appartenere alla famiglia e per il quale non si sente in diritto di piangere le morti degli altri. L'unico luogo in cui si sente accolto è quello degli amici virtuali che conoscono la storia di Andrea e non lo considerano un sopravvissuto ma un disagiato. Solo quando riesce a sedersi sulla sedia del padre libero dal pregiudizio di dover essere l'eredità di qualcuno e il traditore della storia familiare perché è ancora vivo che riesce a liberare le sue emozioni. Adesso Andrea gioca alla play station solo il fine settimana, ha incontrato gli amici che aveva conosciuto online, ha una fidanzata e si iscriverà all'università.

Nel percorso con Andrea è stato importante riuscire a stare nel suo modo di parlare di morte anche attraverso un linguaggio alternativo come quello delle carte da gioco. La storia familiare è stata fondamentale per rispondere alla domanda su chi o cosa fosse morto realmente. Il lutto che Andrea non riusciva ad elaborare e che lo teneva lontano dal mondo reale e dalla possibilità di esprimere le sue emozioni era quello per la propria identità, per il proprio essere nel mondo solo perché aveva tradito la storia della sua famiglia.

Uno dei temi che abbiamo affrontato durante i colloqui con Andrea erano le aspettative degli altri nei suoi confronti, soprattutto della sua famiglia. Ci si aspettava che Andrea soffrisse per la morte del padre e che la sofferenza fosse visibile e manifesta. Quando mi ha raccontato la sua storia mi sono accorta di avere anche io delle aspettative. Inizialmente avevo il pregiudizio di dover affrontare una storia di sofferenza e di riuscire

in qualche modo a starci nonostante il tema impattasse e risuonasse profondamente dentro di me. Dopo qualche colloquio riuscivo anche ad avvertire un certo fastidio per il modo pacato con cui Andrea parlava sempre di morte ma l'idea che poi non avesse mai guardato realmente e concretamente un caro defunto perché ne rituffava la mia curiosità. Da qui mi sono chiesta quale fosse realmente la morte da piangere e cosa significasse piangerla. Ci sono stati momenti in cui ho avuto dubbi sul proseguire o meno negli incontri, momenti di impasse in cui mi sono chiesta se ci fosse veramente una possibilità di aiutare Andrea ad accettare il suo esserci nonostante la sua storia diceva il contrario. Credo che ci sia stato un momento in cui ho dimenticato i lutti di Andrea lasciando spazio alla possibilità di parlare di vita, di speranza e di futuro e sembra che sia stato quello in cui il momento Andrea si sia sentito visto nella sua unicità.

Conclusioni

La storia di Andrea si presenta come la storia di un lutto elaborato, oltre ogni aspettativa e pregiudizio però il lutto di Andrea non è la perdita del padre, né dello zio, né del nonno. Lo sguardo al trigenazionale mette in luce come il tema della morte e del dolore sia normalizzato nella famiglia di Andrea e lo è, ad un qualche livello, anche per il ragazzo. È sempre la parte maschile a perdere la vita e sempre il minore tra i fratelli. Succede sempre così tranne per Andrea che invece scampa al suo "destino" e sopravvive. Il suo sopravvivere diventa tradimento nei confronti della storia della famiglia e incide sulla sua identità. Non sa chi è al di fuori del

mandato familiare, non sa cosa fare adesso che è l'unico figlio minore maschio sopravvissuto, non sa come sostituire il padre, lo zio e il nonno e non sa come soddisfare le aspettative degli altri. Ha un attacco di ansia quando lo zio esplicita che non si capisce di chi sia figlio, Andrea pensa di essere figlio della morte. È solo quando capisce che la sua storia familiare è un pezzo della sua vita ma non è la sua persona che Andrea riesce a riprendere in mano la sua vita, la scuola e le relazioni amicali. Quando fisicamente si siede al posto del padre ma fa una cosa che il padre non ha mai fatto, cioè giocare, che fa sua l'idea di essere Andrea con dentro le storie dei morienti e quelle dei viventi, con dentro ancora la speranza per il futuro e la possibilità di progettarlo.

Bibliografia

- Andolfi, M., D'Elia A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Becvar, D.S. (2004). *The impact on the family therapist of a focus on death, dying and bereavement*. -In Walsh, F., McGoldrick, M. (2004). *Living Beyond Loss. Death in the Family*. Norton and Company. New York-London.
- Byrny Hall, J. (1991). *Family script and loss. Living Beyond Loss. Death in the Family*. New York-London: Norton and Company.
- Bowen, M. (1976). *La reazione della famiglia alla morte. Dalla famiglia all'individuo*. Astrolabio: Roma.
- Bowlby, J. (1960). *Grief and mourning in infancy and childhood*. *Psychoanal. Study Child*, 15, 9-52.
- Bowlby J. (1980). *Attaccamento e perdita, vol. 2. La perdita della madre*. Boringhieri: Torino 1983.
- Brim, O. G. (1970). *The Dying Patient*. Russell Sage Foundation.
- Canevaro, A. (2009). *Lutto e sistema familiare. Un approccio trigenazionale*. Milano: Franco Angeli
- Colusso, L. (2012). *Il colloquio con le persone in lutto. Accoglienza ed elaborazione*. Trento: Erikson.
- Dixon N. F. Humor: *A cognitive alternative to stress?* In Sarason I., Spielberger C. D. (Eds.), *Stress and anxiety*. Vol. 7. New York: Hemisphere, 1980.
- Freud, S. (1917). *Lutto e Melancolia*. In Freud, S. (1997) *Psicologia e metapsicologia*. Roma: G. TE. Newton.
- Gelcer, E. (1983). *Mourning is a family affair*. *Family Process*, 22, pp. 501-516.
- Herz, F. (1989). *The impact of death and serious illness on the family life cycle*.
- Kubler-Ross, E. (2005). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella.
- Mc Goldrick, M., Gerson, R. (1985). *Generations In Family Assessment*. New York-London.
- Paul, N., Grosser, G.H. (1991). *Operational mourning and its role in conjoint family therapy*. In Walsh, F., McGoldrick, M. (1991) *Living Beyond Loss. Death in the family*. Norton and Company: New York.

“Volare a mezza altezza, mi raccomando”:
sulle cadute in mare di Icaro fosse
un nuovo inizio? Miti familiari,
metamorfosi e terapia come narrazione

Giulia Monteleone¹⁵

Sommario

All'interno dell'elaborato l'autrice delinea un parallelismo fra i concetti di mito e metamorfosi in letteratura e quelli espressi dall'approccio sistemico. Nello specifico, nel testo si propone il mito di Dedalo e Icaro come metafora del passaggio dall'infanzia all'adolescenza e del processo di morfogenesi, ovvero del passaggio da un modello omeostatico di funzionamento del sistema familiare ad un modello evolutivo, esemplificando tali analogie attraverso un caso clinico. Il caso esplica le tematiche di individuazione e svincolo di un preadolescente all'interno del proprio sistema familiare, tematiche emerse e affrontate attraverso un lavoro di creazione e narrazione di storie attraverso le immagini. Attraverso il lavoro di terapia emergono miti familiari, regole e riti propri della famiglia di appartenenza, verbalizzati e rinarrati all'interno della storia creata dal paziente.

Parole chiave:

Mito familiare, Metafore, Morfogenesi, Modello Evolutivo, Sistema familiare, Metodo narrativo

Abstract

The author defines a parallelism between the concepts of literature such as myth and metamorphosis and those expressed by the systemic approach. Specifically, the text proposes the myth of Daedalus and Icarus as a metaphor for the transition from childhood to adolescence and for the process of morphogenesis, i.e. the transition from a homeostatic model of family system functioning to an evolutionary model, exemplifying these analogies through a clinical case. The case explains the issues of identifying and releasing of a pre-adolescent within his own family system, issues that emerged and were addressed through the creation and the narration of stories through images. Through the work of therapy emerge family myths, rules and family rituals, which are verbalized and retold within the story created by the patient.

Key Words:

Family myth, Metaphors, Morphogenesis, Evolutionary Model, Family system, Narrative approach

¹⁵ Giulia Monteleone allieva ID/PSY 1° anno, g.monteleone91@gmail.com

Mito e Metamorfosi tra Narrativa e Sistemica

“La comprensione che ognuno ha di se stesso è narrativa. Non posso cogliere me stesso al di fuori del tempo e dunque al di fuori del racconto” (Paul Ricoeur)

Il Concetto di Mito

Il mito è una narrazione strutturata, tramandata in forma orale prima e scritta poi, che si compone nei suoi contenuti e nella sua forma di un linguaggio metaforico e simbolico, che descrive un tempo altro, un passato mistico che attraverso le sue continue ripetizioni si dimostra ciclico ed eterno.

Sin dalla nascita dell'uomo si è sentita la necessità di raccontare storie, «l'uomo è da sempre un narratore di storie» (Festori, 2018), egli vive inglobato, protetto e a volte incasellato in quelle proprie e altrui. Egli vive la vita all'interno di una narrazione che è intima e unica e, al contempo, diffusa e culturale. Pertanto, le narrazioni divengono catarsi, epifania, permettono un rispecchiamento immediato: attraverso le storie è possibile ripensare al passato, leggere il presente e prevedere anche il futuro. Il mito potrebbe essere considerato pertanto un modo di sentire, di appropriarsi e al contempo di restituire significati profondi e impliciti a ciò che con la sola ragione e cognizione non riusciamo a raggiungere. Del resto, anche Watzlawick (1981) affermava che «la comunicazione analogica ha le sue radici in periodi molto più arcaici dell'evoluzione e la sua validità è quindi molto più generale del modulo numerico della comunicazione verbale», questo perché parla una lingua fatta

di simboli e immagini, una lingua universale che trascende il tempo e lo spazio.

L'approccio sistemico ha da sempre assimilato nella propria epistemologia quanto sopra descritto, andando a delineare sia una modalità di approccio al mondo interiore sia al modo in cui esso si esprime sia alle modalità terapeutiche utili per prendersi cura dell'altro. Infatti, il concetto di mito ritorna spesso nell'approccio sistemico in quanto esso esprime una griglia di lettura della realtà (Andolfi & Angelo, 1987) condivisa dal sistema familiare che pone le radici nella famiglia d'origine e si sviluppa in quella attuale per rispondere e corrispondere a bisogni emotivi, i quali assegnano un ruolo e un destino ben precisi a ogni suo membro. Tali regole tacite e latenti si esprimono nella quotidianità tramite atteggiamenti, schemi di comportamento e di pensiero che tendono a fossilizzarsi e ad autoalimentarsi (Ferreira, 1966). La funzione del mito è quella di definire il senso di identità della famiglia e del singolo al suo interno, in quanto permette all'individuo di essere immediatamente visto e riconosciuto. Inoltre, queste narrazioni offrono delle zone franche in cui sentirsi sicuri, definendo un accordo automatico tra i membri della famiglia e fungendo da sostegno all'identità familiare (Anderson & Bagarozzi, 1983). In questo *marginum* di contenuti, si inseriscono i simboli e le metafore che fungono da snodi, da organizzatori di contesto e significato (Andolfi & Angelo, 1987) e i riti familiari, una serie di atti e comportamenti strettamente codificati all'interno della famiglia, che si ripetono nel corso del tempo e ai quali la totalità o una parte della famiglia partecipa e che hanno il compito di trasmettere ai membri valori, atti-

tudini o script di comportamento sia nei confronti di situazioni specifiche sia nei confronti dei vissuti emotivi ad essi collegati.

All'interno di tale cornice, si può comprendere la funzione di coesione e il significato protettivo che il mito ha nei confronti del gruppo che lo condivide. Di conseguenza, si spiega anche la tenacia dei membri nel difendere il sistema da qualsiasi tentativo di modifica della narrazione o di deviazione dal percorso prestabilito. La trama condivisa infatti rappresenta il «prodotto di una filosofia della vita e dei rapporti con gli altri» (Andolfi & Angelo, 1987), sul quale ogni membro ha definito la propria identità e qualsiasi perturbazione verrebbe esperita come un attacco proprio a questa identità.

Il Concetto di Metamorfosi

Il concetto di metamorfosi è anch'esso strettamente collegato alla psicologia e alla terapia. Infatti, l'idea di poter andare oltre la forma conosciuta è stato affrontato nell'arte tanto quanto nel processo di cambiamento proprio delle singole epistemologie degli approcci di psicoterapia. In relazione all'approccio sistemico, è possibile parlare di metamorfosi individuale tenendo presente che per il singolo individuo è imprescindibile il legame con gli altri membri del proprio sistema di riferimento, il quale tende al concetto cibernetico di omeostasi familiare (Jackson, 1957). In questa direzione, è possibile affermare che quanto sopra descritto rappresenta ciò che Maruyama (1963) racchiudeva nel concetto di morfostasi, ovvero sia quell'insieme di processi che tendono a preservare e a «mantenere la forma, l'organizzazione e lo stato dato del sistema» (Togliatti & Telfener, 1983).

È interessante notare come già nell'antichità il concetto di cambiamento e trasformazione sia stato affrontato tramite racconti e miti che, ancora oggi, portano con sé un valore umano e psicologico. Essendo il mito dai tempi più antichi una forma di rappresentazione dei percorsi di vita più intimi dell'uomo e delle relazioni che egli intreccia nel corso della propria esistenza, è interessante che ci si accosti al tema del mito in terapia affrontando anche il concetto di metamorfosi, identificando i fattori che determinano un cambiamento all'interno delle narrazioni, al fine di ridefinire le storie, i contenuti, le regole e i ruoli dei personaggi al proprio interno. All'interno di queste narrazioni, il cambiamento è possibile, in primo luogo, perché ogni individuo è, di per sé, un elemento di novità nella narrazione trans-generazionale. Egli partecipa alla “messa in scena” del mito, ma può creare una narrazione personale, reinterpretando il mito delle precedenti generazioni, attraverso la propria storia di vita. Pertanto, ognuno ha la possibilità di costruire una narrazione originale, qualora essa trovi il giusto spazio fisico, mentale ed emotivo, venga riconosciuta e infine reinserita nel sistema di narrazioni del sistema stesso. Anche attraverso la relazione con il terapeuta la metamorfosi è possibile, inserendo nuovi simboli, immagini e metafore. Infatti, se il mito familiare presenta al suo interno elementi di realtà e fantasia e quest'ultima si sviluppa su “vuoti” che generano atti creativi fantastici (Andolfi & Angelo, 1987), anche il percorso di terapia può svolgersi in questi termini, andando a configurarsi come un inserimento di elementi di novità all'interno di una narrazione che nel tempo che

presenta dei vuoti e si è irrigidita, conferendo agli attori coinvolti ruoli statici e ripetitivi. La relazione tra paziente e terapeuta diviene quindi il canale principale di comunicazione di nuovi simboli e nuove metafore, in cui il terapeuta stesso è disposto a cambiare insieme al proprio paziente, costruendo mano mano nuovi mondi e nuove narrazioni condive. Pertanto «non occorre che il terapeuta rinunci a usare se stesso (nella sua complessità di essere pensante ed emozionale) (...) al fine di mantenersi costantemente ad un *metallivello*» (Andolfi & Angelo, 1987). Egli diviene anzi il primo elemento di novità, cambiamento e diversificazione in quanto, facendo riferimento alle parole di Bateson (1984), «l'informazione consiste in differenza e mutamento e la differenza è un rapporto».

Le metamorfosi possono pertanto avvenire in un contesto di relazione e condivisione di immagini e simboli nella misura in cui il sistema abbia la possibilità di funzionare secondo un processo di riorganizzazione di sé che consentirebbe di giungere ad un nuovo equilibrio dinamico e ad un nuovo contesto di apprendimento, all'interno del quale si impara a cambiare (Togliatti & Telfener, 1983).

La lettura sistemica del mito di Dedalo e Icaro

L'intera attività terapeutica è in fondo questa sorta di esercizio immaginativo che recupera la tradizione orale del narrare storie: la terapia ridà storia alla vita" (James Hillmann)

Metafora del passaggio dall'infanzia all'adolescenza

Se si pensa al periodo dello sviluppo e della crescita in preadolescenza e adolescenza,

periodi intrinsecamente legati al tema del cambiamento e della modificazione di sé, associati alla mitologia, in alcuni miti si ritrovano funzioni rimaste sostanzialmente invariate nei secoli. In un parallelismo fra il concetto di mito per la letteratura e per la terapia sistemica, è interessante come si possa ben rappresentare la narrazione dei passaggi evolutivi dei figli all'interno di una famiglia e, pertanto, le reazioni più o meno flessibili del sistema stesso a tali passaggi. Ciò si esprime in virtù del mantenimento di tacite regole prestabilite a priori sulla base del mito familiare preesistente, per il quale ogni forma di dissonanza dal pattern di comportamenti abituali fatica ad essere riconosciuta e accettata (Andolfi & Angelo, 1987).

In quest'ottica, il mito di Dedalo e Icaro proposto nelle *Metamorfosi* di Ovidio, offre uno spaccato interessante sul tema del passaggio dall'infanzia all'adolescenza e della metamorfosi del singolo e del sistema, sui significati impliciti che la metafora del volo, della disobbedienza al padre, della caduta in mare possono acquisire in un'ottica sistemica. L'analogia fra questo mito e il concetto di mito familiare in terapia sistemica, fa sì che si espliciti l'ottica conservativa dei sistemi familiari che tendono al mantenimento dello *status quo* e dell'omeostasi. Pertanto Dedalo, il padre, è il detentore della conoscenza, colui che fa rivivere e ripropone un sentire atavico, la necessità che i figli seguano la regola e l'esempio dei genitori per poter sopravvivere nel mondo. Dedalo, come spesso accade nelle famiglie, tende con i propri ammonimenti a preservare il sistema e le sue antiche narrazioni, a dissuadere il figlio da ogni tipo di azione pericolosa, deviante dalle

regole prestabilite e che potrebbe condurre a esiti nefasti. Emerge così il mito del "bravo figlio", dell'eterno bambino, acquiescente e dipendente, tema che si sposa con la regola che nel rapporto con i genitori nulla deve cambiare. Icaro è, pertanto, una sorta di paziente designato, colui che incarna la necessità di svincolo, di differenziazione, ma i cui comportamenti sono interpretati come devianti. Il volo diviene metafora proprio della vita stessa, tanto in termini reali quanto immaginativi e fantastici. Il desiderio di protezione, l'amore, il timore della perdita e dell'abbandono si traducono in schemi rigidi di comportamento, in pattern statici di azioni, interazioni, significati condivisi che si generano da un implicito e antico mito familiare, per tradursi e prendere vita in regole e rituali concreti, in un circolo vizioso che si autoalimenta. Questo accade spesso nelle famiglie che si ritrovano ad affrontare il passaggio dall'infanzia all'adolescenza dei figli, nelle quali tanti genitori-Dedalo tendono, per bisogni emotivi importanti e profondi, a voler preservare lo *status quo* e l'equilibrio prestabilito e tanti figli-Icaro si ritrovano a dover scegliere se *volare a mezz'altezza o gustare l'azzardo del volo*.

