

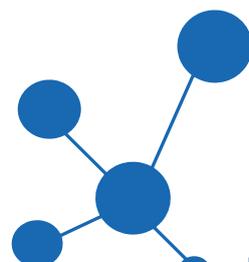
# CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

2° volume 2023

Issn: 2279/6991

**Essere  
terapeuti**

  
**idipsi**

**Direttrice Responsabile**

Antonia Restori

**Direttore scientifico**

Mirco Moroni

**Coordinamento redazionale**

Giada Ghiretti, Tiziana Brancati, Chiara Rainieri

**Redazione**

Gianfranco Bruschi, Alberto Cortesi, Daniela Ferrari, Giada Ghiretti, Chiara Rainieri, Tiziana Brancati

**Comitato scientifico**

Marco Bianciardi (Torino), Gwyn Daniel (Londra), Nadia Monacelli (Parma), Cecilia Edelstein (Bergamo), Wolfgang Ullrich (Milano), Paola Ravasenga (Milano)

**Segreteria organizzativa**

Ilaria Dall'Olmo

# Indice

- pag. 4 | Attraverso le feritoie del Terapeuta  
Evoluzione e Riflessioni di una Terapeuta in Formazione  
*Alessandra Gilli*
- pag.12 | L'importanza di digerire  
*Sonia Ricchetti*
- pag. 18 | Percorsi d'integrazione: una dimensione estetica dell'incontro.  
*Katia Daquino*
- pag. 24 | Sentori, sentire, sentirsi: il ruolo delle risonanze in terapia  
*Paola Zucchelli*
- pag. 39 | L'irriverenza in terapia un caso clinico  
*Valeria Ferrini*
- pag. 48 | Le montagne russe del terapeuta: superstizione e magia in terapia.  
*Francesca Giliberto*
- pag. 54 | Riflessioni sulle emozioni del terapeuta  
*Katia Valanzano*
- pag. 63 | Terapia familiare: che diavolo è?  
*Agata Delfina Ruggero*
- pag. 70 | Arte e terapia: incontro tra la trascendenza della grazia  
e l'immanenza di un volto incarnato  
*Francesca Siri*
- pag. 80 | Il terapeuta Caronte: essere dentro il sistema  
*Serenella Spitale*
- pag. 89 | Nella pancia di IDIPSI: il potere trasformativo del lavoro sul gruppo  
*Lucrezia Angioni*

# Attraverso le feritoie del Terapeuta Evoluzione e Riflessioni di una Terapeuta in Formazione.

Alessandra Gilli<sup>1</sup>

## Sommario:

Nel presente articolo, l'autrice esplora il proprio percorso di crescita professionale come terapeuta, mettendo in luce l'impatto delle sue emozioni e vissuti personali nella relazione terapeutica. Nella prima parte dell'articolo, a partire da alcuni interrogativi personali e attraverso una revisione della letteratura, l'autrice esamina l'importanza di prestare attenzione ai propri pregiudizi, alle proprie emozioni e ai propri vissuti traumatici, oltre a quelli del paziente. In particolare, si approfondiscono i temi dell'intersoggettività e della sintonizzazione emotiva, quali bisogni primari a cui si affiancano insicurezze e difese. Tra queste ultime, l'autrice si focalizza in particolare sul tema della vergogna, che emerge dal bisogno insoddisfatto di riconoscimento da parte dell'altro.

Nella seconda parte dell'articolo, attraverso l'analisi di tre casi clinici, l'autrice esplora l'influenza delle proprie insicurezze nella relazione con i pazienti e riflette sull'importanza di riconoscere le proprie difese per giungere a una piena sintonizzazione intersoggettiva con l'altro e favorire così il processo terapeutico. L'articolo si conclude con una riflessione sulla necessità da parte dei terapeuti di identificare i propri nuclei traumatici e le strategie di difesa adottate, pur sempre valorizzando contemporaneamente le proprie risorse personali.

## Parole chiave:

Sè terapeutico, vergogna, intersoggettività, nuclei traumatici, sintonizzazione, emozioni

## Abstract:

In this article, the author delves into her professional journey as a therapist, emphasizing how her emotions and personal experiences impact the therapeutic relationship. The first part of the article begins with personal inquiries and a literature review, where the author underscores the importance of acknowledging her own biases, emotions, and traumatic experiences, as well as those of the patient. Specifically, the author explores themes of intersubjectivity and emotional attunement as primary needs combined with insecurities and defenses. The author focuses on shame as the result of an unmet need for recognition from others. In the second part, through the analysis of three clinical cases, the author examines how her insecurities influence her relationships with patients and discusses the significance of recognizing her defenses to achieve complete intersubjective attunement with others, thus enhancing the therapeutic process. The article concludes with a reflection on the necessity for therapists to identify their own traumatic cores and adopted defense strategies, while also appreciating their personal resources.

## Key words:

Shame, needs, intersubjectivity, attunement, trauma, emotions.

---

1 - Alessandra Gilli – allieva III anno IDIPSI – alessandra.gilli1@gmail.com

## Introduzione

Spesso mi sono chiesta perché alcuni percorsi terapeutici si siano interrotti e cosa abbia portato alla conclusione della terapia. Mi chiedo se le persone si siano davvero sentite meglio dopo i nostri incontri. Mi domando: e se fossi io, in qualche modo, ad ostacolare la terapia? E quali conseguenze hanno queste insicurezze? Quale origine hanno? Che utilità può avere fermarsi e ascoltarle, scrutarle, interrogarle?

Ho cominciato, così, a dare più spazio a queste domande e a lasciare che ne aprissero altre. Ed è in grande parte grazie all'analisi didattica e alla terapia personale che ho trovato il coraggio di dare più ascolto alle mie sensazioni e fidarmi di esse.

Molti autori hanno trattato l'importanza di prestare attenzione ai propri pregiudizi (Cecchin, Lane e Ray, 1996), di dare ascolto alle proprie emozioni e prendere consapevolezza rispetto alle proprie premesse (Boscolo, Bertrando, 1996), quali strumenti di sintonizzazione con l'altro all'interno del processo terapeutico. Secondo Laura Fruggeri (1992), le emozioni del terapeuta sono lo strumento per riflettere su come egli stesso contribuisca alla costruzione della relazione con l'altro. Il riconoscimento delle proprie emozioni permette infatti di entrare in contatto con i propri sistemi di credenze, le proprie premesse, riconoscendo le modalità con cui si contribuisce all'instaurarsi della relazione terapeutica.

Le emozioni sono parte della relazione in corso, attivandosi nell'interazione tra pattern relazionali del sistema in terapia e memorie autobiografiche e premesse del terapeuta (Mosconi A., 2023). Mosconi distingue tre livelli di emozioni attivate in terapia 1) emozioni attivate nel terapeuta dal paziente; 2) emozioni del paziente legate al suo modo di definirsi nella relazione terapeutica; 3) emozioni correlate alle esperienze traumatiche che si rievocano. Con esperienze traumatiche intendiamo non solo quelle del paziente, ma anche quelle del terapeuta. Difatti, il sistema riattiva nel terapeuta

parti della sua storia che possono, da un lato, diventare utile strumento all'interno della relazione terapeutica, dall'altro attivare reazioni di attacco, fuga o congelamento. La capacità del terapeuta di ascoltarsi e di regolare il proprio mondo interno consente di stabilire una sintonizzazione intersoggettiva con l'altro e regolarne così la sofferenza.

Secondo Stern (2005), l'intersoggettività rappresenta il modo in cui gli esseri umani sviluppano un senso di connessione emotiva, comunicano tra loro e costruiscono significati condivisi attraverso le loro interazioni sociali. La co-regolazione e la sintonizzazione con l'altro sono bisogni fondamentali per l'individuo e per l'integrità della sua identità. Se non soddisfatti nel corso dello sviluppo, generano risposte abituali di difesa che ostacolano la percezione di sicurezza, l'ingaggio sociale, la sintonizzazione intersoggettiva con l'altro. Nella stanza di terapia paziente e terapeuta portano entrambi lo stesso desiderio implicito di soddisfare il proprio bisogno di intersoggettività e entrambi mettono in campo insicurezze e difese associate ad esso.

Dunque, citando Salvatore (2023), «terapeuta e paziente possono avere in comune *un nucleo di sofferenza di natura traumatica*, il cui contenuto essenziale è l'esperienza implicita di una risposta mancata o avversiva al bisogno di sintonizzazione intersoggettiva. Tale nucleo pulsa di *vergogna*, intesa come esperienza dolorosa di ontologica difettosità dell'identità» (p. 25).

Bertrando e Lini (2018) affermano che «il modo in cui ci sentiamo all'interno di un sistema ci conduce ad assumere determinate posizioni in esso» (p.10) e rendersi consapevoli del proprio posizionamento e del proprio stato emotivo («situarsi») consente di agire in piena consapevolezza.

Aldo Carotenuto, in *Lettera aperta ad un apprendista stregone* (1998), suggerisce che la scelta di diventare terapeuti scaturisca da un bisogno, da un vuoto, un «non-evento» accaduto nell'infanzia che ha lasciato una ferita. Tale

ferita diviene feritoia attraverso la quale osservare il proprio mondo interiore ed esplorare quello dell'altro. Il terapeuta, dunque, «cura i pazienti attraverso se stesso» (p.6).

In questo senso, Salvatore, sottolinea l'importanza di prendere contatto con i propri nuclei traumatici, tra cui il nucleo traumatico di vergogna. La vergogna viene definita dall'autore come la "perdita di legame con l'altro" derivante dalla percezione, radicata nell'infanzia, di non essere presenti nella mente altrui a causa della propria difettosità. Difatti, ogni bambino ha necessità di ricevere conferme alle proprie esperienze soggettive, di ricevere risposta al proprio bisogno di intersoggettività, in modo da sentirsi riconosciuto e legittimato nei propri stati interiori. Quando tale bisogno rimane insoddisfatto, nel bambino può insorgere la credenza per cui i propri stati interiori non siano affidabili e, anzi, siano fundamentalmente errati (Bromberg, 2012). Questo può generare un profondo senso di vergogna, affetto paralizzante e totalizzante, poiché non legato all'idea di avere agito in modo sbagliato, bensì all'idea di essere sbagliati. Tuttavia, le parti non riconosciute rimangono desiderose di riconoscimento relazionale e quando questo desiderio emerge, emerge anche la vergogna. Tale vergogna è anticipata, in quanto ciò che si anticipa è la risposta dell'altro, il suo rifiuto. In sintesi, «la connessione intersoggettiva è ricercata e temuta con uguale intensità» (Salvatore, 2023, p. 135): da un lato, l'individuo tiene nascosta la parte di sé che l'altro non ha riconosciuto; dall'altro, il bisogno di riconoscimento non si spegne e rimangono desiderio e speranza di trovare qualcuno in grado di fornire quel riconoscimento. Tuttavia, l'avvicinamento all'altro attiva il campanello d'allarme della vergogna. Dunque, è questo il trauma che si riattiva nel terapeuta quando tenta di essere a tutti i costi performante e infallibile agli occhi giudicanti di un pubblico esterno (il paziente) e interno (se stesso).

La soluzione, quindi, è dissociare la parte di sé

carica di vergogna. Secondo Salvatore gli individui mettono in atto strategie di coping per controllare il nucleo di vergogna e il dolore psichico ad esso associato. Le strategie di coping sono intese dall'autore non come qualcosa che la persona fa per difendersi, ma sono modi di essere, parti della propria identità e per questo non accessibili alla consapevolezza della persona.

Le strategie di coping diventano barriere protettive del nucleo traumatico di vergogna e, da una parte, evitano che gli eventi riattivino il sentimento di vergogna, dall'altra regolano l'espressione del bisogno primario di intersoggettività. Esempi di tali strategie sono: perfezionismo, attitudine performativa volta ad ottenere giudizio positivo, compiacenza verso l'altro, diffidenza.

In sintesi, riportando le parole di Salvatore:

«Noi terapeuti portiamo nella relazione terapeutica e di supervisione la nostra vergogna, e la nostra vergogna della vergogna. [...] Nel contatto con il paziente il nostro organismo sperimenta a livello implicito lo stesso timore di incontrare un altro incapace di sintonizzazione intersoggettiva. Abbiamo la stessa paura del paziente di essere ritraumatizzati da un altro incapace di vederci per intero. Ma rispetto ai nostri pazienti siamo svantaggiati, perché abbiamo anche il compito di essere lì per loro.» (p.138).

Alla luce di queste considerazioni, osservo le situazioni incontrate con la consapevolezza che, forse, il sentirmi "ostacolo" al processo terapeutico altro non è che una strategia per difendermi dal pericolo di non essere vista, non solo come terapeuta, ma come persona. Soffermandomi su alcune delle storie da me incontrate, mi accorgo che accogliere questi pensieri e cercare di dare loro un significato mi ha permesso di essere più connessa con l'altro. In questo articolo ho scelto quindi di portare alcune di queste situazioni, riflettendo

su come è cambiato il mio modo di stare nella relazione con l'altro grazie, in primis, all'ascolto e al lavoro su me stessa.

## **Laura**

### *I tecnicismi del terapeuta*

L. è una ragazza di 17 anni. Il primo contatto, telefonico, è con la mamma, che riferisce che L. ha sempre sofferto di ansia, sin dall'asilo, e la descrive come una ragazza con bassa autostima, chiusa e spesso nervosa in famiglia.

La prima volta che incontro L. mi trovo davanti un'adolescente che, al contrario delle mie aspettative, non è resistente a parlare di sé. Mi racconta che essere qui è stato un suo desiderio anche se ha impiegato un po' di tempo per convincere i suoi genitori, soprattutto il padre. L. ha un fratello, Giulio, di 5 anni più grande, a sua volta seguito da una mia collega psicoterapeuta.

L'ansia rappresenta un sintomo centrale nella vita di L., una caratteristica che sembra definirli sin da quando era una bambina. Un altro tema di L. è il costante sentimento di non sentirsi ascoltata e compresa. A casa, L. riferisce spesso molti malesseri, anche fisici (mal di testa, male alla pancia, ecc), che i genitori non accolgono o trattano con sufficienza e sarcasmo. Inoltre, l'autostima di L. è molto bassa, e si percepisce come una persona non intelligente e incapace.

Sul piano relazionale con i pari, L. si sente chiusa, timida e impacciata e spesso evita situazioni sociali per proteggersi dall'ansia che la pervade in quei contesti.

A scuola L. si sente poco concentrata, distratta, fatica a seguire e a intervenire e i docenti la rimproverano per la sua riservatezza e chiusura, atteggiamenti letti come indicatori di scarso impegno e per i quali verrà bocciata a fine anno scolastico.

In famiglia esprime più apertamente le proprie emozioni, riconoscendo di essere spesso nervosa, triste e arrabbiata. Tuttavia, i familiari non accolgono le sue richieste di ascolto e atten-

zioni e più L. "urla" più è da loro considerata pesante e lamentosa, sminuendo e sdrammatizzando i sintomi e le problematiche che lei porta.

Fin da subito mi sono sentita divisa tra il dover soddisfare due richieste: quella della mamma, di "aggiustare" una figlia che non comprende; quella di L. di risolvere l'ansia e riuscire a sentirsi compresa dagli altri.

I primi incontri con L. si concentrano sulla sua storia, le sue emozioni e il suo non sentirsi capita. Avverto sin da subito un senso di impotenza rispetto a tutto il malessere che porta. Ogni mia ridefinizione positiva riceve in risposta un "ma", un "però" che ci riportano sempre allo stesso punto, ovvero: nessuno mi capisce. Dopo alcuni incontri avverto l'esigenza di incontrarla insieme ai genitori, con l'obiettivo di offrire al sistema uno spazio neutro di dialogo, ascolto e condivisione. Nel corso di questo incontro mi accorgo di provare molta simpatia nei confronti dei genitori. La mamma, infermiera, è una donna molto ironica, estroversa e solare, apparentemente l'opposto di L. Il papà appare un uomo gentile, premuroso e riservato. L. durante tutto l'incontro è molto severa nei confronti dei genitori, ribatte e contraddice ogni loro affermazione con aggressività.

All'appuntamento successivo con L. riprendiamo il colloquio avuto la volta precedente con i genitori. L. riferisce di essere stata male, di non essersi sentita, di nuovo, capita e ascoltata e di non avere riscontrato cambiamenti da parte dei genitori nei giorni successivi. Nel corso dell'incontro mi ripropone i suoi malesseri e la sua ansia, nonostante gli eventi accaduti negli ultimi giorni siano positivi e sia riuscita ad affrontare con successo molte situazioni che in precedenza tendeva ad evitare.

Negli incontri seguenti il mio senso di impotenza aumenta e comincio a ripescare tutte le teorie e tecniche apprese negli anni, con l'idea che è così che darò a L. l'impressione di essere una brava terapeuta.

In quello che sarà l'ultimo incontro con L., le propongo di lavorare sul suo genogramma. La mia idea è quella di indagare la sua storia familiare per individuare in che modo si sia strutturato il suo ruolo di "incompresa" ed aiutarla a trovare risposte e forse conforto.

L. annullerà l'appuntamento successivo con un messaggio e nei giorni seguenti la madre mi scriverà per dirmi che L. ha deciso di non proseguire il percorso.

Ho riconosciuto di trovarmi in una situazione di impasse con L., situazione che ha portato in me un certo senso di sollievo quando ha deciso di interrompere il percorso. Come afferma Salvatore (2023), il sollievo provato dal terapeuta al termine del percorso di terapia è l'indicatore dell'irreversibilità della rottura relazionale e dell'impossibilità di instaurare una matrice intersoggettiva. Per questo motivo, secondo l'autore è possibile parlare di "drop-out del terapeuta", oltre che del paziente, dato dall'impossibilità in quel momento di riconoscere ed elaborare ciò che sta accadendo, poiché i nuclei traumatici di entrambi sono reciprocamente sollecitati in maniera troppo pervasiva. Allora, mi sono spiegata il drop-out di L. come una resistenza al cambiamento. Tuttavia, usando le parole di Bromberg (2012),

*«Tentare di comprendere quello che sta accadendo pensando che il paziente stia resistendo [...] non coglie il vero nocciolo del problema: non è il paziente che si sta difendendo, ma l'analista. È l'analista che si sta rifiutando di riconoscere o condividere un suo vissuto personale (aspetto del Sé) che sente come problematico o di cui si vergogna e, così facendo, sta disconfermando la legittimità di quello stato del Sé del paziente che sta urlando, e continuerà a urlare, perché sta rivivendo la situazione traumatica originaria: sta, cioè, chiedendo al terapeuta di aiutarlo a sentirsi una persona più intera.»* (pp. 256-257).

A posteriori, credo di avere colluso, da un lato, con le idee di L. di non sentirsi capita e dall'altro, con l'idea dei genitori per cui le emozioni di L. fossero "esagerate". Sono stata mossa dalla fretta di togliere il sintomo, di guarire, di fare. Facendo sentire L. ancora una volta non capita e non ascoltata. Il mio timore di non poter fare abbastanza, il mio sentirmi sopraffatta e impotente, la paura di vedermi riflessa in questo modo nell'altro, il bisogno di sentirmi brava e utile agli occhi di L. e dei suoi genitori, mi hanno fatto perdere di vista L. e il suo bisogno di legittimazione delle proprie emozioni.

## **Andrea**

### *Nuclei traumatici in contatto*

Andrea ha 34 anni e mi contattata per problematiche legate all'abuso di alcool. Sei mesi prima del nostro incontro, infatti, ad A. viene ritirata la patente per guida in stato di ebbrezza. A. lavora in un'azienda automobilistica, è un ragazzo molto sportivo e determinato e da quando gli è stata ritirata la patente beve moderatamente e in rare occasioni. Fin dalle prime sedute emerge la tendenza di A. a dare sempre il massimo, in tutti i contesti di vita (lavoro, sport, serate con amici), arrivando però talvolta a perdere il controllo della situazione. Infatti, in merito all'assunzione di alcolici, sebbene A. appaia abile nel porsi dei limiti e rispettarli e non sembra aver sviluppato una dipendenza, in particolari serate o eventi sceglie di bere senza freni, come a voler perdere quel controllo e quell'attitudine performante che abitualmente lo contraddistinguono. Il bisogno di perdita di controllo si arresta nel momento in cui il mondo esterno gli invia un segnale forte, uno stop, come il ritiro della patente. A quel punto A. diventa molto rigido con se stesso e cambia bruscamente rotta, vietandosi in questo caso di bere anche solo un bicchiere in rare occasioni. Un altro esempio di questo meccanismo lo porta raccontandomi di quando, alcuni anni prima, si avvicinò al mondo dello sport: in un anno A. perse 46 kg, arrivando ad essere

sottopeso e dovendo rivolgersi ad un nutrizionista per riacquistarne. Nell'esplorare le radici di questa oscillazione tra controllo-performante e bisogno di evasione, emerge un quadro familiare composto da un padre molto rigido, da lui descritto come burbero e mai contento, e una madre "serva" del padre, dedita agli altri e con pochi interessi. Riconosce ad entrambi di non avergli mai vietato nulla, di averlo sempre lasciato libero di prendere le proprie scelte e, rispetto al tema dell'alcool, non si sarebbero mai accorti delle sue "notti brave".

Il tema del controllo emerge anche all'interno della nostra relazione terapeutica. A. ad esempio è molto attento alla durata dei nostri incontri, ricordandomi spesso lui per primo che l'ora sta per terminare o preoccupandosi se sfioriamo di qualche minuto. Questa attenzione la percepisco per diversi colloqui come un'invasione. Mi infastidisce, ponendomi sulla difensiva. Cerco così di ridefinire il mio ruolo, non accorgendomi che A. sta mettendo in scena anche con me un suo schema relazionale.

La sensazione di essere invasa e sminuita mi impedisce di accedere al mondo interiore di A. come vorrei. Questo blocco mi spinge a portare il caso di A. in supervisione e così realizzo che nell'interazione tra i nostri rispettivi "nuclei di vergogna" si è attivato un «enactment mutuo» (Craparo, 2017) in cui reciprocamente siamo diventati l'uno l'oggetto delle strategie di coping dell'altra.

Da un lato c'è il nucleo di A. che, secondo la mia ipotesi, è maturato in un contesto in cui si è sentito non visto, non guidato nelle sue scelte e che nel suo strategico "strabordare" cerca qualcuno che lo veda, anche solo per dargli uno "stop". Dall'altro lato c'è il mio nucleo, lo stesso desiderio di A. di essere vista, accompagnato dal timore di essere giudicata e svalutata. Nei momenti in cui A., dal mio punto di vista, "prende il mio posto", lui cercava contenimento, mentre io mi sentivo svalutata nel mio ruolo.

Usando le parole di Salvatore (2023): «il trauma

evoluto di paziente e terapeuta stratifica attorno al loro nucleo traumatico uno scudo fatto di strategie di coping; l'enactment è il clangore prodotto dal contatto degli scudi. Il terapeuta ha il compito di mettersi in ascolto di questo suono.» (p. 157).

## **Alice**

### *Condivisione*

Alice ha 28 anni e mi contatta perché sente l'esigenza di lavorare sulla sua insicurezza e scarsa autostima. Sente che il giudizio altrui è molto importante per lei, al punto, dice, di condizionare ciò che lei realmente vuole e desidera. Alice proviene da una famiglia numerosa e ha una sorella gemella che nel 2020 si è trasferita in un'altra città per motivi di lavoro. Il tema del giudizio e dell'insicurezza emergono innanzitutto sul lavoro, dove non si sente all'altezza degli altri non avendo il titolo di studio, a suo dire, adatto a ricoprire quella posizione. Per non ricevere conferme alla sua idea di incompetenza e per non essere giudicata, A. ha cominciato ad evitare alcune situazioni sociali sul lavoro e ha di recente rifiutato un'offerta di cambio reparto per timore di non riuscire a dimostrare di essere all'altezza del ruolo. Questo evitamento la porta a provare molta ansia nelle situazioni in cui deve inevitabilmente esporsi e di conseguenza a sentirsi inefficace, alimentando il circolo vizioso della sua insicurezza.

Lo stesso funzionamento è inevitabilmente riproposto nelle sue relazioni sentimentali e amicali, dove fatica ad esporsi, a parlare di sé, ritenendo di non avere argomenti di conversazione. Questa insicurezza sembra essersi accentuata da quando la sorella, con la quale ha un legame molto stretto, è partita. Esplorando insieme le possibili origini di questa insicurezza, emerge la figura di un padre con una personalità molto forte, definito da A. come "un uomo che si basta da solo" e le cui opinioni sono indiscutibili. Insieme ipotizziamo che A. abbia imparato che il pensiero altrui sia più valido del proprio e per questo non si legittimi

di esprimere i propri pensieri. Inoltre, riferisce che i genitori hanno sempre assecondato le sue scelte e quelle delle sorelle, senza prendere mai posizioni, traducendosi, dal suo punto di vista, in una mancanza di aspettative nei suoi confronti.

Il funzionamento di A. è ben spiegato utilizzando le parole di Bromberg (2012):

*«[...] la capacità dell'essere umano di relazionarsi intersoggettivamente è variabile, irregolare, e talvolta richiede quello che sembra dover stare sotto un riflettore. Vedere se stessi attraverso gli occhi di un altro può diventare eccessivamente stressante per tutti. Perché? Perché? L'immagine dell'altro può essere sentita troppo discrepante dall'esperienza di sé che si sta facendo in quel momento per far sì che entrambe possano essere conservate in mente simultaneamente. Quando questo si verifica, la mente si attrezza per lenire lo stress attraverso l'uso difensivo di un normale processo cerebrale – la dissociazione.» (p.14).*

Pertanto, si potrebbe ipotizzare che A., evitando di esporsi, si stia difendendo dal rischio di non essere vista e al tempo stesso di vedersi fraintesa o svalutata dall'altro.

In lei riconosco alcuni dei miei funzionamenti e sentendo la sua sofferenza mi sento fin da subito molto coinvolta e sintonizzata.

Nel corso dei mesi A. riesce ad acquisire maggiore sicurezza in alcune situazioni lavorative e relazionali, tuttavia ho la sensazione di non fare abbastanza. Esco da alcuni incontri con A. con la sensazione di non esserle stata utile e di essere rimaste troppo in superficie. Comincio a pensare che voglia terminare la terapia, ma che non abbia il coraggio di dirmelo. Nei miei appunti "post-seduta" segno per diversi incontri di proporle il genogramma all'incontro successivo. Sento il bisogno di attaccarmi agli strumenti per darle (o meglio, darmi) l'impressione di essere una brava terapeuta ed evitare il drop-out. Ma questa volta mi fermo, mi chiedo in quale direzione voglio andare, se è il mo-

mento giusto e se ciò di cui abbiamo bisogno, entrambe, sia davvero una mia dimostrazione di competenza.

Così, all'incontro successivo prendo coraggio e decido di parlarle delle mie sensazioni raccolte negli incontri precedenti, chiedendole di ripercorrere insieme il percorso fatto fino ad ora e riflettere insieme su come proseguire. Con mio grande stupore, A. mi restituisce un'immagine molto positiva di me come terapeuta e della nostra relazione. Mi permette inoltre di ridefinire quello che è il suo bisogno e la sua richiesta nel mantenere la relazione terapeutica con me. L'autosvelamento delle mie insicurezze, se così si può chiamare, ha aperto ad A. la possibilità di accogliere le sue e ha alimentato la sintonizzazione intersoggettiva con A. Riprendendo nuovamente Bromberg (2012), nelle sue parole è definita chiaramente la funzione e l'importanza di condividere la propria esperienza con il paziente:

*«mi dedico a valorizzare la condivisione dell'esperienza soggettiva che l'analista fa della relazione con il paziente. [...]. Più sono in grado di accettare il "dono" del mio paziente del vedermi attraverso i suoi occhi (in special modo quegli aspetti del Sé che ho dissociato), più facile diventa per lui negoziare la transizione dal fare esperienza di me come un oggetto da controllare o da cui essere controllato, al fare esperienza di me come una persona che si impegna nel riconoscere la sua soggettività, anche quando, in un dato momento, lo sto facendo in maniera brutale.» (pp. 18-19).*

## **Conclusioni**

Ho riflettuto su quelle che sono le mie insicurezze, da dove arrivino e in che modo influiscano sul mio essere e il mio stare. Ho esplorato i miei cosiddetti nuclei traumatici e ho compreso che quel mio sentirmi ostacolo altro non era che una difesa dal rischio di non vedermi riconosciuta come terapeuta.

Tuttavia, grazie al lavoro di analisi didattica, realizzo il potenziale ma anche il rischio di que-

ste riflessioni: da un lato, sono certamente più consapevole di chi sono e di come funziono e di come le mie insicurezze, se celate e difese, diventino limite nella relazione con l'altro. Dall'altro lato, emerge il rischio di fossilizzazione in questa insicurezza, che diviene l'unica narrazione di sé, impedendo il riconoscimento di risorse fino ad ora trascurate e sommerse. Mi chiedo quindi se talvolta come terapeuti e come pazienti, ci definiamo troppo attraverso quei funzionamenti che faticiamo ad accettare, con il rischio di non riconoscere e non valorizzare le componenti di noi che ci valorizzano. Ho cercato di "normalizzare" ciò che di me vivo come limite e fatica. L'ho esplorato e ho lavora-

to per comprendere da dove venisse, ho cercato di accoglierlo. È stato un lavoro faticoso e utile, soprattutto per capire che cosa mi bloccasse in alcune situazioni personali e professionali. Stavo tuttavia correndo il rischio di definirmi solo attraverso quei nuclei traumatici, allenandomi a non celarli e ad accettarli. Stavo perdendo di vista che la mia insicurezza contiene anche risorse. Che l'essere riflessiva e silenziosa non sempre è sinonimo esclusivamente di insicurezza, ma si traduce anche in attenzione, delicatezza e ascolto attento dell'altro. Un ascolto che talvolta ha rischiato di essere troppo rivolto ai limiti e meno alle risorse, anche nell'incontro con l'altro.

## Bibliografia

- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina Editore.
- Bromberg, P. M. (2012). *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Raffaello Cortina Editore.
- Carotenuto, A. (1998). Lettera aperta a un apprendista stregone. Bompiani.
- Cecchin, G.; Gerry Lane, Wendel A. Ray (1997). *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore.
- Cecchin, G., & Apolloni, T. (2004). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Francoangeli.
- Craparo, G. (2017). *L'enactment nella relazione terapeutica. Caratteristiche e funzioni*. Raffaello Cortina Editore.
- Fruggeri, L. (1992), Le emozioni del terapeuta, *Psicobiettivo*, 3: 23-24.
- Lini, C., & Bertrando, P. (2018). *Situarsi: posizionamento ed emozioni in terapia sistemica*. *Terapia Familiare*, 117, 9–28. <https://doi.org/10.3280/tf2018-117002>
- Mosconi, A., Bozzetto, I. (2023) *Le emozioni in terapia. (Online) Connessioni - Nuova Serie*. <http://connessioni.cmtf.it/le-emozioni-in-terapia>
- Salvatore, G. (2023). *La vergogna del terapeuta. Da nucleo di sofferenza a fattore di cura*. Raffaello Cortina Editore.
- Stern, D. N. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina Editore.

# L'importanza di digerire

Sonia Ricchetti<sup>2</sup>

## Sommario:

L'autrice del testo esplora il concetto di attività onirica ed in particolare di rêverie, secondo la prospettiva di Bion, partendo da una lezione accademica per lei particolarmente folgorante. L'autrice, attraverso il racconto di un caso clinico, cerca di portare a valore l'importanza dell'atto di rêverie durante la seduta di terapia, affascinandosi al pensiero del campo che si viene a creare durante lo scambio di menti tra terapeuta e paziente. Grazie al giusto timing, al rispetto dell'unicità reciproca e della sensibilità del paziente può avere inizio il processo interpretativo del lavoro onirico, che è sempre presente, condiviso e co-costruito tra terapeuta e paziente. In questo lavoro, si affronta anche il ruolo delle risonanze del terapeuta, dell'amore nel contesto di cura e dell'importanza del linguaggio del terapeuta nel favorire nuove visioni e possibilità di trasformazione.

## Parole chiave:

Lavoro onirico, rêverie, cura, trasformazione, risonanze, linguaggio del terapeuta

## Abstract:

The author of the text explores the concept of dream activity and in particular of rêverie, according to Bion's perspective, starting from an academic lesson that was particularly dazzling for her. The author, through the story of a clinical case, tries to highlight the importance of the act of rêverie during the therapy session, becoming fascinated by the thought of the field that is created during the exchange of minds between therapist and patient. Thanks to the right timing, respect for mutual uniqueness and the sensitivity of the patient, the interpretative process of the dream work can begin, which is always present, shared and co-constructed between therapist and patient. In this work, is also faced the role of therapist's resonances, of love in the context of treatment and of the importance of therapist's language in encouraging new visions and possibilities of transformation.