Metafora del passaggio dal modello omeostatico al modello evolutivo

Riprendendo quanto delineato sopra e rileggendo il mito di Dedalo e Icaro in ottica sistemica e come metafora del passaggio dall'infanzia all'adolescenza, è possibile osservare che anche la caduta in mare di Icaro può assumere un nuovo significato. Infatti, se il rapporto tra Dedalo e Icaro incarna le modalità che sovente si ritrovano all'interno degli scambi di interazione e delle relazioni

tra genitori e figli, se Icaro diviene il simbolo di rottura dello *status quo*, dell'omeostasi del sistema che tenderebbe altrimenti a perpetuare il proprio mito familiare all'infinito e se il volo è metafora della vita stessa, allora anche l'essere *inghiottito dalle acque azzurre* diviene altro. Per i pazienti, per le famiglie e per i terapeuti stessi è importante comprendere che spesso serve *morire per poter rinascere*. È necessario cadere, perdersi, spezzarsi, rinascere, trasformarsi e divenire altro. La caduta in mare di Icaro, il passaggio dall'infanzia all'adolescenza, potrebbe quindi essere un nuovo inizio, sia per i figli che per l'intero sistema familiare, poiché non è possibile il cambiamento di un singolo membro senza la trasfigurazione e la metamorfosi del sistema in cui egli è inserito. In questo senso può essere utile comprendere che il vivere l'adolescenza è un'azione non solo individuale, ma congiunta di genitori e figli. Questa transizione, impresa evolutiva familiare, potrebbe racchiudere in sé il primo passo per la soluzione a tanti nodi dolorosi che si incontrano nella stanza di terapia. Ecco che allora appare possibile il passaggio da un modello omeostatico ad uno evolutivo. Infatti, il sistema può cambiare la propria impalcatura andando a riorganizzare le interazioni e le relazioni fra i suoi membri grazie alla *retroazione positiva* che genera modificazioni e non distruzioni del sistema e si definisce come «l'insieme di quelle sequenze che operano per amplificare la deviazione e che possono accrescere il potenziale di sopravvivenza del sistema per adattarsi a mutare a condizioni ambientali» (Togliatti & Telfener, 1983). Pertanto, al concetto di *morfofasi* si contrappone quello di

morfogenesi, che Maryyama (1963) definisce come quell'insieme di processi attraverso cui il sistema elabora o modifica la propria forma. Nella stanza di terapia, dunque, il terapeuta e la relazione che egli instaura con il sistema hanno la funzione di supportare e sostenere la famiglia e i suoi membri nel modificare i rigidi copioni di comportamenti, atteggiamenti e stili relazionali che alimentano i miti familiari (Byng-Hall, 1998), per accogliere così nuove ipotesi di funzionamento e indossare nuove lenti con cui osservare sé stessi e la realtà circostante. Il terapeuta ha il compito di osservare queste rappresentazioni, focalizzarsi sulle emozioni sottese ai miti, alle regole e ai riti familiari e favorire il cambiamento terapeutico. Tuttavia, è importante ricordare che la natura e l'entità del cambiamento non si possono né progettare, esso non si può predire, bensì ipotizzare (Dell, 1980) e il terapeuta diviene ponte, connessione fra le emozioni che uniscono i membri e le forme attraverso cui esprimerle.

Il caso di Nino: narrare e rinarrare attraverso le immagini

“Penso a come è stato facile amarti da piccolo. A quanto è difficile continuare a farlo ora che le nostre stature sono appaiate, la tua voce somiglia alla mia e dunque reclama gli stessi toni e volumi, gli ingombri dei corpi sono gli stessi.”
(Michele Serra)

Conoscersi e riconoscersi: l'inizio del percorso
Nino è un ragazzino di 12 anni che vive con il padre Giovanni, la mamma Elena e il fratello maggiore di un anno Francesco. Con

loro vive anche una gatta, Mila, a cui Nino è particolarmente affezionato. Nino ama gli animali, trascorrere il tempo con i genitori, fare giri in bicicletta con il fratello e praticare Kung-Fu. La mamma è di origini bulgare ed è operatrice sociosanitaria in una struttura per anziani, il papà è di origini siciliane ed è responsabile del settore produttivo di un'azienda meccanica. Il primo contatto con Nino avviene dopo una chiamata della madre, la quale è preoccupata a seguito di una segnalazione delle insegnanti, le quali evidenziano crisi di pianto, chiusura in sé e *congelamento* durante le interrogazioni. La madre non si dice sorpresa di quanto riferito dalle insegnanti e descrive Nino come un *bambino con generali fragilità sul piano emotivo*, che fatica a parlare con persone al di fuori della propria cerchia ristretta di parenti e amici.

Il primo incontro si svolge con l'intera famiglia, i genitori verbalizzano il desiderio che Nino si possa aprire di più, sia in riferimento al contesto scolastico, ma anche al di fuori dello stesso. Con l'intera famiglia si riflette sul significato che hanno per il sistema i racconti e le parole, sia quelle che si riescono a dire sia quelle faticano ad uscire e rimangono strozzate in gola. Si ipotizza di iniziare un percorso che coinvolga sia Nino individualmente e che gli permetta di *conoscersi*, sia l'intera famiglia, riagliandosi spazi a cadenza più prolungata in cui poter *riconoscersi*.

Volare a mezza altezza o gustare l'azzardo del volo?: Ipotesi e obiettivi di lavoro
Durante i primissimi incontri sembrano emergere contenuti relativi a taccie “regole”,

dinamiche in cui Nino pare dover rimanere bambino e per le quali la crescita, la differenziazione, il distaccamento, l'esporsi siano in superficie richiesti dalla famiglia, ma che implicitamente tutto il sistema familiare fatichi notevolmente con le tematiche di svincolo. Parrebbe prefigurarsi dinanzi l'ipotesi della presenza di un'implicita narrazione analogica, ben diversa da quella digitale verbalizzata durante gli incontri, ciò che Andolfi e Angelo (1987) definiscono il “mito del bravo figlio”, eternamente bambino e dipendente, che si sposa con la regola che nulla deve cambiare nelle modalità di rapporto fra genitori e figli e, in generale, nulla può variare nelle modalità di funzionamento del sistema. Pertanto, potrebbe essere vero che il vedere il proprio figlio attraverso specifiche lenti passate di generazione in generazione faccia sì che si attribuiscono a Nino specifici pensieri e comportamenti e che allo stesso modo lui sia acquiscente a questo stereotipo relazionale. In questo modo l'intero sistema alimentarebbe le narrazioni fantastiche del proprio mito, procedendo ogni volta, nella vita di tutti i giorni, a metterlo in scena e a confermarlo (Andolfi & Angelo, 1987). Tali rappresentazioni prenderebbero forma in questa famiglia anche attraverso alcuni riti familiari, messi in atto tanto dai genitori quanto dai figli e strettamente connessi fra loro, dando supporto ai significati che ogni membro della famiglia si attribuisce (Andolfi & Angelo, 1987). Ad esempio, Nino, sebbene sia un ragazzino di 12 anni, mantiene caratteristiche fisiche e comportamentali che lo rendono più piccolo della propria età anagrafica, viene chiamato *bambino*, gli viene pulito il naso e gli occhi quando piange,

mantiene un tono di voce basso e alle volte quasi impercettibile. Il fratello per contro è un “giovane adulto” stoico e impassibile e i genitori affermano che “la ragionamenti che farebbero loro a 40 anni”. Un'ipotesi valutata è stata pertanto quella per cui, in vario modo, il sistema sia portato a sostenere il “rimanere piccolo”, piuttosto che sostenere il processo di crescita e differenziazione. In questi termini il paziente designato sembra essere giunto per sé e per l'intera famiglia, come se la stessa sia giunta ad un crocevia, ad un punto di snodo e di *krisis* della propria vita reale e figurata in cui decidere, tutti insieme, se *volare a mezza altezza* come Dedalo chiese al figlio Icaro, alimentando e sostenendo un processo circolare e omeostatico, oppure *gustare l'azzardo del volo*, per donarsi nuove avventure e narrazioni possibili.

Complessità e novità attraverso la narrazione per immagini: le tecniche utilizzate
Per iniziare a parlare una lingua comune, fatta di significati profondi ma che al contempo non richiedesse uno sforzo comunicativo troppo distante dalle modalità di Nino, si è deciso di lavorare con emozioni, immagini e storie. Pertanto, si è scelto di partire da un'emozione, per poi creare una fiaba che avesse come *fil rouge* l'emozione stessa, ma che potesse snodarsi lungo percorsi scelti dal ragazzo. Per farlo sono state utilizzate “carte Emozioni”, ovvero carte che raffigurano gioia, tristezza, rabbia, disgusto e paura e “carte Favola”, cioè carte che rappresentano scene utili alla costruzione di una storia, tratte dal gioco “Le storie della famiglia Emozioni” prodotto da Erikson, ma riadattato per il lavoro con Nino.



Si è scelto di *narrare attraverso le immagini*, di avvicinarsi al mondo interiore utilizzando immagini attraverso le quali poter dare voce a parti di sé, per poi trovare le parole attraverso cui dare una struttura alla narrazione. Inoltre, la creazione di storie avviene attraverso l'uso del linguaggio metaforico, il quale si pone in uno spazio di mediazione tra conscio e inconscio, tra razionalità e immaginazione e diviene così punto di congiunzione.

La metafora ha il potere di evocare il mito familiare, senza esplicitarlo, facendo sì che anche ciò che non può essere detto sia verbalizzato (Callié & Rey, 1998). In questi termini, la metafora può essere intesa come una storia narrata con lo scopo di generare nuovi comportamenti, una storia che intende stimolare emozioni e riflessioni all'ascoltatore (Casula, 2004), la quale riesce a divenire metafora terapeutica proprio perché diviene ponte e comparazione tra mondo reale e mondo fantastico.

Dopo quattro incontri, prende forma una narrazione personale di Nino co-costruita con il terapeuta:

“C'erano una ragazza e un ragazzo di nome Pietro e Giulia, di 13 e 12 anni, che stavano passeggiando in un prato. Dopo Pietro ad un certo punto sparisce e ritorna rosso, perché una strega l'ha ingannato a bere una pozione e si è trasformato in un rospo. Quando torna da Giulia, lei rimane disgustata. Pietro vede in lontananza un suo amico che si chia-

mava Genio e gli va incontro. Genio gli dice che non sta così male da rospo, che sembra quasi che non ci faccia nemmeno caso. (...) Pietro decide di iniziare a viaggiare in giro per trovare un riparo e trova la casa della strega vuota con fuori un fantasma, dove passa la notte. Al suo risveglio va via dalla casa della strega e cerca per tutto il giorno un altro riparo: è andato in una città ma non ha trovato nessuna casa vuota, dopo ha

viaggiato di nuovo e ha trovato la casa degli animali. Ogni anno gli animali facevano una gara e chi vinceva diventava il padrone della casa per un anno. Pietro lì ci vive per 9 anni e l'ultimo anno diventa il padrone. Dopo inizia a mancarli un po' essere un umano e si ricorda anche di Giulia, quindi viaggia per un altro anno per trovare la casa del suo amico Genio e gli chiede di poter tornare umano, ma Genio non sa come aiutarlo. Cerca per un altro anno la casa di Giulia e infine la trova. Dopo decide di andare insieme a Giulia nello stesso prato dove era andato quando c'era la strega. Percorrono insieme la strada per arrivarci (...). Pietro e Giulia proseguivano il percorso e hanno visto un cesto pieno di caramelle che faceva puzza. Dopo vanno ancora avanti e trovano degli insetti e ancora dopo trovano un bimbo che puzza e dopo ancora incontrano lo stesso punto dove la strega aveva dato la pozione a Pietro. Lì, invece di trovare la strega trovano un cesto da

pienico con un regalo, dei dolci e del latte al cioccolato. Aprono il regalo ed è uscita una puzza e a Giulia passa la fame e la voglia di mangiare. A Pietro non dà fastidio quell'o-



Le metamorfosi possibili. Risultati raggiunti e nuove strade da percorrere

Al quinto incontro partecipa la famiglia intera e si riflette insieme sul tema della crescita, dello svincolo e dei tipi di collanti diversi nelle relazioni, ad esempio l'amore, che unisce ma non lega. Vengono alla luce tante emozioni, l'idea che il cambiamento possa anche essere disgustoso alle volte, che possa portare con sé anche tante emozioni negative che, nella famiglia di Nino sembrerebbero non poter esistere, tanto che il padre riferisce ad esempio che “nella nostra famiglia non siamo mai tristi”. L'incontro si chiude con alcuni movimenti di Nino riportati dai genitori: Giovanni condivide che da un po' di tempo a questa parte Nino ha iniziato ad assaggiare nuovi cibi, che a casa “inizia a rispondere al fratello”, la mamma dice di vedere Nino “più sicuro di ciò che dice”. Loro stessi hanno fatto alcuni movimenti, passi di danza fatti insieme che sono il primo passo

per poter allargare il campo visivo, spostando l'attenzione dal paziente designato al suo sistema di riferimento.

Nino cresce e sembra che inizi a permettersi di farlo e, in un parallelismo fra la sua storia e quella di Icaro, il divenire man mano adolescente può dover comprendere sì la morte metaforica di parti di sé e del suo sistema, ma per fare spazio alla rinascita di tanto altro. Nino sembra portatore del sintomo di una famiglia arrivata ad uno snodo della propria vita familiare. Questo perché l'adolescenza può anche comprendere l'essere *inghiottito dalle acque azzurre*, può rappresentare una crisi personale e familiare. Se Nino, come Icaro, è simbolo della rottura dello status quo e dell'omeostasi del proprio sistema, il quale tenderebbe altrimenti a perturbare il proprio mito familiare, così la storia di vita di Nino e la sua famiglia esemplifica il passaggio dall'infanzia all'adolescenza come vissuto familiare e non prettamente in-

dividuale. La caduta in mare di Icaro, la crisi che potrebbe condurre ad un nuovo inizio, è una sfida tanto per i figli quanto per l'intera famiglia. Infatti, non è possibile il cambiamento di un singolo membro senza la trasfigurazione e la metamorfosi del sistema in cui egli è inserito.

La situazione in cui si trova la famiglia di Nino, ma nella quale quasi tutte le famiglie si potrebbero ritrovare, potrebbe essere vista come un momento di crisi, parola che deriva dal greco antico *κρίσις* e che letteralmente significa giudizio, decisione, scelta. Il bivio a cui si trova la famiglia di Nino, così come tutte le famiglie, è quello di assaggiare il cambiamento o perpetuare vecchi schemi di comportamento tramandati di generazione in generazione. Per poter supportare le scelte e favorire l'introduzione di nuove informazioni, il lavoro futuro con Nino e la sua famiglia potrebbe delinearci lungo un lavoro congiunto in cui co-costruire nuove narrazioni insieme, coinvolgendo sempre più ogni membro con le proprie emozioni, vissuti, pensieri e rappresentazioni, per far sì che siano messe in scena e che il terapeuta possa così mettere in relazione, aggiungendosi al sistema e promuovendo sempre maggiore complessità.

Conclusioni

«Cos'è una più vasta prospettiva?

Una prospettiva "a proposito" delle prospettive» (G. Bateson)

In questo primo tratto di percorso le parole sono divenute immagini e le immagini sono divenute una fiaba, con significati personali quanto condivisi con il proprio

sistema e la propria cultura di riferimento. Così come affermato da Restori (2016), «la struttura della forma narrativa della fiaba non si esaurisce nella sola sintassi, ma soddisfa il recondito e comune desiderio degli uomini di fronteggiare le cose spiacevoli ed inaspettate della vita, così come gli antichi greci avevano fatto con il *mythos*». In questi termini anche le storie dei pazienti, i loro miti personali e familiari sono soggetti a influenze intra- e intergenerazionali, sociali e culturali e seguono un processo di natura circolare. Essi sono infatti collocati dentro a una cornice di relazioni che è, tuttavia, in continua evoluzione e dove nuove connessioni, anche grazie al processo terapeutico, ne possono modificare il significato. Le narrazioni si inseriscono all'interno dello spazio e del tempo della terapia e si collocano in ciò che può essere definito «uno spazio intermedio tra psicoterapia e letteratura, tra l'arte di curare e l'arte di narrare» (Hillman, Donfrancesco e Ventura, 1984).

È possibile, pertanto, varcare le porte delle narrazioni implicite delle famiglie tramite l'uso del linguaggio metaforico, introducendo nella descrizione dei miti stessi una dimensione temporale, un *hic et nunc*, e attribuire ai membri della famiglia, all'individuo e al mito stesso la centralità nella creazione e nella trasformazione della struttura, dei contenuti e dei simboli. In tal modo è possibile che si delinei un *prima* e un *dopo*, ma che al contempo si ponga l'accento sulla natura circolare del processo (Andolfi & Angelo, 1987), nel quale il mito originario acquisisce un significato nel qui ed ora, nel presente delle esperienze di vita dei membri della famiglia.

All'interno di questa cornice, il ruolo dello psicoterapeuta assume, come affermato da Restori (2016), le caratteristiche e la sensibilità dell'aedo. Lo psicoterapeuta-aedo può e deve muoversi in «dimensioni relazionali sensibili al contesto e meta sensibili al cor-poramente in cui è immerso» (Restori, 2016). I membri della famiglia, la famiglia stessa, le relazioni e le sovrapposizioni fra le singole relazioni al suo interno, il terapeuta e l'intreccio delle sue relazioni all'interno della stanza di terapia, i sistemi e i meta-sistemi che vengono a generarsi, tutti insieme questi elementi sono il substrato su cui iniziare una nuova narrazione, una fra le tante possibili. È compito del terapeuta sentire e sentirsi, riconoscere le ridondanze, porsi come mezzo di relazione, ampliare la prospettiva possibile narrando e meta-narrando, ricordando altresì che l'entità del cambiamento non si può né predire né progettare, bensì solo ipotizzare.

Bibliografia

- Anderson, S. A., & Bagarozzi, D. A. (1983). *The use of family myths as an aid to strategic therapy*. Journal of family therapy, 5(2), 145-154.
- Andolfi M., Angelo C. (1987), *Tempo e mito nella psicologia familiare*. Boringhieri, Torino.
- Bateson, G. (1995). *Mente e natura*. Adelphi, Milano.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational Family Therapy*. New York.
- Byng-Hall, J. (1998). *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Callié, P., & Rey, Y. (1998). *C'era una volta: il metodo narrativo in terapia sistemica*. Angeli.
- Campbell, J. (2004). *Pathways to bliss: Mythology and personal transformation* (Vol. 16). New World Library.
- Casula, C. C. (2004). *Giardinieri, principes, porcospini. Metafore per l'evoluzione personale e professionale*. FrancoAngeli.
- Danziger M. A., *Mito in psicoterapia* (2018), Armando Editore.
- Dell, P. F. (1980). *The Hopi family therapist and the Aristotelian parents*. Journal of Marital and Family Therapy, 6(2), 123-130.
- Eliade, M., & Angelini, P. (1954). *Trattato di storia delle religioni* (Vol. 23). Einaudi.
- Ferreira A. J., "Mito familiare e omeostasi" in Pizzini F. (a cura di), *Famiglia e comunicazione*; Feltrinelli, Milano, 1980
- Fossi, G. (1990). *Miti, religione e psiconalisi. Una nuova proposta psicodinamica*.
- Hillman, J., Donfrancesco, P., & Ventura, M. (1984). *Le storie che curano: Freud, Jung, Adler*. R. Cortina.
- Jackson, D. D. (1957). *The question of family homeostasis. The Psychiatric Quarterly*. Supplement, 31(Suppl 1), 79-90.
- Jackson, D. D. (1965). *Family rules: Marital quid pro quo*. Archives of general Psychiatry, 12(6), 589-594.
- Kerényi, K., & Jung, K. G. (2012). *Prolegomeni allo studio scientifico della mitologia* (1941). Torino, Bollati Boringhieri.
- Maruyama, M. (1963). *THE SECOND CYBERNETICS: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes*. American Scientist, 51(2), 164-179.
- Nasone, P. O. (2013). *Le metamorfosi* (Vol. 398). Newton Compton Editori.

- Propp, V. J., Bravo, G. L., & Lévi-Strauss, C. (1966). *Morfologia della fiaba* (Vol. 1). Torino: Einaudi.
- Restori, A. (2016). *Post-modernismo nell'epoca della Complessità: la rêverie nella poetica della narrazione*. CAM-BIA-MENTI, 1, 6-11.
- Ricoeur, P. (1988). *La componente narrativa della psicanalisi*, trad. it. in "Metaxù", n.5, p.8
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F., Prata, G., *Paradosso e Contro-paradosso*, (1975). Feltrinelli, Milano.
- Telfener, U., "La terapia come narrazione, un'introduzione" in M. White, *La terapia come narrazione* (1992). Astrolabio, Roma.
- Togliatti, M. M., & Telfener, U. (a cura di) (1983). *La terapia sistemica. Nuove tendenze in terapia della famiglia*. Astrolabio, Roma.
- White M., *La terapia come narrazione (1992). Proposte cliniche*. Astrolabio, Roma.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.

Miti e regole familiari: dalla letteratura ai contesti educativi

Alessia Ferrari¹⁶

Sommario

Nel presente articolo si è voluto mettere in evidenza lo stretto rapporto che esiste tra i minori per i quali viene richiesto ed attivato un piano educativo ed il loro ambiente familiare. Solitamente viene richiesta l'attivazione di un piano educativo su un minore poiché questo presenta degli elementi di fragilità o di criticità tali da renderlo non funzionale nel proprio contesto sociale (familiare, scolastico, gruppo dei pari...), partendo dal presupposto che sia il minore ad avere un problema per il quale sia necessaria una figura che ne educi il comportamento. Partendo da una definizione sintetica di cosa siano i miti familiari e le regole familiari si è qui voluto provare ad analizzare due casi seguiti con interventi educativi (il primo scolastico ed il secondo domiciliare) allargando il campo e prendendo in considerazione il loro nucleo familiare in ottica sistemica, ed aiutandosi in tale rielaborazione della rappresentazione iconica fornita da due dipinti.

Parole chiave:

minori, piano educativo, miti familiari, regole familiari, nucleo familiare, rappresentazione iconica

Abstract

In this article we wanted to highlight the close relationship that exists between minors for whom an educational plan is requested and activated and their family environment. Usually the activation of an educational plan is required on a minor because this presents elements of fragility or criticality such as to make it non-functional in its social context (family, school, peer group ...), starting from the assumption that it is the minor who has a problem for which a figure is necessary to educate his behavior. Starting from a synthetic definition of what family myths and family rules are, we wanted to try to analyze two cases followed with educational interventions (the first scholastic and the second home) widening the field and taking into consideration their family nucleus in a systemic perspective; and helping himself in this reworking of the iconographic representation provided by two paintings.

Key words:

minors, educational plan, family myths, family rules, family unit, iconic representation

¹⁶ Alessia Ferrari, *Allieva* / anno DI/PSI, ferrari.alessia4@gmail.com

Miti e regole familiari.

Miti familiari.

Il concetto di mito familiare fu elaborato da Ferreira nel 1966.

Secondo questo autore il mito familiare fa riferimento « [...] a un certo numero di opinioni ben sistematizzate, condivise da tutti i componenti della famiglia, concernenti il reciproci ruoli familiari e la natura della loro relazione [...] Alcuni di questi miti sono così integrati nella vita di tutti i giorni da diventare parte ineliminabile del contesto percettivo all'interno del quale i membri della famiglia vivono» [Ferreira, 1966 ivi, trad it p. 49] ed assumono quindi il ruolo di credenze condivise da tutti i membri della famiglia relativamente a ciò che la propria famiglia è o dovrebbe essere.

Tali credenze prendono forma e si manifestano sia nelle interazioni reciproche tra i membri della famiglia, sia nelle interazioni che questi ultimi hanno con il loro ambiente sociale; e portano con sé numerose regole nascoste che restano celate dalle routine e dalle abitudini familiari.

Nell'ottica di Ferreira il mito riguarda quindi dei "modelli di distorsione della realtà" condivisi non solo da tutti i membri della famiglia, ma anche dagli osservatori esterni, che non viene mai messo in discussione dai membri della famiglia, e non può quindi subire modificazioni.

Tale inmodificabilità viene spiegata, sempre secondo questo autore, primariamente per 2 motivi:

Il primo riguarda il fatto che esso può solo essere oggetto di metacomunicazione. Più precisamente esso resta attuale tramite le

pratiche quotidiane, le routines e le narrazioni che le famiglie fanno delle proprie storie, ma non può essere oggetto diretto di comunicazione.

In secondo luogo, esso non risente dell'esperienza che invece viene «interpretata, ridefinita e ricostruita in modo da risultare coerente con esso» [Frugeri, 1997, p. 77], anche quando esperienza e mito appaiono in aperto contrasto.

Ciò ovviamente non avviene a livello razionale, ma attraverso l'«intreccio di processi percettivi, simbolici e interattivi» all'interno del quale il mito familiare risulta ricoprire il ruolo di variabile indipendente. [Frugeri, 1997, p. 77].

In quanto quindi non modificabile dall'esperienza il mito fornisce la «definizione dei rapporti, dei ruoli, delle caratteristiche e delle attitudini personali che non corrispondono ovviamente a quelle reali» [Frugeri, 1997, p. 78], e quindi non solo si mantiene stabile nel tempo, ma fa sì che l'intero sistema familiare si autoprotetta dal cambiamento mettendo in atto i "diktat" riportati all'interno del mito impedendo quindi che si innescano processi morfogenetici.

È importante ricordare che proprio per il fatto di essere immutabile e condiviso da tutti i membri della famiglia il mito a livello relazionale ha un enorme valore economico. Poiché permette a tutti i membri della famiglia di poter individuare e conoscere a priori quali sono quelle aree sicure all'interno delle quali si è certi di trovare un accordo senza dover entrare in discussioni.

I miti familiari possono ovviamente essere molteplici e poggiare su credenze molto diverse fra di loro.

Stierling (1973), Pillari (1986), Miermont (1995) hanno identificato e descritto alcuni di questi miti:

1. "Il mito dell'Armonia: siamo tutti felici, nella nostra famiglia non ci sono problemi, noi saremo sempre felici."
2. "Il mito della pseudomutualità: nelle buone famiglie i componenti non litigano mai e sono sempre d'accordo."
3. "Il mito della salvezza e della redenzione: non siamo responsabili di ciò che ci succede, siamo vittime della sfortuna, del fato, dell'ingiustizia, ma un giorno saremo redenti."
4. "Il mito del capro espiatorio familiare: tutti i problemi sono dovuti a uno dei componenti della famiglia"
5. "Il mito del catastrofismo: tutti i componenti familiari devono conformarsi a certi vincoli per evitare conseguenze catastrofiche per i membri della famiglia. Altrimenti, un membro debole, quello che non è in grado di sopportare, muore e diventa totalmente disarmato."
6. "Il mito dell'Unità: tutte le persone estranee alla famiglia sono considerate potenziali nemici e non degne di fiducia. Quindi tutti i componenti della famiglia devono essere solidali fra loro, indipendentemente da quello che succede dentro la famiglia."
7. "Il mito della trasparenza: noi nella nostra famiglia ci diciamo sempre tutto."
8. "Il mito della incommunicabilità: non riusciamo a capirci. È impossibile parlare."

Regole familiari

Jackson, osservando la famiglia in ottica sistemica, ha per primo ipotizzato l'esistenza di regole familiari che non solo descrivono il

sistema, ma che stabiliscono anche il comportamento al quale i singoli membri del sistema devono attenersi.

Durante il processo di socializzazione primaria il bambino infatti, «attraverso l'identificazione con i genitori e con le persone che gli stanno vicino[...]» impara che «esistono regole legate al comportamento[...]», e attraverso «[...] il processo di allargamento all'altro generalizzato» riconosce il carattere generale di tali norme. [R. Riccucci, P.M. Torroni, 2004 p. 15]

Negli anni '60 negli Stati Uniti alcuni studiosi si interessarono alla comprensione di quali pratiche portassero ad una maggiore aderenza alle norme; considerando con il termine norme gli «[...] schemi di interpretazione delle azioni proprie e altrui forniti dalla struttura sociale[...]» e che risultano essere per un soggetto sia vincoli che «risorse per l'azione». [R. Riccucci, P.M. Torroni, 2004 p. 16]. Tra questi Kouritsky nel 1991 formula il concetto di socializzazione giuridica facendo riferimento all'insieme «[...] dei meccanismi e dei processi attraverso i quali il soggetto, soprattutto nel periodo che va dall'infanzia all'adolescenza, costituisce conoscenze, attitudini e rappresentazioni riguardanti le norme» [R. Riccucci, P.M. Torroni, 2004 p. 16] e che trova il suo fondamento nell'autorità. Autorità che ritroviamo anche nei legami familiari poiché, sebbene essi poggino su una componente affettiva, sono gerarchicamente strutturati e fortemente vincolanti.

All'interno di ogni famiglia esistono infatti delle regole che servono a rendere chiare e interpretabili le azioni e i ruoli dei diversi membri della famiglia e che servono per vietare dei comportamenti in virtù di valori gerarchicamente sovraordinati.

Tra il 2001 e il 2003 l'università di Torino ha prodotto uno studio relativamente alla trasmissione dei valori in famiglia soffermandosi sui sistemi di regole esistenti.

Da questa analisi sono state individuate una decina di regole (gestione del tempo libero, gestione e uso responsabile degli spazi domestici, rendere conto per il comportamento in pubblico, partecipare a momenti familiari, rispetto degli orari, rispetto degli impegni presi...) che a livello nazionale sembrano essere consensualmente le più importanti; ed è inoltre emerso che esista una differenza nella richiesta di adesione a queste regole familiari in base al genere della progenie.

Più precisamente ciò che emerge è che le famiglie tendono a prediligere la trasmissione di regole che puntano all'autonomia e all'autodeterminazione negli uomini, mentre vi è una tendenza predominante a tramandare regole che poggiano sull'accudimento per quanto concerne le donne.

Miti e regole familiari. Un'analisi dei casi.

Il caso di M

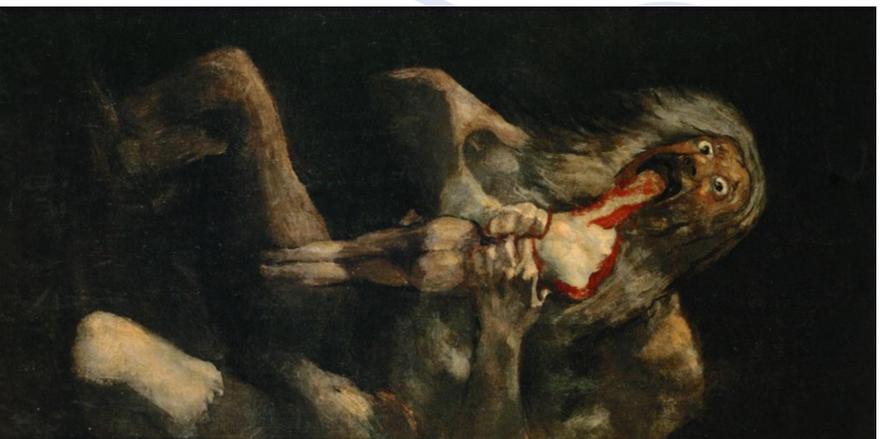
M è un ragazzo di 15 anni che frequenta la 3^a media segnalato per il disturbo oppositivo del comportamento.

La sua frequentazione a scuola è discontinua e presenta delle grosse difficoltà a livello scolastico; infatti, non solo si presenta quasi sempre impreparato, ma non porta quasi mai il materiale corretto nonostante la madre lo aiuti nella preparazione dello zaino.

I genitori del ragazzo sono divorziati e nonostante si mostrino uniti in presenza del

minore non riescono ad andare d'accordo. La madre appare essere iper-investita dal suo ruolo di madre, intronettendosi costantemente nelle attività del ragazzo (gli prepara lo zaino, i vestiti, lo aiuta o si sostituisce a lui nei compiti, stabilisce le attività a cui aderire e non aderire).

Inoltre, si mostra particolarmente distante nei confronti degli insegnanti ed in particolar modo nei miei confronti che rivesto il ruolo di educatrice scolastica.



Saturno che divorcia i suoi figli, Francisco Goya 1821-1823

Dopo qualche mese, che seguì il minore a scuola come educatrice il ragazzo si apre con me e mi racconta che i genitori sono divorziati e di come trascorre il tempo presso le abitazioni dei suoi genitori.

Emerge che la madre sia molto attenta all'andamento scolastico di M risultando super normativa: dal racconto del ragazzo al suo arrivo a casa la madre solitamente lo accoglie brevemente indicandogli cosa debba scaldarsi per pranzo, dopo di che si stende a riposare sul divano parlando al telefono con il nuovo compagno.

Durante questo lasso di tempo il minore riferisce di non poter parlare con la madre, poiché ogni tentativo di comunicazione porta la madre ad infastidirsi per le intermissioni del ragazzo nel "suo spazio di riposo"; riportando che se tenta più volte di aprire una comunicazione con lei la madre lo caccia in camera urlandogli di andare a fare i compiti.

Riferisce inoltre che durante il pomeriggio la madre lo raggiunge in camera per controllarlo, riportando però che le uniche comunicazioni che riesce ad avere con la madre riguardano la scuola e i relativi compiti; sempre e solo a livello direttivo e normativo. Dopo aver finito i compiti e fatto la cartella, la madre torna alle sue attività e il minore trascorre il resto della giornata a giocare alla playstation da solo in camera.

Questo meccanismo si interrompe solo quando il nuovo compagno di lei viene a casa e si ferma per la notte.

Dal racconto del ragazzo, infatti, la signora non vuole dormire con il compagno in presenza del figlio, quindi dopo cena chiede

al ragazzo di preparare tutta la sua roba e trasferirsi a dormire con lei nel lettone, così che il nuovo compagno possa andare a dormire nella camera del ragazzo.

Solitamente il ragazzo trascorre solo 2 weekend al mese a casa del padre, poiché il padre è sempre in viaggio per lavoro.

Dai racconti del ragazzo emerge che quando si trova presso l'abitazione del padre i due si comportano come due amici.

Trascorrono tutto il tempo insieme a ridere e giocare alla playstation, cucinano insieme, o ordinano cibo da asporto, e il minore riferisce che non gli viene mai imposto di fare i compiti.

Il minore rimanda inoltre che non vi siano mai terze persone che invadono il loro spazio e ripete più volte che vorrebbe tanto poter vivere con il padre.

Quello che emerge dal caso di M è che i due nuclei familiari portano con sé miti e regole familiari molto diverse.

Riprendendo in esame i miti sopracitati si potrebbe dire che nel rapporto di M, con il padre risulta rivestire maggior rilevanza il "mito della trasparenza" accompagnato apparentemente da nessuna regola esplicita, ma da regole implicite che poggiano sulla condivisione; mentre nel rapporto con la madre il mito predominante sembrerebbe essere il "mito dell'unità" legato a regole esplicite di autonomia e implicite di dipendenza.

Soprattutto prendendo in esame il legame M-MD si possono figurativamente ritrovare similitudine con il quadro di Goya dove il figlio, pur essendo un individuo separato e formato si ritrova ad essere ingurgitato e riassorbito dal padre.

Il caso di A.

A è una ragazza di 15 anni di origini filippine seguita dai servizi da circa 3 anni.

Da quando è in carico ai servizi ha subito 3 ricoveri: due per tentato suicidio ed uno per magrezza eccessiva dovuta ad anoressia grave.

La ragazza mi viene presentata come una ragazza particolarmente difficile che presenta una costellazione di disturbi in comorbilità. A ha infatti una diagnosi di disturbo Borderline di personalità, alterazioni psicotiche, ideazione suicidaria, inflessione dell'umore, anoressia, autoleSIONISMO ed un'ansia sociale talmente imponente da portarla ad essere ritirata socialmente.

Il caso mi viene presentato a giugno e mi viene chiesto di affiancare la minore in un'educativa domiciliare poiché il suo ritiro sociale è diventato così importante da impe-

dirle, non solo di andare a scuola, ma anche di uscire di casa.

La richiesta con cui i servizi mi affidano il caso è quella di affiancare la minore, tenendo però uno sguardo puntato anche sul nucleo familiare, poiché risulta che anche un'altra sorella abbia delle difficoltà per quanto concerne le interazioni sociali.

All'attivazione del servizio la minore si è mostrata molto contrariata dalla mia presenza rifiutandosi in più di un'occasione di prendere parte agli incontri.

Per riuscire quindi a svolgere gli interventi ho dovuto inizialmente lavorare molto sulla costruzione condivisa del nostro rapporto delegando in buona parte a lei il controllo di tempi e spazi arrivando dopo circa un mese alla condizione in cui A abbia iniziato ad accettare la mia presenza e ad aprirsi con me. Ciò che fin da subito è emerso in maniera



(Frederick George Cothran, Uno di famiglia 1880)

abbastanza evidente è stato che A fosse una ragazza estremamente intelligente, dalla marcata sensibilità e con delle opinioni ben strutturate; ma che si trovasse molto in difficoltà nel individuare un modo per comunicare le proprie emozioni e le proprie idee agli altri; e che proprio questa incapacità comunicativa era alla base del suo sentirsi non solo incompresa, ma anche profondamente inadeguata.

Svolgendo inoltre il mio intervento per i primi 2 mesi sempre e solo presso l'abitazione della minore ho avuto anche modo, come richiesto dai servizi, di osservare il funzionamento familiare.