## Key words:

Dream-work, rêverie, cure, transformation, resonances, therapist's language

---

2 - Sonia Ricchetti, allieva 2° anno IDIPSI, soniaricchetti83@gmail.com

### **Sogno e rêverie...**

La nostra mente sogna di continuo anche durante lo stato di veglia.

Oltre ai sogni notturni ed al fantasticare ad occhi aperti, c'è un atto che ha a che fare con la capacità di sognare e che rimanda ad un'abilità tipicamente materna. Si tratta dell'atto di rêverie, che impegna madre (o caregiver) e bambino, durante il quale l'adulto presta i propri pensieri al piccolo, ad esempio, per rassicurarlo rispetto a qualche cosa che lo ha spaventato.

Secondo Bion la madre funge da contenitore che riesce a trasmettere un significato a ciò che ancora non è comprensibile all'infante, aiutandolo a digerire ciò che si palesa improvvisamente nella sua mente.

La madre esplica una funzione detta funzione  $\alpha$ , in grado di trasformare gli elementi  $\beta$  evacuati dal piccolo, elementi che non è riuscito a significare e digerire da solo, in elementi  $\alpha$  di significato.

La funzione  $\alpha$  permette il sogno durante lo stato di veglia; il prodotto di questa funzione sono gli elementi  $\beta$ . Caratteristica fondamentale degli elementi  $\alpha$  e  $\beta$  è quella di essere mente-specifici e mente-peculiari.

Secondo Bion le sequenze di elementi  $\alpha$ , digerite, danno luogo all'inconscio, rimanendo non direttamente tangibili. Nel momento in cui il bambino "fallisce", si creano frustrazioni, evacuate come elementi  $\beta$ , cioè non correttamente digeriti: ciò che non viene alfabetizzato (trasformato, digerito), verrà evacuato in allucinazioni, malattie psicosomatiche, agiti senza spessore di pensiero; sarebbe questa la fonte della follia.

### **...in seduta**

Il problema vero è l'inadeguatezza della mente (Bion, 1980), per questo la capacità del terapeuta di essere all'unisono con il paziente gioca un ruolo primario.

In seduta si assiste ad un gioco costante tra identificazioni proiettive e rêverie: potremmo ipotizzare scambi di pensieri onirici, in continua

formazione, da parte di entrambe le menti in gioco. Il paziente evacua elementi  $\beta$  che saranno trasformati, grazie alla funzione  $\alpha$  dell'analista stesso, in elementi  $\alpha$ . Potremmo assistere alla formazione del contenitore e allo sviluppo dei contenuti, oscillando tra stati emozionali disgregati e primitivi e stati d'animo definiti e compiuti.

Ma anche l'analista, a sua volta, fa rêverie dei suoi pensieri da sveglia: il suo stato mentale e le qualità del suo funzionamento mentale ("... senza memoria e desiderio") diventano una delle variabili fondamentali del campo (Bion, 1970).

Bion sottolineava che l'interpretazione ha a che fare con il grado di sopportabilità del paziente rispetto alle verità che gli verranno narrate e può quindi richiedere tempi più dilatati e ricorrere a significazioni insature o polisemiche in grado di consentire un'apertura e una costruzione dialogica del senso. L'interpretazione va cucinata insieme al paziente, come prima volta, insieme, rispettando le reciproche unicità delle due personalità in gioco.

«Non è semplicemente questione di quello che lei capisce come analista, ma si tratta di sapere se questa paziente è in grado di capire un'interpretazione che lei potrebbe darle [...]».  
(Bion, 1987, p. 20)

Si crea una sorta di legame di funzionamento tra le menti implicate durante la seduta, menti e loro funzionamento, "in relazione a". L'analista ed il paziente co-generano un campo che deve ammalarsi della malattia del paziente per essere trasformato. Non ci sono saperi pre-costituiti dell'analista: l'inconscio stesso non è dato come certo ma trasformabile.

La variabile tempo assume un'importanza fondamentale al fine di favorire transiti mentali e l'interpretazione sarà variabile dipendente della capacità del paziente di assumere la verità dell'analista.

### **La trasformazione**

Considerare l'onirico come livello continua-

mente presente in seduta è funzionale perché consente di lavorare all'interno di uno spazio che si genera nel qui ed ora, a partire dall'incontro di un paziente, un analista ed un setting pensato ad hoc ed anche perché da quest'incontro si possono sviluppare gli strumenti per tessere, metabolizzare, digerire e dar senso a questo livello.

In seduta occorre seguire delle tappe: dall'ascolto accogliente del punto di vista del paziente, alla trasformazione che avviene nella mente del terapeuta, rispetto allo stile interpretativo, al cambiamento di quest'ultimo, fino alla ricettività del paziente di questa trasformazione. Ma non vi è luogo del campo che non contaminino gli altri e dunque questa trasformazione finirà per appartenere anche al paziente sotto forma di modalità più accogliente di ascoltare il terapeuta, lasciando spazio per fiorire alle sue parole.

Un tipo di trasformazione è il lavoro onirico: il sogno è la produzione più ricca di elementi  $\alpha$  e in qualche modo quella che meno necessita di una lettura, se non quando evoca un altro sogno da parte dell'analista, come uno scambio di "comunicazioni poetiche tra le menti", come dice Meltzer.

Possiamo arrivare al paradosso che un campo può funzionare trasformativamente all'insaputa di entrambi.

Un altro aspetto decisamente primario del lavoro onirico è la possibilità di trasmettere "il metodo" che trasforma.

Nel campo della seduta, si genera una relazione a due, grupale, che gioca attraverso il transfert del paziente e la capacità mentale dell'analista: il campo stesso viene continuamente sognato e ri-sognato. Il campo consente di descrivere, raccogliere, raggruppare le emozioni portate nel qui ed ora, chiarendole, focalizzandole, usando i personaggi per accostarsi a contenuti scottanti senza farsi male. I contenuti emotivi, attraverso la trasformazione narrativa, vengono digeriti, rielaborati e narrati con nuova voce: è il punto di arrivo di un processo

che avviene all'interno del campo co-creato. La pittografatura degli stati proto emotivi implica dare un nome a qualcosa che un nome non aveva.

Il linguaggio che il terapeuta utilizza in seduta deve essere in grado di lasciare aperture tali da favorire nuove visioni possibili, nuovi scenari che possono portare alla trasformazione, alla rottura di schemi preesistenti o anche solo ad una boccata d'aria rigenerante. Utilizzando parole ambigue rispetto al contesto clinico e polisemiche, si vanno a creare scenari mai indagati precedentemente dai pazienti, dal momento che è il contesto portatore di significati. Permettere al paziente di sperimentare nuove possibilità, anche attraverso il linguaggio, contribuisce a modificare le premesse.

### **Il campo creato da me e Davide**

Poco dopo aver sentito parlare di rêverie e sogni, in un'affascinante lezione del Prof. Moroni, vengo contattata dalla madre di un ragazzo di 17 anni, lo chiameremo Davide.

Davide è un ragazzo molto intelligente e dotato, anche come musicista, infatti non essendo ancora maggiorenne, data la sua bravura, gli è stato proposto di frequentare il conservatorio come anticipatario. La sua vita è scandita tra impegni scolastici, conservatorio, sport e casa, poco tempo per la vita privata e per annoiarsi. Succede che una sera Davide si rannicchia sul suo letto e piange; poi sale sul cornicione della finestra al terzo piano, guarda sotto e rimane in bilico, qualche secondo...abbastanza per spaventarsi, scendere dal cornicione e parlarne ai genitori con fatica, nei giorni seguenti.

Davide è da poco ritornato da uno scambio alla pari, durato qualche mese, alle Canarie.

I genitori insistendo, convincono Davide ad iniziare un percorso psicologico che non vorrebbe intraprendere; sono molto in ansia perché da lì a pochi mesi sarebbe ripartito per uno scambio interculturale in Messico di 1 anno.

Così Davide si presenta in studio, pieno di resistenze. Durante la prima seduta mi sento

sfidata: porta temi e concetti talmente astratti da farmi rivivere gli anni degli studi di fisica e biologia, per poi atterrare sulla terra ai tempi nostri, sfoderando un perfetto cinismo rispetto alla religione, il significato della vita e la bellezza della morte come atto per porre termine alle sofferenze della vita. Ma Davide ritorna.

### **Risonanze**

La sua storia era piena di risonanze con i miei pensieri e le esperienze vissute durante l'adolescenza. Rimasi colpita dall'assenza di progetti, di speranza nel futuro, di fiducia nelle sue possibilità come agente attivo della sua vita. Era rassegnato. I rapporti sociali con persone nuove lo mettevano fortemente in crisi, la sua immagine interna era molto svalutante; era come scisso fra la sua parte altamente performante e quella più acerba dal punto di vista relazionale che aveva però il peso maggiore.

Davide non sognava più da tempo, si trascinava, anzi girava dentro ad una ruota, chiedendosi: "che senso ha sta giostra?".

Avevo la sensazione di rivivere un momento della mia vita in cui non sapevo bene perché ma non ero felice, non ero triste...non ero! Mi sentivo distaccata, senza emozioni. Più tardi questa sensazione di assopimento emozionale a momenti alterni, si trasformò in qualcosa di più grande: non sapevo quale fosse il mio posto nel mondo, il mio scopo, per così dire. Dopo molta ricerca individuale, letture, yoga, partecipazione a gruppi di meditazione, arrivai da un terapeuta.

La differenza tra me e Davide era sicuramente la voglia di risolvere e il sentirmi agente attivo del mio cambiamento. Se da giovane ero stata sempre molto fantasiosa, con la testa tra le nuvole, in quel periodo di smarrimento, avevo perso la capacità di fantasticare, sentivo il silenzio nella testa. Il buio della notte era calato nella mia mente; vivevo sì, ma non riuscivo ad immaginare, progettare, sognare un futuro, qualsiasi futuro. Senza che me ne accorgessi era calato il sipario, come accade alla rana nel-

la metafora: se non si scotta non si accorge dei micro cambiamenti e bolle in pentola.

Nelle mie sedute con lo psicologo, ricordo che si parlava dell'importanza del come narrare la propria storia; lui diceva che una stessa storia narrata in modi differenti avrebbe suscitato reazioni differenti sull'interlocutore. Perfettamente d'accordo, ma non facile da attuare se non si riesce ad immaginare quella storia da un punto di vista differente e non la si digerisce.

Era proprio questo di cui avevo bisogno, un altro paio di occhiali, nuove possibilità, differenti significati; volevo digerire i fatti accaduti, comprendere le situazioni, gli avvenimenti, diventare consapevole della mia storia. Digerire, assimilare, capire per poter poi accettare, reagire, imparare ed evolvere. Cambiare schemi non più funzionali, trasformarli per trasformarmi.

Dunque tornando alla lezione ad *Idipsi*, credo di aver trovato l'ultimo pezzo di un puzzle in grado di farmi digerire quel pezzettino della mia storia.

Questa nuova narrazione mi ha permesso di accompagnare Davide alla comprensione della sua storia e della sua sofferenza, nascosta sotto titoli e riconoscimenti e mi ha permesso anche di regalargli nuove prospettive, il regno del possibile, come anche la possibilità di ascoltarsi, fermare la ruota, vivere a suo modo la sua storia.

### **Il campo tra menti co-creato**

Davide aveva la tendenza a normalizzare tutti i suoi successi, perché come dicevano i suoi genitori: "a lui viene bene tutto", è normale che faccia quello che fa.

Non c'era più ascolto, non c'erano più ricompense, non c'erano più successi, era tutto "normale", come doveva essere. Era quello che ci si aspettava da lui, zitto, buono e bravo. Aveva imparato che doveva funzionare così e dunque anche se riusciva bene in un esame non si gratificava e così per tutti gli sforzi che faceva per sostenere la sua vita da adolescente già adulto.

Ma Davide aveva un punto debole, che a differenza del resto non riusciva a gestire e a controllare. Nonostante fosse molto intelligente, pieno di interessi, un ragazzo di bell'aspetto e anche con sani valori, si sentiva inadeguato nelle relazioni con i pari, tipico degli adolescenti. Non veniva invitato alle feste, non venivano ricambiati i suoi modi affettuosi e nemmeno ci si interessava ai suoi hobbies: l'idea di sé grandiosa proiettava aspettative sugli altri che venivano puntualmente disconfermate.

Così Davide getta la spugna, ma dentro soffre. Inizia a costruire muri interni, facendo credere a tutti che sta bene, è tutto normale. È normale pensare che il mondo faccia schifo, ad esempio, che Dio non esista, altrimenti farebbe qualcosa per evitare i drammi che si sentono ogni giorno: è normale credere che sia piacevole l'idea di farla finita. In realtà è dispiaciuto, deluso, arrabbiato e molte altre emozioni.

Al rientro dalle vacanze estive, abbiamo letto l'articolo di Boscolo et al., che parla del "linguaggio terapeutico": un linguaggio che dovrebbe essere polisemico, utilizzare parole di contesti altri per aprire a nuovi significati ed accezioni, confondere e fornire nuovi punti di vista.

Questo mi ha fatto ripensare alla mia adolescenza: amante delle lingue straniere, mi ritrovavo ad ascoltare musica in lingua inglese o americana, lingue altamente polisemiche, mentre faticavo ad ascoltare canzoni in lingua italiana. Riflettendoci sopra, difficilmente riuscivo ad esprimere le mie emozioni a parole. Mentre ascoltavo le canzoni mi catapultavo in un contesto esterno che mi permetteva di entrare nella storia cantata, sentirne le emozioni e rispecchiarmi, svuotando il mio secchio colmo. Avveniva così il contenimento, l'ampliamento e il rinnovamento dei miei punti di vista. Le parole di altri permettevano di creare le mie parole, le mie emozioni trovavano un significato, un nome e al contempo mi sentivo parte di un tutto (qualcun altro, forse, provava le mie stesse emozioni).

Davide condivideva con me la passione per la musica, nel suo caso era la musica classica, suonando l'oboe quasi alla perfezione. Nei momenti di forte chiusura era "Lo Strumento", il contenitore di emozioni, capace di farci entrare in contatto con esse e farle uscire, una passione così forte che avrebbe voluto poter trasmettere a tutti i suoi conoscenti.

Davide ha portato con sé la sua storia e mentre raccontava, ricordava, descriveva fatti ed emozioni provate, si modificava la mia storia. Nello stesso spazio fisico del nostro incontro, hanno coabitato due contesti, contaminati da altri innumerevoli contesti nel tempo. In quel setting a due, in realtà c'erano molte più persone. Ad ogni incontro invitati diversi si presentavano; emozioni non digerite venivano narrate, affidate e trasformate in possibili nuovi significati aperti, da provare, non definiti, ipotesi da verificare, possibilità da vestire.

### **Conclusioni**

Davide è partito per il Messico, si sente molto meglio, riesce a pensare che i suoi amici in Italia non lo escluderanno, perché si prenderà cura di quelle relazioni anche se a distanza; riuscirà a conoscere persone che saranno in grado di apprezzarlo anche per le sue particolarità, perché sono molto belle se donate e raccontate nel modo giusto. Ad oggi permane la sua visione reale ed oggettiva delle problematiche del nostro millennio, ma ha di nuovo speranza, ha scelto di darsi un'opportunità perché ha capito che la sua vita vale e che per entrare in relazione con l'altro occorre mettersi in gioco e non aspettare passivamente. La giostra gira ma al tempo di Davide.

E a noi non spetta certo definire, ma curare il percorso, il processo, riconoscere le nostre parti, il nostro sentire e lasciare che possiamo essere contaminati dal sentire dell'altro: il contesto che si ammala di ciò che viene portato in seduta, allora un campo può funzionare trasformativamente all'insaputa di entrambe le parti presenti.

Più volte quest'anno i docenti ci hanno sottolineato come ogni nuova persona che bussava alla porta del nostro studio, non è per caso arrivata a noi. Davide è arrivato regalandomi, a nostra insaputa, un viaggio dentro di me incredibile,

mentre io mi prendevo cura della sua storia. In un certo modo ci siamo dedicati l'una all'altro senza saperlo, perché erano i nostri inconsci ad interagire, trasformandosi senza alcuna aspettativa.

### **Bibliografia**

- Ferro A., (2007). *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- **Seminario:** Moroni M. Tra Bateson e Bion.
- **Seminario:** Cortesi A. L'arte di crescere.
- Tronick E., (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- **Articolo da rivista:**  
Boscolo L., Bertrando P., Fiocco P. M., Meri Palvarini R., Pereira J. (1991). Linguaggio e cambiamento. L'usi di parole chiave in terapia. *Terapia familiare*, 37/1991.

### **Sitografia**

- <https://www.focus.it/comportamento/psicologia/gli-esploratori-dei-sogni>
- [https://it.wikipedia.org/wiki/Sogno#Funzione\\_dei\\_sogni](https://it.wikipedia.org/wiki/Sogno#Funzione_dei_sogni)
- [https://www.repubblica.it/salute/2022/06/25/news/sognare\\_adocchi\\_aperti\\_non\\_fa\\_bane\\_alla\\_salute\\_mentale\\_dei\\_ragazzi-354888220/](https://www.repubblica.it/salute/2022/06/25/news/sognare_adocchi_aperti_non_fa_bane_alla_salute_mentale_dei_ragazzi-354888220/)
- <https://www.artuu.it/come-i-sogni-influenzano-la-creativita-artistica/>
- <https://www.focus.it/cultura/curiosita/sette-cose-che-forse-non-sai-sui-sogni#:~:text=Solo%20i%20pazienti%20affetti%20da,nota%20come%20giro%20fusiforme%20inferiore.>
- <https://www.sanitainformazione.it/salute/i-non-sognatori-non-esistono-il-neurologo-in-realta-dimenticano-il-contenuto-dei-sogni/>

# Percorsi d'integrazione: una dimensione estetica dell'incontro.

Katia Daquino <sup>3</sup>

## Sommario:

*“L'anima respira attraverso il corpo e la sofferenza, che nasce dalla pelle o da un'immagine mentale, avviene nella carne”* (Damasio, 1994). L'autore, nell'ottica di avviare una riflessione sul processo terapeutico, esplora l'approccio estetico che, attraverso i suoi canali diversificati, può facilitare l'accesso a quella che Bateson chiama “saggezza sistemica” nel tentativo di recuperare, in tal senso, la “grazia perduta” (Bateson, 1977) come dimensione integratrice dell'esperienza umana. All'interno di questa cornice qual è la funzione del terapeuta? L'autore, ripercorrendo piccoli frammenti di terapia, osserva la possibilità che il terapeuta può farsi metafora e l'immagine che egli si costruisce del paziente, frutto di una combinazione del conoscere l'altro e del conoscere il sé, entra nel sistema attraverso un movimento estetico. Il terapeuta dunque, come un artista, *“agevola il fluire spontaneo della sensibilità estetica dell'utente, e lascia risuonare dentro di sé tale conoscenza essenziale”* (Sciacca, 2015) dando forme a ciò che è implicito e favorendo le capacità del paziente di autoregolazione e autoguarigione. In ultima analisi l'autore, partendo dall'idea di co-costruire e rinarrare una biografia impreziosita da nuove immagini che creano vita e non chiudono al sintomo, apre ad una domanda: in che termini si può (e se si può) parlare di bellezza nella stanza di terapia?

## Parole chiave:

Mente relazionale, integrazione, grazia, sensibilità estetica, metafora, bellezza.

## Abstract:

*“The soul breathes thorough the body, and suffering, which arises from the skin or a mental image, occurs in the flesh”* (Damasio, 1994). The author, with a view to initiating reflection on the therapeutic process, explorer the aesthetic approach, which, through its different channels, can facilitate access to what Bateson calls “systemic wisdom” in an attempt to recover, in this sense, “lost grace” (Bateson, 1977) as an integrating dimension of human experience. Within this framework what is the function of the therapist? The author, tracing small fragments of therapy, observes the possibility that the therapist can make himself a metaphor, and the image he constructs of the patient, the result of a combination of knowing the other and knowing the self, enters the system through an aesthetic movement. The therapist then, like an artist, *“facilitates the spontaneous flow of the user's aesthetic sensibility, and lets that essential knowledge resonate within him or her”* (Sciacca, 2015) by giving form to what is implicit and fostering the patient's capacities for self-regulation and self-healing. Ultimately, the autor, starting from the idea of co-constructing and re-narrating a biography embellished with new images that create life and do not close to the symptom, opens to a question: in what terms can one (and it one can) speak of beauty in the therapy room?

## Key words:

Relational mind, integration, grace, aesthetic sensitivity, metaphor, beauty.

---

3 - Katia Daquino, 4°anno - Scuola di specializzazione IDIPSI

## **Il contributo di Bateson:**

### **integrazione come “grazia” e “saggezza”**

Dalla visione olistica, che secondo l'autore è alla base dell'ecologia della mente, Bateson giunge a riflettere sull'importanza di alcune categorie come il sacro, il bello, la grazia e la saggezza intesi come territori mentali che consentono di raggiungere una comprensione autentica, profonda della realtà sistemica dell'esistenza umana.

Partendo dalla simmetria bilaterale di un animale, dalla disposizione strutturata delle foglie in una pianta, dall'amplificazione successiva della corsa agli armamenti, dalle pratiche del corteggiamento, dalla natura del gioco, dalla grammatica di una frase, dal mistero dell'evoluzione biologica, e dalla crisi in cui oggi si trovano i rapporti tra l'uomo e l'ambiente, Bateson ricollega realtà apparentemente distanti tra loro definendole manifestazioni di uno stesso ecosistema di idee. Questa appartenenza apre la strada all'idea di una “mente ecologica” pertanto, per comprendere il funzionamento, la mente non può considerarsi racchiusa all'interno dell'individuo ma investe anche canali e messaggi che mettono in connessione individuo e ambiente, inseparabilmente correlati lungo un “continuum circolare soma-psyche-ambiente”. Allo stesso modo, anche le diverse funzioni mentali non possono essere intese come entità separate bensì come una rete circuitale integrata dove conscio e inconscio, ragione e cuore dialogano in un'ottica di interconnessione e riconoscimento. È qui che Bateson ricorre al concetto di “grazia” e a tal proposito disse: *“Perché si possa conseguire la grazia, le ragioni del cuore debbono essere integrate con le ragioni della ragione”*. E aggiunge: *“ciò che si deve integrare sono le diverse parti della mente, in particolare quei molteplici livelli di cui un estremo è detto “coscienza” e l'altro “inconscio”*. (Bateson, 1977)

Lungo questo continuum, fatto di ridondanze, ciò che è da una parte può dare informazioni o ha significato relativamente a ciò che sta al

polo opposto così come la cima di un albero fornisce informazioni sull'estremità opposta.

Bateson sostiene che i contenuti e le informazioni presenti a livello conscio operano su premesse che sono inconsce e sono solo brevi archi di circuito, un campionario di varie parti e luoghi di una rete e non i circuiti completi. Per poter quindi apprezzare la natura sistemica della mente e riconoscere l'unità circuitale è fondamentale integrare queste parti, tutti i livelli.

Per l'autore, l'accesso, ovvero il ponte di comunicazione tra queste due polarità, passa attraverso l'intermediazione dell'arte, dei sogni, della poesia, della musica, della danza e di tutti quei canali metaforici e iconici che consentono alle emozioni e al materiale inconscio di narrare qualcosa.

Significativa a riguardo è la citazione di Isadora Duncan quando disse: *“Se potessi dire che cosa significa, non avrei bisogno di danzarlo”*.

Per poter raggiungere la “grazia” di cui parla Bateson e poter integrare pensieri, emozioni, corpo e biografia, bisogna far parlare quei contenuti attraverso una voce metaforica, difficilmente verbalizzabile. L'approccio estetico, attraverso i suoi canali diversificati, può facilitare l'accesso del paziente e del terapeuta a quella che l'autore definisce “saggezza sistemica” cioè la capacità di sentire e riconoscere la realtà circuitale nella sua interezza.

La visione di Bateson è anticipatrice di quanto sarà confermato successivamente dalle neuroscienze che sostengono una dimensione relazionale della mente riconoscendo la centralità delle emozioni come punto di connessione tra biologia e influenze ambientali, tra corpo e processi cognitivi, tra natura e cultura (Ledoux 1996,2002; Kandel 1999, 2005).

### **Conoscenza e sensibilità estetica**

La cibernetica del secondo ordine muta la posizione del terapeuta visto non più come osservatore esterno e neutrale ma come parte integrante del sistema. Anche la concezione di una “mente relazionale” porta

a una rimodulazione della sua funzione e dell'importanza della relazione terapeutica nel processo di cura. Affinché si possa creare un'alleanza che sia aperta a potenzialità trasformatrice risulta fondamentale poter integrare anche ulteriori elementi, nello specifico le componenti empatiche, emozionali, affettive che caratterizzano quella che Stern chiama "relazione emotiva implicita" in cui lo scambio dialogico è mediato da linguaggi impliciti, non verbali.

Bateson introduce il concetto di *doppia descrizione* e di una differenza costitutiva fra le due modalità che è una dicotomia di tipi logici. È la combinazione dei due livelli logici che consente di cogliere l'*unitas multiplex*.

La prima modalità, che possiamo definire *cosciente*, è puramente razionale, opera per differenze, usa la logica del linguaggio ed è limitata e parziale. Attraverso essa l'uomo è in grado di progettare, applicare tecniche e metodi e cose simili.

L'altra modalità, detta *sensibile*, si rifà alla sfera inconscia, è senso-motoria, emotiva, incarnata e funziona per abduzione, somiglianze e connessioni. Utilizza un linguaggio analogico che apre alla sorpresa, all'incontro, al bello, al sacro, al mistero. Questa *sensibilità* consente un'esperienza estetica di sé e del mondo permettendo all'individuo, così come anche al terapeuta e al paziente, di cogliere in sé elementi sconosciuti, non ancora formati e, in quanto tali, non accessibili alla coscienza e alla verbalizzazione manifestandosi attraverso i sensi e incarnandosi in immagini, movimenti, suoni, sensazioni corporee. L'attivazione di questi "elementi sconosciuti", parlati da un linguaggio implicito, è resa possibile dall'intermediazione dell'arte, delle immagini, dei sogni, della poesia, della musica, della danza e di tutti quei canali metaforici e iconici.

L'esperienza estetica, quindi, apre ad un sentire "incarnato" che passa attraverso il corpo coinvolgendolo in sensazioni emozionali nuove ed inaspettate che sorprendono. La ricerca neuroscientifica ha fatto luce su quali possibili mec-

canismi e strutture neurofisiologiche sono attivi in questo processo nel tentativo di recuperare un'altra unità: quella tra psicologia, psicoterapia e neuroscienze. La scoperta dei "neuroni specchio", a opera di un gruppo di ricercatori dell'Istituto di neurofisiologia dell'università di Parma ed i concetti di "simulazione incarnata" (Gallese, 2005) e "risonanza visceromotoria" (Rizzolatti, 2006) aprono ad una dimensione in cui *"l'osservatore non solo si immedesima nei sentimenti dell'altro ma li prova direttamente, attraverso i neuroni specchio, nel proprio corpo, li ri-iscrive e li vive nella propria carne"* (Onnis, 2017). L'empatia non potrebbe dunque esistere senza il ruolo dei neuroni specchio ma essi, da soli, non giustificano la complessità di tale fenomeno in quanto esso dipende anche dalla qualità e dalla storia della relazione.

Nella relazione terapeutica dunque l'empatia, mediata come visto da meccanismi neurofisiologici, crea una cornice per cui, come sostenuto da Siegel, la mente di ognuno "si sente sentita dalla mente dell'altro" (Siegel, 2001) e, attraverso uno scambio di risposte visceromotorie attivate da messaggi e segnali corporei con un linguaggio esclusivamente implicito, vengono definite le emozioni e ciò che è depositato a livello inconscio.

In tal senso, l'utilizzo in terapia di un approccio estetico ha in sé potenzialità trasformatrice in quanto il sistema ha la *"possibilità di vedere nuovamente in un senso doppio e complesso: nel senso di conoscere "di nuovo", cioè "ancora una volta", e nel senso di conoscere "in maniera nuova", cioè "per la prima volta", sensi insieme fusi, o meglio combinati"* innescando un cambiamento. (Bateson, 1977).

L'estetica della cura ridefinisce quindi il ruolo del terapeuta come colui che *"agevola, come un artista, il fluire spontaneo della sensibilità estetica dell'utente, e lascia risuonare dentro di sé tale conoscenza essenziale"* dando forme a ciò che è implicito e non verbale, lo intercetta e libera le capacità del paziente di autoregolazione e autoguarigione. (Sciacca, 2015).

In quest'ottica la funzione del terapeuta è quella di ampliare la conoscenza e raggiungere, citando Bateson, la grazia perduta e quella "saggezza" che, unitamente alle categorie del sacro e della bellezza, consente di giungere a una dimensione integratrice dell'esperienza, una comprensione autentica e profonda della realtà sistemica dell'esistenza umana.

### **Terapeuta come metafora di una nuova immagine**

Il concetto di metafora è stato ripreso, con diverse sfumature, da molti autori. Nello specifico, per la finalità che mi ripropongo, partirò dalla visione di Bateson per proseguire con delle riflessioni rispetto al processo di cura.

L'autore amplia ed estende il concetto di metafora, riconoscendo *"l'esistenza di processi mentali in cui tutto l'organismo (o gran parte di esso) sia usato come metafora e che tali processi sono fondati sull'uso dell'ecologia delle idee interna come modello analogico"* (Bateson, 1987), cioè sulla sensibilità estetica.

Partendo da questa concettualizzazione anche il terapeuta quindi, nel momento della conoscenza estetica, potrebbe farsi metafora e in quanto tale *"la propria ecologia delle idee interna diventa luogo di conoscenza dell'altro. Si conosce l'altro nel sé, il proprio sé diventa un nuovo, più ampio proprio sé, che include, almeno in parte, l'altro da sé e diventa il luogo di partenza che si conosce per la prima volta"* (Madonna, 1989).

Mi colpisce molto quest'ultima parte quando dice *"diventa luogo di partenza che si conosce per la prima volta"*, un luogo che, potenzialmente, potrebbe diventare generativo e trasformativo. Questo apre ad alcune considerazioni. Il terapeuta crea un'immagine mentale del paziente che diventa uno "spazio" in cui lo "sogna" in un certo modo piuttosto che in un altro e questo è frutto di una combinazione del conoscere l'altro e del conoscere il sé. Posto che il terapeuta potrebbe farsi "metafora" allora anche l'immagine che ha del paziente potrebbe

entrare in circolo nel sistema attraverso tale processo metaforico ed estetico. E quanto può influire questa immagine nel percorso terapeutico? È quello che mi sono chiesta dopo il mio incontro con Claudia, una paziente con ipocondria.

Claudia si abbandonava a lunghi racconti minuziosi e dettagliati dei suoi sintomi fisici e di come questi potevano essere collegati a svariate patologie mediche. L'immagine che avevo di lei era di una ipocondriaca cronica. Anche se tentavo di aprire la strada ad altro lei, in qualche modo, ritornava sempre lì. Mi sentivo in impasse. Ho provato quindi a sostare su questa immagine e a prenderne consapevolezza. Avevo già ascoltato la sua storia ma probabilmente non l'avevo sentita. Mi sono aperta alla possibilità di poterla guardare di nuovo, di vedere il suo "abisso personale". Nella sua biografia c'era altro oltre i suoi sintomi, c'era il coraggio, la forza e la bellezza della sua sensibilità. Pian piano ho iniziato a "vederla" finalmente, l'immagine era di un "sole offuscato da nuvole". Questa immagine ha aperto me e di conseguenza lei a nuovi pensieri, alla bellezza di nuove strade. D'altronde, come disse Elliot, *"Il fine di tutta la nostra esplorazione è quello di arrivare là da dove siamo partiti e di conoscere quel luogo per la prima volta"* (Bateson, 1991)

### **Quale bellezza nella stanza di terapia?**

Riflettendo su alcune esperienze cliniche ed in generale sul processo psicoterapeutico, mi sono interrogata su cosa è e soprattutto in che termini si può (e se si può) parlare di bellezza nella stanza di terapia. È un concetto che non può essere definito con chiarezza nella sua vera essenza, cosa che fa riflettere su come la vita possa essere piena, misteriosa e imprevedibile. Bateson prova a starci avventurandosi *"lì dove gli angeli esitano"*. In una profonda riflessione, parlando dell'umanità, dice che per potersi salvare essa deve percorrere la via di una profonda ristrutturazione dei paradigmi dell'agire umano, riappropriandosi dell'importanza della sfera in-

conscia, del valore del sacro e della bellezza con essa intimamente collegate e immanenti, come luoghi mentali dove solo può prodursi una comprensione autentica, profonda della realtà sistemica del cosmo.

Giunge a vedere, quindi, una “unità di fondo” della vita nelle sue diverse espressioni, un’unità che è sacra, estetica e che consente il riconoscimento della “struttura che connette”, di una dimensione integrale dell’esperienza umana. È questa forse la bellezza, percepire che seppur la nostra limitata esperienza è intrisa di “amore e odio”, “sano e folle”, “comico e serio”, esiste una più vasta totalità che è fondamentalemente bella. *“Come Shiva, il dio danzante dell’Olimpo induista, la cui danza è insieme creazione e distruzione, ma nella totalità è bellezza”* (Deriu, 2020).

Come si può (e se si può) integrare questa visione di bellezza nella stanza di terapia?

Hillman, nel suo *“Codice dell’anima”*, propone di *“guardare la nostra vita (e quella dei pazienti aggiungerei) con la sensibilità immaginativa con la quale leggeremmo un romanzo”* (Hillman, 1997). Questa attitudine, questa modalità di approcciarsi alle storie che si incontrano presuppone una premessa fondamentale: la costante ed anche faticosa ricerca di uno sguardo, a volte smarrito e sfuggente, su quella “unità di fondo” di cui parla Bateson in un movimento che la rincorre e la perde per poi ritrovarla e perderla nuovamente proprio perché siamo anche noi essere umani: simili che curano i simili. Si potrebbe pertanto parlare di un “tentativo auspicabile”, non sempre possibile, di recuperare quella “nostalgia di bellezza”, di riconoscerla e poterla trasmettere nella narrazione dei pazienti. L’idea è quindi di una biografia impreziosita da nuove immagini, che creano vita e non chiudono al sintomo, una biografia che in questi termini *“può rendere giustizia alla vita che narra”*. (Hillman, 1997).

Ciò che sarebbe auspicabile è potersi calare, esteticamente, a poco a poco dentro queste immagini nel tentativo di accompagnare il

paziente, con il fluire della sua sensibilità estetica, verso una connessione tra la sua vita intesa come immagine e la bellezza. La bellezza che cura come forza propulsiva di vita e generatrice di cambiamento.

### **Esperienza estetica in terapia**

Jenny è una ragazza di 32 anni con una diagnosi di obesità grave. Dalla sua narrazione emerge una grande componente ansiosa con attacchi di panico e molti dei suoi racconti finiscono con lei che litiga con qualcuno. Appare irrequieta, anche nel corpo, infatti difficilmente riesce a stare ferma e passa dal sorriso alla rabbia rapidamente.

Durante i primi colloqui mentre raccontava una delle sue liti inizio ad avere, per pochi secondi, dei capogiri e guardandola con una visione ancora un po’ offuscata mi viene in mente l’immagine di un cane che abbaia per attaccare. Rimango molto sorpresa e continuo a farmi “distrarre” dalle mie sensazioni o a “sognare” come direbbe Bion mentre lei proseguiva il suo racconto. Finita la seduta rimango con una vaga percezione, non definita. Sentivo che mi serviva capire se era presente un eventuale scivolamento verso un versante di altro tipo. Non c’erano segnali importanti ma avevo comunque questa sensazione.

Ci incontriamo la settimana successiva e mentre “abbaia” con la sua rabbia mi dice: *“forse sono pazza, in effetti ho sempre pensato di essere strana. Anche gli altri me lo dicono”*. In quel momento mi sono sentita come sollevata, anche nel corpo, così per il resto della seduta. Sono rimasta in ascolto delle mie nuove sensazioni provando a connetterle con le precedenti.

Probabilmente attraverso i miei capogiri, l’immagine del “cane che abbaia” e la visione offuscata ho avuto la possibilità di “vedere” e “sentire” nel mio corpo il suo sentirsi “pazza” e le emozioni e i pensieri che Jenny non riusciva a verbalizzare in quel momento.

La domanda che, a quel punto, mi sono posta è

come poter utilizzare terapeutamente questa esperienza estetica. Ho scelto di affrontare ciò che ho percepito con i miei sensi come un'immagine dalla quale rilanciare nel tentativo di rinarrare e co-costruire una biografia impresiosa da nuove immagini che creano vita e non chiudono al sintomo.

Insieme abbiamo quindi ripercorso la storia di Jenny e come in realtà, alcuni eventi traumatici della sua vita, l'abbiano portata come un cane ad abbaiare per difendere il suo territorio in altri momenti invasivo.

È stata una rilettura, un aggiungere qualcosa di nuovo che le ha permesso nel tempo di dar vita ad una nuova immagine di sé, una nuova narrazione generatrice di trasformazioni.

### Conclusioni

Tenendo presente la finalità di questo articolo, ovvero aprire uno spazio di riflessione sulla funzione del terapeuta all'interno dell'approccio estetico, emergono le seguenti considerazioni. Mettersi in una posizione di ascolto delle "menti che si incontrano" (Siegel, 2001), coltivare la capacità di porsi in attesa delle produ-

zioni del paziente, della sua creatività consente di favorire e di sollecitare la sua sensibilità estetica aprendo, in tal modo, la strada alle sue capacità di autoguarigione nel rispetto del suo desiderio di cambiare. La "nostalgia di bellezza" come possibile mancanza, rimanda ad uno sguardo impaziente che salta ai significati, alle interpretazioni senza prima aver apprezzato l'immagine dell'altro perdendo, in tal modo, la "bellezza" che le storie dispiegano. Poter trasmettere questa bellezza alla narrazione dei pazienti "può rendere giustizia alla vita che narra". È "un tentativo auspicabile", non sempre possibile, proprio perché noi terapeuti siamo "simili che curano i simili" e quella nostalgia riguarda anche noi e l'immagine che abbiamo di noi.

Ciò che sarebbe auspicabile, in ultima analisi, è potersi calare, esteticamente, a poco a poco dentro queste immagini nel tentativo di accompagnare il paziente, con il fluire della sua sensibilità estetica, verso una connessione tra la sua vita intesa come immagine e la bellezza. La bellezza che cura come forza propulsiva di vita e generatrice di cambiamento.

### Bibliografia

- Bateson, M. C., Bateson, G., (1989). *Dove gli angeli esitano*. Milano: Adelphi Edizioni.
- Bateson, G., (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni.
- Hillman, J., (1997). *Il codice dell'anima*. Milano: Adelphi Edizioni.
- Madonna G., (2003). *La psicoterapia attraverso Bateson. Verso un'estetica della cura*. Milano: Franco Angeli
- Odgen, T. H., (2022). *Prendere vita nella stanza di terapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Onnis, L., (2017). *Teatri di famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri
- Sciacca, F., (2015). *Cambiamento sistemico e creatività: per un'estetica ed etica della cura psichica*. (Online) <https://linguaggidipsiche.it/mente-e-psicologie>.

# Sentori, sentire, sentirsi: Il ruolo delle risonanze in terapia

Paola Zucchelli<sup>4</sup>

## Sommario:

Questo lavoro nasce da una serie di riflessioni personali dell'autrice, giunta alla conclusione del suo terzo anno di formazione. Cambiamenti personali, nuove compagini professionali che avanzano, modificazioni nelle dinamiche di gruppo. Cosa succede quando un terapeuta supera la metà del proprio percorso di formazione? Cosa si sente, chi si è, quando si guarda avanti e si inizia ad intravedere la linea dell'arrivo? Cosa cambia fuori e cosa cambia, invece, all'interno? L'autrice si pone queste domande cercando di individuare un punto di ascolto proprio in quel movimento costante tra il "dentro" ed il "fuori": di se stessa e di tutti i contesti che abita. Il "sentire" è infatti l'argomento principale di questo elaborato: il sentire come lo stare in ascolto di ciò che avviene fuori, affinare il proprio "udito" per ascoltare anche le vibrazioni sottili a cui di solito non offriamo l'orecchio. Ma anche il "sentire" come "sentirsi", intendendo la capacità di saper dirigere il proprio ascolto verso l'interno. Nel cuore di questo articolo, l'autrice racconta di quando l'incontro con una ragazza nella stanza di terapia le ha permesso di incontrare anche se stessa e la sua propria fatica a guardarsi dentro, mentre cercava d'incontrare questa ragazza e la sua fatica a guardarsi dentro.

## Parole chiave:

Sentire, sentirsi, formazione, umanesimo, risonanze, sé terapeuta.

## Abstract

This work is born from a series of personal considerations by the author, who has reached the end of her third year of training. Personal changes, new professional teams that move forward, changes in group dynamics. What happens when a therapist oversteps the halfway point of her training? What does she feel, who is she, when she looks ahead and start to glimpse the finish line? What changes outside and what inside? The author asks herself these questions trying to identify a listening point precisely in that constant movement between the "inside" and the "outside": of herself and of all the contexts she inhabits. "Feeling" is in fact the main topic of this essay: "feeling" as listening to what happens outside, sharpening one's hearing to listen even to the subtle vibrations to which we usually do not listen. But also "feeling" as the ability to direct one's listening inwards.

In the heart of this article, the author describes when, during a psychotherapy session with a girl, she recognised her own struggle of looking inside through the girl's same difficulty.

## Key words:

Feeling, self feeling, training, humanism, resonances, psychotherapy.

---

4 - Paola Zucchelli, 3° anno IDIPSI Parma, p.zucchelli83@gmail.com.

## **Io e Valentina**

Dentro. Ho conosciuto la storia di Valentina ancora prima di incontrare la sua persona, prima nelle parole della collega che mi ha proposto di essere la sua terapeuta, poi nelle parole e nei volti dei suoi genitori e, infine, insieme a lei. Ricordo bene il momento in cui ho ricevuto la comunicazione dell'invio, poiché in quelle poche parole la situazione che mi era stata presentata aveva lasciato in me un'impronta forte. La prima emozione che ho sentito, ancor prima di incontrare Valentina, è stata proprio la paura di non essere all'altezza della sua sofferenza, la paura di sbagliare, la paura di non essere abbastanza brava per lei. Un'emozione fin troppo familiare nel mio percorso di vita e di formazione, che ha contribuito a farmi attendere così tanto tempo prima di sentirmi pronta a sperimentarmi come terapeuta. Un'emozione che nasce allo scopo di proteggere e che poi, nel tempo, se non amorevolmente destrutturata, si solidifica silenziosamente fino a diventare muro, blocco. Ero alla fine del secondo anno di formazione, avevo avviato da pochissime settimane la libera professione e, per la prima volta, stavo uscendo dal turbine dei miei pensieri per fare davvero dei passi concreti di sperimentazione nel campo della clinica. Un momento carico di emozioni, denso di aspettative e pur sempre accompagnato dal mio immancabile timore di fallimento, pesante e fidato compagno di viaggio che, ora lo so, come un faro illumina quelle situazioni che necessitano di una mia attenzione speciale.

Grazie al confronto in analisi didattica ho potuto osservare questa mia armatura di paura e scegliere di fare spazio anche ad altro: mi sono riconosciuta la possibilità di abitare una nuova veste, quella di terapeuta. Scegliendo di esserci, di sperimentarmi, io non ho annullato i miei timori, che, anzi, mi hanno accompagnata e mi accompagnano tuttora nell'esercitare questa professione, ma ho lasciato che questi, visti e compresi, sfumassero lentamente aprendo un varco nel muro, permettendomi di iniziare ad

avvicinare quella parte di me che avevo tanto nascosta per evitare che si facesse male. Stimolata dal pensiero di una ragazza che ancora non avevo incontrato ma che in me aveva già trovato posto, sono entrata in contatto con queste mie parti e mi sono chiesta anche se, forse, nel mio poema, paura non faccia rima con responsabilità.

Fuori. Con queste emozioni in tasca, sono arrivata ad incontrare i genitori di Valentina nel centro con cui avevo appena iniziato a collaborare. La richiesta era di avviare un percorso di supporto psicologico in affiancamento alla presa in carico da parte del servizio. Era fine anno 2022. Giovanni (49 anni, imprenditore) e Monica (48 anni, impiegata) presentano la figlia: Valentina ha 15 anni, frequenta la II superiore di un liceo di provincia con buon profitto, da circa sei mesi è seguita dal reparto di pediatria per un disturbo del comportamento alimentare. Descrivono Valentina come una ragazza dall'umore fortemente depresso, per il quale da circa una settimana ha iniziato ad assumere una terapia farmacologica, e da forti comportamenti di contestazione. Valentina ha un fratello maggiore, Carlo (18 anni), che fino a quel momento era stato il più "problematico" dei due, mentre ora sembra essere diventato a detta dei genitori un figlio modello. Vengo a sapere, attraverso il racconto dei genitori, che Valentina alla nascita ha riportato un danno a carico del sistema nervoso centrale ed è seguita anche da altri reparti specializzati. Mi raccontano, infine, che Valentina ha alle spalle una precedente esperienza di psicoterapia, che ha deciso di interrompere perché non si trovava bene con la professionista.

Dentro. Alla luce di questa lunga lista di eventi, ricordo di essermi stupita di come i genitori descrivessero Valentina come una ragazza molto forte, che non aveva mai dato prima segni di fragilità, nemmeno da piccola, e ricordo di aver pensato tra me e me che tutti questi eventi avrebbero fatto vacillare la sicurezza anche nella persona più adulta e solida. Dopo

l'incontro con i genitori, ho iniziato a provare qualcosa di nuovo: la mia paura, che pur restava sullo sfondo, ha assistito al nascere di una sensazione di vicinanza nei confronti di questa ragazza che ancora non avevo incontrato, ma della quale mi sembrava già di sfiorare la sofferenza. Inizio a chiedermi come sarà, ma dentro di me non riesco a crearmi un'immagine, sento però forte la sensazione della profondità. Mi chiedo se questo abisso lo sente anche Valentina, se lo sentono anche le altre persone che sono attorno a lei, e mi chiedo che effetto può fare tenerlo accanto a sé.

È novembre, sto concludendo il secondo anno di scuola, sono a metà del mio percorso e mi sento "metà dentro e metà fuori", in me sento prevalere la parte di "allieva in formazione" in cerca di una guida e ancora poco fiduciosa delle proprie capacità, ma sento anche nutrita di nuova forza quella parte che si sperimenta e che sta imparando ad uscire dall'acqua e ad esplorare nuovi orizzonti. A scuola si stanno verificando dei grandi cambiamenti a livello istituzionale, in classe ne parliamo, ma ancora non riusciamo a decifrare con chiarezza cosa troveremo nel prossimo anno e cosa invece si chiuderà per sempre. Oscillo tra il blocco e lo svincolo.

Fuori. Il nostro primo colloquio è a novembre 2022 ed i successivi nostri incontri avvengono grazie a degli speciali permessi che consentono a Valentina di uscire temporaneamente dal reparto dove, nel frattempo, è stata ricoverata su indicazione della psichiatra che la segue. Il nostro spazio si configura pertanto come un supporto esterno al contesto ospedaliero, dove Valentina può provare ad aprirsi e ad iniziare a percorrere una strada tutta sua.

Già dai primi colloqui, Valentina mi appare di una fragilità estrema, tanto fisicamente quanto emotivamente, ma anche caratterizzata da un vivido mondo interiore fatto di curiosità ed interessi che la rendono ai miei occhi una ragazza molto vivace. La parte iniziale del nostro percorso è incentrata sulla costruzione di un'alle-

anza: cerchiamo di stabilire un contatto, di capire se può esistere un linguaggio comune, e lo troviamo parlando delle cose che le piacciono, in particolar modo usiamo diversi personaggi di serie TV e fumetti che Valentina ama e attraverso i quali riesce a raccontare qualcosa di sé e del suo mondo.

Ascoltando Valentina parlare dei suoi libri e delle sue serie preferite, riconosco alcuni dei temi che ipotizzo potrebbero appartenere in questo suo momento di vita, ai quali però lei non fa quasi mai riferimento in prima persona, affermando che sono discorsi troppo "imbarazzanti", anzi, "cringe". Un tema su tutti che mi sembra essere prevalente è la ricerca di un modo per vivere la propria identità, la ricerca inesausta di un contenitore in grado di dare senso a tutte le emozioni e a tutte le esperienze, capace di renderle vivibili e narrabili fino in fondo, comprese le parti più dolorose e dalle quali si vorrebbe solamente fuggire.

Avverto molto distintamente che alcune delle emozioni e delle tematiche che albergano in Valentina sono profonde, difficili, scomode. Un concentrato di complessità e dolore nel quale Valentina stessa a volte si sente precipitare, non riuscendo a trovare altri modi per sentire queste emozioni senza tuttavia divenirne vittima. Ci saranno un luogo ed un tempo dove Valentina potrà esternare a parole queste emozioni senza destare una reazione di paura e di sgomento in sé e negli altri, riuscendo anche a guardarsi nell'interezza della propria complessità? O l'unica strada è agire la sofferenza?

Nel corso dei colloqui inizia a costruirsi in me l'ipotesi che per Valentina sia più semplice utilizzare i personaggi dei libri e delle serie tv per parlare di sé e delle sue parti più complesse e spaventose perché questo consente di mantenere una distanza da esse, di farle uscire e "sfiatare" senza tuttavia correre troppo il rischio di guardarsi dentro direttamente, ma piuttosto spiando il dentro attraverso il fuori.

Dentro. Questa modalità utilizzata da Valentina è un pezzo che risuona molto con le tematiche

che sto affrontando in questo terzo anno di formazione. L'inizio dell'attività clinica, l'analisi didattica personale e la discussione dei casi durante le lezioni frontali, inducono un movimento tra il dentro ed il fuori che per me è stato impossibile non sentire: dentro/fuori dai luoghi fisici come la stanza di terapia, la scuola, il gruppo classe, ma anche dentro/fuori da luoghi interni, come le proprie emozioni e le eco della propria storia di vita. In questo anno è stato necessario come non mai per me orientare il mio sguardo al dentro e devo ammettere che ne ho sentito tutta la fatica, cercando anche a volte di evitare questo processo, nascondendomi dalle esperienze che avevo il sentore potessero essere per me troppo impegnative. In questo comprendo la fatica di Valentina nel guardarsi dentro, poiché io per prima nell'imparare ad osservarmi procedo con molta cautela e attenzione. Questo modo di "stare" che Valentina mi sta insegnando nella stanza di terapia, mi ricorda che, sebbene le esperienze incalzino nella vita di tutti i giorni, il tempo interno è un'esperienza solo nostra ed io sto imparando la gentilezza di aspettare me stessa senza che questa attesa assuma il colore del senso di colpa e del giudizio, semplicemente restando a contatto con le mie fragilità ed ascoltandole quando, di tanto in tanto, decidono di dirmi qualcosa.

### **Tra il dentro ed il fuori:**

#### **L'utilizzo delle carte Dixit**

Nella fase di conoscenza e di costruzione dell'alleanza terapeutica con Valentina, ho deciso di utilizzare lo strumento delle carte Dixit come un oggetto fluttuante, per creare uno spazio di accoglienza ed incontro tra noi, uno spazio capace di destare il suo interesse ed avvicinarsi a quelle che ipotizzavo essere le sue preferenze.

Dixit è un gioco di carte, di narrazione e di fantasia che nasce nel 2002 da un'idea di un neuropsichiatra infantile, Jean-Louis Roubira, nel tentativo di creare uno strumento d'indagine da utilizzare con i bambini, con la volontà di

uscire da un clima asettico di valutazione. Le varie carte, che sono disegnate ad hoc da illustratori e illustratrici con colori brillanti e richiami poetici e onirici, rappresentano scene di vita differenti, riconducibili tanto alla sfera sentimentale quanto a diverse esperienze di vita, legate specialmente all'infanzia. Spesso infatti, nelle carte, sono presenti numerosi elementi ispirati alle fiabe tradizionali che portano con sé gli archetipi dell'inconscio collettivo.

Le carte Dixit sono entrate a far parte degli strumenti della pratica clinica proprio in virtù del ricco contenuto metaforico delle illustrazioni in esse rappresentate, ideate allo scopo di suscitare emozioni e facilitare associazioni. Stimoli di questo genere, ad esempio, possono aiutare a trovare, sentire e descrivere le emozioni e a tirare fuori eventuali contenuti latenti. Il lavoro con le immagini ha spesso la capacità di eliminare barriere che risiedono nelle narrazioni e, allo stesso tempo, di facilitare la nascita di sensazioni condivise nel campo relazionale tra paziente e terapeuta che vanno oltre le parole per dirle e arrivano dirette e corporee.

L'idea è che l'immagine, più della parola, instauri con la realtà un contatto immediato ed emotivo: il registro delle immagini non fornisce un'unica lettura possibile della realtà, ma numerose interpretazioni di essa che variano a seconda del vissuto di chi osserva. Le carte Dixit contengono simboli sia positivi, che negativi che veicolano molteplici significati da esplorare nel lavoro a due, significati che acquistano valore proprio all'interno della relazione terapeutica, nel gioco di associazioni e di co-costruzione di un racconto.

Notando la passione di Valentina per i fumetti e le serie TV, ho pensato che questo strumento potesse stimolare la ragazza, incuriosirla e coinvolgerla e, allo stesso tempo, in un'ottica più terapeutica, anche consentirci l'accesso ad un piano emotivo che in quel momento sentivo poco avvicinabile attraverso la narrazione spontanea.

Mentre Valentina osservava le carte disposte

sul tappeto, cercando quella che potesse rispondere alla mia domanda “Quale di queste carte senti più vicina a te e a come ti senti in questo momento?”, anche io ho cercato la mia carta di quel momento. Ho deciso di individuare anche io la mia carta, pur non mostrandola alla ragazza, perché desideravo avere chiaro come io mi sentissi lì nella stanza insieme a Valentina e per provare a riflettere, in un momento dedicato alla mia analisi didattica, su ciò che stavo portando di me nello spazio con lei.

Nella carta scelta da Valentina per rappresentare il suo momento presente, si vede una figura umana dallo sguardo vigile e attento, ben nascosta sotto la pelle di un animale, a metà tra l'ombra e la luce, a metà tra il dentro ed il fuori. La ragazza racconta di aver scelto questa carta perché le sembra che la figura umana sia al sicuro sotto alla coperta, che la ripara ma al tempo stesso le permette di osservare ciò che accade intorno a lei. Inoltre, questa immagine le piace perché quella figura che non si lascia vedere per intero, ma mantiene un alone misterioso intorno a sé, le sembra interessante e “da scoprire”.

L'immagine che ho scelto io, invece, rimanda a quel movimento che ha caratterizzato tutto il mio terzo anno, un moto tra due mondi: il dentro ed il fuori. Una figura metà pesce e metà umana osserva seduta le due nature che la compongono, iniziando a realizzare che sì, si può essere anche più di una cosa solamente e che ogni parte di sé può trovare un nome, un posto, un significato nella propria narrazione. Stare maturando un sé terapeuta può coesistere con tutti gli altri aspetti della propria identità, in una forma nuova della propria persona che, nel tempo, troverà il proprio terreno interiore dove crescere e fiorire. Una persona in evoluzione, in trasformazione, che è pronta ad incontrare tutte le sue parti significative, senza paura di esplorare nuovi orizzonti e nuovi cambiamenti. Nelle carte che Valentina ed io abbiamo scelto, sembra risuonare il tema della dualità e del blocco/svincolo: il dentro e il fuori, dall'acqua o

dalla coperta, come se la scelta di esporsi allo sguardo del mondo esterno fosse un contenuto che, seppur con sfaccettature diverse, entrambe portiamo ai nostri primi incontri.

### **Riflessioni conclusive**

È novembre, è trascorso un anno da quando io e Valentina ci siamo incontrate e, al momento attuale, il nostro percorso prosegue insieme nella stanza di terapia, e anche al di fuori, ognuna per conto proprio. Di certo, all'inizio, non avrei mai pensato che potessimo camminare insieme per così tanto tempo, ma ora so vedere che l'insicurezza è il tema con cui io mi sono apprestata ad iniziare il mio terzo anno di formazione.

Terzo anno, il tempo sospeso, un po' dentro ed un po' fuori.

Questo tempo che sentivo essere in sospensione, e questo spazio, che sentivo essere una sorta di terra di mezzo, oggi dentro di me hanno assunto un nuovo senso: è in questo tempo sospeso che ho potuto iniziare a maneggiare con gentilezza e cura le mie fragilità, ed è in questa terra di mezzo che ho trovato una finestra dalla quale potermi sporgere verso il fuori, mantenendo pur sempre la sicurezza dell'interno. Questo tempo e questo luogo, senza che io ne avessi contezza, sono divenuti man mano esattamente ciò di cui avevo bisogno per comprendere che ciò che io sono, ciò che io provo, non è un ostacolo mai, bensì può diventare strumento proprio in virtù della sua autenticità.

Andolfi, nel suo libro “Il dono della verità” (2021), parla proprio della “scuola di vita” che ciascun professionista, sia esso agli inizi della propria attività oppure già esperto, dovrebbe imparare a riconoscere come fonte di risorse per il proprio lavoro. E proprio in questa scuola di vita, tra scelte, avversità, eventi e confronti costruttivi come in un moto perpetuo si forma e si trasforma il sé terapeuta.

Questi mesi, nella loro intensità e complessità tra il dentro ed il fuori, hanno contribuito a sgretolare quella mia idea di terapeuta

perfetto, senza difetti, quasi “sovrumano” per lasciare il posto ad una visione di terapeuta più reale ed intero, un essere umano, con le sue caratteristiche personali distintive che lo rendono unico nel suo mio modo di entrare in terapia e in risonanza con l’altro e che permettono all’altro di entrare in contatto e in risonanza con lui. Questa liberazione dall’ideale perfetto, permette l’apertura alla complessità mia in primis, ma anche dell’altro da me e questo passaggio di crescita che io sto affrontando diverrà una parte importante del mio modo di essere terapeuta.

Desidero concludere questo lavoro con le parole di Giuseppe Vinci <sup>5</sup>:

«Il fatto - bellissimo e drammatico insieme - è che questo continuo processo di attenzione all’altro e a se stessi non finisce mai perché, mentre il lavoro e la vita vanno avanti, cambiamo noi e cambia ciò che ci sta intorno. Ciò dà un senso che è di vitalità e di sfinimento, di peso e di creatività, insomma il sentimento di essere ben dentro il flusso della vita, e protagonisti di scelte. Che è quel che proviamo a far riconquistare alle persone che incontriamo.»

## Bibliografia

- Andolfi, A. (2021). Il dono della verità. Il percorso interiore del terapeuta. Raffaello Cortina Editore.
- Bianciardi, M., Gálvez Sanchez, F. (2012). Psicoterapia come Etica - Condizione post-moderna e responsabilità clinica. Antigone Edizioni.
- Caillé, P., Rey, Y. (2005). Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche. Armando Editore.
- Cancrini, L., Vinci, G. (2013). Conversazioni sulla psicoterapia. Alpes.
- Cecchin, G. (1988). Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità: un invito alla curiosità, in *Ecologia della mente*, n°5.
- Corbo, A. (2021). *Psicoludia* Vol.1. Edizioni Underground.
- Onnis, L. (2010). *Lo specchio interno. La formazione personale del terapeuta sistemico in una prospettiva europea.* Franco Angeli.
- Yalom, I. (2016). *Il dono della terapia.* Neri Pozza.
- Yalom, I. (2017). *Diventare se stessi.* Neri Pozza.
- Von Foerster, H. (a cura di Ceruti M., Telfner U.) (1987). *Sistemi che osservano.* Astrolabio.
- Von Foerster, H. (2001). *La verità è l’invenzione di un bugiardo.* Meltemi.

---

<sup>5</sup> - Cancrini L., Vinci G. (2013). *Conversazioni sulla psicoterapia.* Alpes. (Pag. 130-131)

# Insieme dentro il recinto: Esplorando i confini dello spazio terapeutico

Francesca Corradi <sup>6</sup>

## Sommario:

L'articolo restituisce alcune riflessioni dell'autrice sul tema dei confini tra sistemi (persona, famiglia, sistema terapeutico) che entrano in contatto in una relazione di aiuto attraverso una situazione specifica in cui essa è coinvolta come psicoterapeuta individuale. Viene quindi presentata la situazione di Amanda, una ragazza di 17 anni che cerca supporto di fronte a difficoltà scolastiche connesse ad un malessere relazionale ed emotivo. Il testo mette in evidenza le dinamiche familiari complesse all'interno delle quali emergono vissuti di invasione emotiva e lotta per definire confini, spazi e scelte personali. La terapeuta, mentre affronta il caso, si ritrova coinvolta emotivamente e riflette sul proprio ruolo all'interno del sistema terapeutico e familiare e sul proprio Sé terapeutico. A tal fine vengono esplorati i concetti di differenziazione e posizionamento "Io" ipotizzando che lavorare sul posizionamento di uno dei membri del sistema (a partire dal terapeuta stesso) può influenzare l'intero sistema. Infine, viene evidenziata la sfida del terapeuta nel prendere posizioni flessibili che definiscono confini permeabili nel sistema, riflettendo su come mantenere posizioni chiare, professionali e autentiche durante tutto il processo.

## Parole chiave:

confini, differenziazione, posizionamenti, sistema, emozioni, risonanze

## Abstract:

The article returns some of the author's reflections on the theme of the boundaries between systems (person, family, therapeutic system) that come into contact in a helping relationship through a specific situation in which she is involved as an individual psychotherapist. The situation of Amanda is then presented, a 17-year-old girl who seeks support in the face of scholastic difficulties linked to relational and emotional malaise. The text highlights the complex family dynamics within which experiences of emotional invasion emerge and the struggle to define boundaries, spaces and personal choices. The therapist, while tackling the case, finds herself emotionally involved and reflects on her role within the therapeutic and family system and on her therapeutic self. To this end, the concepts of differentiation and "IO" positioning are explored, hypothesizing that working on the positioning of one of the members of the system (starting from the therapist himself) can influence the entire system. Finally, the therapist's challenge in taking flexible positions that define permeable boundaries in the system is highlighted, reflecting on how to maintain clear, professional and authentic positions throughout the process.

## Key words:

boundaries, differentiation, positioning, system, emotions, resonances

---

6 - Francesca Corradi, allieva III anno IDIPSI, francescacorradi.psy@gmail.com

## **Amanda**

Amanda è una ragazza di 17 anni che ama la solitudine ed esplorare nuovi sentieri. Le relazioni per lei sono qualcosa di sacro, di tanto importante quanto difficile da avvicinare. È molto attenta alle emozioni degli altri che spesso accoglie dentro di lei, a volte tanto da avere bisogno di mettere una distanza. Questa è una possibile immagine di Amanda con cui scelgo di presentarla.

Se chiedessimo ad Amanda di descriversi, una parte di lei probabilmente fuggirebbe a rinchiudersi nella sua stanza (se non possibile fisicamente, almeno nella fantasia). Nel caso non ci fossero vie di fuga disponibili (ad esempio, la mamma che la possa venire a prendere in urgenza), allora probabilmente si descriverebbe come una ragazza molto timida e solitaria. Se insistessimo un pò aggiungerebbe che è molto ansiosa, che non sta andando a scuola e preferirebbe non dover pensare al futuro.

Incontro Amanda in un servizio pubblico in cui collaboro. Accede per difficoltà scolastiche che da una prima valutazione neuropsichiatrica vengono lette come derivanti da ansia sociale e così inizia il percorso psicoterapeutico insieme a me. Il bisogno che porta Amanda è quello di sviluppare una maggiore confidenza con le proprie emozioni; vive intensi momenti di ansia che la sopraffanno in situazioni sociali e relazionali.

Durante gli incontri emerge che nella nube dell'ansia si trovano tante altre emozioni molto intense, forti sensi di colpa (affiancati all'idea costante di sbagliare/essere sbagliata, diversa, estranea), rabbia esplosiva, e un'avvolgente tristezza e nostalgia della propria infanzia esprimendo il desiderio di rimanere piccola. Da subito emergono forti le dinamiche familiari che la circondano.

Nel contesto familiare, i conflitti accesi si intensificano, con Amanda che cerca aiuto in modo ambivalente. Si sente spesso incompresa e frustrata dall'aiuto ricevuto.

Sente l'impulso di andarsene dalle conversazioni

che riguardano le sue difficoltà; se i famigliari insistono nel chiederle cosa succede o nel proporle soluzioni "a modo loro" aumenta la rabbia di Amanda e la frustrazione dei genitori che non trovano altra strada se non obbligarla (a volte anche trascinandola fisicamente) ad uscire e affrontare le situazioni. Aumenta così il bisogno di Amanda di chiudersi in camera, dove pensa a lungo e cerca di distrarsi, vivendo momenti di forte tristezza dove pensieri ed emozioni si fanno confusi. Un nodo che emerge spesso è la distanza che Amanda avverte tra il suo bisogno di aiuto (che si configura come bisogno di ascolto profondo) e il tipo di aiuto che riceve in famiglia. Ma il bisogno di essere aiutata rimane e il fatto che nulla soddisfi questa esigenza le fa pensare spesso di essere senza speranza. Ad Amanda fa piacere che i famigliari si preoccupino per lei, questo la fa sentire meno sola, ma al tempo stesso si sente sopraffatta/assillata. Inoltre si sente molto in colpa perché sa che loro sono preoccupati per lei e si sente causa delle loro sofferenze. Durante il percorso emerge una parte creativa e fantasiosa che la caratterizza e allo stesso tempo la fa sentire diversa ("sbagliata") dagli altri della sua famiglia che la definiscono come un Vate chiuso nel suo mondo.