Il nucleo di A è composto da madre, padre e 4 figlie, e fin dal mio prima accesso si è sempre presentata come una famiglia molto unita e ben funzionante, nonostante le difficoltà che le erano capitate.

In realtà spostando la tendina parasole ciò che è emerso dalle mie osservazioni è che il nucleo familiare fosse perfetto solo all'apparenza.

Sebbene infatti la credenza predominante a livello familiare fosse quella che in famiglia si debba stare tutti insieme, si debba andare tutti d'accordo e ci si debba aiutare in tutto, i genitori, per primi, non riuscivano e non riescono a ricavarci uno spazio.

Il loro iperinvestimento sull'asse genitoriale ha infatti portato ad un quasi totale annullamento dell'asse coniugale.

A livello di gestione familiare infatti la madre, per poter assistere le figlie, ha deciso di lasciare il lavoro e risulta essere completamente assorbita dall'accudimento del focolare, mentre al marito è stato richiesto di svolgere la pura funzione di sostentatore economico.

Inoltre, anche durante la notte hanno deciso, sempre per venire incontro alle esigenze delle figlie, di andare a coricarsi in piani diversi della casa. La madre dorme al piano di sopra con le 4 figlie, mentre il padre dorme al piano inferiore insieme al cane.

Le figlie in questa situazione di attivazione mostrano, sebbene in maniera diversa, tutte delle fragilità:

- La figlia più piccola C non riesce mai a stare ferma ed attrita costantemente l'attenzione interrompendo di continuo ed in modo inadeguato le conversazioni degli adulti.
- B ha 13 anni. Anche lei è seguita dai servizi poiché manifesta difficoltà a livello sociale. Passa infatti le sue giornate chiusa nella propria stanza, guardando anime fino a notte fonda, e se si mostra lo fa sempre nascosta da un enorme felpa che le copre metà del viso. Difficilmente apre di sua spontanea volontà ad una conversazione e se risponde, risponde sempre a monosillabi.

- A (ragazza per cui è stato attivato il mio servizio) nell'ultimo periodo ha ripreso a frequentare la scuola, sebbene per poche ore alla settimana, e la manifestazione della sua sintomatologia oscilla pesantemente a seconda della giornata, passando dall'assunzione di psicofarmaci non prescritti a giornate in cui si mostra relativamente a suo agio riuscendo addirittura a chiedere di uscire.

- F la sorella più grande ha 17 anni. Lei è completamente proiettata all'esterno e sostiene di non voler "più perdere tempo con questa famiglia".

Dai miei incontri con la famiglia ciò che è

emerso essere l'elemento che ha portato alla situazione attuale è stato il ritrovarsi a vivere costantemente tutti insieme a causa della pandemia covid-19.

Sebbene infatti i genitori siano da sempre profondamente ancorati ad un'idea familiare, fortemente legata alla loro cultura di origine, e non condivisa dalle figlie, ciò che è emerso è che per le figlie il ritrovarsi private della loro libertà di azione esterna e di condivisione con i pari ha innescato una dinamica esplosiva.

Nell'ottica dei genitori infatti il nucleo familiare comprende al proprio interno non solo genitori e figli, ma anche nonni e zii in una visione di inclusione e accudimento totale parimenti distribuita verso ogni elemento in virtù dell'età e della disponibilità di energie ritenuta appropriata, con una spiccata idealizzazione dei valori e della morale cristiana, e del concetto di comunità familiare che ricorda un po' la concettualizzazione sistemico-familiare esistente nelle comunità familiari contadine della prima metà del '900 in Italia. Le figlie invece hanno introiettato una concettualizzazione del sistema familiare più aderente a quella della loro cultura di origine, cioè con quella italiana, dove i membri della famiglia hanno un investimento di energie e accudimento che rispecchia le loro effettive energie disponibili e dove gli spazi di autonomia e di interesse del singolo devono essere riconosciuti e sostenuti, anche a dispetto dell'unità della "comunità famiglia". Per tornare a miti e regole sembrerebbe quindi che nell'ottica dei genitori risulti essere particolarmente rilevante il "mito della pseudomutualità" accompagnato da regole esplicite che poggiano sui "si deve sempre

andare tutti d'accordo ed aiutarsi", e dalla regola implicita che "tutti devono fare ciò che devono".

In questo sistema familiare ciò che a mio avviso ha maggiormente mandato in crisi il sistema, oltre ovviamente alla reclusione forzata, è stato il restare ancorati ad un'idea di sistema familiare marcatamente idealizzato derivante, come già detto, anche dalla propria cultura di origine, che ha portato ad un aperto contrasto con il riconoscimento delle singole individualità delle figlie e delle loro richieste di individualizzazione e autonomia. Questo le ha spinte ad una profonda coartazione delle proprie personalità che è sfociata in fine in manifestazioni sintomatologiche così imponenti da aver costretto i genitori ad accogliere il loro disagio manifesto, nonostante permanga la completa disconfirma dei loro vissuti interni.

Analizzando un po' il quadro familiare si potrebbero quindi notare delle forti somiglianze con il dipinto di Cotman. Sebbene infatti ad una prima occhiata questa tela possa dare un'idea di serenità e unità andando ad analizzare i singoli personaggi si può notare come la madre, che risulta essere il personaggio focale del quadro, sia stata dipinta in una posa di tensione con il ventre verso la tavola dove si trovano i figli, il cane appoggiato sulle gambe, il braccio destro in estensione in un atto di accudimento verso il cavallo che fa capolino dalla finestra e la schiena appoggiata all'indietro come a voler includere la presenza del padre. Padre che, intento a posare le proprie cose, presumibilmente al rientro dal lavoro, viene dipinto nell'angolo più scuro a destra, e sebbene il suo sguardo sia rivolto verso la propria fami-

glia, nessuno sembra porgergli attenzione; nemmeno la nonna rappresentata intenta a tagliare il pane in un atto che potremmo definire accudimento primario.

Conclusioni

Nel momento in cui si entra in contatto con il mondo dei ragazzi che presentano una segnalazione molto spesso ciò che emerge è che i loro disturbi siano funzionali alla situazione familiare e sociale nella quale stanno vivendo.

Molto spesso sono ragazzi con una forte sensibilità che non hanno ancora sviluppato quelle capacità di gestione dell'emotività che gli potrebbero potenzialmente permettere di relazionarsi in modo adeguato con i propri adulti di riferimento, e che si trovano scissi tra il bisogno primario di accudimento e quello di autonomia.

Ciò, come abbiamo visto in precedenza, spesso è dovuto a miti e regole familiari che sono fortemente in contrasto con le loro individualità.

Ma in questi casi, sebbene un impianto educativo possa essere parzialmente proficuo, è davvero sul minore che andrebbe attivato un progetto educativo? Sono davvero loro i soggetti problematici, quelli che vanno aggiustati, o forse sono solo quelli che riconoscono sebbene a livello puramente emozionale, istintuale le criticità del loro sistema?

Provare ad affiancarli nella loro sofferenza, dandogli, o quanto meno provando a dargli, degli strumenti compensativi con cui muoversi nel mondo è sicuramente un movimento appropriato.

Ma in molti casi proprio quel sintomo ha portato, seppure con grande sofferenza e

dispendio di energia, a vantaggi secondari quali l'essere visto come individuo separato. E su quel sintomo si apre un potenziale di cambiamento.

Se infatti è vero che miti e regole familiari sono tendenzialmente immutabili e non soggetti all'esperienza, è anche vero che spesso la sofferenza di un figlio porta a delle sollecitazioni del sistema tali da poter aprire a spiragli di cambiamento. Cambiamenti spesso piccoli, che non vanno ad incidere di base sui sistemi valoriali del nucleo, ma che, come gocce che cadono in uno specchio d'acqua, formano increspamenti sempre più ampi arrivando infine a blandire anche quelle credenze, quelle routine, quelle storie che i membri della famiglia raccontano e si raccontano. Magari arrivando ad accettare che pure nel mondo degli assolutissimi possano talvolta esistere delle eccezioni, non dovuti all'errore nella norma, ma semplicemente all'imprevedibilità umana.

Bibliografia

- Calandri E., Borca G., Begotti T. & Cattellino E. (2004). *Relazioni familiari e rischio: un'analisi della circolarità. Psicologia clinica dello sviluppo* (ISSN 1824-078X) Fascicolo 2, agosto 2004. Doi: 10.1449/14718
- Elguier A. (2001) *I miti familiari alla prova dei tempi moderni*. INTERAZIONI, Fascicolo 1.
- Fruggeri L. (1997) *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*. Carrocci editore.
- Granjon E. (2001) *Mitopoiesi e sofferenza familiare*. INTERAZIONI, Fascicolo 1
- Losso R. (2001) *Il mito familiare: fonte dei transfert familiari*. INTERAZIONI, Fascicolo 1

- Omnis L. (2016) *Le voci interne della familiare e di genere.*
- Trapanese G. & Sommaritico M. (2001) *Mito familiare. INTERAZIONI, Fascicolo 1*
- Ullrich, H. W. (2019) *Posso essere felice. Autostima e comunicazione l'esperienza umana in tempi moderni.* A. Guerini e associati.
- Rucucci R. & Torrioni P.M. (2004). *Quaderni di ricerca. Le regole della vita familiare: differenze di classe, di background culturale e di genere.*

Surfare con la mente batesoniana

Chiara Condorelli¹⁷

Sommario

La sensazione che vive il terapeuta di fronte al sistema imprevedibile e caotico che osserva è metaforicamente simile alla sensazione che si ha di fronte a un mare in tempesta e la forza implicativa che coinvolge lo spettatore.

Esistono momenti del tutto casuali in cui la mente sogna e crea nessi apparentemente illogici, che non rispondono ad un principio razionale e matematico ma capaci di creare aperture ad accezioni, la cui natura appartiene ad un linguaggio emotivo e viscerale. È accaduto che il 2 gennaio del 2021 stessi per annegare durante una sessione di surf, complici la mareggiata particolarmente forte e l'ululare del maestrale. Ero incastrata tra la riva e la line-up, il punto da raggiungere dove le onde hanno origine e vanno attese.

Improvvisamente la mia mente, in un momento di emergenza (dal latino: *emergere* composto di e fuori e *mergere* affondare, tuffare) ha volto lo sguardo alla scuola di psicoterapia: la stessa situazione soffocante di incastro si reiterava, più mortifera e paurosa. Lottare contro la forza del mare era effimero e peggiorava la mia condizione perché agitandomi i vortici del mare mi trascinavano sempre più a fondo. Decisi allora di stare e abbandonare ogni rigidità corporea. Stare nell'incertezza della forza caotica e respirare a ritmo di onda, al tempo dettato del mare. Il terapeuta, non potendo non essere anch'egli parte e oggetto di ciò che osserva, in quanto lo sguardo dell'altro oggettifica e inchioda, è contemporaneamente spettatore e attore della struttura che connette con le proprie bellezze e orrori. Occorre solo cogliere il momento giusto e lucidamente è possibile sognare una apertura, la corrente di risacca da catturare per tornare a riva.

In quanto esseri umani sentiamo l'innato e primordiale desiderio di conferire significato, ordine e ragioni logiche ma simultaneamente viviamo in un universo in cui tutto ciò viene meno: in tale paradosso risiede l'assurdità e trascenderla, come un Sisifo moderno, attraverso l'accettazione e il riuscire a tollerare tale imprevedibilità per trarne un significato senza che quest'ultimo diventi la Verità ma una delle verità, con la consapevolezza quindi che ciò che osserviamo viene filtrato dalle lenti che indossiamo, dai pregiudizi che determinano il nostro Esser-ci nel mondo.

A partire da questi vissuti, è possibile generare riflessioni sull'epistemologia dell'approccio

¹⁷ Dott.ssa Chiara Condorelli, allieva 1° anno Idipsi sede di Siracusa, chiara.condorelli@gmail.com

terapeutico e confrontarsi con diversi autori che teorizzano l'inconoscibilità dell'oggetto: Kant lo chiama noumeno, Bion approfondisce l'inaccessibilità alla realtà psichica e l'approccio sistemico lascia in sospeso il concetto di apprendimento di tipo quattro.

Parole chiave:

Approccio sistemico-relazionale, surf, mare, metafora, Bion, Bateson.

Abstract

This article sets out to highlight the connection between surfing and being a systemic therapist throughout the analysis of the epistemological premises. Focusing on the main theories and peculiarities of the relational systemic approach, it could be possible to observe the isomorphism within the relationship between what happens into a psychotherapy session and during a surf session. Not only is the heartache found inside the unpredictability the system that the therapist is observing but also when you are facing against stormy sea. Despite the complexity of the theories, it may be possible to achieve a deeper awareness and comprehension of the phenomenology of the psychotherapy due to the metaphor that involves visual narration coming from the deep blue.

Keywords:

Relational-systemic approach, surf, sea, metaphor, Bion, Bateson.

All at sea and being in uncharted waters che paradossalmente tende alla metafisica, L'inconoscibilità dell'oggetto psichico, dove si serve di idee cioè tentativi di ricondurre la dimensione temporale fa da sfondo e rende la fenomenologia della relazione non imbrigliabile nella sua complessità, è un concetto che non entra per la prima volta nella stanza di terapia. il mondo ad una causa ultima e che hanno un valore regolativo per permettere l'uomo la sua indagine nel mondo fenomenico.

Ciò che Kant chiama **noumeno** si contrappone al concetto di **fenomeno**. Quest'ultimo è l'oggetto intuito e percepito nello spazio e nel tempo e che è connesso ad altri oggetti e la cui natura della relazione tra essi è la causaltà. Il fenomeno è conoscibile e attraverso l'attività di sintesi dell'io penso; è l'oggetto empirico categorizzabile attraverso le strutture mentali che operano a priori, nonché i pregiudizi relativi allo spazio e al tempo. Nel tentativo di conferire alla psicoanalisi solidità da un punto di vista epistemologico; Bion tenta di formalizzare l'**oggetto psicoanalitico** ma, non essendo quest'ultimo un oggetto inanimato, la sua natura lo rende inaccessibile alla conoscenza se non attraverso la sua fenomenologia che seppur complessa è apprezzabile da un punto di vista sensibile, ad esempio è possibile osservarne i pensieri, le emozioni e i comportamenti. Attraverso la teoria delle funzioni e del linguaggio matematico, Bion tentò di formalizzare tale concetto nella seguente formula:

$$\{(\pm Y) \psi (\mu) (\xi)\}$$

Grazie alla presenza di **strutture aprioristiche dell'intelletto**, la realtà fenomenica si adatta alla conoscenza dell'uomo e grazie ai giudizi sintetici è possibile avere una conoscenza sicura e certa della realtà sensibile. Per Kant il fenomeno rappresenta il limite della conoscenza, l'orizzonte all'interno del quale può giocare la mente umana, mentre il noumeno, che è un oggetto di tensione etica, morale e artistica, è inconoscibile ed è precluso all'esperienza umana. È un'unità che regola il mondo fenomenico ma non è possibile coglierne la struttura attraverso l'intuizione e successivamente l'intelletto, che traduce i dati sensibili attraverso **dodici categorie** (schemi), che non appartengono intrinsecamente alla realtà.

Il principio di unificazione, nonché l'**Io pensoso**, che regola la realtà per poterne cogliere la struttura che connette, è anch'esso inconoscibile ma grazie ad esso è possibile riconoscere le esperienze. Questa ragione, legata all'assenza. La tolleranza alla frustrazione è un **fattore innato** che se dovesse fallire avrebbe come esito la proiezione identificativa; il fattore innato viene indicato con la (μ) dal quale dipende la qualità dell'esperienza emotiva che deriva dall'incontro con

l'oggetto e insieme alla realizzazione determina la positività o negatività dello sviluppo indicato con la lettera (Y). Tale modello verrà ampliato da altre intuizioni, tra cui l'osservazione analitica sistematica per mezzo della griglia di Bion e del meccanicismo, della dinamica che sottendono il pensiero.

La psicoterapia, secondo questa concezione, non è più condizione di cura ma di conoscenza e affinché questo apprendimento dall'esperienza possa aver luogo, occorre soffermarsi sulla percezione emotiva e sensoriale del non-oggetto di cui però vi è una preconcuzione. Lo scatto tra l'onirico e il reale, genera frustrazione che, nel caso in cui esista, verrà contenuto dall'apparato del pensare; analogamente, l'attesa ai confini della line-up, genera frustrazione se il surfista si scontra con l'assenza dell'onda adatta da cavalcare. Nel caso in cui il surfista non dovesse conoscere i movimenti del mare, le condizioni del vento adatte e il saper intendere ciò che la natura indornita offre, perché non si dà il tempo di entrare in sintonia con la parte più viscerale e naturale del mare e delle risonanze che genera, preso dall'impulsività bulimica di surfare senza rispettare il timing rischia di apprendere schemi cor-porei non adatti ad interpretare il momento. Avviene così un apprendimento di un movimento non elaborato, un contenuto senza contenitore che risiede nel terapeuta o nel surfista (entrambi pensatori) senza che vi sia reale contatto tra l'idea e la sua forma. Piuttosto che l'aggregazione di elementi alfa elaborati, che formano una barriera di contatto, una muta permeabile ma che protegge, tra il pensiero e il pensatore permettendo quindi una relazione normale con la realtà,

appare la formazione di uno schema beta e il conseguente legame psicotico, dove il surfista, così come il terapeuta, non riesce più a distinguere il suo stato interno da ciò che accade all'interno dell'acqua o nel campo terapeutico.

Il presupposto che sottende la riflessione di Bateson in merito all'apprendimento, inteso come adattamento attivo al contesto e fenomeno della comunicazione che avviene per mezzo delle differenze percepite, è che ogni apprendimento causa un cambiamento che non è mai uguale.

Bateson individua quattro livelli di apprendimento:

0. APPRENDIMENTO ZERO in cui la specificità della risposta (stimolo-risposta "saldate") non permette che questa possa essere suscettibile di cambiamento; quest'ultimo avviene solo al momento del proto-apprendimento, il cui fattore determinante è rappresentato dal concetto di *trials and errors*, guidato a sua volta da oggetti che orientano (segna-contesto).

1. APPRENDIMENTO UNO è un cambiamento dell'apprendimento 0 e quindi è una modificazione della specificità della risposta (stimolo-risposta avviene in relazione al contesto). Questo cambiamento si realizza attraverso il deuterio apprendimento, ovvero sia dall'apprendimento delle regole di contesto che venendo generalizzate diventando indipendenti dai segna-contesto). Il contesto dello stimolo costituisce un meta-messaggio che classifica il segnale elementare (meta-contesto) e permette di evincere le regole del contesto che aiutano a decodificare l'evento nel contesto d'uso linguistico.