La relazione tra me e la madre diventa un elemento importante, inizio a sperimentare un senso di invasione emotiva simile a quella di cui mi parla Amanda e a farmi carico delle difficoltà della madre nel dover gestire le crescenti conflittualità in famiglia che sembrano girare tutte attorno al "problema" Amanda.

Decido di proporre e richiedere un percorso familiare parallelo per alleviare la pressione su Amanda e supportare la famiglia nel suo complesso verso processi di differenziazione dei suoi membri.

## **Confini e confinanti - Differenziarsi**

Emergono spesso durante il percorso alcune tematiche ricorrenti: quella della diversità come qualcosa di sbagliato da correggere e

la tematica del sentirsi invasi non avendo/non sentendo di avere gli strumenti per far rispettare i propri confini, le proprie diversità; oscillando dall'assenza di confini fisici e psicologici, all'alzare muri impenetrabili. Amanda oscilla dal condividere tutto con la madre sentendosi poi invasa dai suoi pensieri ed emozioni al punto da non distinguerli dai propri fino ad arrivare al non voler condividere nulla barricandosi dietro al silenzio e a barriere fisiche (chiudendo la porta della camera). Questi confini che Amanda cerca di mettere vengono spesso aperti forzatamente. In queste oscillazioni emerge il bisogno di spazi di solitudine, che non è facile prendersi né legittimarsi. Attraverso lo strumento del genogramma emerge chiaramente che questi bisogni e la difficoltà di soddisfarli serenamente tornano anche per gli altri membri della famiglia. Il bisogno di ridefinire confini permeabili torna anche nel rapporto con le amiche dalle quali Amanda più volte si sente invasa e non rispettata. Questa tematica entra spesso nello spazio di incontro tra me ed Amanda in diversi modi: ciò che mi riporta nel parlarmi della sua vita; la presenza costante dei pensieri della madre che aleggiavano nella stanza e nelle sue parole; il mio sentire molto invadente la presenza della madre; il mio percepire il terapeuta che segue la famiglia come invadente nei miei confronti colludendo, a mio avviso, con le aspettative della madre rispetto alle tematiche da affrontare con Amanda e con un certo allarmismo rispetto alla situazione scolastica (elemento che sembrava essere l'unico importante agli occhi della famiglia); fatica ad affermare la mia posizione similmente a come Amanda fatica ad affermare la sua.

Amanda inizia anche a riportarmi che sente tutti contro di lei (servizio compreso) e questo mi fa interrogare sulla mia posizione e rispetto a come io mi sono fatta "invadere" dalle richieste della famiglia e del servizio di terapia familiare permettendo una "invasione di campo" anche nello spazio di incontro tra me e Amanda. Mi interrogo sulla funzione e il ruolo di questo

spazio. Sicuramente è un luogo pieno di contaminazioni; alle volte è uno spazio di Amanda dove può portare pensieri ed emozioni che hanno bisogno di emergere in un luogo sicuro e libero dal giudizio e dal senso di prestazione; altre volte è il mio campo di sperimentazione essendo stato per me il primissimo spazio di terapia in cui mi sono messa in gioco; altre volte è stato lo spazio della madre (e per lei della famiglia) che può alleggerirsi consegnando la figlia con l'illusione che sarà un posto da cui ella tornerà trasformata e senza problemi sollevando tutto ciò che all'interno della famiglia simboleggerebbe il cambiamento.

### **Confini in evoluzione**

Che ruolo hanno i confini e lo spazio della camera di Amanda? Che ruolo ha per Amanda lo spazio del nostro incontro? Come lo vive? Come glielo propongo? È una seconda cameretta in cui si rifugia? È un luogo dove esplorarsi? La sua funzione cambia nel tempo? Ci sono due metafore che possono descrivere l'evolvere dei confini di questi spazi; una oscillazione tra due metafore tra due sentire, vivere e relazionarsi tutt'ora in corso.

1. Confini come "mura" di un castello sotto assedio (fuori c'è la guerra): se apri anche poco il portone entrano, si infiltrano i nemici o anche finti amici come cavalli di Troia (mamma, amici che chiedono di uscire là fuori, scuola, il futuro...) e non sai cosa succederà, cosa entrerà, chi vincerà. Anche dentro c'è molta tensione si è sempre pronti alla guerra, è difficile rilassarsi e prendersi cura di Sè.

2. Confini come "recinto": il recinto è vissuto con ambivalenza e in essa intravedo nuove visioni, nuove domande; Il recinto è una protezione? Il recinto è un modo per tenermi sotto controllo? Ci sto bene nel recinto? Mi ci sono messa? Mi ci hanno messa? Se mi aprono il cancello io esco o sto dentro? E se sono sempre stata lì dentro avrò mai le forze per far fronte alle avversità la fuori? Sono sola la fuori! Io sono? Se non lo sono chi sarà con me sarà in grado di supportarmi?

Affiancarmi? Aiutarmi? O sarò comunque abbandonata a me stessa e dovrò cavarmela da sola? E se rimango dentro continuerà per sempre ad esserci qualcuno che mi nutre e si prende cura di me? Queste cure mi soddisfano? Io posso scegliere se tenerlo aperto o chiuso il recinto? Se rimane aperto cosa potrà entrare? e se venissi sommersa da cose inaspettate? Se si creasse confusione qua dentro? Se entrassero nuovi compagni non desiderati? Là fuori ci saranno cose belle? Che fanno per me? stimoli interessanti a cui dedicarmi?

### **Differenziazione del Sè ed emozioni che non trovano confini: tra sistema familiare e sistema terapeutico**

Il tema dei confini, della ricerca identitaria e della necessità, fatica e ambivalenza nel mettere una distanza dalla propria famiglia richiama alla sfida del sistema familiare nella fase del ciclo di vita in cui un membro è in età adolescenziale ed emerge il richiamo alla differenziazione, alla presa di nuove responsabilità per il ragazzo e il doversi ridefinire di confini e dinamiche interne alla famiglia. In questo caso la sfida è resa ancora più difficile da altre condizioni del sistema: due gemelle adolescenti su cui ricadono aspettative diverse, la figlia maggiore in procinto di uscire di casa e un genitore appena pensionato. Seconda la prospettiva sistemica osservare le famiglie come sistemi significa soffermarsi sulla loro apertura verso l'esterno che gli permette di scambiare materia, informazioni, energia per mantenere la propria organizzazione (Telfener, 2011). In questo senso è interessante osservare come vengono vissuti i confini relazionali ed emotivi interni ed esterni alla famiglia. In questo paragrafo si vogliono descrivere brevemente le ipotesi fatte da Bowen (1979) rispetto ai processi di differenziazione del sé all'interno delle famiglie di origine per usarle come possibili ipotesi di lettura del funzionamento della famiglia di Amanda e del tipo di coinvolgimento di me come psicologa di Amanda e del sistema terapeutico più ampio.

Bowen ha tentato di creare una scala di differenziazione che va dalla totale differenziazione del sé cioè una maturità emotiva completa al livello più basso di non differenziazione, non sé e livello profondo di fusione dell'io con totale dipendenza dai sentimenti che gli altri provano nei loro confronti. Nei livelli più bassi la maggior parte dell'energia vitale è impegnata a mantenere il sistema di relazioni intorno a sé (amare ed essere amati) o a reagire contro la sensazione di aver fallito nel ricevere amore che non rimane nessuna energia per il resto, per la scuola, per le passioni e obiettivi personali. Molte energie di Amanda sono rivolte alle relazioni, al giudicarsi rispetto a come si comporta con gli altri a come la vedono gli altri (dentro e fuori la famiglia); all'ambivalenza che prova tra sensi di colpa per i suoi presunti sbagli e la rabbia verso le persone da cui vorrebbe essere capita e sostenuta e da cui vuole allo stesso tempo distanziarsi; enormi sono i sensi di colpa che Amanda vive nella relazione con la sua famiglia da cui si sente incolpata (e spesso lo è effettivamente) di essere la principale causa di sofferenza; allo stesso tempo enorme è la rabbia e il senso di ingiustizia che vive. Secondo Bowen in questo livello non c'è differenziazione tra sistema affettivo e intellettuale, le persone fanno fatica ad usare un io differenziato: io credo, io sono, io farò; il termine io è usato solo nei termini narcisistici del sono ferito, esigo i miei diritti. In questa teoria si parla di dipendenza dalla massa dell'io genitoriale concetto che si riferisce ad un'identità emotiva che tende alla simbiosi tra i membri della famiglia e rende difficile il processo di individuazione del singolo, il suo sviluppo in quanto individuo dotato di una sua propria identità distinta. È una situazione in cui si fa fatica a distinguere dove inizia il sé dell'uno e finisce il sé dell'altro, uno stato indifferenziato in cui le singole identità faticano ad affermarsi. I membri della famiglia che si trovano in questo livello cercano altri legami di dipendenza anche fuori dalla famiglia per prendere in prestito la

forza bastante per funzionare. Le sensazioni possono essere esaltate da lodi o consensi oppure annientate dalla critica. A questo livello è comunque possibile arrivare a differenziare il proprio sé sebbene il processo possa rallentarsi perdendo motivazione se la persona trova un equilibrio emotivo e la scomparsa dei sintomi. La vicinanza emotiva può essere così intensa che i componenti della famiglia conoscono sentimenti, pensieri fantasie e sogni l'uno dell'altro; la persona sa intuitivamente cosa l'Altro pensa o sente; questo tema torna spesso nella relazione soprattutto tra Amanda e la madre: Amanda porta spesso in terapia pensieri ed emozioni che ha bisogno di capire da dove vengono, associate alla sensazione di essere invasa dagli altri; la domanda è spesso "non so se questo pensiero sia mio o di mia madre" oppure "non so se questa preoccupazione sia mia o di mia madre" o "penso che lei sappia tutto quello che mi passa per la testa". Anche il suo chiudersi nella camerata a volte è chiaramente associato al bisogno di fare ordine in questi pensieri, sensazioni ed emozioni e restituire al proprietario quel che non sono percepite come proprie. Queste chiusure in camera o nel non parlare per prendersi il proprio spazio associate alla rabbia ed ostilità che le permettono di creare una distanza dagli altri famigliari possono essere letti come comportamenti complementari all'eccessiva vicinanza emotiva e identitaria descritta sopra e quindi possono presentarsi fasi di "rifiuto distante e ostile" in cui i membri della famiglia che sono più coinvolti possono anche apparirsi repellenti. In queste fasi di rifiuto la persona può riprodurre la fusione con altre persone dentro o fuori la famiglia per ritrovare equilibrio e sicurezza.

Più sarà presente la necessità di esprimere rifiuto e lamentare mancanza di amore/comprendimento associate a un forte senso di ingiustizia più vengono richieste ricompense per le ferite subite; ritenendo sempre responsabili gli altri della propria condizione e felicità; per questo motivo saranno molto intensi i meccanismi di

distanza emotiva, isolamento, conflitto, malattia per controllare l'emozione di eccessiva intimità. Seguendo questo meccanismo nel sistema emotivo della famiglia le tensioni si possono spostare in una serie ordinata di alleanze e di rifiuti. Si creano così triangoli in cui due persone sono in uno stato di fusione/simbiosi e il terzo è un estraneo; nei momenti di tensione e ostilità ogni persona coinvolta genera sforzi per coinvolgere un terzo che possa rispondere ai bisogni emotivi e ripristinare uno stato di fusione, quindi, viene triangolato e coinvolto nel conflitto. Le emozioni non trovano confini. Questo succede spesso con la sorella maggiore o con il padre nel conflitto tra Amanda e la madre oppure nei conflitti tra i genitori in cui vengono triangolate le figlie; le posizioni di ognuno in questi triangoli alle volte variano tra l'essere il terzo estraneo da distanziare e l'essere il terzo a cui appoggiarsi emotivamente; anche i nonni spesso fungono da terzo vertice e spesso anche io come psicologa di Amanda sono richiamata da diverse parti a prendere una posizione di vicinanza o distanza a seconda della fase e dei membri.

Ad esempio, Amanda mi ha percepito alleata con la famiglia e il servizio con cui collaboro nei periodi di maggiore tensione per le scelte scolastiche in cui "tutti noi le mettevamo pressione". Al contrario nei periodi in cui cercavo di far emergere i bisogni di Amanda con la famiglia, la madre si sentiva esclusa anche attraverso i comportamenti di Amanda che cercava di rispondere ai suoi bisogni di distanza e spazio personale cercando di escludere la madre riferendole la presenza di questioni segrete tra me e lei e di cui non voleva parlare con la madre. In periodi di tensione il processo di triangolazione e "sconfinamento" delle emozioni coinvolge l'intera famiglia, membri periferici della famiglia, conoscenti, esponenti di istituzioni sociali, scuole, servizi sanitari. Possiamo ritrovare questi meccanismi nella situazione di Amanda quando il primo giorno della nuova scuola va male e a casa

dei nonni tutti piangono oppure quando io (la sua terapeuta) o altri professionisti coinvolti ci facciamo sopraffare dall'ansia della madre o al contrario prendiamo le parti di Amanda nel proteggerla da questa ansia. Seguendo la valutazione dei campi familiari di Bowen in questo sistema la disfunzione di un figlio porta a far sì che l'energia vitale (le progettualità e il portare a termine obiettivi personali concreti) e il Sè dei genitori sono investiti visceralmente sul figlio. Più è basso il livello di differenziazione più saranno frequenti numero e intensità di eventi collegati tra famiglie e membri. Anche rispetto allo sviluppo sintomatico di Amanda ci sono diverse corrispondenze tra i periodi di sua maggior sofferenza e altri eventi che coinvolgono la famiglia. All'attuale situazione di blocco di Amanda corrisponde il progetto della sorella maggiore di uscire di casa e il pensionamento del Padre.

### **Implicazioni sul lavoro terapeutico: risonanze e posizionamenti**

Come lavorare con queste famiglie?

1. Bowen ipotizza che *avviare un processo di differenziazione di un solo componente della famiglia significa avviare il processo per tutto il sistema familiare* per questo si può supportare il componente della famiglia già avviato su questo punto aiutandolo a stabilire una posizione io e a differenziare un proprio sé nel rapporto con gli altri membri. Questo movimento potrebbe portare a un rafforzamento della coesione degli altri membri implorando di tornare all'antica coesione. Se egli riuscirà a mantenere la posizione io ci sarà una riduzione dell'intensità del triangolo. Cambiare significa trovare un modo per ascoltare gli attacchi che vengono fatti, senza rispondere, quindi, trovare un modo per vivere "ciò che è" senza cercare di cambiarlo, definire le cose in cui si crede e le proprie convinzioni senza attaccare quelle dell'altro e riuscire ad osservare le proprie parti giocate nelle diverse situazioni. Inoltre, per uscire dai triangoli Bowen suggerisce di crea-

re relazioni a due (che quindi implicano il non parlare di terzi) tra i membri della famiglia. Nel caso della famiglia di Amanda la terapia familiare ha trovato un processo evolutivo nel portare alla luce le necessità della figlia maggiore di uscire di casa e fare alcuni movimenti di distanziamento dal suo ruolo di mediatrice delle relazioni interne alla famiglia. Questo processo è tutt'ora in movimento e sembra che si siano già creati degli irrigidimenti interni di coesione che hanno visto il padre assumere un ruolo più centrale nel cercare di mantenere l'omeostasi familiare. Amanda stessa cerca molto di più la relazione con la sorella maggiore, la quale sembra essere ferma nella sua attuale posizione di volersi differenziare; Amanda osserva attentamente la sorella che è diventata il suo principale punto di riferimento; al momento i movimenti della sorella destano curiosità, ma anche molta paura che la portano a chiudersi nel dialogo.

2. *"Dove sono?" la mia posizione nel sistema. "Come sto?" le mie emozioni nel sistema.*

Secondo Bowen il terapeuta deve avere una continua attenzione nel definire il proprio Sè a partire dal definire ed affermare il proprio sistema teorico.

In linea con questo assunto, in questo paragrafo proverò a descrivere i miei posizionamenti facendo riferimento alle riflessioni di Lini e Bertrando:

*"La riflessione sulla posizione del terapeuta ha una lunga storia nel pensiero sistemico, che ne ha evidenziato la natura duplice. Da un lato, il concetto si riferisce all'atteggiamento che il terapeuta assume nei confronti dei suoi pazienti e degli altri attori presenti nel sistema terapeutico; dall'altro, alla sua localizzazione (e alla consapevolezza della medesima) entro il metaforico spazio del sistema."* (Lini e Bertrando, 2008, pp.5)

*"Quando ci posizioniamo verso un altro, consideriamo di avere verso di lui alcune possibilità di azione, mentre altre ci sono vietate,*

*e al contempo pensiamo lo stesso di lui, e lo dichiariamo, oppure lo impliciamo nel nostro discorso. L'altro può a sua volta accettare la nostra posizione e controposizionarsi. (...) Una lettura della posizione del terapeuta sia in termini di localizzazione, sia di atteggiamento del terapeuta, e anche della reciprocità fra posizionarsi del terapeuta e posizionarsi dei pazienti. Un posizionamento che si esprime negli aspetti discorsivi ma anche nelle pratiche pre-discorsive che non fanno parte del discorso, ma sono parte del dialogo, specie terapeutico in particolare le interazioni emotive.* (Lini e Bertrando, 2008, pp.8-9)

Quali sono state le mie posizioni interiori (e quindi il mio atteggiamento) nelle varie fasi della terapia?

*Fase 1 - Io, Amanda e la madre: in questa fase il mio atteggiamento era di apertura verso Amanda e chiusura verso la madre. In alcuni momenti ho sposato il mito della neutralità cercando di non posizionarmi nei confronti della madre, ma di fatto mi sono posizionata dentro di me e per un certo periodo nascondendone alcune sfumature: la mia posizione per un po' di tempo si è irrigidita nell'ipotesi che la madre fosse invadente e da tenere "fuori" dal setting terapeutico, dalla stanza e dalla mente di Amanda. Non avendo per un po' dato voce apertamente a questa posizione penso di aver colluso con la "guerra" di Amanda nell'ambivalenza tra tenere dentro al suo mondo la madre ed espellerla totalmente. Ho fatto fatica a mantenere un atteggiamento curioso come suggeriscono Lini e Bertrando (2008) "la provvisorietà insita nella nozione di ipotesi: spostandosi costantemente da una visuale all'altra, da un punto di vista all'altro, da un legame all'altro, il terapeuta può evitare la trappola di una posizione parziale e squilibrata, senza per questo pretendere di essere neutrale"*

*Fase 2 - L'illusione e le aspettative utopiche verso la terapia familiare: la mia aspettativa dal momento in cui inizio a lavorare per l'invio*

*verso la terapia familiare è quella che avverrà uno spostamento (quasi magico) del focus da Amanda aprendo nuove prospettive e ci sarà sinergia tra i due setting (individuale e familiare). Mi affido al terapeuta familiare penso ci sarà un'alleanza di lavoro e che mi sentirò più alleggerita dalle pressioni della madre e così anche Amanda.*

*In pratica ho agito come la madre quando mi ha "consegnato" la figlia con l'idea magica che avrei risolto tutti i loro problemi. Colludendo con le premesse della famiglia "Amanda è un enigma che va risolto, e solo così staremo bene tutti (inizia tu e vedrai che tutto migliorerà)".*

*Fase 3 - Aspettative infrante e paura di aver sbagliato: le mie aspettative già dai primi contatti con la terapia familiare si infrangono totalmente (forse troppo idealizzanti sulla terapia familiare e sul terapeuta stesso e allo stesso tempo deresponsabilizzanti verso me stessa). Dopo il primo incontro con la famiglia la terapeuta critica fortemente il mancato posizionamento forte del servizio con la scuola della ragazza (affinché ci fosse un sostegno e una comprensione maggiore delle sue difficoltà). Mi sento direttamente attaccata e sento svalutato il lavoro fatto con Amanda dato che seguivo da un po' di tempo la ragazza principalmente io. Leggo quindi tutto questo come un attacco personale, forse anche dati i confini fragili del mio sé terapeutico e la mia difficoltà di affermare la mia posizione; mi chiudo e faccio fatica a dialogare con il terapeuta familiare, sento che mi impone un determinato modo di lavorare ma senza un vero confronto (che io stessa faccio fatica a proporre). Rimango incastrata in questa posizione per molto e tutt'ora mi è facile scivolarci di nuovo. Da una parte penso di aver lavorato al massimo delle mie possibilità, esperienze e conoscenze, ma inizio a dubitare e a aderire alle indicazioni e suggerimenti del terapeuta familiare mettendo da parte la mia libertà decisionale e professionale entrando in un vortice di sconforto e messa in discussione delle mie capacità professionali. Molto similmente ad Amanda quando si ritira e*

fatica a confrontarsi con gli altri diventando lei stessa giudicante verso gli altri.

Emerge un parallelismo tra la stanza di terapia e la cameretta di Amanda tra il mio sé terapeutico e il sé di Amanda; tra il mio mondo interno come terapeuta e il mondo interno di Amanda come figlia, sorella, adolescente.

*Il mondo interno di Amanda* è un luogo dove l'invasione è spesso alle porte; di chi sono i pensieri che lo abitano? Quali di questi sono utili e sono in linea con il suo sentire e i suoi desideri di esplorazione? Beatrice ha una spinta interna verso l'esplorazione di nuovi sentieri, lo ama fare in montagna, ma ha molta paura di farlo nella sua vita quotidiana. Si sente diversa per molte cose dalla sua famiglia ("loro sono altruisti, io penso solo a me stessa, sono pratici non si fanno tante balle, io mi faccio mille pensieri, dubbi, turbe mentali, mille emozioni aggrovigiate") ma non si sente di poter esprimere questa diversità che la espone a solitudine incomprendimento, svalutazione, non riconoscimento, forse ad un destino tragico. Meglio non muoversi e non pensare al domani. Rimanere piccoli, farsi accudire. Ma non è possibile, dal fuori qualcuno bussa insistentemente e le chiede di crescere, di diventare autonoma di buttarsi nel mondo, di non essere più un peso per tutta la famiglia.

*La (mia) stanza di terapia* intesa come il posto metaforico che io sto cercando di allestire al meglio con formazione, analisi personale, rispecchiamenti con il mio gruppo di formazione, progetti, esperienze da cui portare qualche souvenir. Un luogo spesso invaso da paura del giudizio, ansia per il futuro, preoccupazioni legate al bisogno di trovare una propria strada, una propria verità. A ciò si associa la mia difficoltà e ambivalenza nel farsi aiutare, nel trovare qualcuno con cui aprirsi davvero per scoprire le mie peculiarità, il mio modo unico di essere terapeuta; il mio Sé terapeutico. La forza di volontà nel farlo, nel cercare anche per prove ed errori e quindi ammettere l'errore nella propria esperienza ed identità. La sensazio-

ne di essere sfaticati, di abbandonarsi all'ozio e sentirsi in colpa. Sentirsi in colpa di non aver fatto abbastanza. La stanza di terapia diventa per me un posto sacro che necessita di attenzione e protezione perché la fuori (e soprattutto "qua dentro") il mondo della psicologia è confuso, a volte aggressivo e giudicante non sempre riesco a essere sicura di quale sia il mio sistema teorico di riferimento. Non sempre riesco ad affermare la mia posizione io. Le mie insicurezze lo abitano e non sempre sono in grado di aprire questo spazio al confronto.

### **Conclusioni**

I miei bisogni, le mie istanze hanno colluso con quelle di Amanda? Mi hanno permesso di instaurare un rapporto saldo con lei e allo stesso tempo di rinchiuderci per molto tempo in quella stanza? Ce lo hanno anche permesso, qualcuno ci ha dato fiducia, ma ora sta facendo richiamo alle responsabilità di affermare una posizione (azioni e cambiamenti). Con questo elaborato partendo da un caso clinico ho avuto la possibilità di riflettere su una tematica emersa nella stanza di terapia ma soprattutto che mi tocca personalmente e che quest'anno è stata per me un "nodo" importante nello sviluppo del mio Sé terapeutico. Attraverso processi che si sono mossi all'interno del sistema terapeutico di cui ero parte mi sono confrontata con le mie modalità di definire, descrivere una situazione, un caso, descrivere un funzionamento e delineare confini permeabili; mi sono confrontata con il mio modo di stare all'interno di sistemi complessi e soprattutto di prendere posizione. Alcune mie posizioni sono state agite, mosse da schemi già appresi nei miei sistemi primari di riferimento. Solo in un secondo momento ho potuto osservarmi e osservare in modo più consapevole, con maggior presenza la danza con cui mi muovevo insieme agli altri attori di questo processo. Nel mio percorso ho sposato l'idea che per affrontare qualsiasi argomento, devo esplorarlo emotivamente e visceralmente, cercando di capirne il significato profondo allo

stesso tempo però è necessario non trascurare quelle che sono le narrazioni e le definizioni presenti nel mondo psicologico e anche della vita quotidiana. Lo studio, la lettura, l'ascoltare storie sta iniziando ad assumere per me un nuovo valore: significa tracciare confini saldi e non rigidi che definiscono il Sé terapeutico. Ho esaminato la mia posizione come terapeuta all'interno del sistema. La teoria del posizionamento terapeutico ha portato alla luce nuove riflessioni rispetto al mio atteggiamento e la mia localizzazione all'interno del sistema. Ho osservato le influenze dei condizionamenti provenienti dai pazienti o da altri attori nel sistema terapeutico, così come dai miei pregiudizi personali. La posizione terapeutica può essere

sia un atteggiamento con le conseguenti scelte di azioni che movimenti emotivi, e la comprensione di entrambi è cruciale per il mio lavoro. La riflessività e la consapevolezza delle mie risonanze e azioni sono elementi chiave nel mio percorso di crescita professionale e le teorie, le definizioni uno strumento per dare struttura e confini permeabili alle scelte terapeutiche e al mio stesso Sé terapeutico. Ciò non significa creare definizioni rigide, ma narrazioni che rinunciano all'idea di capire il sistema, cercando di sopportare l'ansia di rimanere in territori sconosciuti per tenere un margine di libertà e aperta la possibilità di esiti inaspettati (non sempre desiderati) ...

### **Bibliografia**

- Bowen, M., Andolfi, M., De Nichilo, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo: la differenziazione del sé nel sistema familiare*. Italia: Astrolabio.
- Telfener U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Italia: Raffaello Cortina Editore.
- Togliatti M.M., Telfner U. (1991). *Dall'individuo al sistema*. Italia: Bollati Boringhieri.
- Lini C., Bertrando P. (2008) *Situarsi: posizionamento ed emozioni in terapia sistemica*. *Rivista Terapia familiare*. Franco Angeli Editore, Milano

# L'irriverenza in terapia un caso clinico

Valeria Ferrarini<sup>7</sup>

## Sommario:

Questo lavoro nasce dalla presa di coscienza dell'autrice circa alcuni errori commessi in terapia e di come tale consapevolezza abbia determinato un cambiamento della relazione terapeutica. Sin dal primo incontro con P.S. la terapeuta ha inconsapevolmente riprodotto nel micro, ciò che P.S. aveva già vissuto nel macro, ossia nella società, che lo voleva diverso e che lo etichettava come "sbagliato"; riproponendo così anche nella relazione terapeutica ciò che lo faceva soffrire. Ogni volta che alla terapeuta venivano dei dubbi tendeva ad analizzare la situazione allo stesso modo, sempre con le stesse lenti, continuando a dare importanza alle stesse cose, fino al momento in cui P.S. ha smesso di andare agli appuntamenti. In quel periodo due fattori hanno inciso sulla presa di consapevolezza degli errori commessi: la lettura del lavoro di Cecchin e colleghi sull'irriverenza (Cecchin et al., 1993) e i primi incontri di analisi didattica previsti dalla scuola di specializzazione. Essersi messa in discussione, aver guardato la storia di P.S. e la loro relazione terapeutica da un'altra prospettiva e l'aver condiviso ed elaborato pensieri irriverenti in supervisione, le hanno permesso di riconoscere i propri errori. L'autrice è arrivata alla consapevolezza di come, per fare bene il lavoro di psicoterapeuta, sia necessario avere scambi frequenti con i colleghi e chiedere supervisioni, da un lato per proteggere i pazienti dalle conseguenze della rigidità del terapeuta e dall'altro per proteggere il terapeuta stesso dal rischio di innamorarsi troppo delle proprie ipotesi.

## Parole chiave:

Irriverenza, supervisioni, punti di vista, ipotesi, idee perfette

## Abstract:

This work was born from the author's awareness of some errors committed in therapy and how this awareness led to a change in the therapeutic relationship. Since the first meeting with P.S. the therapist has unconsciously reproduced in the therapeutic relationship what caused him suffering, namely what he had already experienced in society, which wanted him to be different and labeled him as "wrong". Every time the therapist had doubts she tended to analyze the situation in the same way, always with the same lenses, continuing to give importance to the same things, until the moment in which P.S. stopped going to appointments. In that period, two factors influenced the awareness of the errors committed: the reading of the work of Cecchin and colleagues on irreverence (Cecchin et al., 1993) and the first didactic analysis meetings foreseen by the graduate school. Questioning yourself, looking at the history of P.S. and their therapeutic relationship from another perspective, sharing and processing irreverent thoughts in supervision, allowed her to recognize her own mistakes. Finally, the author understood that to do the job of a psychotherapist well, it is necessary to have frequent exchanges with colleagues and seek supervision, both to protect patients from the consequences of

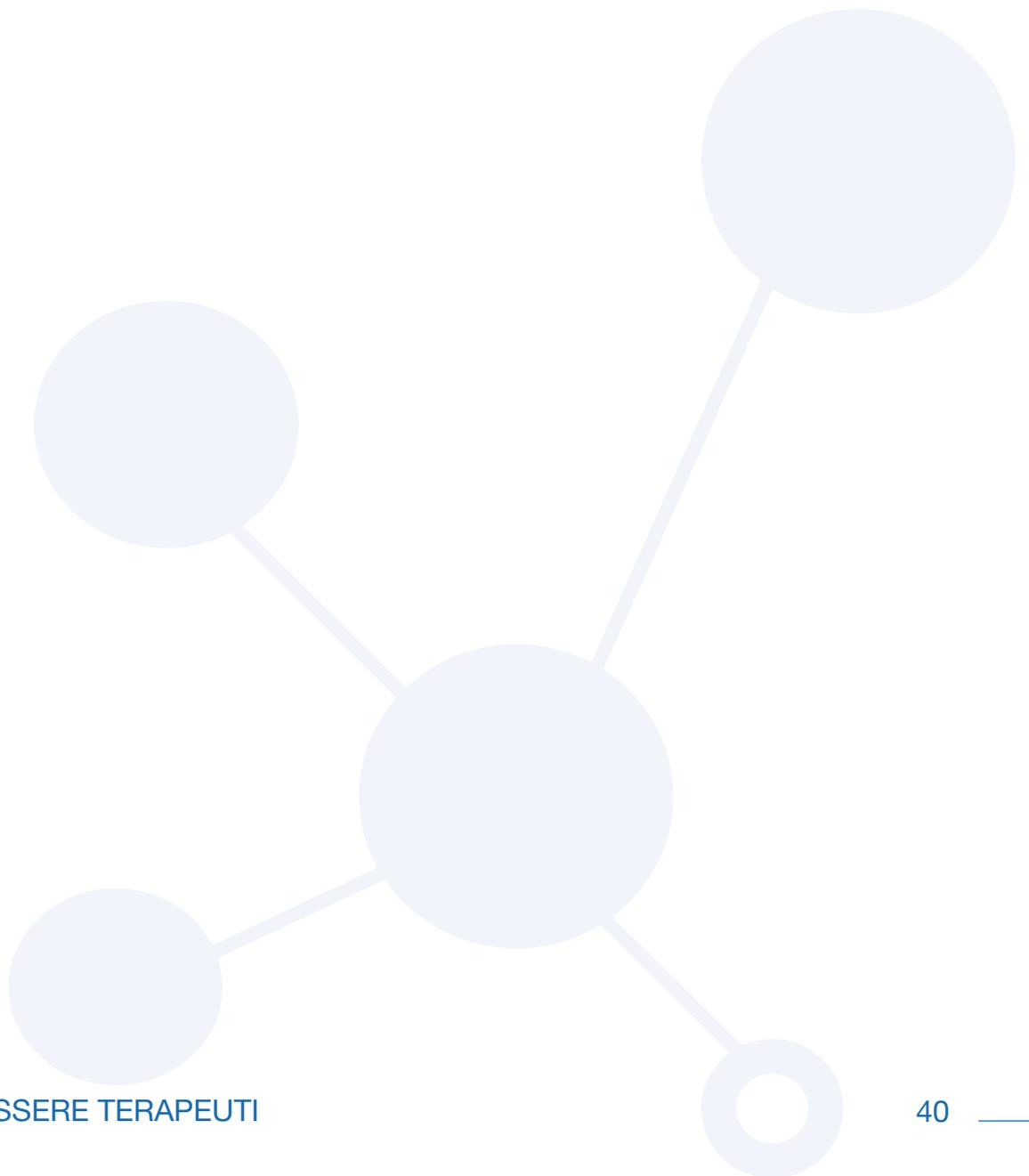
---

7 - Valeria Ferrarini, allieva III anno IDIPSI, [valeria.ferrini@icloud.com](mailto:valeria.ferrini@icloud.com)

the therapist's rigidity and to protect the therapist himself from the risk of falling too in love with his own hypotheses.

**Keywords:**

Irreverence, supervision, points of view, hypotheses, perfect ideas



## **Il contesto**

Prima di raccontare la storia di P.S., è importante definire il contesto lavorativo in cui ci siamo incontrati. Si tratta di una struttura riabilitativa in cui come psicologa ho il compito di valutare i degenti a livello cognitivo, ma anche di supportarli a livello psicologico.

Ho sempre pensato che lavorare in una struttura fosse diverso dal lavorare in privato per diversi motivi: quello che hai davanti non è “il tuo paziente” ma il paziente che “condividi” con altre figure professionali con le quali ti confronti su piani diversi; ci sono molti casi da prendere in carico, anche di grande sofferenza, ma dovendo aderire anche alle necessità della struttura, non sempre si possono organizzare appuntamenti a cadenza fissa, con un setting adeguato e/o a dare continuità; oltre ai colloqui si condividono con i pazienti momenti ricreativi che rendono i rapporti diversi da quelli che si possono instaurare con persone che vengono in terapia nel privato.

Per tutti questi motivi credo di aver pensato che il contesto in cui operavo fosse molto lontano e differente dal classico setting terapeutico e che, quindi, non fosse necessario fare supervisione per i casi incontrati, non gestiti, appunto, “tradizionalmente”. Come se ci fosse un modo più o meno corretto di fare terapia e che quello che stavo facendo io in struttura fosse altro.

## **Il caso clinico**

P.S. ha 51 anni quando arriva da noi con diagnosi di disturbo depressivo atipico con esiti di politrauma da autodefenzatura a causa dei quali è a lungo costretto a letto.

Il primo incontro è stato difficilissimo: cosa si chiede ad una persona che si è defenzaturata, che non ha richiesto un colloquio con uno psicologo ma che gli viene imposto in un certo senso? Ogni domanda stonava con il contesto, ero in difficoltà, il colloquio conoscitivo che di solito conducevo con altri pazienti era impraticabile. In tutto questo lui si limita a risposte monosillabiche lasciando molto spazio a lunghi

silenzi con i quali io entro in estrema difficoltà. Al primo seguono diversi incontri, sempre brevi, dai quali ottengo poche informazioni perché ho paura di fare anche le più classiche domande. P.S. abita in un appartamento di proprietà sopra a quello della madre, il padre è morto qualche anno prima e ha un solo fratello che vive lontano con la sua famiglia. Cerco di indagare il tentativo di suicidio attraverso il monitoraggio delle condizioni fisiche, in modo molto contorto e poco limpido e di conseguenza ne ottengo informazioni poco limpide e contorte. Ricorda che quello precedente all’atto era un momento felice, anche perché lui può permettersi di vivere senza lavorare, passando le sue giornate a guardare film e leggere libri; dice di non aver mai avuto altri problemi, di non aver mai preso farmaci per l’umore, che non ricorda niente di quella sera, ma che gli sembra assurdo di aver fatto quello che ha fatto perché stava bene e non se lo spiega.

Stare immobile a letto tutto il giorno ne causa una forte demoralizzazione e ripete spesso frasi del tipo “mi sono rovinato con le mie mani”, “non so se ce la farò a lottare per recuperare”. Con l’equipe abbiamo ipotizzato che quando gli sarebbe stata concessa la posizione seduta e quindi un trattamento fisioterapico più intensivo, iniziando a vedere qualche progresso sarebbe stato meglio anche a livello umorale. Nonostante la nostra soddisfazione rispetto ai piccoli ma enormi passi avanti della condizione fisica di P.S., l’ipotesi da cui eravamo partiti si è rivelata completamente errata. Infatti P.S. potendo iniziare la riabilitazione intensiva si è reso maggiormente conto della gravità della sua situazione, della difficoltà immensa della fisioterapia e dell’incertezza del recupero dell’autonomia, contribuendo ad aumentarne lo sconforto.

Sebbene P.S. non fosse più immobilizzato a letto ma avesse la possibilità di spostarsi con la carrozzina, non c’è stato un cambiamento del setting dei nostri incontri: forse perché io avevo timore di proporgli di andare nel mio studio e di

fare dei “veri” colloqui, forse perché lui parlava sempre meno.

È in questa situazione che un pomeriggio camminando per il corridoio del reparto noto qualcosa di strano nella stanza di P.S., entro e lo vedo steso a terra, vicino alla carrozzina, sotto alla finestra aperta, che mi guarda con gli occhi sgranati. Non gli diamo il beneficio del dubbio e contattiamo il servizio di psichiatria del territorio per modificare la terapia.

A questo punto inizio la mia lotta personale contro la sua solitudine, giudicandola sbagliata e pericolosa; la mia ipotesi, che nasce da un’idea perfetta, è che stare da soli renda tristi, mentre stare in mezzo agli altri, creare amicizie, fare due chiacchiere o una partita a carte, renda meno terribile la degenza e migliori l’umore. Inizio a ripetergli ogni giorno che deve stare con gli altri negli spazi comuni, gli dico di fare attività di gruppo con le educatrici e gli altri degenti, lo “costringo” ad andare a mangiare in mensa con tutti, invece di rimanere in camera da solo; gli ripeto continuamente di riprendere in mano il cellulare per sentire le persone fuori, dato che a parte qualche rara visita del fratello non vede e/o sente nessuno. Vorrei che ricominciasse a leggere o a guardare dei film dato che prima dell’evento erano i suoi hobby preferiti, ma non sembra interessato, dice che non gli piacciono più quelle cose. Ma io non l’ascolto. Continua a stare nel suo mondo, mi dice tutto quello che dico ha senso, ma che lui sta bene così, da solo in camera e io continuo ad andare da lui a trascinarlo fuori con una scusa o con l’altra.

L’esigenza di riempire i suoi silenzi sempre più assordanti, poi, mi porta a fare dei “sermoni” a base di idee perfette su cosa fosse giusto o non giusto fare per stare bene e ricominciare, su come dovesse essere il recupero e la sua vita.

La situazione non cambia, quindi, decido di usare una nuova strategia, senza cambiare però la mia ipotesi di partenza. Inizio a concentrarmi sui risultati raggiunti nella fisioterapia, buttando tutto sull’importanza del recupero dell’autonomia, sempre più tangibile. In questa

fase provo a non fare più domande sull’accaduto e sulla famiglia che erano evidentemente argomenti di cui non voleva parlare e “allargo il campo” chiedendogli degli amici. Per la prima volta invece di rispondere a monosillabi racconta episodi e situazioni e addirittura sorride mentre lo fa. Questo non fa altro che confermare la mia ipotesi: la compagnia, gli amici, la socialità e la convivialità fanno bene, fanno stare bene e sono indispensabili per essere felici.

Quindi provo a spingerlo a contattare gli amici ma rimanda sempre e loro iniziano a chiamare me per sapere se ci sono controindicazioni alle loro visite in struttura e quando possono passare a trovarlo; in una di queste chiamate mi viene raccontato anche un pregresso tentativo di suicidio di cui P.S. non mi ha mai parlato (e mai lo farà) e per il quale pare non sia mai stato seguito o aiutato. Sempre più mossa dalla mia ipotesi gli dico poi che forse se iniziasse ad accendere il cellulare potrebbe avere un primo contatto con i suoi amici per rendere più semplice e immaginabile un incontro futuro. Quando tempo dopo mi chiama ancora il suo amico gli dico di venire. Decido per lui insomma. Ricordo bene quando gli ho detto cosa avevo fatto. Il suo sguardo diceva tutto, era molto arrabbiato. L’ho trattato come un bambino. L’indomani sono arrivata presto e sono andata subito nella sua stanza, mi sentivo in colpa e volevo accertarmi che stesse bene. Lui ancora visibilmente infastidito dal mio gesto dice di non aver chiamato per disdire, “non posso farlo, che gli dico?” e che quindi l’amico sarebbe venuto.

Non l’avevo mai visto ridere di gusto, ma non ha fatto altro per tutto il tempo in cui c’è stato il suo amico in visita. La sera prima di andar via passo a salutarlo e lui mi ringrazia mentre sorride e mi dice che avevo ragione, che è stato contento. Io mi sono sentita utile per la prima volta in 6 mesi, ma oggi mi chiedo se l’avesse detto più per far contenta me o se lo fosse realmente.

Da quel momento in poi le cose vanno

sempre meglio, otteniamo grandi risultati nella fisioterapia e a livello di autonomie, raggiungiamo livelli che non pensavamo fossero raggiungibili e i suoi amici lo inondano di affetto e di visite.

Ai nostri incontri, brevi e per lo più concentrati sui progressi ottenuti con la fisioterapia, P.S. inizia a chiedermi sempre più spesso quali siano le sue prospettive future, dove finirà, se tornerà a casa, se lo metteranno in una struttura per pazienti psichiatrici e se tornerà mai alla vita normale; inizio a farmi le stesse domande anche io. Penso sia fondamentale per lui potersi immaginare un futuro realistico ed esprimere la sua volontà di tornare a casa dopo la riabilitazione, davanti alla commissione. Chiediamo una riunione con il servizio psichiatrico del territorio per capire quali siano le possibilità future di P.S.; dopo una lunga discussione con la psichiatra e l'assistente sociale, che di prassi l'avrebbero mandato appunto in una struttura psichiatrica, concordiamo per il prolungamento del ricovero al fine di ottenere altri miglioramenti con l'obiettivo del rientro a domicilio, con alcune accortezze (supervisione h24). P.S. si sentiva finalmente più sicuro di sé e per questo ha iniziato a lamentarsi del fatto che sarebbe dovuto tornare a casa con una supervisione. Gli incontri dei successivi due mesi saranno, infatti, concentrati sulla gestione del rientro a domicilio, dei rapporti con questa persona che l'avrebbe supervisionato, sulla sua libertà. In questa fase sembra regredire, non va più a mensa, mangia in camera e nonostante la piena autonomia di pomeriggio va a letto e si fa portare la cena lì.

Riparto con le mie pressioni sull'importanza della socialità e i pericoli dell'apatia, calco la mano dicendo che quando tornerà a casa non potrà fare così, che non può passare le sue giornate a letto o a fissare il vuoto e che deve riprendere in mano i suoi hobby o inventarsene altri; basta che faccia qualcosa, perché per stare bene non si può rimanere passivi.

Finalmente dopo più di un anno dal ricovero si

stabilisce il rientro a casa. Io sono visibilmente stanca e stufa di ripetere sempre le stesse cose e lo prego di prendere in mano la sua vita, di chiamare gli amici, di non isolarsi perché stare soli non fa bene, perché passare le giornate nell'ozio non fa bene.

La mia ipotesi di partenza in un anno non è mai cambiata e non ho mai nemmeno preso in considerazione di cambiarla.

Appena una settimana prima della dimissione, durante un'uscita con il fratello P.S. è caduto e si è rotto il femore. Si ricomincia da capo, ma quando torna qualcosa è cambiato, non è più interessato ai nostri incontri, mi dice che non verrà, che ora si deve concentrare sul recupero. Ci rimango molto male, sento che tutto il lavoro fatto insieme è stato inutile, al punto di parlarne finalmente in supervisione, non tanto per parlare del caso in sé, ma per raccontare come mi sentivo e questo mi ha aiutata a rendere più evidenti le mie proiezioni; in concomitanza poi mi è capitato di leggere il libro sull'irriverenza e le due cose insieme mi hanno aiutata ad aprire gli occhi, a cambiare le lenti attraverso le quali guardavo P.S..

### **L'irriverenza**

L'essere umano per organizzare ed interpretare le varie esperienze della vita tende a trasformare i propri sistemi di credenze in storie da raccontare; tuttavia quando le storie sono molto rigide si sa già in anticipo come andranno a finire. Proprio per questo motivo, ci dicono Anderson e Goolishian (1988; 1990), solo se il terapeuta mantiene una posizione di apertura, contrastando la rigidità delle storie raccontate dai pazienti, può favorire la creazione di nuove realtà e nuove storie più funzionali. La soluzione, però, non può essere semplicemente la creazione di nuove storie "buone", da opporre alle storie "cattive" dei pazienti, perché in questo modo si alimenta l'illusione del potere, del controllo, imponendo agli altri ciò che noi terapeuti consideriamo sano e normale (Anderson e Goolishian 1988, 1990). Quindi il terapeuta non può illudersi che

per cambiare le persone basti cambiare le loro storie.

Proprio in questo contesto si va ad inserire il concetto di irriverenza. Come si può recuperare un certo grado di iniziativa senza cadere nella trappola dell'illusione del controllo?

Come ci dicono Cecchin, Lane e Ray (1993), il terapeuta irriverente è quello che non si ostina a seguire ciecamente una teoria, che non si fa schiacciare dalle regole imposte dalla società, dagli ambienti in cui lavora o dalle richieste dei pazienti. L'irriverenza permette una posizione più etica: è giusto sfruttare la nostra tendenza spontanea a formulare ipotesi, che non è altro che un bisogno naturale di dare un senso alle cose, basta però non affezionarsi troppo ad esse, non renderle rigide ma anzi "giocarci". L'irriverenza, quindi, si realizza solo dopo l'acquisizione della consapevolezza che occorre turbare i modelli e le storie che vincolano le persone entro schemi prestabiliti che impediscono loro di cambiare, di evolvere, rifiutando tuttavia contrapposizioni rigide.

Essere irriverenti significa essere responsabili in terapia: il terapeuta deve assumersi la responsabilità delle proprie ipotesi e congetture, nel senso che deve anche essere in grado di abbandonarle se dovessero rivelarsi inadeguate, riconoscendole come pregiudizi.

### **Risvolti sul caso clinico**

La mia ipotesi di partenza, quella che non sono riuscita ad abbandonare, si riferisce al fatto che le persone per essere felici e non desiderare la morte devono essere attive, avere hobby, un lavoro che dia soddisfazione o magari fare volontariato ed essere circondate di amici. Nello specifico: essere attivi nella riabilitazione, ricercare l'autonomia, non chiudersi in stanza ma fare amicizia, partecipare alle attività proposte, occupare il tempo leggendo o facendo qualcosa che procuri piacere. Dall'ipotesi all'azione: io ti aiuterò ad essere una persona più attiva e socialmente inserita.

Come afferma Gadamer (1987) il nostro modo

di essere si basa sui nostri pregiudizi, che non sono necessariamente ingiustificati e sbagliati: indicano le linee lungo le quali si muove la nostra apertura al mondo, sono le condizioni per mezzo delle quali sperimentiamo qualcosa, ma inevitabilmente distorcono la realtà. I terapeuti dovrebbero capire, quindi, che, prima di essere condizionati dai pregiudizi legati alle teorie di riferimento, sono già condizionati dai pregiudizi di carattere generale (Cecchin et al., 1993). Infatti la tendenza della gente a vedere ciò in cui crede è largamente diffusa (Weakland, 1989); tendiamo a considerare solo le informazioni che concordano e quindi confermano le nostre idee riducendo lo stimolo alla curiosità, cioè l'interesse per il paziente

Prima di agire bisognerebbe essere responsabili e consapevoli dei propri pregiudizi e capire come essi influenzano la relazione con il paziente. (Cecchin et al., 1997).

Io non mi sono assunta la responsabilità dei miei pregiudizi e mi sono concentrata su come P.S. avrebbe dovuto comportarsi sulla base delle mie "idee perfette" preconfezionate, perdendo di vista tutto il resto.

Come affermato già precedentemente, il terapeuta non può illudersi che per cambiare le persone basti cambiare le loro storie e, allo stesso tempo, deve assumersi la responsabilità delle proprie ipotesi e congetture dimostrando di essere in grado di abbandonarle se inadeguate; ma è proprio questa la trappola in cui sono caduta con P.S. .

Mi sono accorta per la prima volta di quanto i miei pregiudizi mi avessero intrappolata leggendo un caso clinico di Cecchin, Lane e Ray (1993) che mi ha letteralmente illuminata: il signor nessuno. Il caso riguarda un paziente cronico di 40 anni, da molto in carico ai servizi psichiatrici, e un terapeuta che decise di aiutarlo a diventare una persona più attiva e inserita nella società. Sembrava stessero raccontando di me e P.S. . Il paziente di cui si racconta nel caso, sebbene inizialmente riluttante, inizia a seguire i consigli e le indicazioni fornite dal terapeuta; ma

proprio quando sembra che stia “migliorando” (agli occhi del terapeuta), durante un viaggio nella città in cui viveva la sua famiglia di origine, si è impiccato.

Leggendo l’epilogo del caso clinico mi sono letteralmente congelata.

Il caso continua soffermandosi sulle reazioni del terapeuta, che non si capacitava, non capiva cosa fosse successo; una possibile ipotesi fornita dalla supervisione, fu quella secondo la quale: il paziente dovendo confrontarsi con le sollecitazioni emotive derivanti dai contatti sociali e dal lavoro, a cui non era abituato, forse si è sentito inadeguato e che quindi, gli sforzi del terapeuta per aiutarlo l’avrebbero in realtà messo davanti alla sua inadeguatezza. In poche parole, il paziente non riuscì ad essere irriverente rispetto ai tentativi di aiutarlo del terapeuta, il quale si muoveva sulla base di un presupposto rigido a cui era fortemente attaccato, lo stesso sul quale mi basavo io con P.S., ossia, che gli esseri umani stanno meglio se socializzano.

L’adesione rigida ad un modello mi aveva condotta ad un pensiero dicotomico: non riuscivo a capire come qualcuno potesse accettare semplicemente di sopravvivere quando io al posto suo avrei agito diversamente, socializzando, trovando degli hobby, pianificando gli impegni futuri dopo la dimissione; avevo creato un’alleanza con il modello della società e questa adesione rigida ad un modello mi ha resa incapace di aiutare P.S. .

Più leggevo il libro sull’irriverenza più prendevo consapevolezza delle mie rigidità, del fatto che probabilmente per P.S. fosse preferibile vivere senza l’incombente dell’impegno lavorativo o del volontariato, senza le eccessive sollecitazioni emotive derivanti dai rapporti sociali, semplicemente vivendo di rendita nella tranquillità di casa sua, piuttosto che come avrei voluto io per lui.

L’irriverenza, come affermano gli autori (Cecchin et al. 1993), è un processo autoriflessivo, un’attitudine mentale, una flessibilità delle

nostre convinzioni più profonde, che si attiva, soprattutto, quando si è in una situazione di stallo; è proprio in questi momenti, infatti, che il terapeuta può riconoscere di essere rigidamente vincolato a certe idee e di conseguenza può allontanarsene recuperando elasticità.

## **Il ruolo della supervisione**

In concomitanza all’abbandono da parte di P.S. dei nostri incontri, quando ho iniziato a leggere il libro sull’irriverenza, è iniziato anche il percorso di analisi didattica.

In uno dei primi incontri emerge il mio senso di impotenza ed inadeguatezza che in parte collego al fallimento che stavo vivendo con P.S.. Ho portato il caso clinico in supervisione, non tanto per parlare del caso in sé, quindi, ma per raccontare come mi sentivo in quel momento. Mi sono trovata per la prima volta a ripercorrere e ricordare tutto l’anno trascorso con P.S. e nel confronto in supervisione mi sono resa conto di quanto tutte le paure legate all’isolamento sociale, la convinzione circa il fatto che una vita attiva, fatta di amici, interessi e impegni fosse il segreto per la felicità, fossero idee perfette prese della mia vita.

Avevo inconsciamente proiettato su P.S. le mie paure, le mie convinzioni e davo per scontato che ciò che faceva stare bene me, ciò che mi aiutava a rimanere a galla quando sentivo di sprofondare, fosse necessariamente ciò che avrebbe fatto stare bene anche lui e gli avrebbe impedito di commettere azioni violente.

Mi chiedo ancora oggi come io abbia potuto non vedere P.S., che a modo suo non faceva altro che dirmi che le paure di cui parlavo non erano le sue, che le azioni necessarie per essere felici che gli chiedevo di mettere in atto non erano quelle che rendevano felice lui, che quello che andava bene per me e per la mia vita non necessariamente andava bene per tutti, men che meno per lui.

Guardando le cose da un’altra prospettiva ho dato un senso diverso a tante cose. Ho pensato, per esempio, a tutti i suoi silenzi, a

quanto fossero densi di parole; ma io, che odio i silenzi perchè mi mettono in estrema difficoltà, ho proiettato su di lui questo mio disagio immaginando dietro quei silenzi ciò che non c'era e riempiendoli di cose mie, perdendolo completamente di vista. È stato come farsi una doccia fredda e mi sono chiesta quanto poco dev'essersi sentito accolto P.S. nei nostri incontri e quanto debbano essergli pesati. Avevo riprodotto nel rapporto tra me e P.S. quello che era il rapporto tra lui e la società; l'avevo fatto sentire sbagliato come aveva fatto la società prima di me. Ero arrabbiata.

A questo punto mi sono messa in discussione, mi sono presa qualche giorno per elaborare, per accettare il fallimento, per trovare le parole giuste con cui chiedergli scusa e spiegargli cosa era successo e perché ci avessi messo tanto a capirlo.

Quando gli ho chiesto se poteva dedicarmi del tempo, era visibilmente stupito e preoccupato (ora capivo perché) ma curioso e quindi, dopo mesi in cui ci siamo limitati a salutarci nei corridoi del reparto, ci siamo ritrovati nel mio studio, ma c'era qualcosa di diverso, io mi sentivo diversa. Inizialmente la voce mi tremava, ammetto di aver fatto difficoltà a trattenere le lacrime (forse oggi non le tratterrei); ho provato a spiegargli come mi sentivo, quanto mi dispiacesse di non avergli offerto uno spazio non giudicante e sicuro durante questo lungo e difficile percorso, quanto avessi proiettato su di lui le mie paure e quanto mi fossi attaccata a delle idee perfette. Mentre parlavo, nell'ultimo dei miei "sermoni", vedevo il volto di P.S. distendersi, illuminarsi, era sollevato e alla fine mi ha fatto un gran sorriso e semplicemente mi ha ringraziata. È stato un bel momento per entrambi.

Ho capito che il confronto è lo scopo della supervisione e che diventa fondamentale quando siamo troppo legati alle nostre idee perfette, alle nostre ipotesi di partenza, quando non riusciamo a cambiare le lenti, a vedere altri modi possibili di guardare alla situazione.

## **Conclusioni**

In terapia quando si assume una posizione di eccessiva riverenza verso le proprie ipotesi di partenza, si arriva inevitabilmente ad una situazione di stallo. La mia convinzione che si potesse stare bene solo se immersi nelle relazioni sociali e pieni di cose da fare, di passioni e hobby da coltivare, mi ha indotta ad un'accanita ricerca di questi aspetti, di situazioni in cui coinvolgere P.S., facendomi perdere di vista ogni altro elemento e di conseguenza, incastrandomi in un vicolo cieco. Se ci penso bene, però, è proprio questa mia determinazione che mi ha portata a capire, dopo svariati tentativi ovviamente falliti, che quella che stavo cercando non era la strada della felicità di P.S., ma la "mia", permettendomi alla fine di essere irriverente abbandonandola.

Mi rendo conto solo ora del fatto che sono riuscita ad essere irriverente perché mi sono sentita frustrata e costretta in un vicolo cieco, incastrata in una strada senza uscita; a quel punto ho dovuto cambiare prospettiva, rimescolare le carte in tavola e mettere in discussione le mie idee perfette.

La frustrazione e quella terribile sensazione di sentirsi bloccati, quindi, possono rivelarsi segnali preziosi per noi terapeuti. Cecchin, Lane e Ray (1993) affermano, infatti, che è proprio quando le convinzioni del terapeuta vacillano che il paziente si sente autorizzato a muoversi, avviando il processo di uscita dall'impasse.

Da questa esperienza ho capito che per fare questo lavoro abbiamo bisogno di scambi e consultazioni frequenti con i colleghi, di supervisioni, proprio per proteggere i nostri pazienti dalle conseguenze della nostra rigidità e, allo stesso tempo, per proteggere noi stessi dal rischio di innamorarci troppo delle nostre ipotesi.

Ad oggi io come terapeuta sento di prestare molta più attenzione a ciò che è mio e a ciò che è dell'altro, provo a non fare confusione e

ad interrogarmi continuamente su ciò che sto facendo o sulle idee che mi sto costruendo, confrontandomi molto di più con i colleghi,

aprendomi ad altre possibilità e ad altri punti di vista.

## **Bibliografia**

- Anderson, H., Goolishian, H. (1988) Human system as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 317-393
- Anderson, H., Goolishian, H. (1990) Beyond cybernetics: comments on Atkinson and Health's 'Further thoughts on second-order family therapy'. *Family Process*, 29, 157-163
- Cecchin G., Apolloni T., (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Franco Angeli, Milano
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1993). *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Franco Angeli, Milano
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (1997). *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Cortina, Milano
- Gadamer, H. (1987). *Philosophical Hermeneutics*. Berkeley, CA, University of California Press
- Weakland, J. (1989). *Personal interview with Wendel A. Ray*. Palo Alto, CA, Mental Research Institute

# Le montagne russe del terapeuta: superstizione e magia in terapia

Francesca Giliberto <sup>8</sup>

## Sommario:

L'autrice, partendo dal contributo di diversi autori propone una riflessione sull'interconnessione tra magia e psicologia, sulla fondamentale importanza del setting, dell'alleanza terapeutica, della creatività e dell'autenticità del professionista per un'efficace costruzione del Sé del paziente e sviluppo del cambiamento. Quest' articolo è mosso dagli affascinanti meccanismi che si realizzano nello spazio tra il terapeuta e la persona che ha di fronte. Nulla di esoterico, solo evidenza scientifica, sappiamo però che la scienza non ha ancora spiegato tutto, e allo stesso modo ancora tutto non è spiegato nella psicoterapia, se ne vede solo il risultato.

È poi riportato un caso clinico che permette di ripercorrere le montagne russe vissute dal terapeuta in stanza di terapia.

## Parole chiave:

setting psicoterapeutici, relazione terapeutica, emozioni del terapeuta, azioni terapeutiche, ipotesi, restituzione.

## Abstract:

The author, starting from the contributions of various authors, proposes a reflection on the interconnection between magic and psychology, on the fundamental importance of the setting, the therapeutic alliance, the creativity and authenticity of the professional for an effective construction of the patient's self and promotion of change. This article is driven by the fascinating mechanisms that take place in the space between the therapist and the person in front of him. Nothing esoteric, just scientific evidence, but we know that science has not yet explained everything, and in the same way everything is still not explained in psychotherapy, we can only see the result. A clinical case is then reported which allows us to retrace the roller coaster experienced by the therapist in the therapy setting.

## Keywords:

psychotherapeutic settings, therapeutic relationship, the therapist's emotions, therapeutic actions, hypothesis, restitution.

---

<sup>8</sup> - Francesca Giliberto, psicologa e psicoterapeuta, francescagiliberto.psy@gmail.com

## **La stanza di terapia**

Come terapeuta il mio unico pensiero è aiutare le persone sofferenti che si rivolgono a me a cambiare il loro modo di vivere. Oltre alle parole, e al modo in cui uso le parole, il mio solo strumento è il modo in cui uso il corpo: la voce, gli occhi, le mani. Siccome il mio scopo è di dare a ognuno la possibilità di cambiare, chiunque mi lancia una nuova sfida. (Bandler, R., Grinder, J., 1981). Si ha sempre paura di entrare in stanza, nudi! Bersagli da colpire e affondare o, peggio ancora, che possano arrecare danno a chi si ha di fronte. Il mestiere dello psicoterapeuta è una scoperta senza fine, è un po' come viaggiare, scoprire nuovi mondi, trovarsi di fronte a paesaggi fioriti, a volte anche tetri e oscuri, ma comunque intriganti, senza mai muovere un passo. Lentamente di fronte a noi la persona si libera delle proprie angosce e delle proprie paure: hanno un peso, l'arredamento dello studio, la luce e persino gli odori, ma la vera magia si realizza nel rapporto tra paziente e terapeuta. In quella stanza ogni pensiero è lecito, ed è un'enorme libertà che non si trova in nessun altro posto al mondo. Sta poi al terapeuta non accontentarsi dell'apparenza, ma insistere sulle sensazioni, sulle emozioni, sui pensieri che la persona sperimenta e il contesto di vita che gli fa da contorno, così che alla mente del paziente tutto acquista un senso e si sviluppa Metacognizione. Le nostre esperienze emotive e i nostri desideri non dovrebbero esserci estranei, ma in un modo o nell'altro, comprensibili e governabili acquisendo uno strumento che ci permetterà di intervenire e mettere in discussione i nostri pensieri e di riconoscere e pensare in modo significativo su come stiamo affrontando le nostre emozioni che altrimenti altererebbero sottilmente e in modo segreto il corso della vostra vita. (Bruni D., 1 ottobre 2017).

La stanza di terapia non è solo un luogo che esiste di per sè, ma uno spazio relazionale in cui paziente e terapeuta s'incontra e condividono determinate regole, dando avvio

insieme con un processo terapeutico. Ai primordi della psicoanalisi, intorno alla fine del 1800, Freud inventò per la prima volta il concetto di setting concreto in cui accogliere il paziente, con precise regole da rispettare, insieme con un setting mentale, all'interno della psiche dell'analista, lo spazio in cui contenere e custodire ciò che era espresso dal paziente. L'approccio psicoanalitico prevedeva la disposizione di una sedia e un lettino in modo che gli sguardi dei soggetti non se incrociassero al fine di favorire la possibilità da parte del paziente di rilassarsi e lasciare andare la mente; poi, con Jung, quest'assetto fu modificato concependo la possibilità di guardarsi durante la terapia, allestendo, quindi, due poltrone una davanti all'altra, per migliorare la relazione tra paziente e analista. In questo senso, mentre Freud pensava al terapeuta nel ruolo di professionista che doveva in maniera distaccata risolvere enigmi, con Jung diventa chi è disposto a farsi attraversare dalle stesse ferite provate dal paziente, ad accettare e tollerare insieme con lui il tempo necessario per una trasformazione e vivere immagini e racconti in prima persona, prima di dare interpretazioni. Dove la psicoanalisi si muove su una direzione verticale, il profondo, e il subconscio, la teoria sistemica favorisce una dimensione orizzontale: disegna reti di relazioni, di pensieri, confronta punti di vista, amplia spazi di racconto. Quella grande biodiversità dei pensieri terapeutici, generano ogni volta metafore diverse attraverso cui guardare il mondo.

## **Magia e Psicologia**

Il legame che esiste tra magia e psicologia è molto dipendente e interconnesso. Quello che oggi è descritto dalle moderne tecniche psicologiche, lo troviamo già negli scritti magici ed esoterici dell'esoterista tedesco Cornelio Agrippa nel 1500, o in quelli dell'esoterista francese Gérard Encausse (Papus) nell'800 o in quelli della britannica Dion Fortune ai primi del 1900. Figure rilevanti dell'esoterismo che

hanno contribuito, con la loro trasmissione del sapere, a formare quella che oggi è la psicologia. Esistono, e sono sempre esistite, delle tecniche magiche per conoscere meglio se stessi e l'ambiente che viviamo e creiamo, ma ci fu un personaggio di assoluto spessore che cercò non solo di mostrare il legame esistente tra magia e psicologia, ma anche di metterlo in pratica, Jung. Le differenze tra Jung e Freud non erano, come si crede comunemente differenze di metodo o di teorie; ma differenze di studi ed esperienze nel ramo esoterico. Jung tendeva a voler portare le persone verso l'illuminazione individuale. Era un uomo molto curioso, aveva viaggiato parecchio all'estero e aveva raccolto materiale prezioso in Oriente, in Africa, in Messico. E così che i suoi studi si arricchirono di alchimia, magia e astrologia, i tre rami principali dell'esoterismo. Finalmente una persona stava riuscendo a coniugare in maniera concreta psicologia e magia, e descriverne il loro forte legame. Un lavoro troppo pericoloso per la società di allora e di oggi che è appunto andato distrutto. Oggigiorno la psicologia è in gran parte quella che conosciamo, una scienza che tende alla normalizzazione dell'individuo. Normale è considerato un individuo che sa stare nella società, trova un lavoro e crea una famiglia. Paradossalmente è normale chi si adegua a una società malata. Il che è una contraddizione in termini, ma poco importa. (Petrucci, I., 2018). Nel corso dei tempi i poteri e i prodigi di chi pratica la magia sono stati attestati dalla poesia e dalla storia. La presenza di maghi, sciamani e guru ha sempre affascinato l'uomo comune ispirandogli un timore reverenziale. Le formule magiche e gli incantesimi che costoro ordinavano erano incredibilmente temuti, ma in pari tempo cercati continuamente per l'aiuto che potevano fornire. Nell'epoca moderna, il manto del mago è per lo più sulle spalle degli psicoterapeuti. (Bandler, R., Grinder, J., 1981) Per Carl Whitaker, la psicoterapia consisteva nell'intervenire su una ferita semplicemente detergendone i tessuti, in modo che i suoi

marginari potessero generare, da soli, nuove cellule in grado di muovere l'una verso l'altra per raggiungersi e consentire la cicatrizzazione, si tratta dunque di un'azione psicoterapeutica non invasiva e rispettosa delle capacità di autoregolazione e auto guarigione degli organismi, capacità che tutte le creature hanno in comune con la Creatura, vale a dire con il complessivo mondo dei processi mentali che Bateson ha definito come una tautologia capace di guarire lentamente da sola. L'esercizio e la disciplina formano lo psicoterapeuta e fanno in modo che egli non applichi tecniche, ma sia terapeuta, e curi dunque l'altro attraverso l'incontro. (Madonna, G., 2013)

## **Il Caso Clinico**

Non è ciò che ci è accaduto da piccoli il fattore cruciale, è il significato che abbiamo attribuito a come queste esperienze hanno influenzato la nostra vita (Siegel, D. J., Hartzell, M., 2016).