2. APPRENDIMENTO DUE è un cambiamento nel processo dell'apprendimento in cui intervengono nuove abitudini perché le vecchie premesse epistemologiche vengono scardinate. Il cambiamento delle regole di contesto e il come segmentiamo gli eventi emergono dagli atti percettivi (spesso di auto-convalida per cui i processi neuronali e cognitivi dimostrano che è più semplice ricordare che apprendere, attraverso le euristiche e i pregiudizi. Tale cambiamento è difficile che possa avvenire se non si è consapevoli che le proprie premesse rischiano di cadere nella fallacia e di confermare le nostre premesse senza andare oltre e rimanendo incastrati nelle premesse epistemologiche. Nell'apprendimento di tipo due, infatti, vi è l'acquisizione di un'abitudine.

3. APPRENDIMENTO TRE è un cambiamento correttivo del processo due che avviene quando emerge un elemento contraddittorio che mette in crisi il soggetto. Si tratta di apprendere come modificare un'abitudine per creare un'abitudine. In un'ottica di sistema degli insiemi di alternative (apprendimento di contesti di contesti, come avviene nella psicoterapia e nelle conversioni religiose) è richiesto, affinché possa avvenire questo cambiamento, una modificazione e ridefinizione dell'io. È l'apprendimento più difficile in quanto l'essere umano che per natura è restio a operare cambiamenti dal carattere -cioè di ridefinizione dell'io - poiché che risparmia l'individuo dalla necessità di esaminare gli aspetti astratti, filosofici, estetici, etici di molte sequenze della vita.

È un apprendere a disapprendere. L'io frutto degli apprendimenti di tipo 3 perde di rilevanza e coloro capaci di accogliere tale cambiamento sono:

- gli stolti, i quali non riescono ad accettare nemmeno al pensiero
- gli psicopatici, in quanto superano le abitudini seppur vadano oltre al sistema di regole
- gli illuminati che trovano il proprio sistemi

Lo psicoterapeuta naviga con il paziente verso una doppia visione e vedere come possiamo spezzare l'abitudine e quella parte di me che mi fa rimanere incastrato in certe abitudini (meta-contesto).

4. APPRENDIMENTO QUATTRO non riguarda gli esseri umani nella loro dualità, ma riguarda il processo evolutivo della combinazione filogenetica e ontogenetica.

Il nesso tra l'inconoscibilità e inaccessibilità, emerge da quest'ultima astrazione concettuale, all'interno della quale Bateson nega la possibilità che l'apprendimento quattro possa aver luogo se non si considera l'individuo non soltanto in relazione al contesto ma anche rispetto ad una struttura storica che connette: la **Mente relazionale**.

Be between the devil and the deep blue La relazione, dunque, è la chiave di lettura che permette di leggere in maniera critica e intelligente l'epistemologia dell'approccio terapeutico, permettendo di confrontare autori apparentemente divergenti ma che condividono l'idea dell'inconoscibilità dell'oggetto e della necessità di saper navigare in

un mare imprevedibile e intriso di misteri; la bussola, di cui occorre sempre calibrare il nord in quanto i capricci del magnetismo polare non permettono ai naviganti di distrarsi o riposare e richiedono un lavoro continuo di risonanza e di esercizio dell'Esser-ci.

Entrare in relazione, però, significa incrociare la prua della propria imbarcazione con il **paradosso**.

Di fronte ad un paradosso, i moti che animano il terapeuta e il paziente, scaturiscono da uno scarto emotivo e relazionale apparentemente incolmabile.

Storicamente l'uomo ha sempre temuto l'emergere delle contraddizioni, in quanto sinonimo di imprevedibilità e mancanza di categorizzazione di cui la mente è avida, motivo per cui Zenone di Elea, filosofo greco presocratico, è stato relegato ai margini della storia della filosofia e rivalutato solo in seguito alle teorizzazioni della relatività e della fisica quantistica. Le riflessioni sull'essere inteso come unico, immobile e immutabile, hanno predisposto Zenone a elaborare dei «smisuratamente sottili e profondi» paradossi, forieri del nichilismo teoratico che distruggono il logos e la sua struttura deduttiva.

È nelle teorie bioniane, nel tentativo di osservare la genesi del pensiero e della nozione, che anche la psicologia entra in contatto con il concetto di paradosso. Lo sviluppo dei pensieri, la cui origine anticipa quella della struttura che li contiene, viene osservata e sistematizzata all'interno della griglia che Bion costruì con l'intenzione di registrare la comunicazione tra terapeuta e paziente. La forma più arcaica di pensiero viene denominata **preconcezione** e tale aspettativa diventa pensiero quando, incontrando il dato sensi-

bile e quindi una realizzazione diventa pensiero, che a sua volta diventa **concetto** nel momento in cui viene incarnato nella parola diventando comunicabile e condivisibile.

D'altro canto, il pensiero, che non coincide con la cosa in sé ma è inteso come la possibilità di manipolare le nozioni tramite una loro simbolizzazione, diventa vero e proprio pensiero quando l'oggetto in sé è assente e crea una **differenza**. Paradossalmente, quindi, la "non cosa" diviene fondamentale per strutturare il suo corrispettivo mentale e la capacità innata di saper sostenere la frustrazione che deriva **dall'assenza dell'oggetto**, che diventa più importante della natura dell'esperienza, è necessaria affinché si possa realizzare l'apprendimento. La capacità di tollerare non è l'unica condizione che permette la genesi del pensiero ma occorre che vi sia la facoltà di tradurre il dato sensibile in elementi, che Bion definisce elementi alfa. È essenziale, dunque, che l'individuo metabolizzi qualunque afferenza percettiva, metabolizzi **elementi beta** e che sono definiti in termini di **protoemezioni** e **protosensibilità**.

Affinché tutto ciò avvenga occorre che l'individuo raffini tali dati grezzi in **elementi alfa** attraverso la **funzione primaria alfa** che li organizza e li mette in relazione, restituendo gli elementi beta in trasformare moderate dal pensiero. La funzione alfa non è innata ma ha origine dal paradosso in cui «una fantasia onnipotente che opera realisticamente» nel bambino, induce la madre a contenere le sensazioni che risultano insostenibili. Quest'ultima attraverso il processo onirico di **rêverie** trasforma le proiezioni del bambino e le restituisce sotto forma di pensiero e affetto. Se questa dinamica verrà meno,

emergeranno allora alterazioni e disturbi. Ciò che accade all'interno della stanza di terapia, quindi, è la possibilità del terapeuta di offrire al paziente un apparato per pensare i pensieri a partire dalle aperture a significati differenti e quindi di attribuzione di significati narrativi alternativi. Il pensare per Bion non è essenziale per la verità in sé ma per il benessere del pensatore la cui necessità, in quanto individuo ma anche in qualità di persona all'interno di un gruppo, di interpretare e di conoscere.

Ciò che accomuna Bion con il modello sistémico è il concepire le sedute come processi narrativi capaci di rinarrare ciò che ancora non è pensato, non solo in termini di linguaggio ma anche di relazione; quindi, una interpretazione non dovrà semplicemente saturare il significato a ciò che viene raccontato decodificandolo ma occorre che venga incorciato all'interno di una trama narrativa.

Al manifestarsi di una differenza ci sentiamo in dovere di compiere una scelta, il più delle volte dicotomica, nell'emergenza di creare una forma di coerenza che ci permetta di imbrigliare la complessità della fenomenologia dell'ambiente esterno e delle fantasie e fantasmi che creano movimenti nel mondo interiore.

I paradossi emergono all'interno delle relazioni umane perché quest'ultime sono permeate all'interno di **comunicazioni di doppio vincolo**, cioè di legami in cui un messaggio contraddice un altro perché i livelli gerarchici della comunicazione, evidenziati dagli studi sugli **strage loop** di Hofstadter, si confondono a causa della natura stessa paradosale dell'uomo: nasciamo dipendenti da un caregiver ma siamo spinti dall'impulso di diventare autonomi, cerchiamo di appar-

tenere a un gruppo ma nello stesso tempo di individuarci ed elevare la nostra soggettività. Presupponendo che vi sia uno continuo scambio comunicativo con ricorsività, che si incastona in una dimensione temporale che fa da sfondo alla ripetitività, la malattia compare lì dove il doppio legame è manifestazione del sintomo e compare la riflessività e il paradosso. Il doppio legame si evince, quindi, quando ordini logici differenti, livello di contenuto e livello di relazione non sono sincroni e vi è uno sfaldamento tra i due livelli. Si manifesta così un circuito riflessivo bizzarro, in cui i livelli si intersecano al punto da cambiare il contesto, e la forza implicita diventa condizione di senso. La premessa che sta alla base di tale costruito è che la comunicazione è organizzata in **livelli gerarchici** (contenuto e relazione) e i circuiti riflessivi e i paradossi sono caratterizzati da una confusione di tipi logici. Il paradosso è la percezione che vi sia sfaldamento tra i due livelli, creando così un circuito riflessivo bizzarro in cui le diverse accezioni si intersecano al punto da cambiare il contesto e la forza implicita diventa condizione di senso.

To swim against the tide

La costruzione di **mappe** è un processo del tutto analogo alla creazione delle carte di Mercatore utilizzati nella navigazione: non sono conoscenze e verità date una volta per tutte ma vanno ridefinite durante la navigazione, a causa della tensione che si crea di volta in volta dalla crisi tra il magnetismo effettivo con quello terrestre, la cui asincronia determina continue fluttuazioni della collocazione del Nord e quindi l'impossibilità di aderire ad una singola verità.

La difficoltà che risiede in entrambi questi atti consiste nella rappresentazione di ciò che in realtà non è possibile ricreare perché in continua evoluzione e trasformazione.

La forte tentazione di aderire fedelmente a delle istruzioni o a delle mappe fisiche o cognitive, senza tener conto della complessità e delle mutevoli sfumature della realtà, possono assumere la stessa connotazione che le sirene avevano per Ulisse. Il terapeuta se non assume una posizione irriverente nei confronti dei pregiudizi, o peggio, non essere consapevole delle sue mappe, va incontro alla fine di una terapia come un relitto arena-to tra gli scogli delle verità cristallizzate.

Il pregiudizio scorre anche attraverso il linguaggio e il terapeuta dovrebbe assumere una posizione di **curiosità semantica** e non di colui che sa, in quanto occorre dare spazio al paziente per permettergli di co-creare una narrazione, senza che i pregiudizi interferiscano cristallizzando i movimenti in una situazione di impasse.

Nella continua ricerca della struttura che connette, anche un'ordinaria esperienza assume un'accezione sistemica. A partire dall'istante in cui mettiamo in discussione la fenomenologia di ciò che accade, tutto ciò che percepiamo naturale e usuale diventa confusionario e complesso; tutto ciò al quale attribuiamo una determinata accezione, si rivela non avere un significato ultimo. Veniamo a contatto con un mondo paradossale e contraddittorio che non fornisce risposte ma apre ad altri quesiti. La mancanza di struttura getta l'uomo nell'angoscia e la consapevolezza di essere parte di un mondo assurdo.

Making waves

Per districarsi in questa sensazione di incastro, il terapeuta sistemico dispone di diversi strumenti.

Le **domande circolari** e le **domande riflesive** hanno una forza implicativa in un sistema che appare fermo nel tempo e rappresentano uno impulso capace di creare perturbazione e movimento tra un livello e un altro. Al concetto di **neutralità-ipotizzaz-ione-circolarità-curiosità** si affianca quello dello **strategizing** inteso come domande e aperture di senso nelle trame del dialogo di cui il terapeuta è garante in quando responsabile della navigazione. Gli effetti delle domande all'interno del colloquio sono imprevedibili, il faro che guida verso un'ipotesi è il mantenimento della propria autenticità e ciò significa muovere degli agiti e svelare delle premesse (personali o del paziente); le domande, quindi, devono essere uno spunto nello spazio di terapia.

Metafore e **parole chiave**, sfruttando la peculiarità della mente umana di creare analogie e associazioni delle esperienze, queste tecniche rinarrano informazioni provenienti da processi già noti, creando connessioni e "ragionate" che collegano gli elementi esterni e che vengono percepiti come isomorfismi delle relazioni interne. La mente, infatti, può essere intesa come un mosaico di singoli elementi connessi tra loro e quando queste relazioni sono comprensibili e consapevoli, possono essere espressi attraverso il linguaggio. Le parole tendono a sbobinare i grovigli semantici ed emotivi che caratterizzano le interazioni e nel momento in cui si crea un linguaggio condiviso, formato da parole chiave e ridondanti, è possibile crea-

re dei legami e tessere pazientemente delle narrazioni; da questo punto di vista è possibile concepire l'individuo e più ampiamente i sistemi come una rete di condivisioni di senso che possono diventare storie condivisibili. Per creare un linguaggio condiviso, premessa che occorre assumere una posizione di curiosità semantica nei confronti delle storie che si incontrano, è necessario co-costruire campi semantici, e prendere in considerazione l'idea che la terapia consista in un **dIALOGO emotivo** (metaforico, primitivo e condensato).

A partire da questo substrato emotivo e di relazioni emergono le parole chiave, le cornici di senso e reframing e quindi tutti gli interventi e le tecniche proprie del terapeuta sistemico. Le parole chiave, i cui significati vengono attribuiti dal ricevente e non da chi le pronuncia, sono l'elemento risolutivo dell'indagine terapeutico, attraverso la comprensione sul perché determinate parole agiscono e anche come strumento di ri-narrazione.

Le parole chiave creano circuiti riflessivi tra il cognitivo, l'emotivo e il comportamentale, provocando ricorsi la cui eziologia e fine non è individuabile ma concede la possibilità di distinguere i diversi ordini e di smascherare un loop semantica attraverso una differenza, permettendo così che la perturbazione possa accadere. Il modo di punteggiare e manipolare attraverso i **"giochi linguistici"**, in cui le emozioni hanno il potere di legare e creare connessioni che generano cambiamento, è relegato ad una dimensione immaginativa, così come anche il ragionamento per mezzo di metafore, ovvero immagini la cui logica non appartiene all'ordine del razionale e apre la possibilità di creare differenze attraverso i moti generati da significati alternativi.

Lo scarto tra significato e significante non è un limite, bensì uno spostamento da un piano della realtà rispetto a quello immaginativo, in cui non vi è un nesso tra causa e conseguenza ma le connessioni sono possibili e permettono di creare un ricordo con ciò che apparentemente sembra non poter coesistere perché paradossale.

Il linguaggio metaforico è sinonimo nella stanza di terapia, e non solo, di attivazione di un movimento che possa far emergere lo "strano anello" e quindi la struttura che connette contemporaneamente il significato con l'aspetto emotivo e conferirgli la possibilità di realizzare ristrutturazioni. Il mare permette di creare immagini e comunicare l'indicibile tramite metafore, permettendo al terapeuta di creare perturbazioni. La scelta delle parole, paragonabile alla scelta dell'onda da prendere, è fondamentale per l'atto trasformativo e per creare la sintonia e le risonanze tra terapeuta e paziente.

L'atto creativo, che contraddistingue il terapeuta co-narratore, si allontana dal concetto di scoperta e rivelazione di una verità ultima ma assume i connotati di possibilità creative, partendo dal presupposto che la curiosità psicoterapeutica risiede nell'immaginazione del terapeuta che nulla da per assodato o conoscibile, che non direziona la rotta ma naviga insieme al sistema in un mare indefinito e paradossale, tollerando l'ineffabilità dell'imprevedibilità. Lo sguardo è rivolto verso un funzionamento armonico e di equilibrio dinamico, che permette al terapeuta di essere sensibile ai pattern e alla struttura che connette in modo da comprendere il linguaggio simbolico del sistema che muove il suo comportamento.

Lo spostamento ulteriore che viene compiuto a partire dalla visione binoculare è che non basta più sentirsi esterno a ciò che si sta osservando ma si acquisisce la consapevolezza di essere un osservatore che perturba e interagisce all'interno del sistema (con i suoi pregiudizi e movimenti).

Putting out to sea

Il desiderio di abbracciare il caos, così come l'imprevedibilità del mare, che ogni tanto temo, vorrei si intrecciasse con la curiosità che vorrei mi distinguesse in qualità di futuro terapeuta. Stare nell'imprevedibilità, per quanto possa essere scomoda, alla ricerca del timing non-ché di quell'atto cairlogico che accomuna la psicoterapia al surf: per cavalcare il mare ed entrare in sintonia con i suoi capricci e le sue volute, occorre catturare l'onda in un istante ben preciso, non un secondo prima né un attimo dopo. Il compromesso che viene chiesto al terapeuta e quindi al surfista è allenare la propria capacità di stare nell'incertezza, perché è proprio nel momento di vuoto che si ha una relazione ed un legame creativo, non privo di aggressività e distruttività ma sicuramente perturbante.

La riscoperta e la valorizzazione della **spontaneità** e **creatività**, spero possa guidare qualunque futuro terapeuta tra i labirinti e gli intrecci armonici ed entropici della Mente.

Abbandonando il porto sicuro e l'ansia di controllare il mondo che percepiamo come imperfetto e contraddittorio per essere ispirati ad un motivo più antico di ricerca di senso: la curiosità per il mondo, la cui ricompensa non è il possedere la verità ma la bellezza apprezzata attraverso uno sguardo estetico.

Bibliografia

Volumi

- Bateson, G., (2000). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bion, W., (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Astrolabio.
- Casadio, L., (2010). *Tra Bateson e Bion. Alle radici del pensiero relazionale*. Torino: Antigone.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A., (1997). *Verità e pregiudizi*. Varese: Raffaello Cortina Editore.
- Grinberg, L., Sor, E., Tabak de Bianched E., (1993). *Introduzione al pensiero di Bion*. Varese: Raffaello Cortina Editore.
- Hofstadter, D. R., (2007). *Gödel, Escher, Bach: un'eterna Ghirlanda Brillante*. Milano: Adelphi.
- Keeney, B. P., (1985). *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Mangini E., (2003). *Lezioni sul pensiero post-freudiano*. Milano: LED.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., (1989). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio.
- Wittgenstein, L., Docherty, P., (1974). *The Blue and Brown Books*. New Jersey: John Wiley and Sons

Articoli

- Bertrado, P., (2012). *I processi di cambiamento in terapia sistemica*. Riflessioni sistemiche: 6, 154-165

- Boscolo, L., Fiocco P.M., Palvarini R.M., Pereira J., (1991). *Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia*. Terapia Familiare: 37, 41-52.
- Cecchin, G., (1987). *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità. Un invito alla curiosità*. Ecologia della Mente: (26) pp. 30-41.
- Cronen, V.E., Johnson, K.M., Lannamann, J.W., (1982). *Paradoxes, double binds, and reflexive loops: an alternative theoretical perspective*. Fam Process: 21(1), 91-112.
- Ferreira, A.J., (1963). *Family myth and homeostasis*. Archives of General Psychiatry: 9, 457-463.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prsata, G., (1956). *Hypothesizing-circularity-neutrality*. Family Process: 19, 73-85.
- Tomm, K. (1988). *Interventive interviewing. Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?* Family Process: 27, 1-15.

Dove c'è molta morte c'è molta vita. Chi cura chi? Storie di accompagnamento al fine vita.

Alessandra Perlin¹⁸

Sommario

Il presente articolo si pone l'obiettivo di affrontare il tema della morte, tabù a livello sociale ma di grande importanza nel lavoro terapeutico. Imparare a "perdere" come terapeuti non significa soltanto trovare un significato ed una direzione alla costruzione della propria vita, ma essere pronti a "stare" e accompagnare un malato e la sua famiglia al tramonto della vita. Aprire il dialogo sulla malattia e sulla morte richiede un profondo impegno empatico; talvolta può generare senso di impotenza, un senso di colpa per non essere in grado di "dire le cose giuste", per non aver fatto tutto il possibile per favorire un "buon accompagnamento" al morente. Per sottrarsi al rischio di incappare in questi pregiudizi, iper-responsabilizzarsi nei confronti della situazione, con conseguente abbassamento della fiducia nelle proprie capacità cliniche legate a fantasie onnipotenti di poter garantire la "morte perfetta", scervera da conflitti e sofferenza, è indispensabile mantenere una buona differenziazione anche attraverso un programma di accudimento di sé, un contatto costante con colleghi e gruppi di supervisione e legittimare le proprie emozioni ed esprimerle appieno.

Parole chiave:

Morte, "la propria morte", Condivisione, Rinascita, Vivere, Cura di sé

Abstract

The following article has the purpose to address the issue of "death", a social taboo, very important in therapeutic treatment.

Learning to "lose" as therapist does not mean only to find the purpose and the right way to build your own life, but to be ready to "stay" and support ill's and their family to the life's sunset. Open a discussion of disease and death need a deep commitment; it could be felt as a sense of helplessness, a sense of guilt because not being able to "say the right things", for not doing everything possible to get the best for dying one.

It's indispensable to keep a good level of differentiation, with a self-care program, colleagues relationships and supervision groups, express our own emotions in the best way in order to avoid the risk of these prejudices, loss of trust in clinical possibilities related to some mental journeys which give the "perfect death" idea without pain and suffering.

Key Words:

Death, "own death", Sharing, Revival, Live, Personal-care

¹⁸ Alessandra Perlin, III anno - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata, perlinalessandra@gmail.com

Introduzione

“Solo qui posso parlare di queste cose”, dicono molti pazienti riguardo il tema della morte. La morte, argomento tabù a livello sociale, viene considerata non dicibile né pensabile.

Con la morte termina l'esistenza di un vivente, o più ampiamente di un sistema funzionalmente organizzato. Gli interventi nel fine vita hanno la finalità di consentire che le risorse personali e familiari abbiano corso e favorire quel dialogo normalmente evitato derivante dal mutismo disumano di fronte al problema sia della malattia grave, che della morte e del lutto (Bandirali e Ecocher, 2012).

Aprire il dialogo sulla malattia e soprattutto sulla morte richiede un profondo impegno empatico; talvolta può generare un senso di impotenza, un senso di colpa per non essere in grado di “dire le cose giuste”, per non aver fatto tutto il possibile per favorire un “buon accompagnamento” al morente. Questi sono solo alcuni dei possibili pregiudizi in cui si potrebbe incappare (Fagazzi, 2013). Può maturare nel terapeuta un'iperresponsabilizzazione nei confronti della situazione, associate ad un abbassamento della fiducia nelle proprie capacità cliniche spesso legate a fantasie onnipotenti di poter garantire “la morte perfetta”, scevra da conflitti e sofferenza (Bandirali e Ecocher, 2012).

Per sottrarsi al rischio del burn-out è indispensabile mantenere una buona differenziazione anche attraverso un programma di accudimento di sé. Un contatto costante con altri colleghi e gruppi di supervisione sono provvedimenti necessari e indispensabili. Un buon terapeuta deve tener presente che per imparare a “perdere” è importate ri-

conoscere le proprie emozioni ed esprimerle appieno (Bandirali e Ecocher, 2012).

La propria “morte”

La morte campeggia sempre nella vita. Di continuo perdiamo qualcosa, dobbiamo lasciare andare, rinunciare, separarci da qualcuno, ritrarci da qualcosa. (Ecocher e Bandirali, 2014).

Il terapeuta stesso può trovarsi in un momento personale di cambiamento, o meglio di trasformazione. Posso dire io stessa che il terzo anno di scuola di specializzazione è stato più complesso del previsto, il percorso di terapia-supervisore e il percorso formativo a scuola hanno permesso letture e interpretazioni di vissuti personali che fino ad allora erano state trascurate. A volte, per darmi delle “scosse di vita” cercavo di godermi dei momenti di leggerezza con gli amici; organizzando un aperitivo al lago, vacanze concentratissime di luoghi e mari da visitare. Ma sentivo che gli stimoli necessari per sollevarmi moralmente dovevano essere sempre forti e travolgenti. Ma poi si tornava ancora al momento di down precedente con nuovi sentimenti di frustrazione e solitudine perché nessuno comprende, nessuno riesce a capire completamente come stai. Nemmeno io stessa forse capivo cosa mi stava succedendo. Momenti di sofferenza, alternati a momenti di vitalità necessari per sentirsi vivi, per sentire il cuore battere forte ed evitare la “propria morte”.

Legittimare la cura di sé

Nonostante il periodo che stavo attraversando, il lavoro come terapeuta continuava e si faceva sempre più denso di impegni e ap-

puntamenti. Il centro riabilitativo con il quale collaboro accoglie costantemente pazienti da prendere in carico. Si tratta di pazienti portatori di patologie neurodegenerative, alcuni dei quali già in stato terminale. Il grande impegno con queste persone è “stare” nella loro sofferenza e accompagnarle al fine vita. Il carico emotivo e il lavoro empatico sono molto intensi. Cercavo delle strategie per elaborare la sofferenza che scaturiva dai colloqui, ma quella sofferenza andava a me, scolarci ogni volta con le angosce sollevate dal percorso personale di analisi didattica che nel frattempo avevo iniziato. Il risultato?

Una bomba che implodeva dentro di me. Il momento in cui si respirava leggerezza e libertà erano le serate d'estate passate con gli amici dove esisteva solo io, al netto del lavoro, degli impegni, dei pensieri. Ma spesso era forte e assordante il senso di colpa che mi assaliva dentro. Quanto io mi posso permettere questi momenti di vita se durante il giorno vedo gente che muore? Quanto posso godermi la musica e ballare avendo appena parlato al telefono con un familiare in lutto? Me ne privo? E se me ne privo, sono egoista nei confronti di me stessa? Quanto posso “morire” con il paziente e quanto posso “vivere” con gli amici? Devo o posso legittimarmi lo spazio e il tempo e la cura di me stessa? Queste sono solo alcune delle domande e riflessioni che in quel periodo mi hanno riempito la testa, dovevo trovare un equilibrio e non ci riuscivo, non trovavo la chiave di svolta.

La propria “rinascita”

In occasione di qualche formazione, mi trovai a leggere qualche riga del libro di Elisa-

beth Kübler-Ross (1995) *La Morte è di vitale importanza*. L'autrice scrive: «Dio non vi dà più prove di quante non ve ne occorran. Quando superi una prova ti va tutto bene per un po', poi succede di nuovo qualcosa. Diventi cieco, ricomincia la diarrea o ti capita questo o quello. Tutte le difficoltà che affronti nella vita, tutte le prove e tribolazioni, tutti gli incubi e le perdite vengono ancora considerate maledizioni, dalla maggior parte della gente. Se solo sapeste che niente di ciò che vi accade è negativo! Ogni difficoltà è un'opportunità che ti viene data, un'occasione per crescere».

Crescere è l'unico scopo dell'esistenza su questo pianeta. Non cresci, se te ne stai seduto in un bel giardino pieno di fiori e ti portano cibi prelibati su un piatto d'argento. Cresci, invece, se sei malato, se soffri, se subisci delle perdite ma, invece di nascondere la testa sotto la sabbia, accogli il tuo dolore e impari ad accettarlo, non come una punizione ma come un dono che ti arriva con uno scopo molto preciso» (Kübler-Ross, 1995, pp. 48-49). Leggendo queste righe ho riscoperto che le mie fatiche non erano vane. Ma avevo bisogno di altre conferme. Decisi di condividere il mio malesere in analisi didattica e poi incominciai a parlarne anche con qualche collega. Era la MIA terapia. Il dialogo aperto e basato sulle emozioni, le MIE emozioni, mi ha permesso di ricominciare a vivere, incominciai a legittimare il tempo e lo spazio dedicato a ME. Mi sentivo vista, compresa, sostenuta, sicura che quello che mi stava accadendo era del tutto normale e non che non mi dovevo sentire spagliata se VIVO. La Kübler-Ross (1995) continua: «è molto importante che facciate

quello che amate. Magari sarete poveri, patirete la fame, dovrete vendere l'auto e traslocare in un appartamento più modesto, però vivrete totalmente. Alla fine dei vostri giorni benedirete la vostra vita perché avrete fatto quello per il quale siete stati creati. Altrimenti vivrete come prostitute, farete le cose per un unico motivo, compiacere gli altri, e così non avrete mai vissuto. E la vostra morte non sarà piacevole» (Kübler-Ross, 1995, pp. 51-52). Una domanda allora mi si presentava in maniera insistente: ci può essere così tanta vita in così tanta morte? La risposta è Sì.

Un'immagine della morte che, pur restando oscurata da profondi misteri e oppressa dal peso delle sofferenze crudeli delle separazioni cui ci costringe e delle miserie corporali che la accompagnano, ci permette nello stesso tempo di percepire con qualche evidenza ch'essa non è soltanto una fine ma ugualmente una nascita, che il suo scopo non è distruggerci interamente ma di trasformarci (Von Franz, 1997; Aurigemma, 1989). Proprio con i miei pazienti terminali è iniziata la mia rinascita, sono stati l'impulso alla trasformazione. Mi hanno permesso di crescere, vivere, emozionarmi, farmi battere forte il cuore. Mi sentivo più "viva" e questo ha permesso una maggiore connessione con loro in terapia. Ma a quel punto: chi curava chi? Avevamo scoperto che "curarsi" avveniva attraverso l'incontro con l'altro. Mi convinsi che il nostro lavoro è fatto di poetica, come ricorda Restori: "Le persone lo sentono dove abbiamo il cuore" (Restori, 2020).

Storie di "vita"

Di seguito si riportano alcuni racconti di momenti vissuti con pazienti terminali. Persone

e attini che sicuramente hanno fatto la differenza anche nel mio percorso di vita personale e professionale.

Rinuncio alla discoteca.

M., 70 anni, riceve diagnosi di SLA nel 2020.

Vive con il marito gioielliere. Ha due figlie che fanno fatica ad occuparsi di lei a causa del lavoro e dei figli molto piccoli. M. aiutava il marito in negozio, era molto conosciuta nel suo paese, viaggiava molto, le piaceva scoprire le diverse realtà. Da circa 2 anni M. si ritrova ferma in casa, non esce da mesi, è allattata, con la compagna del respiratore che toglie solo per deglutire qualche boccione. In famiglia hanno dovuto accettare ed organizzare un giro di badanti per il giorno e la notte. Non si fanno mancare la serie di visite di controllo, le sedute settimanali di fisioterapia, gli incontri con la logopedista e ora anche i colloqui con la psicologa: "Non è più la mia casa" ripete spesso M. Dimagrita molto e con la grande frustrazione della paralisi, la signora si trova ad affrontare un'altra sfida. La sua capacità di respiro sta peggiorando e ad un certo punto sarà il caso di decidere se intervenire con la tracheotomia. M. prova grande rabbia nei confronti dell'argomento, sente la pressione di familiari, operatori e palliativisti, "tutti sono lì che aspettano che io compili il compito (PCC - Piano di Cure Condiviso) per decidere come è meglio che io muoia". Più volte la sig.ra ha espresso come le sue paure, ha ipotizzato più e più volte come si immagina i suoi ultimi istanti di vita. Ricordo che un giorno, uscendo dalla casa della sig.ra, (gli incontri previsti dal centro riabilitativo sono per la maggior parte domiciliari), ero particolarmente scossa, avevamo

parlato e immaginato la sua morte, lei era riuscita a esprimere tutte le sue più grandi paure rispetto alla progressione della malattia, ha condiviso il suo pensiero rispetto al non voler ricorrere all'accanimento terapeutico rinunciando alla tracheotomia, preferendo una morte lenta con sedazione profonda nel caso subentrasse una crisi respiratoria. Salgo in macchina, abbraccio il volante due secondi prima di inserire la chiave. Mi metto in marcia rendendomi conto che non sto guardando la strada con lucidità. Sono ferma al semaforo, apro il finestrino per parlare al rosso per riprendermi. In quel momento si attiva il Bluetooth della macchina, mi sta chiamando la mia amica: "Ale, allora stasera confermato. Ci troviamo da Marty alle 22, che poi raggiungiamo gli altri in discoteca per il compleanno di Debora, passo a prenderti io. Ale? Pronto?". Decido di darle qualche cenno di vita, rispondo dicendo che sono molto stanca, ho lavorato fino a tardi e senza dare tante spiegazioni le dico che intanto vado a casa e poi vedo se me la sento di uscire. Sento lei dall'altra parte del telefono che si frena e capisce che non sto bene, non fa altre domande e mi dice di andare a casa e richiamarla appena me la sento. Non sono uscita quella sera.

Funzioni vitali alterate

A., 74 anni, si trova a fare i conti con la progressione della SLA dal 2019. A. ha perso l'uso della parola, cosa che lei soffre molto, comunica con il puntatore ottico. Negli ultimi mesi si è allettata e trovandosi con delle grosse difficoltà ad ingerire il cibo è stata costretta ad accettare la nutrizione entrale. Ogni volta che incontro la signora a distan-

za di 15 giorni da un colloquio all'altro, trovo sempre una novità rispetto alla progressione della malattia, un dispositivo in più per renderle possibile la vita. Gli ultimi sono stati il respiratore e la bombola di ossigeno. Comunicare, camminare, mangiare, respirare: azioni che diamo per scontate ma che per A. devono dipendere da strumenti e macchinari, dall'accurata sorveglianza di operatori competenti, dalle cure di una badante presente 24h/24 e dall'assistenza costante dei familiari. Spesso A. mi riporta il suo pensiero di trovarsi dentro la prigione del proprio corpo. I colloqui con lei fin dall'inizio sono stati molto difficili per la sfida di dover dipendere dal puntatore ottico per comunicare, a volte non si capisce, esce la parola sbagliata, si deve riprendere il discorso, l'attesa che lo strumento elabori, i pochi contenuti emersi, lei che si stanca velocemente, talvolta anche io. Ogni volta che esco da casa della sig.ra, saluto il marito affaticata, a volte mi rendo conto di voler andarmene velocemente.

Spesso ho la sensazione di uscire priva di energie. Le mie funzioni vitali sono ottime ma sembra che per un'ora vengano alterate per mettersi in sintonia con A. Il risultato è sfiancante. Salgo in macchina, non ho voglia di vedere e parlare con nessuno, mi sento stanca, non vedo l'ora di arrivare a casa, non ho fame, apro un po' il finestrino dell'auto, ho bisogno di "ossigeno".

Chiedo Aiuto. CON-DIVIDO.

L., 70 anni, vedova da 7 anni, nella primavera del 2021 mentre passeggiava con un'amica si rende conto di essere molto affaticata e di notare un mal di schiena che diventa sempre più intenso.

Decide di eseguire dei controlli ma già dai primi esami l'equipe medica si rende conto che la situazione è molto più seria di quello che sembrava inizialmente un disagio compatibile con l'età.

Dopo un mese di referti, visite, esami e ricoveri, arriva la diagnosi di SLA. Il figlio con i referti dell'ospedale in mano non riesce a trattenere le lacrime. L. lo abbraccia e lo invita a reagire, "non fare così, io la affronto". Le difficoltà ad articolare le parole si accentrano. Conosco la signora nel mese di marzo 2022, mi chiede subito di avere pazienza nell'ascoltarla perché capire quello che dice può essere faticoso ma non vuole compassione. È una signora benestante, molto elegante, sempre truccata e pettinata, curata nell'abbigliamento, molto socievole e con una grande rete di amicizie. "Non permetto che la malattia mi faccia sfigurare" ripete spesso con tenacia. Tra un colloquio e l'altro noto la progressione veloce della malattia, ne sono quasi spaventata, ogni volta che entro in casa sua ormai so che si agglunge un sintomo, una difficoltà, una sofferenza in più. Ad oggi L. ha serie difficoltà di deambulazione che l'hanno spinta a cambiare casa, dolore e incurvamento della schiena che l'hanno portata a mollare il lavoro e rinunciare alla patente, grandi impedimenti muscolari e articolari a livello della mandibola e della lingua che le impediscono di pronunciare correttamente le parole ed è stata costretta alla nutrizione entrale per complicanze nella deglutizione e conseguente importante calo ponderale. Un giorno vengo contattata dalla sua fisioterapista, Arianna, mi dice di trovarsi in difficoltà: "mi sono affezionata a L., è impossibile non farlo con lei, vedo che sta

peggiorando tantissimo e mi trovo in difficoltà ad affrontare tanta sofferenza, sento che siamo di fronte ad un accompagnamento alla morte e ho paura di non riuscire a gestirlo con lei". Arianna ha semplicemente reso esplicito e tradotto a parole un pensiero che nella mia testa c'era da tempo. Le do supporto, la invito a chiamarmi più spesso, le offro uno spazio di contenimento, (compio che il centro riabilitativo ci affida nei confronti degli operatori, come prevenzione al burnout), nonostante sto pensando che probabilmente anch'io a mia volta ho bisogno di un sostegno. Decido di chiamare la mia collega, mi offre uno spazio di espressione che diventa vitale. Quella frase che spesso avevo in testa "ce la faccio, ce la faccio da sola" non funziona più. Ora è diventata "condivido, ce la posso fare".

Perché hai scelto me?