A. 81 anni mi contatta ad Aprile 2023; una voce gentile di uomo d'altri tempi, al telefono dice solo "mi aiuti a trascorrere in serenità gli ultimi anni di vita", la voce si rompe, attimo di silenzio, concordiamo un primo incontro e chiusura veloce con i convenevoli del caso.

Primo Colloquio: suona il campanello, alla porta un uomo distinto, elegante, viso affranto, cupo, occhi spenti, così come la voce lasciava immaginare, attimo d'imbarazzo, ma i convenevoli aiutano e iniziamo il nostro viaggio. Racconta della malattia fulminea della moglie, c'è rabbia, ma non quella che ci si aspetterebbe.

Secondo Colloquio: mi aggiorna sulla settimana appena trascorsa, non sa cosa dire, da dove cominciare, così ne approfitto per parlargli del genogramma. Non si spinge oltre il nucleo familiare, e mi chiede di aspettare; seguiranno poi un paio d'incontri sull'elaborazione del lutto, ma mi rendo conto che la rabbia, la paura, il malessere, è da tutt'altra parte, deve aver omesso dettagli importanti, e decido di ritornare a "mi aiuti a trascorrere in serenità gli ultimi anni di vita". Ed ecco che è arrabbiato

con il figlio minore E., che non gli ha permesso di avere ultimi istanti con la moglie, una vita mano nella mano e negli ultimi istanti di vita lui non ha potuto tenerle la mano.

Quinto Colloquio: racconta del loro amore, le difficoltà della vita, la nascita dei figli. A. tiene a specificare: “Figli diversi, esigenze diverse, ma lei è stata una madre e moglie perfetta.”

Sesto Colloquio: è particolarmente affranto, sente la mancanza della moglie, vorrebbe chiederle scusa per la sua debolezza, decido di utilizzare la tecnica della sedia vuota, che se da un lato, migliora nel soggetto la comprensione del funzionamento di sé nelle relazioni interpersonali, dall'altro aumenta la sua capacità di calarsi nella realtà altrui e sviluppa, quindi, la sua empatia. Contribuisce, perlopiù, ad abbassare le difese e a far emergere i contenuti rimossi, negati e rifiutati a livello cosciente. Favorisce, inoltre, l'integrazione di parti scisse e/o in conflitto della personalità del paziente. Spiego come funziona e lo lascio fare, ha qualche difficoltà, guarda me, invece che la sedia, ma pian piano sembra aver capito e si lascia andare. Non proferisce parole, ma un pianto liberatorio. Fa cenno verso la sedia e inizia a raccontarmi da dove c'eravamo interrotti lo scorso incontro.

Il figlio minore dall'età di 20 anni ha sbalzi d'umore, è aggressivo, altre volte depresso, il suo comportamento diventa pericoloso per se stesso e gli altri, “fa uso di droga e alcol e i suoi occhi diventano gialli dalla rabbia e assetati di sangue, ecco perché ci rivolgiamo all'esorcista”. Fanno degli incontri, sono devoti a lui e sanno che può guarire il loro bambino. Sono necessari diversi anni affinché A. e la moglie accettino di contattare uno psichiatra. E. va agli incontri, segue la terapia, sta meglio, ha voglia di lavorare e prendere in mano la sua vita. Respiro di sollievo, il figlio con cui avevano paura di aver sbagliato qualcosa, è finalmente adulto. Ma la tregua non dura. Qualcosa nuovamente non va, “è tornato il diavolo tentatore”, dice; in realtà E. ha ricominciato a far uso di alcool e

cocaina e non prendere gli antipsicotici. Da quel giorno controllerà il figlio, i suoi spostamenti, le sue compagnie ma nulla eviterà incidenti e segnalazioni ai carabinieri, nessuno è disposto a dargli un lavoro, neanche se a garantire è il padre, e E. è sempre più aggressivo e scontroso. L'esorcista non sembra essere di aiuto, E. è sempre più controllante e manipolatore. A. esasperato richiede un trattamento forzato ai carabinieri, ma non ci sono gli estremi per l'allontanamento. Sfiduciati dal sistema e dal volere divino, diventeranno la madre, una serva e il padre, una pedina nelle mani dell'ultimo genito. Non sarà più A. a seguire gli spostamenti del figlio, ma al contrario saranno i genitori a dover giustificare qualunque cosa, ostaggi in casa propria, fin quando arriva il consulto in ospedale e la notizia della malattia della moglie. E. ha difficoltà a comprendere la necessità dei continui ricoveri e controlli ospedalieri della madre, litiga con i fratelli perché non vuole che aghi e terapie si “impossessino” della madre. Quando non c'è più nulla da fare ed è trasferita in ospedale per le cure palliative, A. non può passare con lei neanche una notte perché E. vuole rimanere lì da solo con lei. Ecco la rabbia! Non per la prematura morte della moglie o, meglio, non del tutto, ma per il diritto negato, di tenerle la mano, dopo mesi al suo capezzale e anni al suo fianco. Dopo il funerale ognuno ritorna alla propria vita, A. vorrebbe adesso riconosciuto il diritto di vivere il suo dolore, ma non ha lo spazio necessario, E. è controllante, lui ne ha paura, prova a prendergli in affitto una casa, ma continuava a entrare in casa del padre senza avvisare, giorno e notte. A. dorme poco e male, ha paura, sapeva sarebbe arrivato quel momento: una sera ecco ritornati quegli occhi gialli e assetati di sangue. E. colpisce il padre più e più volte; A. pensa di morire. Le urla allertano i vicini; arrivano i carabinieri, adesso gli estremi per un T.S.O. ci sono. Ed ecco il perché della richiesta d'aiuto. “mi aiuti a trascorrere in serenità gli ultimi anni di vita”, perché da quella sera quegli occhi gialli e assetati di sangue non

lo lasciano né di giorno né di notte.

Risonanza: la sofferenza negli occhi di un uomo anziano.

Ipotesi: lutto e aggressione.

Esplorazione: trauma dell'aggressione subita.

Se il terapeuta ha la flessibilità per assumere una molteplicità di punti di vista differenti da cui osservare le situazioni, e insieme la saggezza per rilevare aspetti positivi non ovvi, ma per lui veri di un certo comportamento, e se, in conformità a tale flessibilità e di tale saggezza, lascia che le sue ridefinizioni spontaneamente si mostrino, la sua ridefinizione non è l'applicazione finalistica di una tecnica, ed egli potrà forse aiutare il suo paziente. (Recalcati, M., 2013.).

Segue la Sentenza del giudice: dichiarato, incapace di intendere e volere sconterà il sequestro e tentato omicidio in C.T.A. per almeno due anni, poi si deciderà come proseguire la detenzione. Il trauma è qui, il nostro percorso va molto a rilento, mi sento a tratti sopraffatta. Chiedo una supervisione, mi è ricordato di stare. E stiamo! Con la mia paura di non fare abbastanza e la sua di addentrarsi nel racconto. Parliamo con la paura, il terrore, il dolore, con il mio sentirmi non all'altezza, chiedermi di più perché lui non perde occasione per ricordarmi che si fida di me e che sa che non ho la bacchetta magica, "ma qualcosa di simile, sicuramente". I ricordi felici sembrano aiutare, così come parlare con la moglie tramite la sedia vuota; sembra a tratti risollevato; a tratti distratto da qualche controllo medico, ma sempre collaborante. La morte della suocera, l'incontro con cognati assenti in questi anni e irrispettosi, problemi con l'eredità negata, i dissapori con il primo genito che sembra preferire gli zii a lui, distrugge l'equilibrio creato a fatica; fa fatica a collaborare, non mi segue, il dolore fisico e la confusione mentale vincono durante i nostri incontri. La nostra barca prende acqua, sento di affogare insieme con lui ed ecco che chiedo di fare una lista di pensieri: li affronteremo uno per volta, la lista rimarrà a me così da non appesantirlo ed evitare di portare

tutti questi pensieri, che non lo rendono lucido e pragmatico, a casa. Non è facile, c'è voluto più di un incontro, ma adesso ha fatto suo questo meccanismo, e di volta in volta modifichiamo la lista tagliando e aggiungendo. Provando a lasciar andare via i pensieri e guardarli andar via come barchette di carta sul mare.

Esplorazione: paura di non essere stato un buon padre, poiché solo uno dei figli non da pensieri.

Ridefinizione: E. ha una patologia psichiatrica, adesso viene fuori che anche il suocero "era strano".

Restituzione: provo a fargli vedere che, come marito e come padre, ha fatto, tutto ciò fosse nelle sue possibilità, amorevole e attento.

Siamo qui: tra rinforzo e accettazione di ciò che non può essere cambiato e l'importanza della lista e del non sovraccollamento di pensieri.

## Conclusioni

Le montagne russe del terapeuta un continuo mettersi alla prova e misurarsi con i propri limiti. Questo mi fa sentire oltre al peso della responsabilità di chi mi trovo di fronte in terapia, la paura di nuocere, la difficoltà a dover stare con la sofferenza e non poterla alleviare nell'immediato, ma anche non doverla alleviare nell'immediato perché è fondamentale concedersi di viverla, attraversarla, porsi e porre le giuste domande. Infatti, quando mi concedo di stare, e la richiesta del -tutto subito - diventa un'eco in fondo alla stanza, riesco a sviluppare gli altri sensi: ponendomi nel sistema mi permetto di vivere certe emozioni; concedendomi di cambiare ipotesi e posizione cambia la possibilità di sperimentazione emotiva; di situarmi rispetto alle mie emozioni e rispetto a quelle degli altri; rispetto ai pregiudizi miei e del paziente; rispetto alla fiducia e alla sfiducia, alla cultura, alla micro-cultura, e al genere. La psicoterapia invoca autenticità e trasparenza, lasciarsi guardare profondamente negli occhi, scrutare l'anima, farsi conoscere e interpretare, anche perché, oltre che ingiusto e

non etico, non è possibile nascondersi di fronte alla persona sofferente, che ha lo sguardo acuto di chi, avendolo già sperimentato, deve proteggersi dalla mancanza, o dall'inganno e dal tradimento. Etica e psicoterapia sono due facce della stessa medaglia: entrambe invocano la necessità della consapevolezza piena del terapeuta dei sottili e delicati sviluppi che accompagnano il suo ingresso nell'intimità dell'altro. La psicoterapia è uno sforzo congiunto

del terapeuta e della persona che a lui si rivolge di costruire insieme un sapere sensato, capace di illuminare le ragioni della difficoltà che ha condotto all'incontro terapeutico, e di riconoscere e accogliere il misterioso e l'insensato. È anche la consapevolezza, nella relazione, che siamo sempre tra il narrare e l'ascoltare, tra il chiedere e l'affermare. Alla pari, sia pure con responsabilità diverse, con il nostro interlocutore.

### **Bibliografia**

- Bandler, R., Grinder, J., *La struttura della magia*, 1981 Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma.
- Madonna, G., *La psicoterapia attraverso Bateson. Verso un'estetica della cura*, 2013 Franco Angeli s.r.l., Milano.
- Recalcati, M., *Il complesso di Telemaco. Genitori e figli dopo il tramonto del padre*, 2013 Universale Economica Feltrinelli/ Saggi, Milano.
- Siegel, D. J., Hartzell, M., *Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori*, 2016 Raffaello Cortina Editore, Milano.

### **Sitografia**

- Bruni, D., *La magia della psicoterapia*, 1 Ottobre 2017, Blog <https://www.danielebruni.it/la-magia-della-psicoterapia/>
- Centro di psicoterapia e psicologia clinica Torino, 2 Ottobre 2018, <https://www.centropsicoterapia.org/2018/10/02/la-stanza-della-terapia/>
- Petrucci, I., *Il legame tra magia e psicologia*, 11 Giugno 2018 <https://www.tragicomico.it/il-legame-tra-magia-e-psicologia/>

# Riflessioni sulle emozioni del terapeuta

Katia Valanzano<sup>8</sup>

## Sommario:

L'autore si interroga a proposito delle emozioni del terapeuta: è opportuno dire che, oltre al paziente, anche il terapeuta viva degli stati emotivi durante la seduta? Le sue emozioni hanno una valenza ai fini del percorso terapeutico? Nel dare seguito a tali riflessioni, l'autore ripercorre l'evoluzione del pensiero della Psicoterapia Sistemica rispetto al ruolo del terapeuta nel sistema terapeutico. La prima cibernetica lo considerava un osservatore esterno, ritenendo ogni aspetto soggettivo o vissuto emotivo qualcosa da non approfondire; con l'evolversi della cibernetica di second'ordine, invece, si è iniziato a considerare il terapeuta parte integrante del sistema, e ci si è interrogati per la prima volta sull'utilità di tenere in considerazione le emozioni del terapeuta nel processo terapeutico. L'autore riflette, poi, sulla distinzione fra le emozioni cosiddette dominanti e quelle tacite, domandandosi se queste abbiano un ruolo in terapia: è possibile che il terapeuta non si renda conto di alcune emozioni emergenti durante una seduta, poiché tenda a coglierne alcune e ad evitarne delle altre? Quale ruolo gioca la sua storia familiare? L'autore riporta, infine, il punto di vista di altri terapeuti intervistati rispetto a tali questioni, giungendo alla conclusione che le emozioni del terapeuta non solo siano fondamentali, ma addirittura necessarie ai fini della terapia.

## Parole chiave:

Emozioni del terapeuta, Sistema emotivo, Prima cibernetica, Cibernetica di second'ordine, Emozioni dominanti, Emozioni tacite.

## Abstract:

The author wonders about the emotions of the psychotherapist: could we say that the therapist, as well as the patient, feels something during a session? His emotions have a value in the course of treatment? Following these reflections, the author reviews the evolution of the Systemic Therapy's thought on the role of the therapist in the therapeutic system. The "first cybernetic" considered the therapist an external observer, and so argued that any subjective aspect or emotional experience could not be investigated; nevertheless, with the evolution of the "second cybernetic", it started to consider the therapist part and parcel of the therapeutic system, and for the first time to talking about the importance of the emotions of the psychotherapist for the therapeutic journey.

After that the author wonders about the differentiation between the "Dominant emotions" and the "Tacit emotions": it is possible that the therapist doesn't perceive an emotion during a session, because he has a tendency to capture some emotions and to avoid any other? Which role plays his family history? Finally the author report the point of view of other therapists and therapist in training interviewed about all of these reflections, and concludes that the emotions of the psychotherapist are not only fundamental but necessary for the therapy's success.

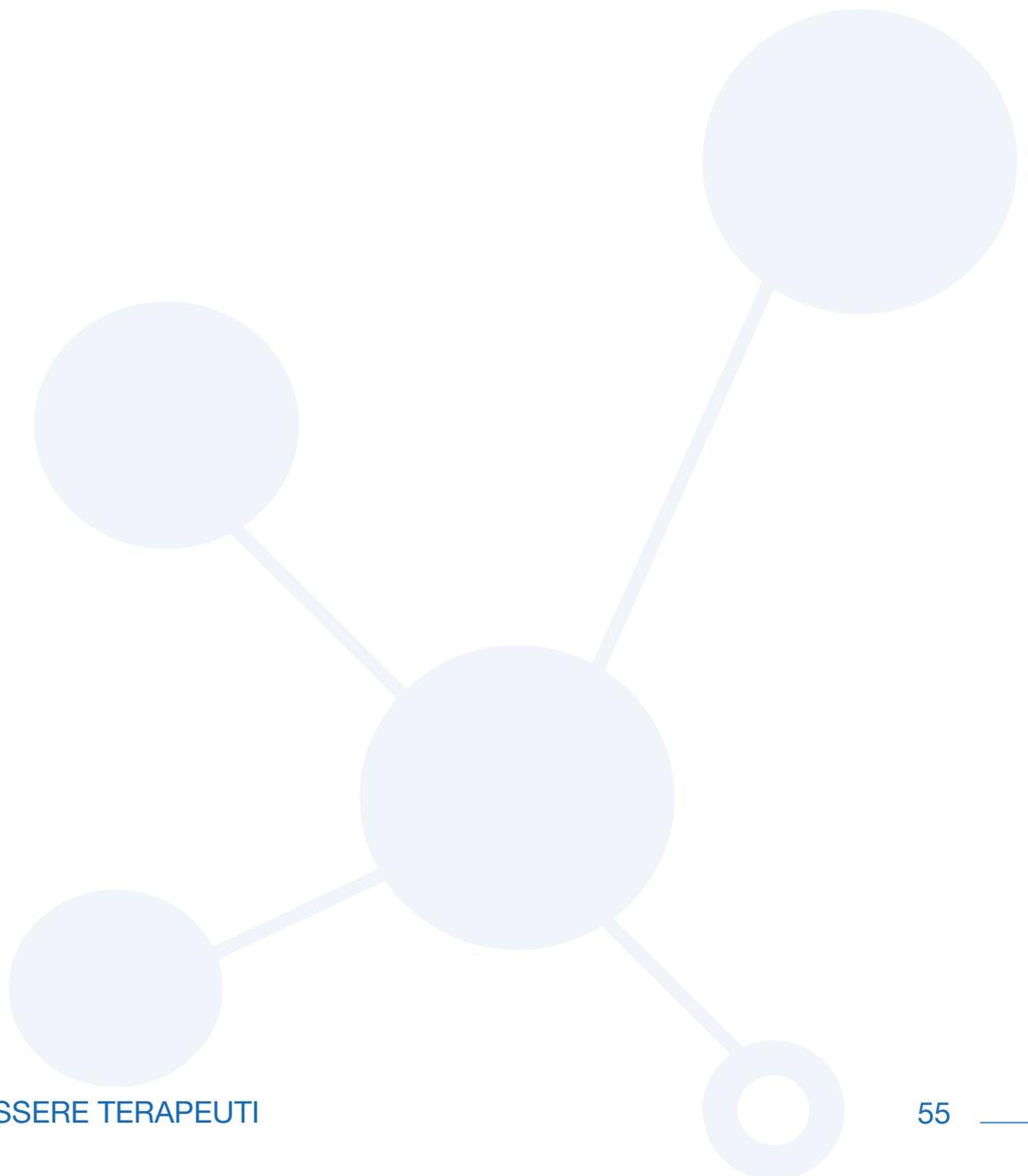
---

8 - Katia Valanzano, I anno della Scuola di Specializzazione IDIPSI, [katiavalanzano@hotmail.it](mailto:katiavalanzano@hotmail.it)

The author, starting from the contributions of various authors, proposes a reflection on the interconnection between magic and psychology, on the fundamental importance of the setting, the therapeutic alliance, the creativity and authenticity of the professional for an effective construction of the patient's self and promotion of change. This article is driven by the fascinating mechanisms that take place in the space between the therapist and the person in front of him. Nothing esoteric, just scientific evidence, but we know that science has not yet explained everything, and in the same way everything is still not explained in psychotherapy, we can only see the result. A clinical case is then reported which allows us to retrace the roller coaster experienced by the therapist in the therapy setting.

**Keywords:**

Psychotherapist's emotions, Emotional system, First cybernetic, Second cybernetic, Dominant emotions, Tacit emotions.



## Introduzione

Questa tesina è frutto di una riflessione iniziata diversi mesi fa, quando, durante uno dei primissimi weekend di formazione qui ad IDIPSI, ebbi l'opportunità di fare alcune simulazioni di sedute di terapia. Io e due mie colleghe a turno rivestivamo il ruolo di terapeuta, paziente e osservatore, e quando fu il mio turno di fare da osservatrice, accadde qualcosa che mi fece riflettere. Inizialmente non lo sapevo, ma la collega, che fungeva da paziente, portò in seduta un suo vissuto personale, e nel raccontarci la sua storia si commosse più volte. La mia reazione fu di commuovermi a mia volta, per cui dopo la seduta iniziai a domandarmi se fosse stato corretto mostrare così apertamente le mie emozioni: in quel momento ero una mera osservatrice, ma cosa sarebbe accaduto se fossi stata io la terapeuta? Mi sarei dovuta comportare in maniera differente?

Da allora ogni simulazione di seduta, ogni genogramma e ogni lezione sono stati per me un'occasione per riflettere sulle mie emozioni e sul modo più "giusto" di gestirle in terapia. I miei didatti mi hanno suggerito alcune letture sul tema, invitandomi a continuare ad interrogarmi su questo aspetto così importante per la costruzione del mio Sé terapeutico, e così ho fatto.

Il lavoro che segue vuole, quindi, essere una sintesi di tutte queste riflessioni susseguitesi nel tempo da quel secondo weekend di formazione ad oggi.

Inizialmente mi soffermerò sull'eventualità stessa che il terapeuta provi e mostri delle emozioni durante le sedute e, su questa scia, su cosa accade quando si lascia che le emozioni entrino in gioco in terapia. Proporrò, poi, il punto di vista della psicoterapia sistemica, soffermandomi su come sia cambiata nel tempo la considerazione delle emozioni all'interno del sistema terapeutico. A seguire, farò una breve riflessione sulla tipologia di emozioni che possono presentarsi in terapia. Infine, poiché grazie a questa tesina ho avuto

la possibilità di confrontarmi con altri colleghi e alcuni didatti ponendo loro le stesse domande che mi sono posta io in questi mesi, riporterò le riflessioni emerse durante le loro interviste.

## Le emozioni del terapeuta

### *Emozioni in terapia*

Innanzitutto, ha senso parlare di emozioni del terapeuta? E se il terapeuta può provare e mostrare delle emozioni nel corso di una terapia, in che modo, ammesso che lo sia, questo può rivelarsi utile ai fini del percorso terapeutico?

Quello che sicuramente mi aspetto che avvenga è che nel corso delle sedute possano venir fuori delle emozioni da parte del paziente, e che il terapeuta in qualche modo lavori con tali emozioni. Di fatti, come premesso da Paolo Bertrando (2014) nella trattazione che fa in merito a questo tema "Il terapeuta e le emozioni", ogni incontro con pazienti è carico di emozioni, anche quando non ne siamo consapevoli e, di conseguenza, è inevitabile che il supervisore districare diventi parte del bagaglio indispensabile a tutti i terapeuti. Quello che però mi domando è se questo carico emotivo sia di proprietà esclusiva dei pazienti. Se così fosse, di fatti supporremmo che i pazienti mostrino esattamente come si sentono, e i terapeuti al contrario tengano sotto controllo la propria spontaneità. La realtà, però, difficilmente è tutto "nero e bianco": i pazienti, infatti, non sempre sono sinceri nel mostrare le loro emozioni, e i terapeuti, ugualmente, potrebbero non essere sempre così controllati. Se ammettiamo che anche i terapeuti possano apportare un carico emotivo alla seduta, allora mi immaginerò che, mentre il terapeuta sarà intento a cogliere qualche emozione nei suoi pazienti, potrebbe capitargli di sperimentare lui stesso un qualche stato emotivo. Così, sia che stia lavorando con una coppia, un paziente o una famiglia, il terapeuta dovrà essere attento a cogliere tanto l'affettività espressa dagli altri presenti che quella esperita da sé stesso.

Bertrando (2014, p.71) a questo proposito scrive: «non sempre sto attento a quel che sento - a meno che, naturalmente, non sia un terapeuta: in quanto tale ho il dovere professionale di rendermi consapevole quanto posso di ciò che sto provando, momento per momento».

Ma da dove scaturiscono esattamente le emozioni del terapeuta? E queste come si collocano all'interno del sistema terapeutico?

### *Il punto di vista della Psicoterapia Sistemica*

Ogni emozione sentita e mostrata da ognuno di noi è la conseguenza e una risposta all'emozione mostrata da qualcun altro, e, insieme, un messaggio più o meno intenzionale inviato all'altro (Bertrando, 2014). Le emozioni, ovvero, essenzialmente creano e modulano una connessione con gli altri. Se ci pensiamo, l'espressione delle nostre emozioni cambia in base al fatto se abbiamo o meno qualcuno a cui mostrarle: prendiamo ad esempio la simpatia, la sua espressione è più intensa se mi trovo di fronte alla persona con cui sto interagendo, piuttosto che se ci sto parlando al telefono o tramite una videoregistrazione; quindi, lo stesso tipo di emozione viene trasmesso in maniera differente a seconda della situazione. In termini Batesoniani potremmo dire che l'emozione trasmette informazioni di relazione e non di contenuto (Bertrando, 2014) e che ogni comunicazione non solo trasmette informazione, ma impone anche un comportamento (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971). Nel momento in cui esprimo un'emozione, questa diventa parte di un sistema emotivo, e tutti coloro che ne fanno parte contribuiscono a definirla: ciascuno risponde in qualche modo alla mia emozione, e l'insieme delle risposte dà a quell'emozione un senso. Si crea, così, una sorta di corrente affettiva, in cui il senso dell'emozione può continuare a cambiare. Le emozioni, quindi, si costituiscono essenzialmente nell'interazione (Bertrando, 2014), potremmo dire che hanno

una natura sociale: si generano dai processi di interazione che la persona intrattiene con l'ambiente sociale, e non sono né una reazione ad uno stimolo esterno, né un riflesso dell'emozione altrui (Mosconi & Bozzetto, 2023). Non si tratterebbe, quindi, di vedere il sistema dal punto di vista emotivo, quanto di concepire le emozioni in chiave sistemica (Bertrando, 2014).

Ma le emozioni in terapia si sviluppano secondo gli stessi modelli di interazione e comunicazione? Cosa avviene in un sistema come quello terapeutico? La cosiddetta "prima cibernetica" considerava il terapeuta un osservatore esterno rispetto al sistema in terapia, escludendo, di fatti, dal campo di osservazione tutti gli aspetti soggettivi e i vissuti emozionali, rilegandoli in una sorta di "scatola nera". Negli ultimi trent'anni, invece, grazie all'influenza dei paradigmi costruttivisti e di quelli della complessità, la psicoterapia sistemica ha vissuto nuove aperture e trasformazioni, che nel loro insieme hanno dato vita alla "cibernetica di second'ordine": si è iniziato a considerare il terapeuta parte integrante del sistema terapeutico e, insieme, co-responsabile dell'evoluzione e degli esiti del processo (Onnis, 2010). Con la "cibernetica di second'ordine", quindi, si apre la "scatola nera" delle emozioni: nel convegno "Emozioni, soggetto e sistema" del 1989 Boscolo, Cecchin, Andolfi, Selvini, Palazzoli e Vella sottolinearono proprio l'utilità di iniziare a tenere in considerazione nel processo terapeutico le emozioni del terapeuta; Bateson in "Verso un'ecologia della mente" descrisse come "mostruoso" il tentativo di separare l'intelletto dall'emozione. Si è passati, quindi, dal ritenere le emozioni elementi disturbanti la conoscenza, di carattere pre-sociale e aventi bisogno di regolazione, a considerarle fatti sociali e culturali e strumenti fondamentali per conoscere il mondo che ci circonda. «Le emozioni del terapeuta sono indicatori del modo in cui egli partecipa attraverso le sue

mappe, sistemi di credenze e di significato alla costruzione della relazione terapeutica» (Mosconi & Bozzetto, 2023) ma il tono emotivo di una seduta, così come le emozioni percepibili nel sistema, dipendono in ugual misura dal paziente e dal terapeuta, che contribuiscono a creare il sistema emotivo stesso. Fare terapia sistemica tenendo conto delle emozioni richiede, quindi, di spostarsi sempre da un piano all'altro: riconoscere l'emozione in me (e nel paziente), e riuscire subito a passare all'altro livello, ovvero comprendere che ciò che sento "mio" è in realtà anche frutto dell'interazione (Bertrando, 2014).

Con tutte queste premesse mi pare evidente che un requisito essenziale per il terapeuta sia quello di esercitare un'adeguata regolazione delle proprie emozioni, ovvero, egli dovrebbe imparare a lavorare nell'intersezione tra ciò che lo costituisce del suo passato ed il contesto presente della terapia, senza lasciare che le emozioni evocate dal sistema terapeutico prendano il sopravvento (Onnis, 2010). Nella terapia con la famiglia, infatti, il terapeuta può rivivere alcune tensioni sperimentate nella propria, vivendo emozioni che possono ostacolare il corretto svolgimento della terapia, se non adeguatamente controllate attraverso l'analisi delle storie vissute nella propria famiglia (Mosconi & Bozzetto, 2023). Se il terapeuta non è in grado di riconoscere gli elementi della propria storia evocati ed amplificati dall'incontro con il paziente, non potrà che essere invaso dall'intensità della propria reazione emotiva. Ma in che modo avviene, precisamente, questa attivazione del terapeuta? Questo vive un'esperienza presente, che richiama a livello subcorticale la memoria emotiva implicita di un'esperienza simile vissuta in passato. Per riuscire ad esserne pienamente consapevole, è necessario che egli riconosca tale similitudine anche a livello corticale, riuscendo a dare un significato alla valutazione effettuata al livello sottostante; e se la capacità di distinguere le differenze dipende dall'eventualità di

riconoscere le somiglianze, allora l'unico modo per acquisire un'adeguata regolazione delle proprie emozioni è, necessariamente, quello di appropriarsi il più possibile della propria storia familiare (Onnis, 2010).

#### *Emozioni dominanti e tacite*

Ora che abbiamo visto cosa può accadere in termini emotivi all'interno del sistema terapeutico, mi chiedo se ci siano delle emozioni che si manifestano con maggiore frequenza rispetto ad altre. Secondo Bertrando (2014) le emozioni si possono suddividere in due categorie: quelle cosiddette "dominanti", che per le persone fungono da attrattori, ovvero fanno sì che intorno ad esse si organizzi la personalità dell'individuo; e quelle "tacite" che per l'individuo agiscono, invece, da repulsori, ovvero respingono sullo sfondo sé stesse e tutte le idee e strutture cognitive a sé connesse. Levy (1984) parla di ipercognizione ed ipocognizione delle emozioni, laddove: nel primo caso le emozioni sono scelte, definite e conosciute attraverso il discorso; nel secondo non vengono considerate, al contrario, sono rilette nel novero della conoscenza tacita e dei processi inconsci (Bertrando, 2014). Sulla base di tali premesse potremmo dire che ci sono emozioni che notiamo subito, in quanto ci attraggono con forza, ed altre che faticiamo a percepire, poiché vengono rilette sullo sfondo della nostra consapevolezza. Allora mi chiedo: è possibile che anche in terapia qualche emozione sfugga alla nostra comprensione?

E in questo processo di riconoscimento emotivo quale fattore gioca la nostra storia passata?

Bateson ha definito questo tipo di processi l'"ethos" di una cultura, ovvero l'espressione di un sistema culturalmente standardizzato di organizzazione degli istinti e delle emozioni degli individui (Bertrando, 2014). Quindi, quando mi trovo di fronte ad un paziente la prima cosa che dovrei chiedermi è: condividiamo lo stesso sistema culturale? Se ammettiamo che ci siano

delle differenze culturali fondamentali tra gli individui, come possiamo intervenire senza incorrere in errori di valutazione? E sulla scia della possibilità di somiglianza e differenza, mi chiedo: ci sono pazienti con cui siamo più affini rispetto ad altri? Sembrerebbe che la migliore combinazione di paziente e terapeuta, perlomeno in terapia individuale, sia quella emotivamente complementare, ovvero più sono le somiglianze e minori sarebbero le possibilità di creare differenze terapeuticamente significative. Per quanto riguarda le terapie familiari, invece, la compatibilità dipenderebbe dalle emozioni dominanti e tacite nel sistema sovraindividuale (Bertrando, 2014).

### **Confronto fra terapeuti in formazione (e non)**

#### *L'intervista*

Come già anticipato nell'introduzione, questa tesina mi ha permesso di confrontarmi con altri terapeuti, in formazione e non, sulle questioni su cui mi sono più interrogata. Ragion per cui, ho delineato una breve traccia di intervista da poter proporre ad alcuni colleghi frequentanti i diversi anni della Scuola di Specializzazione IDIPSI, e qualcuno tra i didatti che ho avuto modo di incontrare durante questo primo anno. Ho intervistato, in totale, dodici terapeuti: due colleghe del I anno, tre del II, tre del III, una del IV, due didatti e un allievo didatta. Le domande che ho proposto loro hanno riguardato, naturalmente, le questioni finora discusse: Cosa ne pensi delle emozioni del terapeuta? Pensi che alcune emozioni siano più presenti di altre? Dove hanno origine, secondo te, queste emozioni?