G., 44 anni, con diagnosi di Sclerosi Multipla dai 26 anni. Vive con il padre. È ingegnere, ma da qualche mese è stato costretto a rimanere a casa dal lavoro per un grave peggioramento della malattia. Recentemente, al quadro generale, si sono aggiunti incontinenza urinaria e fecale, paralisi delle gambe, e fortissimi dolori agli arti inferiori che l'hanno portato, dopo varie combinazioni di terapie, all'assunzione di morfina e Cannabis. Incontro G. per la prima volta a luglio 2022, il centro riabilitativo mi dà l'incarico di 3 incontri di valutazione per poi eventualmente iniziare un percorso di sostegno. G. è molto sicuro di sé, molto diretto e trasparente. Mi dice di aver richiesto lui degli incontri con lo psicologo e di aver fatto presente al centro di preferire una figura giovane. Chiedo come

mai, già fantasticando nella mia testa che la motivazione fosse per sentirsi allineato rispetto all'età. Lui con molta sicurezza mi risponde: "ho preferito qualcuno di giovane per una maggiore apertura mentale, io ho intenzione di intraprendere il percorso per l'eutanasia". Io mi blocco sulla sedia. Senz'altro che la mia schiena inizia ad aderire più pesantemente sullo schienale. Fisso G. quasi pregandolo di aggiungere qualcosa alla sua esclamazione, e nel frattempo in quegli istanti di silenzio penso: "ma perché proprio io? Perché hai voluto me? Cosa ti fa pensare che sono all'altezza di una cosa del genere?". Concludiamo il primo incontro promettendoci di approfondire l'argomento nei successivi due incontri. Uscita dall'abitazione, ho i miei soliti momenti fissi davanti al volante, vorrei chiamare subito il mio responsabile del centro, ma mi impongo di aspettare un attimo, nello stato in cui mi trovo lo potrei riempire di parole, frasi sconnesse o forse non riuscirei nemmeno a parlare e spiegare bene la situazione. Decido di accendere la macchina e mettermi in marcia, aumento di poco il volume della radio mi permette di fuggire un po' con la mente. Mi immetto nella tangenziale, abbasso il volume, chiamo la mia collega chiedendole una supervisione, mi accoglie e ci organizziamo per vederci nel pomeriggio per parlare con calma del caso. Sono un po' più sollevata, da quei pensieri di morte non mi sento più sola.

Considerazioni finali

Occuparsi di malati cronici è molto difficile sul piano psicologico: si tratta di curare persone che non solo non guariscono mai, ma che non migliorano se non per brevi periodi,

e che anzi con il tempo tendono a peggiorare. Va instaurata una relazione continuativa nel tempo, in cui non possono protrarsi certi atteggiamenti di distanza, di disimpegno o peggio ancora di arroganza. Sono tanti i momenti difficili e frustranti quando, nonostante tutti gli sforzi, il malato peggiora, rifiuta la terapia, non accetta i consigli, non collabora, riversa sugli operatori le sue ansie, i suoi malumori, pretende un miracolo impossibile. Per prendersi cura dei malati cronici bisogna avere pazienza, tolleranza alla frustrazione, capacità di mettersi nei panni altrui, di stabilire con il malato relazioni significative e paritarie, di costruire alleanze terapeutiche durature e resistenti (Bonino, 2019).

L'incontro con persone in fin di vita è un momento in cui le parole e le sensazioni sembrano appartenere ad un mondo parallelo. In quell'ora sembra di staccarsi dalla realtà per connettersi con la persona e "stare" nei tabù della morte, parlando un linguaggio che è diverso da quello quotidiano di ognuno di noi, con il quale è possibile e legittimo usare termini come *Dolore*, *Sofferenza*, *Paura*, *Planeto*, *Ignoto*. A volte addirittura non si usano le parole ma si comunica attraverso il linguaggio simbolico fatto di sensazioni, sentimenti ed espressioni interiori. La questione non è: devo dirgli che sta per morire? Ma piuttosto: riesco a sentirlo? Magari il paziente dirà: "non ci sarò al prossimo incontro". In quel momento si deve comprendere il messaggio senza aggiungere esclamazioni tipo: "dai, non dire così", perché si interromperebbe la relazione e la persona capirebbe che non siamo pronti ad ascoltarla e si sentirebbe tremendamente sola. Spesso i pazienti non parlano chiaramente. Molti di loro percepiscono la nostra ansia, così

si mettono a parlare del tempo. Non perché l'argomento li interessi, ovviamente, ma perché sentono la poca tranquillità nei confronti di chi hanno di fronte e perciò si tengono i problemi per sé. Il motivo può essere che non vogliono aggravare la nostra ansia: temono che così facendo gli giriamo le spalle e non andremo più a trovarli (Kübler-Ross, 1995).

Se riusciamo come terapeuti a superare i pregiudizi e andare oltre il senso di impotenza che può scaturire da queste esperienze di incontro, si instaura una relazione di fiducia con la persona, la quale si sentirà finalmente riconosciuta e sicura di poter affidarsi ed aprirsi. Date queste condizioni i pazienti terminali sanno parlare chiaramente della loro malattia mortale. Essi stanno cercando di superare la loro peggiore paura, la paura della morte. Se ci prendiamo il tempo di sederci accanto a loro ad ascoltarli, sono loro che ci accompagnano nel loro mondo, fino al punto che possono diventare loro stessi i nostri terapeuti per insegnarci non solo il processo del morire ma anche a vivere in maniera tale da non avere questioni in sospeso (Kübler-Ross, 1995). La morte rappresenta un momento in cui dobbiamo vivere tra le maggiori contraddizioni della vita. Se essa è indiscutibilmente inevitabile e ci accompagna continuamente, la nostra vita, i nostri legami, la nostra storia sono altrettanto certi. Per quanto paradossale sembri, possiamo guarire grazie alle emozioni del lutto perché esse provocano cambiamenti. La morte può venire considerata come una forza che stimola continuamente a trasformarsi. Il pensiero della trasformazione può essere un pensiero affascinante, ma il prezzo della trasformazione è la separa-

zione, la perdita (Eccher e Bandirali, 2014). Posso dire che le relazioni con questi pazienti mi hanno permesso di volgere uno sguardo più consapevole verso me stessa. Ho scoperto quanto sia importante prendere del tempo e dello spazio per me. Contrattarsi con qualche collega o chiedere aiuto e supervisione prima era visto come una fragilità, con la sensazione di non sentirsi all'altezza della situazione, oppure ancora mi spingeva verso la presunzione di potercela fare da sola. Ora invece quella parola, quel dialogo aperto è diventato vitale. Ora la fatica è CON-DIVISA (o Divisa-Con...). Ho imparato inoltre a legittimarmi e concedermi

la libertà e la leggerezza di vivere pienamente anche dei momenti di estrema felicità senza sensi di colpa, ma con la consapevolezza che si tratta della mia cura, del mio ossigeno, del mio nutrimento. Un giorno ero al telefono con una mia collega, parlando del peggioramento della malattia di una paziente, lei mi disse: "Ale, guarda che come M. (la paziente) ha bisogno del respiratore per tenersi in vita, tu, nel pieno dei tuoi 30 anni, hai bisogno della serata in discoteca a ballare e divertirti per esistere". Non mi scorderò più quella telefonata. Finalmente le mie emozioni erano tutte completamente legittimate. Sapevo che potevo esprimere le mie gioie e nello stesso tempo non aver paura di rivelare le mie fragilità, sicurezza di venire ugualmente accolta e compresa. Alla luce di queste esperienze e riflessioni posso concludere quindi con un'idea della morte come motore di crescita interiore. Essa paradossalmente insegna a vivere, permette di mettere a fuoco le priorità, dà una direzione alla vita, curando le ferite e donandoci la possibilità di germogliare.

Bibliografia

- Aurigemma, L. (1989). *Prospettive junghiane*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bandirali, F., Eccher, E. (2012). *Oh Dio, fa che la morte mi trovi vivai!!* Cambiamenti, vol. 2.
- Bonino, S. (2019). *Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia*. Bari-Roma: Laterza
- Eccher, E., Bandirali, F. (2013). *Narrare per accompagnare: "Dalle radici al cielo"*. Cambiamenti, vol. 2.
- Eccher, E., Bandirali, F. (2014). *La terra di mezzo: l'ambiguità del vivere e del morire*. Cambiamenti, vol. 3.
- Kübler-Ross, E. (1995). *La morte è di vitale importanza. Riflessioni sul passaggio dalla vita alla vita dopo la morte*. Milano: Armenia.
- Montesi, L. (2021). *La morte, il tabù che dà senso alla vita*. CentroPagina, Benessere, Novembre 2021
- Ragazzi, M. (2013). *Lelaborazione del lutto tra passato, presente e futuro: la storia di una famiglia*. Cambiamenti, vol. 2.
- Trambaglioli, N. (2020). *Chi si prende cura di chi? Cambiamenti*, vol. 1.
- Von Franz, M. L. (1997). *La morte e i sogni*. Torino: Bollati Boringhieri.

Due storie sono meglio di una: Sistemi in apprendimento

Paolo Chierchia¹⁹

Sommario

L'autore si pone l'obiettivo di esplorare le premesse secondo le quali una persona può considerarsi inevitabilmente "contaminata" da tutte le storie che la circondano. Una "contaminazione" che viene intesa come apprendimento, sia a livello tacito che consapevole, e che avviene circolarmente tra tutte le storie che entrano in rapporto. Si configura in tal senso l'idea di un sistema complessivo in cui gli apprendimenti navigano tra le parti che lo compongono. Supportando le idee di Lorenzini e Sassaroli, di Guidano e di Bateson viene dato spazio alle modalità di genesi di un'epistemologia individuale e dei sistemi evidenziando come la conoscenza non è presente solo nel passato e nel presente, ma si fa sentire anche nella declinazione del futuro. Viene pertanto evidenziato come modelli di attaccamento ed organizzazioni cognitive possono favorire la presenza di premesse forti che si fanno sentire anche nella relazione con l'incertezza, la sofferenza e rotture di equilibri. L'autore pertanto sostiene che la relazione terapeutica – paziente non si sottrae a tali premesse, ovvero che il luogo di incontro tra le storie presenti in seduta può favorire l'apprendimento tacito e consapevole di conoscenze innovative capaci di stimolare la capacità creativa ed editare eventualmente racconti alternativi delle stesse storie, proprio perché arricchite di nuovi elementi.

Parole chiave:

Attaccamento, relazione, premesse, narrazione, conoscenza, cambiamento

Abstract

The author aims to explore the premises according to which a person can inevitably consider himself "contaminated" by all the stories that surround him. A "contamination" which is understood as learning, both tacitly and consciously, and which occurs circularly among all the stories that enter into a relationship. In this sense, the idea of an overall system is configured in which learning navigates between the parts that compose it. Supporting the ideas of Lorenzini and Sassaroli, of Guidano and Bateson, space is given to the modalities

of genesis of an individual epistemology and of systems, highlighting how knowledge is not present only in the past and in the present, but also makes itself felt in the declination of the future. It is therefore highlighted how attachment models and cognitive organizations can favor the presence of strong premises that make themselves felt even in the relationship with uncertainty, suffering and disruption of balance. The author therefore argues that the therapist - patient relationship does not escape these premises, i.e. that the meeting place between the stories present in the session can favor the tacit and conscious learning of innovative knowledge capable of stimulating the creative ability and possibly editing alternative tales of the same stories, precisely because they are enriched with new elements.

Keywords:

Attachment, relationship, premises, narration, knowledge, change

¹⁹ Dott. Paolo Chierchia, psicologo psicoterapeuta, chierchiapaolo@gmail.com

La relazione come aula magna della

conoscenza: apprendimento e premesse

In questo scritto ho scelto di parlare di alcuni aspetti dell'incontro terapeutico, ovvero di come la relazione abitata dalla storia del paziente e del terapeuta possa essere inevitabilmente uno straordinario luogo di apprendimento e quindi di cambiamento per entrambi. Di come anche il contributo narrativo, implicito o esplicito che sia, abbia un ruolo di primaria importanza in quanto condivisione di sapere sul sé, sul mondo e sulle relazioni che il sé intrattiene. Ho scelto di partire da quelle che credo possano essere le premesse, o se si vuole le motivazioni, che rendono ragione della natura di questo incontro. La prima premessa è rappresentata dal carattere intrinsecamente relazionale dell'essere umano, cioè dalla considerazione che la relazione è una caratteristica ineliminabile dalla nostra esperienza. Stern (2005) sostiene che l'intersoggettività è un bisogno primario dell'essere umano, chiamando in particolare "matrice intersoggettiva" l'incontro di co-costruzione tra due menti e sottolineando proprio il ruolo primario della relazione nel processo motivazionale ed affettivo. A questo si potrebbe aggiungere che la natura neotecnica dell'essere umano è correlata al rapporto di dipendenza dall'adulto che si inasprisce alla nascita. La relazione con le figure di riferimento è nelle prime epoche di vita indispensabile per la soddisfazione dei propri bisogni fisiologici, gettare le basi per il graduale raggiungimento di un'autonomia

ma non ultimo per apprendere modi e informazioni per stare al mondo. Con questa ultima affermazione in realtà entriamo già nel terreno della seconda premessa: L'apprendimento è presente lungo tutto il corso della nostra storia, al punto che se esistesse un primo assioma dell'apprendimento forse suonerebbe così: "non si può non apprendere". Questo per dire che è impensabile non apprendere dall'esperienza ed in particolare dall'esperienza di relazione. Proviamo allora ad unire le due premesse da cui ho scelto di partire: siamo esseri in costante apprendimento, mentre siamo sempre in relazione. Detto in altre parole, abitiamo la relazione come luogo d'elezione e non possiamo non apprendere da questa. In questa ottica, ogni storia per quanto personale può essere considerata una storia di incontro ed apprendimento all'interno di più ampio sistema di storie. Secondo Lorenzini e Sassaroli (1995) il processo di apprendimento dalla relazione è antecedente alla creazione di una percezione di essere un sé distinti da un Altro. Gli autori chiamano coesistenza <<questo processo diadico di sviluppo delle regole base della crescita della coscienza della conoscenza>> (Lorenzini e Sassaroli, 1995, p. 70). Dopo la nascita della percezione di differenza si può parlare di Modelli Operativi Interni²⁰. Guidano (1988) dice << costruire rapporti d'attaccamento in termini di esclusività e unicità può essere la strategia autoreferenziale privilegiata (forse non solo durante gli

stadi maturativi) per ricavare un senso di individualità e unicità personale>> (Guidano, 1988, p. 50). In questo senso, per l'autore, imitazione e modellamento sono le strade principali per l'apprendimento. In altre parole, il bambino già dalla nascita, se non da prima, è esposto ad una serie di stimoli interni ed esterni che non conosce. La relazione diviene il terreno principale per mezzo del quale riesce ad autorganizzare e conoscere queste informazioni. Nella relazione, pertanto, anche prima si riconoscersi come individui, apprendiamo sia modalità di apprendimento che informazioni.

Secondo Guidano (1988) la relazione con l'adulto significativo permette al bambino di riconoscere informazioni importanti su di sé attraverso un processo di confronto tra ciò che percepisce di sé e ciò che percepisce dalla figura di attaccamento. Le somiglianze percepite con questa figura possono poi essere trasformate in caratteristiche personali stabili e caratterizzanti. (Guidano, 1988). Pertanto, ciò che incontriamo nella nostra storia entra di diritto nella nostra memoria e come vedremo più avanti sembra orientare l'apprendimento e quindi lo sviluppo individuale all'interno dei propri sistemi.

Apprendimento esplicito ed implicito

Mi preme sottolineare che l'apprendimento non va confuso con la rievocazione esplicita di un contenuto di memoria, tantomeno con la consapevolezza. Numerosi studi in neuropsicologia evidenziano la presenza di una

forma di apprendimento inconsapevole²¹. D'altronde possiamo osservare processi di apprendimento e di adattamento anche in esseri sprovvisti di consapevolezza.

Una volta apprese, le nuove conoscenze tendono ad essere generalizzate ed automatizzate, ovvero vi è l'opportunità che facciano un percorso verso l'implicito o se vogliamo le abitudini. Culture e scuole di pensiero si differenziano per il primato attribuito alla conoscenza implicita o esplicita, alla consapevolezza o all'inconscio. Ad esempio, Bateson (1977) sostiene l'importanza della conoscenza implicita. <<Oggi riteniamo misteriosa la coscienza, mentre i metodi di computazione impiegati dall'inconscio, ad esempio il processo primario, li riteniamo continuamente attivi, necessari ed onniprensivi>> (Bateson, 1977, p. 169).

L'importanza di meccanismi di funzionamento impliciti è presente anche in Damasio (2021). L'autore sostiene che <<nell'unione con un sistema nervoso, il corpo porta in dote la sua fondamentale intelligenza biologica: quella competenza non esplicita che governa la vita quando essa soddisfa le esigenze omeostatiche e che infine si esprime in forme di sentimenti>> (Damasio, 2021, p). Questo per dire che capacità di autoconservazione e sviluppo non sono necessariamente legati a processi consapevoli, pur rappresentando la consapevolezza una qualità preziosa per la "manipolazione" di ciò che sentiamo e viviamo. L'apprendimento, come l'incontro con l'altro, è presente si

20 <<La conoscenza relativa al dominio della relazione tra sé e l'altro è ciò che nella letteratura sull'attaccamento prende il nome di internal working model (IWM), modelli operativi interni (Ainsworth et al., 1979) e indica l'insieme degli schemi di rappresentazione interni che costruiscono comportamenti, immagini ed emozioni relativi all'interazione tra il piccolo e gli adulti significativi>> (Lorenzini e Sassaroli, 1995, p. 69).

21 <<Forse il primo esempio di apprendimento implicito è stato descritto da Cipriani nel 1911: Dopo aver stretto la mano a un suo paziente amnesico nascondendo uno spillo nel palmo della mano, lo studioso notò che quello stesso paziente rifiutava in tre occasioni diverse di stringere ancora la mano, ma non sapeva spiegare il perché e adducendo vaghe motivazioni al suo rifiuto.>> (Grossi, La Femina, Trojano in *Nascita Morte Trasformazione*, 2022, p. 12)

potrebbe dire anche a livello corporeo e non solo a livello mentale.

La capacità di costruire immagini, rappresentazioni interne, sia della realtà esterna che di quella interna facilitano l'accesso alla consapevolezza di quella realtà e la manipolabilità della stessa²².

Connessioni tra relazioni e inter di sviluppo navigano pertanto in canali che non sono necessariamente consapevoli.

Storia di storie

Il processo di apprendimento, indipendente-mente dal tipo di memoria in campo, ci permette di costruire la nostra storia in relazione all'esperienza ed alla relazione con le storie dei sistemi in cui siamo. Il grande sforzo di conoscenza nei primi mesi di vita ci porta in dote l'indubbio vantaggio di un bagaglio da spendere nelle esplorazioni successive del mondo. La conoscenza ci permette di dare un significato ed una interpretazione ai fenomeni, svolgendo sia la funzione di domare l'incertezza suscitata dalla complessità che di migliorare le nostre previsioni. Bateson (1977) dice "Da come il capufficio si è comportato ieri, è pronosticabile come si comporterà oggi", sottolineando indirettamente il ruolo che può avere un'esperienza nel presente o il futuro.

Gli IWM rappresentano quegli schemi appresi che possono fungere da modellatori delle relazioni successive. Potremmo dire che ogni sistema tende ad apprendere ciò

che gli garantisce il raggiungimento ed il mantenimento del miglior equilibrio possibile in quello che concepisce il suo ambiente. Una condizione, tuttavia, tutt'altro che statica: Gli incontri con nuove informazioni e il fallimento delle conoscenze precedenti rappresentano infatti un processo routinario e vitale nella narrazione di vita di una persona.