Dal confronto con altri colleghi ho potuto raccogliere molteplici e interessanti riflessioni, alcune del tutto inaspettate, che riporterò brevemente di seguito.

#### *Riflessioni sulle emozioni del terapeuta*

Innanzitutto, i terapeuti intervistati quale considerazione hanno delle emozioni

del terapeuta? Di comune accordo, che sono di fondamentale importanza, se non necessarie, all'interno del sistema terapeutico: se il terapeuta non prova emozioni, allora c'è qualcosa che non va, vuol dire che si sta lavorando nel modo sbagliato, o che addirittura non siamo la persona giusta per quel paziente. Per qualcuno le emozioni sono definibili il "pane" del terapeuta, segnali grazie ai quali è possibile guidare la terapia. Questo perché non possiamo sapere fino in fondo cosa sta provando l'altro, ma disponiamo di un'importante informazione di prima mano: ciò che sentiamo noi stessi. Le emozioni sono, quindi, "l'unico metro" di cui disponiamo per entrare in relazione con l'altro, e possiamo farlo condividendo ciò che proviamo con il paziente, in quanto le emozioni sono quel filo che ci permette di avvicinarci, connetterci e sintonizzarci con quest'ultimo. C'è chi lo dice espressamente "Sai, mentre mi raccontavi questo, ho avvertito quest'emozione, cosa ne pensi?"; c'è chi, invece, agisce affinché il paziente senta che c'è un'emozione da parte sua, magari con un abbraccio, una carezza o un pianto condiviso, perché il paziente si sente bene anche quando il terapeuta manifesta la sua emozione, addirittura la accoglie; e c'è chi, al contrario, è più cauto ed attento dal mettersi troppo in gioco, perché considera le proprie emozioni "un'arma a doppio taglio", mostrando qualcosa di sé stesso, che alcuni pazienti potrebbero usare a proprio vantaggio. Si può condividere anche l'assenza di emozione, ritenendo che il fatto di non emozionarci nell'ascoltare il racconto dell'altro possa essere sintomo di una mancata connessione da parte del paziente con la propria parte emotiva. Rimandare al paziente le proprie sensazioni ci consente di fare da specchio a ciò che ci arriva in seduta, fungere da "re-review", e aprire nuovi scenari e possibilità di lettura per chi abbiamo davanti.

Le emozioni ci "traghettano" in una direzione piuttosto che in un'altra, verso certe domande

invece di altre. In fondo ogni informazione ricavata in seduta è un'inferenza, ad eccezione di ciò che sente il terapeuta; per quanto, infatti, le emozioni siano difficili da definire, pertinenti come sono al dominio del non verbale o paraverbale, quello che Bateson e Watzlawick (Bertrando, 2014) chiamano analogico, sono comunque una notizia sufficientemente certa da cui poter partire per costruire un'ipotesi di lavoro. Da un punto di vista sistemico un'emozione è un'ipotesi, ma che si formula a tutt'altra velocità rispetto a un'ipotesi cognitiva, dal momento che il processo di "appraisal emotivo" avviene molto più rapidamente. Le emozioni possono essere considerate delle ipotesi perché ti fanno prendere una direzione che potrebbe essere tanto giusta quanto sbagliata perché, se è vero che i segnali verbali sono i più facili da falsificare, quelli non verbali sono i più ambigui e difficili da valutare (Bertrando, 2014). E come ci sta il terapeuta in questo mare di incertezze? Non poter prevedere fino in fondo ciò che accade durante le sedute è insieme la "fatica" e "il bello" della terapia sistemica: il non spaventarsi, ma farsi guidare da ciò che si prova; dargli un senso, lasciando che le emozioni aprano a nuove ipotesi e nuovi orizzonti. La terapia di fatti avviene nella relazione tra paziente e terapeuta, quindi è impensabile aspettarsi di riuscire a controllare tutto ciò che di emotivo avviene nell'uno, nell'altro e in uno "spazio" terzo, che è il frutto del loro incontro. Le emozioni si creano proprio nello spazio con l'altro, altrimenti perché sentiremmo cose diverse di fronte a storie molto simili fra loro? Per quanto noi entriamo in stanza con il nostro pacchetto, il nostro vissuto, molto dipende da chi ci troviamo di fronte: può esserci il paziente con cui ci sentiamo più sintonizzati, e quello che tocca un tema che in quel momento proprio non vogliamo affrontare, condizionando, così, il modo in cui ci rapportiamo con lui. E la sintonia con il paziente passa proprio dalle emozioni: il terapeuta sente che qualcosa risuona nel paziente, perché è egli stesso ad emozionarsi, così come si accorge

se qualcosa non sta sortendo effetto, perché non c'è emotività.

Qual è, quindi, il ruolo del terapeuta all'interno della relazione terapeutica? Quello di scavare dentro il contenuto emotivo della seduta, al fine di distinguere tra la parte di sé che è stata attivata e il carico apportato dal paziente; il rischio, infatti, è di fondere le due parti e di non rendersi conto di quanto quel pezzetto sia nostro piuttosto che dell'altro. Mi sono immedesimato troppo? Mi sono lasciato invadere dalle emozioni dell'altro? In questo senso diventa fondamentale per il terapeuta raggiungere un buon grado di consapevolezza delle proprie emozioni, e capire quali sono i propri limiti, "quale navigazione" è troppo lontana da lui. Si potrebbe pensare di dover essere consapevoli soprattutto delle emozioni negative, ma le emozioni positive in terapia, come la gioia, l'interesse o un senso di affiliazione, possono essere ancora più insidiose. Di fatti, se mi sincronizzo con un paziente ansioso, depresso o rabbioso, sento subito che nella mia emozione qualcosa non va, di essere caduto in una sorta di trappola emotiva, mentre se la sincronia avviene con emozioni "positive" ho più difficoltà a riconoscerlo (Bertrando, 2014). In che modo il terapeuta può acquisire consapevolezza delle proprie emozioni? Mettendo in discussione la propria storia perché, se è vero che navigare in terapia è faticoso, è vero anche che l'unico modo per farlo è acquisire sempre più strumenti, e come afferma uno dei fondatori della psicoterapia sistemica, Jay Haly (1997), il terapeuta è lo strumento per eccellenza, mediante il quale le tecniche terapeutiche si esprimono, anche se «talvolta questo strumento presenta dei problemi, per l'intensità delle emozioni che, in seduta, egli può provare» (Onnis, 2010, p.13). "Alla fine la nostra storia è un po' la tara di quello che viviamo nell'esperienza dell'altro". Anche quando il vissuto del paziente è, apparentemente, molto lontano dal nostro, può esserci un pezzetto che ci risuona familiare, e

che possiamo usare per comprenderlo. È come dire: “se fossimo degli alieni, non potremmo fare i terapeuti”, perché senza la nostra esperienza, non avremmo modo di comprendere l’altro.

### *Le emozioni dominanti in terapia*

Cosa ne pensano, invece, i terapeuti che ho intervistato delle emozioni dominanti e tacite in terapia? Che hanno molto a che vedere con lo stile del terapeuta, ovvero quali emozioni è in grado di padroneggiare meglio e in quali situazioni è più “padrone” della “navigazione”; come se ogni terapeuta si mettesse nelle disposizioni affettive che meglio si adattano alla sua storia, senza che in questo ci sia alcunché di prescritto dalla teoria (Bertrando, 2014). Dalle interviste sono emerse diverse emozioni dominanti. Innanzitutto, l’ansia, la preoccupazione e la paura legate alla responsabilità avvertita del proprio ruolo: “Personalmente provo tantissime emozioni in terapia, ma nel momento in cui il paziente entra mi agito, perché devo guardare come si comporta, come si siede, e soprattutto devo essere accogliente, devo calarmi nella parte del terapeuta”; “Sono in grado, non sono in grado, sono abbastanza per questa storia che mi stan portando?”; “Sento la preoccupazione di saper gestire le emozioni che ci sono in mezzo alla relazione”; “La paura di poter nuocere a quella persona che è venuta affidandosi a te, la paura di sbagliare”; “Prima di tutto l’ansia, io ho un’ansia terribile di dire sto facendo bene, sto facendo male, sono veramente efficace oppure sto esagerando e non mi sto regolando bene sull’altro?”. Poi mi è stata condivisa la felicità “di poter dare una mano”, di “esserci” per l’altro, di poter condividere l’emozione del paziente. Accanto alla felicità mi è stata descritta l’euforia del terapeuta, intesa come curiosità, voglia di sapere, di indagare, a volte così forte da dover essere frenata, per lasciare spazio al silenzio e al fluire lento del paziente. Un’altra emozione condivisa dai terapeuti durante le interviste è la tristezza,

mista alla tenerezza e alla “compassione per la sofferenza dell’altro”, anche nell’immaginarsi come saremmo al suo posto. La rabbia, descritta anche come fastidio, emerge poi in relazione a diversi aspetti propri della storia dei terapeuti: il desiderio di indipendenza e autonomia; la volontà di riscatto per la persona che è stata ferita; la cecità delle famiglie di fronte al loro comportamento disfunzionale; la rabbia come risposta protettiva, per dire “io esisto, e ho il diritto di avere il mio spazio e di soddisfare i miei bisogni”. Emergono, infine, il senso di colpa, la solitudine e la noia, che tra tutte è quella che ha più attirato il mio interesse. Mi è capitato, infatti, di sperimentare una profonda noia nell’ascoltare le parole del paziente, quasi ad addormentarmi. La noia può essere fraintesa come assenza di emozioni, ma non possono esserci terapie senza emozioni, perché non c’è terapia senza relazione e senza che si costituisca un sistema relazionale, e quindi emotivo. Nell’ottica sistemica la noia è ritenuta sintomo di slittamento, ovvero, nel momento in cui il terapeuta si annoia, non è più curioso, ha in mente una narrazione prevedibile e non riesce ad individuare storie alternative (Bertrando, 2014).

### **Conclusioni**

Quali conclusioni trarre da tutte queste riflessioni? Sicuramente, ripensando a quella simulazione di febbraio, mi sento di dire di non aver sbagliato nel mostrare la mia emozione all’altro. Certo in quel momento non ero la terapeuta e quella non era una vera seduta, però, immaginando che lo fosse, penso che avrei potuto usare la mia emozione per guidare la terapia e creare una relazione con il paziente, piuttosto che nasconderla.

Condivido, poi, quanto detto finora sull’importanza per il terapeuta di appropriarsi della propria storia familiare. Da quando abbiamo iniziato a lavorare sui genogrammi, ho pensato e ripensato a quando avrei esposto il mio al gruppo, perché è qualcosa che mi

terrorizza; e ho capito che la mia paura non è legata tanto al doverlo condividere con così tante persone, quanto proprio al fatto di dover affrontare la mia storia, di doverla fare riemergere in superficie, per poi “rivoltarla come un calzino”. Tuttavia, se c’è una cosa che il lavoro fatto con questa tesina mi ha insegnato, è che è necessario farlo, se voglio riuscire davvero ad aiutare l’altro. In fondo come posso chiedere a un paziente di calarsi nel suo passato, se non lo faccio io per prima? Diciamo che, così com’è avvenuto per altri terapeuti che ho intervistato, e accaduto nella stessa Psicoterapia Sistemica, la mia considerazione delle emozioni del terapeuta ha attraversato due fasi: una prima, simile a quella della prima cibernetica, nella quale le emozioni costituivano un impedimento, qualcosa di non necessariamente utile ai fini del lavoro terapeutico, il segno di un’eccessiva emotività che andava controllata; ed una seconda, più in linea con la cibernetica di second’ordine, nella quale le emozioni sono diventate la mia bussola, qualcosa di cui non aver paura, ma a cui affidarmi, le mie migliori alleate.

Come disse L. Boscolo (2008) «il più importante cambiamento in me come terapeuta è stato la scoperta del potere delle emozioni» (Mosconi & Bozzetto, 2023). Non ritengo più che la mia emotività sia qualcosa da tenere a stretto guinzaglio, però che in qualche modo vada gestita e penso che sarà proprio su questo che verterà il mio lavoro d’ora in avanti.

Rispetto alle emozioni dominanti e tacite del terapeuta, mi domando quali possano essere le mie, e in che modo queste possano condizionare il mio lavoro. Così come mi chiedo “quali sono i miei pazienti?”; ma per rispondere a questi quesiti penso che avrò bisogno di tempo ed esperienza. Del resto, il fatto che al termine delle interviste molti miei colleghi si siano resi disponibili a discutere ancora dell’argomento, mi fa pensare che il tema delle emozioni del terapeuta sia così vasto da non potersi esaurire in questa sede, e che in qualche modo questi interrogativi ci accompagnino lungo tutto il nostro percorso.

## **Bibliografia**

- Bertrando, P. (2014). *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Milano: Raffello Cortina Editore.
- Mosconi, A., & Bozzetto, I. (Giugno 2023). Le emozioni in terapia. *La Rivista Telematica del Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, 13.
- Onnis, L. (a cura di). (2010). *Lo specchio interno. La formazione personale del terapeuta sistemico in una prospettiva europea*. Milano: FrancoAngeli.
- Watzlawick, P., Beavin, L. H., e Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

# Terapia familiare: che diavolo è?

Agata Delfina Ruggero<sup>9</sup>

## Sommario:

Chi è nato nel corso degli anni '90 è un millennial, e questo ha tutta una serie di implicazioni culturali, a partire da infanzia e adolescenza vissute a cavallo di una rivoluzione tecnologica e inevitabilmente a contatto con nuove forme di informazione e di intrattenimento. Sui nostri schermi arrivavano gli anime giapponesi e, parallelamente, programmi a stelle e strisce. Tra i vari prodotti pop, ce n'è uno che intreccia il mondo dell'intrattenimento con quello della psicoterapia: I Simpson. Questa popolare famiglia ci offre la possibilità, con le sue vicende e vicissitudini, di entrare con loro in una stanza di terapia familiare. L'episodio di riferimento, "Terapia Familiare", è antecedente la serie e fa parte de I corti che andarono in onda al Tracy Ullman Show tra il 1987 ed il 1989. Così i membri della famiglia Simpson trovandosi davanti alla porta di uno studio di uno psicologo sulla quale c'è scritto "Terapia familiare" si chiedono "che diavolo è?".

La prima parte dell'elaborato tenta di trovare risposta a questa domanda. La seconda parte apre la prospettiva: non c'è solo la famiglia ma anche il terapeuta, e da questo incontro si genera un sistema emotivo entro cui le emozioni che emergono assumono un significato relazionale.

## Parole chiave:

Simpson, terapia familiare, emozioni, famiglia, terapeuta.

## Abstract:

People born in the 90's are known as Millennials. Starting from childhood through to adolescence, life for them comes with a series of cultural implications, lived somewhere between technological revolution and inevitably coming into contact with new forms of information and entertainment. On our screens nowadays, we often see Japanese anime coupled with US star-spangled programmes, which create a wide variety of pop products that intertwine the separate worlds of entertainment and psychotherapy. The most prominent and obvious of these is the hugely popular show, The Simpsons. This fictional family gives us the chance, with its stories and vicissitudes, to be with them in a room each week for family therapy. Even though it had only humble origins as one of the shorts that formed a popular part of the Tracy Ullman Show, broadcast between 1987 and 1989, it, more than any other, and entitled "Family Therapy", is a prime example of the technological/psychotherapy overlapping previously mentioned. The show opens with a scene of the Simpson family members all facing the door of a psychologist's office with "Family Therapy" written on it and each family member looking at each other and then collectively asking, "What the hell is this?".

## Keywords:

Simpsons, family therapy, emotions, family, therapy.

---

9 - Agata Delfina Ruggero, I anno – scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico Integrata E-mail: agata.ruggero@gmail.com

### La seduta Simpson (prima parte)

I Simpson arrivano davanti alla porta dello psicologo e subito Bart e Lisa incalzano Homer sul suo tradimento: che diavolo è questa terapia familiare, aveva detto che sarebbero andati a prendere un gelato! Homer ammette noncurante di aver mentito, Marge mantiene il silenzio sferruzzando e Maggie, come sempre, non parla. È così che vengono accolti dal dottor Sherwood che inizia chiedendo loro cosa li abbia portati in terapia familiare.

Parafrasando le parole di Boscolo e Cecchin (Malagoli Togliatti, Telfener, 1983, p. 90) la famiglia ricerca la terapia nel momento in cui tutti i tentativi di soluzione del problema sono falliti e, a questo punto, i tentativi stessi sono diventati parte del problema e la soluzione descritta come un sintomo. Il terapeuta, quindi, deve partire dalla fine: perché la famiglia ha bisogno di terapia? Perché la soluzione è diventata essa stessa un sintomo?

È Homer il primo a rispondere dicendo che tutti lo stanno facendo impazzire e seguiranno Bart e Lisa con una gran caciara a dire “dà sempre la colpa a me”, “c’è sempre qualcosa che non va con me” e persino un “magari fossi orfana” che riceverà un rimproverante “Lisa!” dal padre.

Tutto questo contrapposto al laconico sferruzzamento di Marge.

La tensione diminuisce grazie a Bart che, attirato dalle mentine sul tavolo ed invitato dallo psicologo a prenderne una, inizia a mangiarne a piene mani.

È a questo punto che Homer svuota il sacco su quello che sembra essere il problema principale di questa famiglia: “non ridiamo più, dottore”.

E Bart e Lisa avvallano la sua affermazione: “puoi dirlo forte”, “quando Homer ha ragione, ha ragione”, “per una volta il vecchio dice il giusto”. Ed è qui che Homer infuria urlando “Silenzio”. La rabbia di Homer pervade la comunicazione, ritorna per la seconda volta ad essere protagonista, ed è così che interviene il terapeuta ponendo il focus proprio sulle emozioni un po’ troppo ostili e invitando ad un

respiro profondo.

Neanche il tempo di riaprire gli occhi che Bart riprende a mangiare con voracità le mentine.

Lo psicologo interviene chiedendogli se non ne avesse mangiate abbastanza e Bart risponde con uno sfidante “non finché la ciotola non è vuota!”.

Siamo appena all’inizio della terapia familiare dei Simpson e non possiamo esimerci dal chiederci anche noi, ma cosa diavolo è la terapia familiare?

### *Cibernetica di 1° e 2° ordine*

Negli anni ‘50 i terapeuti della famiglia facevano riferimento al modello teorico della prima cibernetica definita dal suo fondatore, Norbert Wiener, come “lo studio dei messaggi, e particolarmente dei messaggi di comando”. In altre parole, affinché una macchina funzioni efficacemente in un ambiente esterno variabile, è necessario che essa riceva una retro-informazione sull’informazione in uscita, che a sua volta diventa parte integrante dell’informazione su come debba continuare ad operare. Una sorta di raccomandata con ricevuta di ritorno. «Questo comando della macchina sulla base del suo funzionamento effettivo anziché del suo comportamento *previsto* è conosciuto come *retroazione (feedback)*.» (Wiener, 1966, p. 26-28)

La retroazione positiva è generatrice di cambiamento in quanto il ritorno dell’informazione aumenta la deviazione del sistema rispetto al proprio stato iniziale; nella retroazione negativa, invece, il rientro dell’informazione riporta il sistema al suo stato iniziale e diminuisce la deviazione (omeostasi).

Il concetto cibernetico di omeostasi verrà ripreso in quello di omeostasi familiare ovvero «la famiglia si organizza come un sistema stabile, in cui i comportamenti e le interazioni dei suoi componenti, compreso il paziente designato e il suo comportamento patologico, sono tali da mantenere uno status quo tipico della famiglia, e da tendere a ristabilirlo quando

si verifica qualche cambiamento, come può avvenire attraverso la terapia di un membro.» (Malagoli Togliatti, Telfener, 1983, p. 18).

La prima cibernetica escludeva dal campo di indagine sia la sfera emotiva che cognitiva, in linea con il principio comportamentista di scatola nera. Del sistema viene trascurata la struttura interna: sia i processi mentali in generale che «gli aspetti semantici della comunicazione, intendendo con ciò i processi attraverso i quali gli individui percepiscono, categorizzano, interpretano il proprio comportamento e quello degli altri attori sociali.» (Ugazio, 1985, p. 86).

L'interesse è quindi rivolto agli output in risposta a determinati input esterni e così anche la terapia è vista come una serie di interventi, ovvero input immessi nella scatola nera, «la famiglia viene sottoposta a stimoli interni ed esterni volti al cambiamento e reagisce selezionando le informazioni nel tentativo di mantenere la propria stabilità.» (Malagoli Togliatti, Telfener, 1983, p. 32)

Tuttavia, come proposto da Dell, il concetto di omeostasi, considerata come qualcosa che mantiene lo status quo, non è sufficiente per spiegare come il sistema evolve verso differenti modi. «Quando un sistema è perturbato, questo tende a ricercare uno stato stabile che è sempre leggermente differente dal precedente, quindi l'omeostasi deve essere intesa in senso evolutivo. Anche il concetto di feedback deve essere inteso, secondo Dell, in senso evolutivo, come un elemento che può spingere il sistema come insieme ad evolversi. Il concetto di feedback evolutivo (...) sottolinea non la stabilità e l'omeostasi di un sistema ma l'idea del cambiamento discontinuo: il sistema funziona con fluttuazioni in un campo di stabilità, entro il quale le fluttuazioni vengono attenuate e il sistema rimane più o meno immutato. Se la fluttuazione si amplifica, essa può uscire dall'esistente campo di stabilità e condurre l'intero sistema in un nuovo campo dinamico di funzionamento.» (Malagoli Togliatti,

Telfener, 1983, p. 19). Ci si muove quindi verso la seconda cibernetica, che nasce nei primi anni '60 del secolo scorso con Maruyama e i concetti di morfostasi e morfogenesi.

«Il processo morfostatico si riferisce a quei processi nei complessi scambi sistema-ambiente, che tendono a preservare o mantenere la forma, l'organizzazione e lo stato dato del sistema. La morfogenesi si riferisce invece a quei processi che tendono ad elaborare oppure mutare la forma, la struttura o lo stato dato del sistema» (Malagoli Togliatti, Telfener, 1983, p. 22).

Il processo morfogenetico apre le porte all'ipotesi per cui modificando le relazioni tra i componenti di un sistema, questo possa modificare la propria struttura di base. «La famiglia (...) è vista come un sistema vivente, aperto sia all'interno che all'esterno, con funzioni di integrazione e mediazione tra i due livelli dell'organizzazione sistemica: quella sovraindividuale e quella dei suoi componenti individuali» (Malagoli Togliatti, Telfener, 1983, p. 23). Da un lato si riqualifica il soggetto considerandolo attivo, in grado di rappresentarsi l'ambiente e non semplicemente di reagirvi. «Si ritiene, in altre parole, che il soggetto non rifletta semplicemente la realtà esterna, ma la filtra attraverso premesse, costrutti, sistemi di credenze e sia in grado di organizzare il proprio comportamento alla luce di intenzioni, scopi, piani e strategie.» (Ugazio, 1985, p. 80)

Al contempo, però, ciascun membro di una determinata famiglia è tale proprio perché condivide con gli altri membri un certo modo di organizzare la realtà.

Così la terapia diventa un processo che permette alla famiglia di riorganizzarsi secondo modalità più funzionali e acquisisce importanza esaminare i rapporti tra gli aspetti individuali e le premesse condivise.

*Ma il terapeuta è dentro o fuori il sistema?*

La prima e la seconda cibernetica portano rispettivamente una diversa concettualiz-

zazione del rapporto tra osservatore e sistema osservato.

Con la prima cibernetica il terapeuta è pensato come esterno rispetto al sistema osservato, alimentando l'idea che a questa posizione di potere corrispondesse un controllo unilaterale sul sistema osservato.

Una bellissima citazione è quella di Keeney che parla di terapeuta e paziente come due scatole nere a confronto, difatti le rispettive soggettività vengono poste tra parentesi.

I fenomeni mentali ed i processi di costruzione di significato e intenzionalità, cioè processi relazionali, vengono esclusi dal campo di indagine e quello che rimane è un terapeuta considerato nella posizione ideale per individuare le ridondanze del sistema, concentrato sull'uso di interventi prescrittivi (controparadossi, rituali, prescrizioni comportamentali) e scarsamente interessato all'interazione tra sé ed il sistema osservato, se non per gli aspetti di controllo della relazione e per garantire il mantenimento della propria presunta posizione di privilegio evitando di collegarsi troppo strettamente al sistema.

Con la seconda cibernetica viene ridato spazio e valore ad entrambi i sistemi coinvolti nella relazione terapeutica, abbandonando l'idea della scatola nera. Nello specifico si modifica la concettualizzazione del sistema osservato che viene ora pensato nella sua complessità quindi non solo come reagente all'ambiente, ma considerandolo attivo, in grado di setacciare la realtà attraverso le maglie delle proprie premesse, costrutti e sistemi di credenze.

L'organizzazione di questi eventi mentali viene considerata al pari dei comportamenti e quindi caratterizzata da processi ricorsivi di feedback. Per quanto concerne il terapeuta, invece, non è più pensato come esterno bensì connesso con il sistema osservato. Questo porta ad una ridefinizione del concetto di obiettività. Se finora la si considerava raggiungibile riducendo artificialmente le interazioni fra sistema osservato e sistema osservante, la seconda

cibernetica evidenzia una sua irraggiungibilità: ciò che finora era stato definito "obiettivo" altro non era che una reificazione della realtà attraverso l'osservatore, ne consegue che per avvicinarsi ad una comprensione del sistema osservato è necessario includere nell'analisi le interazioni tra i due sistemi ed il ruolo del terapeuta che co-costruisce la realtà di cui è parte. «Questi presupposti comportano (...) un passaggio dell'attenzione dalle interazioni comportamentali ai rapporti fra pattern comportamentali ed eventi non osservabili dell'interazione (premesse mentali, scopi, stati emotivi, etc.), dalla famiglia ai rapporti individuo-famiglia e famiglia-terapeuta.» (Ugazio, 1985, p. 81). Infine, come suggerito da Restori (Restori, 2019) potremmo pensare ad una nuova epistemologia sistemica di terzo ordine in cui l'esperienza dell'altro diventi occasione di vedere un'immagine di noi che non conosciamo, generando una sorta di psicologia al contrario.

### **La seduta Simpson (seconda parte)**

Eravamo rimasti a Bart e le manciate di mentine tuffate in bocca. È Homer ad intervenire chiedendogli con tono di rimprovero di rimetterle a posto, e Bart fa l'unica cosa possibile per eseguire alla lettera la richiesta del padre: le rigurgita nella ciotola. Così entrano in gioco il disgusto di Lisa e la rabbia del terapeuta, "piccolo insolente hai rovinato l'intera ciotola" dirà. Lisa interviene in difesa del fratello rivolgendogli al terapeuta un deciso "non parlare così di mio fratello, imbecillone" e sferrandogli un calcio al ginocchio. La rabbia aumenta: il terapeuta impreca contro questi brutti mocciosi psicopatici, Homer si erge a protettore di Lisa, si alza in piedi carico di rabbia e agitando il pugno si rivolge al terapeuta dicendogli "nessuno parla così a mia figlia", il terapeuta risponde alla minaccia "ah sì? Che fai ora? Il prepotente con me come con i tuoi figli?". Bart afferra la sua arma giocattolo e dopo aver espresso il proprio disappunto "non ci piace, signore", inizia a sparare le freccette a ventosa addosso

al terapeuta. Questo fa un respiro spazientito e nel mentre Lisa gli taglia la cravatta. Marge esce dalla sua laconicità con un'espressione sorpresa e preoccupata. A questo punto il terapeuta esasperato invita la famiglia ad uscire dal proprio studio, sbattendo la porta dietro le loro spalle. I Simpson sobbalzano per il rumore e poi scoppiano tutti in una gran risata.

La seconda parte del video ha un ritmo più cadenzato: entrano in gioco le emozioni con espressioni e reazioni che saltano dall'uno all'altro, in una sorta di tennis emotivo e relazionale. Siamo arrivati alla fine della terapia familiare dei Simpson e rimangono appese alcune riflessioni: cosa sono le emozioni? Come entrano in gioco nella relazione e soprattutto nella relazione terapeutica?

Quando si parla di emozioni ci si trova davanti a luoghi comuni: «che siano fatti esclusivamente interiori, riflessi di profondità inconsce; che le loro radici siano biologiche, perciò impermeabili alla cultura; che siano irrazionali, prive di ogni senso logico; che la differenza fra emozioni maschili e femminili sia chiara e univoca; che rivelino incontrovertibili realtà cliniche; che si possano distinguere terapie o sedute emotive, ricche di emozioni, da altre non emotive.» (Bertrando, 2014, p. 8)

Queste definizioni rischiano di diventare il pregiudizio con cui ci accostiamo alle emozioni in quanto terapeuti. È necessario un salto concettuale che permetta di abbandonare l'idea dell'emozione come «una "cosa", una sorta di oggetto, evidente per sé come sono evidenti – per dire – un tavolo, un tramonto o un gatto» (Bertrando, 2014, p. 20) e passare ad una lettura sistemica che veda ogni sistema umano anche come un sistema emotivo.

#### *Sistema emotivo*

«Ogni emozione viene da qualche parte e va da qualche parte, intendendo che ogni emozione sentita e mostrata da ognuno di noi è – almeno fino a un certo punto – una conseguenza e una risposta all'emozione mostrata

da qualcun altro, e insieme un messaggio, più o meno intenzionale, inviato ad altri. Gli altri sono a loro volta influenzati dalle emozioni che mostriamo, sviluppano le loro emozioni verso di noi e verso altri ancora, e così via: l'emozione si diffonde e si sviluppa entro e attraverso il sistema.» (Bertrando, 2014, p.19)

Con questa nuova lettura lo scambio emotivo che ha luogo durante la seduta dei Simpson assume tutta un'altra connotazione. La rabbia di Homer, per esempio, è al contempo messaggio e risposta che trasmette informazioni circa la relazione. Per meglio dire: l'emozione ha un senso privato, è la rabbia di Homer, è lui che la sente e la esprime. Tuttavia, quella rabbia risulterebbe insensata privata del contesto, difatti parafrasando Dumouchel le emozioni sono proprietà relazionali per cui un individuo isolato non può possederle né ha senso attribuirle indipendentemente dal contesto in cui l'individuo si trova.

Quindi le emozioni, pensate come un processo, non sono più "cose" contenute dentro il sistema ma sono proprietà del sistema emotivo che nasce dalla relazione con l'altro.

«Quello che possiamo chiamare lo stile emotivo di una persona, oppure la qualità tipica di un sistema emotivo interpersonale, è un certo pattern, fatto di emozioni dominanti e tacite, che si ripete, che ha una sua regolarità.» (Bertrando, 2014, p. 37) Le emozioni dominanti sono quelle che imperano nel sistema mentre le emozioni tacite non appaiono nel campo della coscienza.

Per il terapeuta è molto importante aver chiaro questo gioco di luci ed ombre emotivo, chiedersi per ciascuna emozione dominante, cioè, espressa, quali siano le corrispondenti emozioni tacite. Si pensi all'emozione della rabbia che nasce dalla relazione tra Homer ed il terapeuta: una rabbia espressa da entrambi senza troppi fronzoli e in questo senso Tomkins parlava della rabbia come l'emozione che ha meno probabilità di restare sotto la pelle di chi la prova. Come tutte le emozioni anche la rabbia può

risultare dominante o tacita nel sistema emotivo. Se, come nel corto, la rabbia emerge come emozione dominante «ha un effetto protettivo (o stabilizzante) sul sistema: quando la rabbia si manifesta è più difficile percepire altre emozioni, specie se caratterizzate da un senso di fragilità e vulnerabilità. La paura, l'angoscia per le possibili ferite, l'ansia, il dolore della perdita vera o immaginata, o anche solo possibile, finiscono per essere negati, senza mai affacciarsi all'orizzonte del sistema.» (Bertrando, 2014, p.45)

#### *Emozioni del terapeuta, che ruolo hanno?*

Come terapeuta «devo essere cosciente del mio ruolo: da un lato, di quanto le emozioni che percepisco negli altri sono facilitate e condizionate da me; dall'altro di come io sentirò alcune emozioni più facilmente di altre, e alcune mi saranno precluse.» (Bertrando, 2014, p. 57) Trovarsi come terapeuti di fronte ad un altro sistema, che può essere ad esempio la famiglia ma anche la coppia o l'individuo, vuol dire anche essere consapevoli che quella che si ha davanti non è la famiglia così com'è, cioè non è un'entità a sé stante collocata dentro una teca da museo che possiamo osservare senza essere osservati, ma è l'interazione tra quella specifica famiglia e quello specifico terapeuta. Ne consegue che il terapeuta contribuisce nel far emergere certe emozioni piuttosto che altre e questo dipende dalla posizione che occupa entro il sistema in cui si trova.