Guidano (1988) chiama <<ordine attraverso fluttuazioni>> l'equilibrio dinamico di una trama di vita individuale, sottolineando come l'aumento dell'ordine del sistema è il risultato dell'integrazione di disequilibri creati dalla continua assimilazione di esperienza. La tendenza all'assimilazione di esperienze nuove a conoscenze già in nostro possesso facilita la comprensione del diverso e l'orientamento della trama di vita. Guidano (1988) afferma che <<un sistema conoscitivo autorferenziale è adattato nella misura in cui ha capacità di trasformare le perturbazioni che insorgono dall'interazione con l'ambiente in informazioni significative per il suo ordine interno (significato personale)>> (Guidano, 1988, pp 20-21). Potremmo dire che le informazioni che "incontriamo" tendono ad essere assimilate secondo le premesse personali, ma al contempo arricchiscono la nostra conoscenza offrendoci narrazioni più ampie. La tendenza a produrre un output in equilibrio con lo stato iniziale del sistema può condizionare probabilmente la selezione, l'interpretazione e la modalità di assimilazione delle informazioni e quindi del-

la conoscenza. Come dire che le premesse fondate dalla nostra storia tendono a definire, almeno parzialmente, il modo di stare in relazione.

Per Lorenzini e Sassaroli (1995) la massimizzazione della capacità predittiva è alla base della motivazione umana. Non si pone in tal senso come scopo del comportamento, ma come "regola esplicativa" dell'agire. Mantenere un'alta capacità predittiva è per gli autori lo "scopo generale del sistema". Le conoscenze concorrono alla creazione di quell'insieme di elementi che costituiscono un modello. Dal punto di vista psicologico i modelli possono essere considerati dei copioni di riferimenti per la narrazione di storie. Potremmo paragonarli alle stelle che guidavano la navigazione dei marinai. I primi modelli si tendono a creare già dall'infanzia. Nella relazione di attaccamento, ad esempio, si tende a creare un modello di sé, dell'altro e della relazione, portando alla genesi di quelli che sono stati definiti *Internal Working Model* (Ainsworth et al, 1978). Lorenzini e Sassaroli (1995) propongono di articolare gli IWM in tre livelli gerarchici affermando che <<... Il più elevato dei quali contiene rappresentazioni circa l'esito del rapporto, quello intermedio contiene il modello di sé e della figura di attaccamento e il terzo contiene aspettative relative alle strategie relazionali da utilizzare ed abbiamo ipotizzato una crescente resistenza al cambiamento dei livelli: massima per il livello più elevato, molto ridotta quella relativa alle strategie comportamentali>> (Lorenzini e Sassaroli, 1995, p 77). Potremmo immaginarci l'esistenza di modelli condivisi a livelli differenti di un sistema complesso, andando

da modelli appartenenti alla storia soggettiva a quelli del genere umano, passando per quelli familiari e culturali. Ponendosi come conoscenze disponibili e trasmesse, i modelli orientano scelte e comportamenti di nuove fenomeni. Probabilmente ogni cultura tende a costruire un modello che funge da riferimento per il sistema. Se in una direzione il modello tende a suggerire delle trame agli elementi del sistema, a sua volta nuovi apprendimenti resi necessari dalla dinamicità dei sistemi garantiscono al modello di aggiornarsi includendo le nuove storie. Storie nuove potrebbero essere meno narrabili al loro esordio perché fuori dalla trama prevista dal modello. Tuttavia, i fallimenti di quella trama e il generarsi di trame nuove pongono le basi di una nuova narrazione e "aggiornamento" di un modello. Da questo punto di vista risulta importante la relazione che una persona, o un sistema, stabilisce con il fallimento della propria conoscenza e la rottura di una narrazione. Lorenzini e Sassaroli (1995) associano alle tipologie di attacco modalit  diverse di apprendere e di gestire le invalidazioni provenienti dall'esperienza. Lo stile di attaccamento sicuro si caratterizza per uno stile di conoscenza attivo, con una buona capacit  di risolvere i problemi e di quindi di gestire trame di vita impreviste. All'interno di un attaccamento sicuro il bambino impara cooperazione, ascolto reciproco e la condivisione della soddisfazione. Elementi che hanno la possibilit  di diventare premesse positive del proprio itinerario di vita. Secondo gli stessi autori l'attacco-mento insicuro-evitante si caratterizza per rifiuto e la sua negazione. Da adulti vi sar 

22 <<La dote che il sistema nervoso porta nell'unione con il corpo e la possibilit  di rendere esplicita la conoscenza grazie alla costruzione di quegli schemi spaziali che, come chiameremo in seguito, costituiscono le immagini. I sistemi nervosi aiutano a memorizzare la conoscenza rappresentata nelle immagini, inoltre aprono la strada a quel tipo di manipolazione delle immagini che consente la riflessione, la differenziazione, il ragionamento e infine la generazione di simboli e la creazione di risposte, arrestati e idee innovatrici. Il matrimonio tra corpo e cervello nasce perfino a svelare una parte della conoscenza segreta della biologia. In altre parole, la logica della vita intelligente>> (Damasio, 2021).

una tendenza scontare su di sé. Gli autori dicono <<Lo stile di conoscenza caratteristico di questo tipo di attaccamento è quello [...] definito immunizzazione, e che consiste nel minimizzare fino ad annullarli gli effetti di un'invalidazione sul sistema: i dati di realtà perdono significato, sono screditati, sottovalutati, ignorati e ricostruiti ad hoc, così da perdere il potere di falsificazione sulle teorie del soggetto>> (Lorenzini e Sassaroli, 1995, p. 88). Per quanto riguarda invece l'attacco insicuro-ambivalente lo stile di conoscenza tipico è quello dell'evitamento. La persona tende a ridurre la sperimentazione e l'esplorazione per evitare invalidazioni. <<La patogenesi di tale stile cognitivo è probabilmente da ricercare nell'elevata imprevedibilità della figura di attaccamento, quando ancora non è riconosciuta come tale durante il processo coepistemico che precede l'attaccamento vero è proprio>>. (Lorenzini e Sassaroli, 1995, p. 94). Un altro punto di vista interessante è quello di Guidano (1988) che individua 4 tipologie di organizzazione cognitiva che possono sottendere l'espressione di quadri clinici specifici. In particolare, sulla base dell'osservazione clinica differenzia un'organizzazione cognitiva personale fobica, depressiva, ossessiva e di tipo DAP (disturbi alimentari psicogeni).

Ogni organizzazione cognitiva personale è caratterizzata da una propria storia. Tuttavia, è possibile individuare delle caratteristiche comuni all'interno della stessa tipologia di organizzazione cognitiva. In particolare, le tipologie di organizzazioni cognitive personali si differenziano per le risposte alle esperienze percepite come discrepanti dalla loro storia. Relativamente all'organizzazione cognitiva personale depressiva, Guidano (1988) dice <<L'aspetto centrale [...] consiste in una spiccata tendenza a rispondere con disperazione (*helplessness/hopelessness*) e rabbia a eventi discrepanti anche minimi, come risultato di un'attiva organizzazione di tali eventi in termini di perdita e delusione (Bolwby, 1980a; Brown, 1982; Brown e Harris, 1978; Guidano e Liotti, 1983).>>. (Guidano, 1988, p. 145). In questo caso l'apprendimento di un senso di perdita presente lungo l'iter conoscitivo della persona potrebbe essere alla base di questa "premessa" con cui vengono affrontate le discrepanze. Guidano (1998) afferma inoltre che <<[...] la continua anticipazione di perdite e fallimenti viene sperimentata dal bambino depresso (*helpless child*) come il modo più efficace di essere sempre in grado di controllare e ridurre l'intensità delle emozioni dirompenti che si verificano in occasione di delusioni o fallimenti personali, percepiti a loro volta come certi e inevitabili" (Guidano, 1988, p. 150). Difficoltà nell'agire un comportamento esplorativo sono invece la caratteristica distintiva di un'organizzazione cognitiva personale fobica (Guidano, 1988). In questo Guidano (1988) cita <<modelli di attaccamento ansioso stabiliti da genitori carenti di un reale calore emotivo, i quali riescono tuttavia a mantenere uno stretto contatto con il bambino limitandone indirettamente la ricerca fisiologica di autonomia, spaventandolo con la descrizione di un mondo esterno pieno di pericoli o frenandolo mediante continue minacce di abbandono (Arendell, Emmelkamp e altri, 1983; Bowlby, 1969, 1973, 1980a; Parker, 1979, 1983b). (Guidano, 1998, p. 162). In una condizione

del genere il rischio è la costruzione di una conoscenza secondo cui il mondo esterno diventa un luogo da evitare e sé stessi incapaci di percorrerlo, generando in questo modo la premessa che per preservare il proprio equilibrio bisogna tenersi lontano da cose che non si ha avuto modo di conoscere sufficientemente. L'organizzazione tipo DAP (disturbi alimentari psicogeni) è invece caratterizzata da una storia in cui può essere presente una polarizzazione sui genitori in un'epoca in cui il bambino avrebbe già dovuto imparare a riconoscere gli stati interni. Pertanto, si può generare secondo Guidano (1988) una situazione in cui il riconoscimento degli stati interni risulta deficitario. Si potrebbe riflettere in tal senso circa la presenza di un apprendimento di uno schema secondo cui la valutazione del sé passa anche dall'adesione ai modelli percepiti come importanti per il sistema che si abita. L'ultima organizzazione cognitiva personale che mette in evidenza Guidano (1988) è quella ossessiva, caratterizzata dalla presenza di dicotomia "tutto o nulla". Una premessa basata su questo modello potrebbe essere la tendenza, ad esempio, ad alternare un'attribuzione causale esterna positiva ad una negativa interna (Guidano, 1988). Trame di vita caratterizzate ad esempio da un primato di una comunicazione verbale su quella analogica, in cui vi è il rischio che la spontaneità venga associata alla svalutazione che nell'ambiente familiare viene fatta verso ogni attività espressiva e motoria (Guidano, 1988).

I modelli "esterni" possono essere identificati con i valori veicolati da una cultura o un suo sottosistema. L'adesione a modelli esterni può rappresentare uno strumento attraverso il quale si cerca l'inclusione e l'accettazione. In relazione alle fasi dello sviluppo di una persona possono essere visti come maggiormente importanti modelli che identificano un sistema. Ad esempio, se nell'infanzia l'adesione al modello familiare diventa una condizione importante per l'identificazione con la propria famiglia, durante l'adolescenza si fa strada l'importanza di essere "ammessi" nel gruppo dei coetanei. Si genera in tal senso una transizione dall'adesione da un modello all'altro. L'integrazione tra significati di modelli interni ed esterni potrebbe essere considerato un passaggio importante nel processo di sviluppo, nella narrazione di una storia. Al riguardo Guidano (1988) scrive <<ogni volta che l'esperienza diretta del bambino differisce dalla spiegazione delle sue emozioni fornitagli dai genitori, i pensieri e le emozioni appena esperiti vengono esclusi, e con tutta probabilità verrà presa in considerazione e ulteriormente elaborata la ridefinizione offerta dai genitori. (Bowlby, 1979, 1985)>>. (Guidano, 1988, p. 72).

Nuove storie vecchie

Si configura quindi una visione della relazione come un "luogo" di costante scambio e contaminazione a più livelli, dalla condivisione di arousal a racconti narrati. Tuttavia, l'acquisizione di una nuova conoscenza richiede la disponibilità ad accoglierla e quindi di una dote di coraggiosa ignoranza tale da favorire l'incontro con nuove informazioni. In altre parole, una storia per rendersi narrabile diversamente necessita della premessa che un'altra storia può essere possibile, ovvero che quella esistente possa non essere l'ulti-

nica e possa arricchirsi delle contaminazioni che transita. Lorenzini e Sassaroli (1995) vedono la gestione delle invalidazioni come qualcosa di fondamentale nel processo di conoscenza²³.

L'esplorazione attiva, seppur a volte difficile e dolorosa, porta in dote la possibilità di conoscenza di sé, del sistema che frequentiamo e della nostra relazione con esso. Di contro, la tendenza all'evitamento riduce le opportunità di conoscenza e di esplorazione esterna ed interna. Tende a rendere una storia rigida e difficile da modificare. Non dobbiamo immaginarci l'esplorazione come qualcosa di esclusivamente motorio, ma piuttosto come la disponibilità e la presenza a stimoli e perturbazioni nel sistema che abitiamo. Potremmo chiederci se può generarsi un apprendimento secondo cui lo stare con ciò che sentiamo viene vissuto come doloroso. Secondo Guidano (1988) <[...]
il bambino ossessivo diviene selettivamente disattento alla continua modulazione emotiva che accompagna il succedersi degli stati interni, privilegiando il pensiero e le capacità linguistiche, tanto da renderle l'unico strumento di comprensione della realtà>> (Guidano, 1988, p. 201). Secondo Bateman e Fonagy (2006), nelle prime interazioni madre-bambino, le esperienze di rispecchiamento inefficaci non favoriscono la formazione di rappresentazioni degli stati interni con importanti ripercussioni sulla capacità di

tollerare e regolare le emozioni in autonomia. L'esigenza di prevenire sofferenze cui non ci si sente attrezzati a sostenere può portare con sé l'esigenza di stare lontani da sentiri che pensiamo non appartenere alla nostra trama, da ciò che potrebbe essere inesatto e doloroso per il nostro sistema epistemologico. La premessa che difficoltà e sofferenza debbano essere evitate potrebbe ridurre l'arricchimento delle proprie conoscenze. In tal senso la paura della sofferenza rischia di divenire l'evitamento di un'esperienza di crescita, di una sorta di protezione dalle perturbazioni sistemiche.

La relazione terapeutica può essere quell'incontro di conoscenza che attraverso l'incontro di storie e narrazioni nuove permette passo dopo passo di scoprirsi capaci di frequentare stati interni e mondi esterni che si ritengono molto spaventosi. L'incontro di storie tra terapeuta e paziente può favorire inoltre un'esperienza di rispecchiamento degli stati interni e quindi di una nuova conoscenza del rapporto con mondo esterno ed interno. In questo processo il percorso di esplorazione e conoscenza che fa il terapeuta è prezioso. La sua curiosità libera può infatti favorire l'osservazione di ciò che è reso invisibile dalla paura della sofferenza, mentre il suo coraggio di mettere piede in quel dolore può pian piano accompagnare il paziente in luoghi, ricordi, battiti che non ha mai percorso. Per contro l'aspettativa di

voler sollevare il paziente dal dolore potrebbe rischiare di rafforzare un apprendimento di inattendibilità dei moti interni e di impossibilità di sperimentarli. Inoltre, la proposta di una modalità relazionale diversa rispetto ai modelli operativi interni offre l'opportunità di sperimentare una conoscenza diversa di sé stessi e una relazione capace di narrare trame diverse da quelle note. La presenza e la costanza dell'altro possono ad esempio dare l'opportunità di sperimentare un diritto di cittadinanza anche alle parti di sé inaccettate e dolorose. Ne risulta un'apertura importante di contatto con informazioni interne ed esterne che coincide con un aumento della conoscenza e dei gradi di libertà di una trama di vita. La narrazione può prendere strade diverse, con l'apprendimento che altre strade potranno essere intraprese. L'incontro porta in dote anche il coraggio e la possibilità di stare nel nostro mondo interno e di riconoscergli un diritto di presenza anche di fronte ad eventi perturbanti. Trovare nella terapia un luogo cond-

viso per raccontare una storia nuova, in cui percorre nuove strade (parlare finalmente di ciò di cui non si riusciva) o vedere i percorsi fatti con altri occhi (da un punto di vista alternativo) può essere fondamentale per acquisire nuove conoscenze, per sperimentare nuove strategie conoscitive, e soprattutto per, semplicemente, stare in una relazione che favorisca lo stare in ciò che c'è in quel momento, che sia l'accettazione delle invalidazioni o il dolore ad esso connesso, che potrebbe correlarsi ad una migliore capacità di gestione degli eventi negativi.

In terapia inevitabilmente si incontra anche la storia del terapeuta, la sua capaci-

tà predittiva, le sue premesse. Si potrebbe ipotizzare che dove il terapeuta non vede strade e storie diverse dal paziente, pur senza verbalizzarle, difficilmente il paziente si affaccerà a sbirciare in quel sentiero per lui nuovo o vissuto come ostico. La capacità e la disponibilità di sperimentare posizioni o ascolti corporei diversi può favorire l'implementazione del bagaglio epistemologico del soggetto e quindi dei gradi di libertà che si concede. Come se ci si accompagnasse per mano, non importa se con una mano tremante. E secondo questa ottica, superare a volte può significare anche semplicemente stare perché diviene un nuovo modo di relazionarsi con il sistema che viviamo e le sue perturbazioni. La disponibilità di scovare e stare in nuove conoscenze può pertanto favorire quella flessibilità che si dispiega in nuove narrazioni. Non costruire forzatamente nuove narrazioni, ma fondare la premessa di avere la libertà di farlo.

Bibliografia

- Bion, W.R. (1989), *Seminari Clinici*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Bateson, G. (1977), *Stile, grazia e informazione nell'arte primitiva* in Verso un'ecologia della mente, Milano: Adelphi
- Stern, D. (2005), *Il momento presente: In psicoterapia e nella vita quotidiana*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Grossi, D. La Femina, F. Troiano, L., (2002), *La conoscenza implicita in neuropsicologia*, In Vitolo, A., a cura di, *Nascita, Morte, Trasformazione* (pap 11 - 29), Roma: Edizioni Borla
- Guidano, V. (1988), *La complessità del sé*, Torino: Bollati Boringhieri

23 "Essendo cruciali per l'aumento della conoscenza queste dovrebbero essere accolte con soddisfazione, ma non è sempre così. Soprattutto i sistemi poveri possono percepirle come minacce terribili per il mantenimento di una possibilità predittiva seppur minima. In realtà l'invalidazione di una previsione non è in sé emotivamente connotata, perché l'effetto di piacevolezza/siapiacevolezza dipende dal raggiungimento/fallimento dello scopo del gioco. Ma il fallimento comporta comunque una diminuzione della quantità di conoscenza che il sistema suppone di avere, indipendentemente dal suo costume premessa per un possibile successivo sviluppo di conoscenza (che non necessariamente si verificherà)." (Lorenzini e Sassaroli, 1995, p. 36)

- Damasio, A. (2021), *Sentire e conoscere*, Milano: Adelphi
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996), *La terapia sistemica individuale*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Ekman, P. (2007), *Giù la maschera. Come riconoscere le emozioni dall'espressione del viso*, Firenze: Giunti Editore
- White, M. (1992), *La terapia come narrazione*, Roma: Astroabio Ubaldini Editore
- Lorenzini, R., Sassaroli, S. (1995), *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Seehausen et al., (2016), *Effects of empathic social responses on the emotions of the recipient*, in *Brain and Cognition*, Elsevier
- Majdanzc, A. Et al, (2016), *The selfless mind: How prefrontal involvement in mentalizing with similar and dissimilar others shapes empathy and prosocial behavior*, in *Cognition*, Elsevier

Sitografia

- <https://www.treccani.it/vocabolario/modello/>