«Io mi posiziono in relazione agli altri, ma così facendo posiziono gli altri nei miei confronti. Gli altri a loro volta mi posizionano in relazione a sé; e il loro posizionarmi ha qualcosa a che vedere con il loro posizionarsi verso di me.» (Bertrando, 2014, p. 103)

Ne consegue che il terapeuta debba essere emotivamente orientato sia su se stesso che sugli altri attori che occupano il palcoscenico del sistema emotivo con lui.

Da una parte sarà attento al sentire le emozioni, esserne consapevole, riflettere su di esse

e su cosa dicano. In una prospettiva sistemica potremmo dire che l'emozione è un'ipotesi: dice qualcosa rispetto alla relazione con l'altro, sebbene l'informazione riguardi più il terapeuta stesso che ciò che l'altro sta provando. La si potrebbe definire «un'ipotesi istantanea incarnata - fatta con il corpo» (Bertrando, 2014, p. 159) che per essere colta necessita di una presenza mentale del terapeuta rispetto a se stesso e agli altri.

Dall'altra parte il terapeuta deve chiedersi come i pazienti stiano in questo dialogo, comprenderne cioè la dimensione emotiva e cogliere la loro affettività espressa. Il terapeuta è interessato alle emozioni dominanti che sono esplicite ed evidenti ma ancor di più si interessa alle emozioni tacite, cioè quelle emozioni assenti dall'orizzonte del sistema.

Ma individuare le emozioni, siano esse dominanti o tacite, è un lavoro ipotetico, basato sul sentire del terapeuta e, nel caso delle emozioni tacite, reso ancora più complesso dal fatto che le inferenze siano indirette: l'emozione tacita induce il sistema ad allontanarsi da essa.

Quello che si può concludere è che da terapeuta bisogna accettare la possibilità di sbagliare attribuendo ad altri qualcosa sentito solo da noi stessi. E così il ragionare sistemico ci è di grande aiuto ricordandoci di flirtare con le ipotesi senza mai innamorarcene.

#### **Riflessioni conclusive**

Come la famiglia arriva in terapia portando nient'altro che se stessa e la propria storia, lo stesso accade per il terapeuta. Non siamo esseri slacciati dalle trame delle nostre esistenze ma siamo portatori di noi stessi e questo significa anche portatori delle nostre premesse, delle nostre lenti, della nostra epistemologia attraverso la quale leggiamo il mondo.

Come terapeuta è fondamentale riconoscere la mia co-partecipazione in tutto ciò che può avvenire nel tempo della seduta e non solo. Conoscere non per manipolare il mio stesso sentire o per ottunderlo e spintonarlo fuori dal-

la porta, ma per arrivare ad un nuovo livello di relazione in cui ci sia un reciproco riconoscimento delle proprie responsabilità.

Non è facile e non è immediato coordinarsi in tutti questi molteplici movimenti che riguardano sé e l'altro. Principalmente sono movimenti difficili in noi stessi: stare, ascoltare, riconoscere, accogliere, avvicinare, sentire, esprimere e simili, sono azioni mentali che non siamo allenati a compiere. Come posso aiutare gli altri se non riesco ad aiutare me stessa?

Per lungo tempo questo interrogativo ha popolato la mia mente, arrivando poi, dopo un lungo periodo fatto di stare, ascoltare, riconoscere, accogliere, avvicinare, sentire, esprimere etc. me stessa, a comprendere che relazione d'aiuto è un termine fuorviante. In parte perché definire una relazione d'aiuto non è necessariamente garanzia di questa

finalità né una qualsiasi relazione e basta può essere ritenuta inadeguata ad offrire aiuto.

Credo quindi che sia molto più costruttivo parlare di relazione in generale e affermo con molta convinzione che sia la relazione stessa ad essere terapeutica. La relazione è fatta di me più l'altro, ognuno con le proprie premesse, visioni, letture della vita, del mondo e dei fenomeni. Da questo scambio che avviene in una zona di mezzo, che non è né dentro me né dentro l'altro ma al contempo attraverso entrambi, nasce la terapia, con tutti i significati che è possibile attribuire a questa parola.

Io non sono l'esperta in materia di mondi di altri, sono una curiosa e ironica esploratrice che si affaccia alla scoperta dell'altro.

E così scopro anche me stessa.

## Bibliografia

- Bertrando, P. (2014) Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malagoli Togliatti, M., Telfener, U. (1983) La terapia sistemica. Roma: Astrolabio
- Restori, A., Anemoni in viaggio (2019) Roma: Alpes
- Ugazio, V. (1985) Oltre la scatola nera. *Terapia Familiare*, 19, 73-83
- Wiener, N. (1966) Introduzione alla cibernetica. Torino: Boringhieri

# Arte e terapia: incontro tra la trascendenza della grazia e l'immanenza di un volto incarnato

Francesca Siri<sup>10</sup>

## **Sommario:**

Il campo relazione nella terapia può essere amplificato dall'incontro con un terzo soggetto ovvero l'opera d'arte. L'autrice approfondisce i quattro elementi che vivificano il processo arteterapico, ovvero: il paziente come "narrante-narrato", il terapeuta in ascolto di sé e dell'Alterità, il soggetto artistico come "vedente-visto" e la relazione intersoggettiva. L'articolo parte dal problematizzare la definizione di arte e di bello per arrivare a indagare il setting, il processo mediato dall'arte e gli esiti terapeutici. Le fondamenta dell'esplorazione si basano sulla tensione dialettica tra etica, estetica e responsabilità poiché il volto dell'altro, che protruda da un'opera d'arte o che sia incarnato, non finisce mai di interrogarci.

## **Parole chiave:**

Arte, bellezza, grazia, oggetti fluttuanti, embodiment, psicoterapia, etica.

## **Abstract:**

The relationship field in therapy can be amplified by the encounter with a third subject that is, the work of art. The author delves into the four elements that vivify the art-therapeutic process, namely: the patient as narrator and narrated by the other/Otherness, the therapist attuned to self and Otherness, the artwork as a third seeing subject, and the intersubjective relationship. The article starts from problematizing the definition of art and beauty to investigate the setting, the art-mediated process, and therapeutic outcomes. The background of the exploration is based on the dialectical tension between ethics, aesthetics and responsibility as the face of the other, whether in a work of art or embodied, never ceases to question us.

## **Keywords:**

Art, Beauty, grace, floating objects, embodiment, psychotherapy, ethics.

---

10 - Dott.ssa Francesca Siri, allieva IDIPSI, francesca.siri.fsb@gmail.com

## L'altro.

### Un «volto senza fine» come faro e pozzo.

Una luce improvvisa si libra in alto, come poetica del fuoco (Bachelard, 1973). Un incontro non ricercato è avvenuto e si dispiega nella sua immanenza rendendo «sensibile l'invisibile» (Parmiggiani cit. in Recalcati, 2023). Prima che ci si possa chiedere scientemente il perché, senza richiesta e senza permesso, gli occhi esplorano fugaci la foto esposta. Il tempo o, meglio, chi si è arrogato il privilegio di poter raccontare, non ha preservato dall'oblio il nome e la storia della persona, del corpo, del volto (rap)presentati. Resta il dubbio se si tratti di un volto o, più propriamente, di un «viso» (Deleuze e Guattari, 2017; Altamura, 2013). Invito a stare nella dialettica di questo volto (Fig.1), provando ad abbandonarsi con fiducia all'intuizione e alla saggezza interiore. Si tratta di una vera e propria esperienza di un «volto senza fine» (Borgna, 2005) che illumina rimandi più ampi e che riverbera nella pratica terapeutica dell'(inter)agire quotidiano. Propongo l'esplorazione della foto accompagnata dalla guida di domande ispirate al metodo *Selfportrait-experience*® (Nunez, 2020), sapendo che si possono espandere, andando oltre e altrove. «Il volto si sta raccontando o sta sussurrando? Rimanda a una storia, un personaggio, un mito, una fiaba o un archetipo? Qual è il *punctum* (Barthes, 1980) della foto, ovvero cosa attira lo sguardo? In quali temporalità vive la sua espressione? Si possono percepire differenti emozioni, storture, armonie, ambivalenze?»

Di seguito delinearò alcune delle percezioni che ho sperimentato, affinché possano collegarsi alle vostre e continuare a trasformarsi e amplificarsi in un continuo gioco di rimandi. «Negli anni mi è apparsa come strega, dea, veggente, saggia o allucinata. Mi è sembrato che mi guardasse e svelasse la sua essenza profonda, che celasse sotto il cappello i segreti della relazione e che fosse pronta a dividerli. Poi, però, al momento di svelare

l'arcano, taceva come Papessa che cova l'uovo del mondo (Jodorowski e Costa, 2021). Il suo sguardo mi trapassava per guardare oltre, in un tempo lontano. A volte, invece, guardava a un presente ferito, non condivisibile, come anima ritirata dalle scene di un mondo totalitario. La sua espressione a volte mi appariva di scherno. Il perturbante veniva a trovarmi quando scorgevo una espressione sorpresa, come se qualcuno l'avesse interrotta nel suo rito sacrificale. Altre volte fantasticavo che un atto di creazione facesse risorgere l'anima incarnandola. Che il corpo esanime si trasformasse in fenice, colomba o corvo dipendeva dal canto che questa maga-strega intonava».

Se, come scrive Manghi (1998, p.1): «ci sono (almeno) due modi per accostare l'opera di uno studioso. Uno viene dal pensarla di fronte a noi: essa ci parla di sé, e nulla di più. L'altro dal pensarla in relazione a noi: essa ci dice allora qualcosa di più: parla anche di noi», questi due modi sono, a maggior ragione, accostabili all'incontro con il volto dell'altro. La semplice percezione che si ha di un volto è in buona parte soggettiva e racconta molto di noi, delle nostre proiezioni e pregiudizi.

Al contempo «anche quando racconto storie tratte dalla mia esperienza, non è della mia storia personale che parlo. Le storie riguardano qualcos'altro» (Bateson e Bateson, 1987).

Il volto eccede sempre i tentativi di etichettarlo, di diagnosticarlo, talvolta esso stesso viene ecceduto dal senso poiché può divenire una maschera difensiva inintelligibile da sé e dagli altri (Semerari, 2013). Il volto che qui abbiamo incontrato è un testimone delle ambivalenze e delle contraddizioni che hanno attraversato e attraversano i tentativi di rapportarci all'altro, alla terapia e alla bellezza.

Questa foto, infatti, è stata scattata dallo psichiatra Diamond (1809-1886) che si dedicò per diversi anni a documentare immagini di pazienti psichiatriche per effettuare uno studio fisiognomico (Diamond, 2010; Gilman, 1976;

Pearl, 2009; Wetzler, 2022).

Questa pseudoscienza non ha nemmeno permesso ai pazienti di avere la propria versione della storia e men che meno un racconto, poiché la storia può trasformarsi in racconto solo se è narrata a qualcuno in ascolto (Covini, 2012; Frank, 2013). Quando gli occhi di coloro che si propongono di stare in una relazione terapeutica sono intenti alla catalogazione della malattia, quando dalla relazione basata sulla reciprocità di sguardi si scivola in una relazione fortemente asimmetrica, con un dislivello di potere (Barbetta, 2017; Basaglia 1968; Bert, 1974; Foucault, 1998), quando si parla sul malato senza permettere al corpo di ri-narrarsi, viene meno il riconoscimento dell'alterità di cui ci ha parlato Lévinas (1986).

In queste premesse oscure, la grazia compare come la luce a intermittenza di un faro. Un piccolo miracolo estetico è intervenuto, permettendo di sognare il chiaroscuro. Alle pazienti veniva dato accesso alla propria immagine; potevano osservarsi in forma mediata attraverso le foto che le ritraevano e che le guardavano a loro volta. Questo pareva permettere loro di acquisire una maggiore consapevolezza di sé, portandole a un percorso di trasformazione e di cura. Si tratta di una delle prime tracce aneddotiche del potere terapeutico di un medium comunicativo quale la fotografia. Si può ipotizzare, addirittura, che Diamond realizzò uno dei primi progetti di fototerapia. Il mezzo fotografico è stato impiegato anche da Bateson nell'ambito della ricerca etnografica (Bateson e Mead, 1942), tuttavia, egli riteneva che la fotografia dovesse essere considerata prettamente una forma d'arte e, al contempo, ribadiva il ruolo discrezionale dell'osservatore (Deriu, 2000). Secondo Franco Vaccari (2010) la fotografia è collocabile nel campo del sacro in quanto «testimonianza, manifestazione, apparizione, reliquia», poiché si tratta di un vero e proprio testo con plurimi strati interpretativi possibili, sottoposti all'oscillazione del senso e del

tempo, al di là della superficie dell'immediatezza dell'apparenza.

Questo volto di donna, allora, può raccontare che l'arte ha a che fare con la relazione, con lo sguardo, con le scelte, con la responsabilità, con la prassi terapeutica, con la grazia e con il sacro. Questo volto racconta che l'arte può avere un potere trasformativo anche laddove ci siano premesse opprimenti, che la grazia accade senza la guida della finalità cosciente. Se l'occhio dell'altro non mi guarda, posso cercare quelli della bellezza, e così anche i miei, affinché mi rivolgano il loro sguardo. Cosa ha raccontato questo volto a voi come persone e come terapeuti? Accostando una vostra foto a quella di questa donna che dialogo sentite sorgere? Spero che, nel proseguire la lettura, questo dialogo e questo volto siano il faro, come «solida torre di luce», e il pozzo, come «torre rovesciata di oscurità liquida» (Barrera, 2021, p.50).

## **Il Sé.**

### **Processo di conoscenza nell'incontro con il sentire estetico.**

Come lasciar avvenire il farsi dell'esperienza estetica senza imporre la follia dell'inganno dell'autocoscienza che avrebbe impedito al marinaio di Coleridge l'inconsapevole benedizione dei serpenti marini? Come parlare di arte e terapia senza peccare «contro l'estetica, contro la coscienza, contro il sacro»? (Bateson, 1976) Provare a definire la bellezza è una impresa ardua e lo è altrettanto provare a studiarla attraverso il metodo scientifico; ci ho già provato (Siri, 2020a) e la scelta alla quale sono arrivata è stata quella di seguire la proposta della teoria dell'estetica sperimentale (Gallese e Freedberg, 2007). In seguito, mi sono interessata del possibile effetto terapeutico dell'arte, così ho provato a seguire le orme dell'epistemologia batesoniana. Entrambi i metodi pongono una husserliana *epochè*, una sospensione del giudizio, dei concetti di bello e di artisticità dell'immagine. Entrambi scelgono

di non fare ricorso a una mitologia interpretativa, non vogliono, cioè, tradurre la figura con il linguaggio, riducendola a una delle possibili storie che essa può raccontare. L'invito non presuppone un sacrificio del verbo all'altare della carne, non è richiesto di mimare il muto gesto di Cratilo o di assumere la posizione scissa di Proserpina che non può poggiare il piede sugli spazi liminali di transizione. L'invito è quello di tessere la rete della sacra unità, della relazione e non dell'opposizione, poiché «la pura razionalità finalizzata, senza l'aiuto di fenomeni come l'arte, la religione, il sogno e simili, è di necessità patogena e distruttrice di vita» (Bateson, 1972, p. 181). Ci ricorda, infatti, Nora Bateson (2014): «A differenza sia della religione che della scienza, l'arte non offre spiegazione. Attraverso la soggettività l'arte fa lievitare il balsamo risanatore della molteplicità. Ci immerge in un regno in cui c'è più di una versione, e anche più di due versioni, della verità. Sappiamo che non si dà un'unica interpretazione di una poesia, o di una scultura, ma non sappiamo e non possiamo sapere quali saranno tutte le possibili interazioni».

Nell'arte e nell'esperienza del bello c'è qualcosa che resiste e sfugge all'applicazione rigida del metodo riduzionista e, proprio in quanto dotati di ragione, sappiamo di essere immersi in un mistero in parte indicibile. La bellezza richiede di ri-dirigere il nostro sguardo sulla stessa opera d'arte, sullo stesso volto, ancora e ancora, al fine di intercettare quel qualcosa di impalpabile dalla profondità del suo esistere e di aggiungere nuove stratificazioni di senso attraverso uno sguardo che diviene bidirezionale e un dire che diviene un rispondere al volto. Questo ci riporta anche alla responsabilità del proprio volto (Semerari, 2013), del proprio sé terapeutico e del sentire incarnato del terapeuta (Salvatore, 2023). Prima di avvicinare i volti che la bellezza può assumere nella relazione terapeutica, è fondamentale fare esperienza dei tratti che essa assume nella relazione con il nostro corpo vivo (*Leib*). Credo che, in questo contesto,

l'unica possibile definizione di bellezza da cui sia rilevante partire sia quella vissuta in prima persona. A questo scopo, invito a immergersi in una visualizzazione guidata per interrogarsi sul perché si sia qui a leggere di arte e terapia e per connettersi al proprio sentire la bellezza, che sia nella sua veste rassicurante (*heimlich*), perturbante (*unheimlich*), meravigliosa od orrida. “Invito a prendersi un momento per sé, in uno spazio sicuro. Immaginate di essere in piedi accanto a un pozzo. Notate il paesaggio che vi circonda: i colori, i suoni, gli odori, la temperatura. Poco più in là un faro illumina la via, può essere un punto di riferimento al quale tornare in ogni momento. Quando ve la sentite, il vostro sguardo può posarsi sul terreno. Ci sono sassi diversi per forma, colori e dimensioni; sceglietene uno. Sentitene il peso e la sensazione che nasce dal contatto con il palmo della mano. Lentamente sporgetevi sopra l'imboccatura del pozzo e accogliete la domanda “Perché sono qui?”. Quando ve la sentite, lasciate cadere il sasso nel pozzo e notate se arriva una risposta. Restate semplicemente in attesa mentre osservate le increspature dell'acqua. Il sasso scende sempre più in profondità. Vedete se sorge un'altra risposta, magari da un luogo più profondo. Immaginate il sasso che cade fino in fondo al pozzo e lì si ferma. Lasciate che salga una risposta. Non esiste una risposta giusta, anche nessuna risposta è una forma di risposta.”

### **L'immanenza del terzo che arriva nel campo relazionale.**

La premessa dalla quale parto implica il passaggio dalla domanda morfostatica «l'opera d'arte ci dice qualcosa sul tipo di persona che l'ha creata?» alla domanda dinamica «creando o contemplando quest'opera d'arte, quali miglioramenti in direzione della saggezza verrebbero realizzati?» (Bateson, 1972). Dallo spazio io-centrico si passa al campo noi-centrico. L'opera di Arte relazionale “Legarsi

alla montagna” di Maria Lai è un meraviglioso esempio di come l’arte non stia solo nella forma o nella materia, ma nasca dall’incontro, dal processo e dalla scoperta dell’alterità. La risposta alla domanda dov’è collocata l’opera d’arte non pare così scontata. L’arte, l’arteterapia e la psicoterapia, non sono solo confinabili al museo, all’atelier o alla stanza come setting terapeutico. In base ai miei studi sull’importanza del contesto nella fruizione delle opere artistiche (Siri et al., 2018) e del concetto di *aura* di benjaminiana memoria (Benjamin, 1936), ipotizzo che si possa vivere una esperienza arteterapica o terapeutica al di fuori dei setting più canonici. Dov’è il confine dell’arte e della terapia, per esempio, se il paziente segue un percorso di *videoterapia attiva* in cui egli stesso crea un video, filmando il mondo che vive? (Cohen et al., 2015) L’arte è relazionale e non cosale. Si tratta di esperienze di più ampio respiro che si dispiegano nell’ambiente relazionale-contestuale.

La premessa dalla quale parto è che quando si manifesta un oggetto artistico, in realtà ci viene a trovare un *oggetto fluttuante* (Caillé e Rey, 2004), una vera e propria presenza, un soggetto narrante che si aggiunge alla relazione, ampliando lo scambio intersoggettivo (Gallese, 2022; Siri, 2020b). Come ci racconta lo storico d’arte Bredekamp (2010) non sono solo io a guardare l’opera, ma sono guardato a mia volta da questo soggetto, che mi parla e mi trasforma. Il campo in cui si muovono terapeuta e interlocutore cambia. L’atmosfera emotiva che avvolge i corpi diviene più intima; ci si avvicina a qualcosa di più profondo, si sta per poggiare il piede sul terreno del sacro, lasciandosi alle spalle quello del *logos*. Non ci sono più ipotesi o interpretazioni cognitive. Si è parlati e abitati da altro, si sta nel dispiegarsi di quello che c’è, di quello che è. Si sosta insieme in uno stato sognante, restando connessi con attenzione fluttuante, senza invadersi. Accade qualcosa di simile a ciò che viene narrato nel racconto della Loba (Estés, 2016). Raccogliamo “le ossa”,

cioè i materiali artistici e i materiali intra e inter psichici e “cantiamo”, cioè creiamo l’opera d’arte che diviene viva, come il lupo della Loba. Il processo. però, non si ferma qui. Questo “lupo” è una parte di noi resa visibile. Nell’atto stesso di osservarla questa ha già preso vita propria e ci può trasfigurare a nostra volta. Si respira in uno spazio-tempo diversi, quelli del linguaggio dell’inconscio. Le stesse attivazioni neurofisiologiche che accompagnano tale esperienza triadica riflettono un’esperienza particolare, si assiste a una implicita sincronizzazione emotiva, corporea e neuro-inconscia tra i partecipanti (Schoore, 2022). L’interlocutore, trovandosi contenuto all’interno di una relazione sicura e sufficientemente sfidante (Bromberg, 2007), quindi a prevalenza di attivazione ventro-vagale (Porges, 2011), può sperimentare con fiducia una “sorpresa sicura” aprendosi all’inedito che l’opera creata nella relazione può evocare. Per facilitare lo spostamento da un paesaggio all’altro o per ritornare gradualmente al mondo del *logos*, si può transitare per la via di congiunzione della poesia, ovvero quell’elemento liminale, di interfaccia, tra il linguaggio relazionale del gatto, di cui ha parlato Bateson, e il linguaggio quasi digitale del processo secondario della coscienza. Si vivifica cioè il linguaggio metaforico e iconico del processo primario. La poesia opera attraverso un processo che lo psicoanalista Arietti (cit. in Salsi, 2020) definisce *terziario*, poiché porta a una “sintesi magica” tra i due processi, per portare alla creazione dell’inedito e dello stupefacente. Questo gioco intersoggettivo di rimandi avviene sia che nel campo venga inserito un oggetto considerato canonicamente artistico, sia che quell’opera venga creata o portata da un interlocutore senza competenze artistiche. Nella storia della psichiatria, alcuni dei primi tentativi di restituire respiro e voce ai pazienti e alle loro opere, seppure con tracce paternalistiche ed etnocentriche, vennero fatti dallo psichiatra Prinzhorn (1866 – 1923). Secondo Prinzhorn

quando si era di fronte ai disegni e ai dipinti dei pazienti, si stavano rimirando dei prodotti artistici. Prinzhorn, come il pittore Dubuffet, riteneva che il cuore pulsante delle loro opere non fosse lo scopo o il significato dell'opera stessa, quanto il processo espressivo-creativo guidato dal bisogno espressivo, dall'intuizione, dal sentire e dal piacere ludico. La creazione sarebbe, allora, artistica in quanto manifestazione del sentire e non perché prodotto estetizzato per mezzo della tecnica artistica. Anzi, sarebbe arte proprio in virtù dell'espressione meno filtrata dai formalismi, dalle convenzioni, dalle sovrastrutture culturali. I pazienti sono parlati non solo dalla ferita, ma dall'arte che emana o che può dare forma estetica alla ferita stessa. Non si tratta di cercare il bello, ma un ulteriore profondo non etichettabile. Tale *Art Brut* afferma e riconsegna la possibilità e la capacità espressiva, come potenzialità, all'intera umanità. Proprio per questo è interessante richiamare la frase irriverente di un artista: «c'è più vita, per me, più verità, più senso del tragico in uno straccio abbandonato per terra che in tutta la tragedia classica (Parmiggiani cit. in Recalcati, 2023). Questa frase racconta della capacità dell'arte di parlare, senza verbo, della e alla nostra carne, dei nostri stracci senza belletto, degli scarti, dell'eccedente, del resto. Esiste un linguaggio sovra e trans individuale e una lingua (*lalingua*) che viene prima del linguaggio ed è quel qualcosa di unico, singolare e materico fatto di corpo, sensazioni e relazioni. L'arte e la terapia in questa visione divengono una struggente ode a Johannes Elias «e a tutti quegli uomini meravigliosi, filosofi, pensatori, poeti, pittori, scienziati e musicisti che il mondo ha perduto solo perché non fu concesso loro di imparare la propria arte» (Schneider, 1992). L'arte appare, così, come una possibile *via correttiva* nei confronti delle costrizioni e delle imposizioni che gli esseri umani impongono gli uni agli altri; una possibile via e forma della grazia (Annigliato, 2017; Bateson, 1972; Cichetti, 2019).

### **La relazione terapeutica.**

#### **L'imperfetta traduzione della grazia indicibile**

L'arte introduce, nel setting, una posizione altra rispetto a quella quotidiana, per riconnettersi e sintonizzarsi sul sentire. Si crea una parentesi, uno iato, un luogo ulteriore, quasi sospeso, dove poter fare una esperienza inedita e di trasformazione. L'assetto mentale è improntato a non ascoltare le sirene suadenti dell'interpretazione. Il terapeuta non è un "soggetto supposto sapere", quello che fa è praticare la sapiente arte di porre domande aperte. Il terapeuta ha da offrire solo il seme della sana impotenza per fare germogliare nell'altro un senso di autoefficacia nelle proprie potenzialità di cui si ha testimonianza attraverso il prodotto creato. La proposta arteterapica nasce da ipotesi, ma non è imposta in modo da guidare finalisticamente il processo. La libertà e il contingente sono materia viva dell'arteterapia, prima ancora degli utensili artistici adoperati. Le domande si basano sul processo di creazione e sul sentire sperimentato. L'arte come terapia può aiutare lì dove la parola langue o là dove non è ancora possibile proferirla. Spesso le intuizioni possono avvenire durante il processo creativo stesso e non solo durante la restituzione verbale, più aderente al versante cognitivo, se è contemplata. La grazia è irraggiungibile attraverso il solo linguaggio cosale della scienza psicologica. Lo "psicoterapeuta-scienziato" presuppone una relazione a dominanza simmetrica, ma la forma relazionale della grazia è vicina a quella complementare a-simmetrica. Lo sente il marinaio di Coleridge e l'autore di art brut, la grazia non richiede la reciprocità del dono, non tollera l'etichettamento e non la si può ingannare cercandola intenzionalmente. Una volta conosciuta la pratica scientifica e la teoria, occorre saperle rendere sia conscie che oblio. Stare nell'intersezione tra sogno e riflessione (Bachelard, 1974). Accogliere una estetica come quella evocata dal termine *ma 間*

(cioè una estetica di rottura, di cesura spazio-temporale e al contempo di dialogo e relazione, un fra; una estetica come discontinuità-nella-continuità e come continuità di discontinuità) (Ghilardi, 2018). Ci si può solo predisporre alla ricerca della grazia. Si può disporre di una conoscenza tecnica divenuta tacita, ma la grazia avviene, se avviene, solo nell'incertezza. Quanto detto per l'arte iconica vale anche per la scrittura (Santoni, 2020). Questa arte non si insegna solo attraverso la tecnica, ma si nutre della grazia dell'incontro con le parole di altri autori e, forse, quello che si può insegnare è solo il pensare come uno scrittore, non la scrittura stessa. Lo scienziato, come l'artista, dispone della tecnica, ma è il linguaggio lineare che rende lo scienziato «goffo e privo di grazia e di disinvoltura nell'interazione, di cui avrebbe bisogno per essere un bravo terapeuta. Egli può passare anni a costruire le formule matematiche che descrivono l'interazione, mentre l'umanista può apprendere di più su come interagire trascorrendo poche ore in una sala da ballo» (Ruesch e Bateson, 1951, trad it., 1976, p. 303). Dell'umanista, così simile all'artista, invece, Bateson scrive che: «sarà sicuramente avvantaggiato nella seduta terapeutica, perché libero di rispondere prontamente e tranquillamente, come un essere umano che si trova di fronte al paziente che è un suo simile.» (Ruesch e Bateson, 1951, trad it., 1976, pp. 302-303). Il terapeuta, dunque, come considera il volto dell'altro: un enigma o un mistero? (Treverton cit. in Gladwell, 2012). Nell'enigma non si dispone di sufficienti informazioni, quindi si aumenta il volume di informazioni. Se l'enigma non si risolve il colpevole è chi ha nascosto l'informazione. Se si considera l'alterità come un mistero, occorre almeno chiedersi se aumentando il volume di informazioni si troverà la risposta. I misteri sono più oscuri, richiedono di sostare nell'incertezza e di interrogarsi: a volte le informazioni sono inadeguate, a volte non si riesce a interpretarle, a volte, la domanda

stessa non ammette risposta, a volte è la domanda stessa a essere una falsa domanda o a essere mal posta. Con gli enigmi si arriva a una singola risposta soddisfacente, con i misteri no. Alle certezze si sostituiscono ipotesi. Gli enigmi sono mittente-dipendenti, dipendono da ciò che viene detto. I misteri sono ricevente-dipendenti, dipendono dalle competenze di chi ascolta. Una posizione di curiosità, quindi, permette di sperimentare e inventare punti di vista differenti; non si ricerca la verità, ma la molteplicità. Ci si orienta verso un atteggiamento estetico con la possibilità di sperimentare quello che è definito *Ichigo ichie* "incontro unico e irripetibile", qualcosa che non ha un prima né un dopo, che nasce da una particolare combinazione di circostanze (Amitrano, 2018). Non si tratta di applicare la logica dell'*aut aut*, poiché l'evoluzione terapeutica richiede l'integrazione dello scienziato e dell'umanista, ponendo domande che immettano «nella ricerca insieme rigore e immaginazione» (Bateson, 2014) lasciando che sia la curiosità e il mistero a permeare il campo. Resta l'inesauribile tema delle difficoltà di traduzione. Esiste, cioè, una intraducibilità tra le barriere del conscio e dell'inconscio dettata dalla diversa sintassi dei livelli, dal diverso processo di elaborazione delle informazioni, dai diversi ordini di verità.

Forse il chiasmo della traduzione implica un «cercare il linguaggio più adeguato, parlare così come fa la metafora, per portare altrove la verità che s'intende far conoscere» (Canullo, 2017, p. 15-16), una verità tra le tante possibili, non la Verità. Come in un quadro di Hopper non si ricerca una riproduzione fedele, ma si ricrea un clima emotivo, una concretizzazione di una immagine interna (Casadio, 2016). Alcuni, come Bion (1973), ci parlano di una trasformazione dalla immagine alla parola che può essere in grado di mantenere il nocciolo essenziale, quel qualcosa di sacro, di assoluto, quell'assoluto che può essere «della reverie che è la *reverie poetica*» (Bachelard, 1961,

p.14). Per lo psicoterapeuta l'estetica, la relazione e l'etica sono intrinsecamente collegate (Casadio, 2015, 2018, 2019; Madonna, 2010, 2013, 2017). Forse si potrebbe azzardare che l'estetica venga, addirittura, prima dell'etica (Brodskij, 1988). L'"estetica-etica" rimanda al più ampio contesto, alla relazione con l'ambiente, all'isomorfismo tra processi mentali ed

evoluzione (Bateson, 1976).

L'estetica e l'etica non sono temi separabili o di puro interesse accademico, sono temi fortemente tangibili tanto da parlare di una "estetica concreta". Il volto dell'altro, che protruda da un'opera d'arte o che sia incarnato, ci interroga e siamo responsabili del nostro tacere o rispondere all'appello silente.

## Bibliografia

- Altamura, A. (2013). Volto del potere/Volti della potenza. In: Semerari, F. (2013), a cura di, *Etica ed estetica del volto*, (pp.111.137). Milano: Mimesis edizioni.
- Amitrano, G. (2018). *Iro iro. Il Giappone tra pop e sublime*. Milano: De Agostini.
- Annigliato, F. (2017). La rinarrazione autoriparativa nelle arti figurative. In: Madonna, G.(2017), a cura di, *Sogno, guarigione e cura*. Milano: Franco Angeli.
- Bachelard, G. (1961). *La fiamma di una candela*. Milano: SE.
- Bachelard, G. (1973). *L'intuizione dell'istante- La psicoanalisi del fuoco*. Bari: Edizioni Dedalo.
- Bachelard, G. (1974). *Il diritto di sognare*. Bari: Edizioni Dedalo.
- Barbeta, P. (2017). Il sintomo sistemico e i suoi aggravamenti istituzionali: ovvero come usare la finalità cosciente per far fallire un progetto. *Ricerca psicoanalitica: rivista della relazione in psicoanalisi*, 3,79- 88.
- Barrea, J. (2021). *Quaderno dei fari*. Roma: La nuova frontiera.
- Barthes R. (1980). *La camera chiara. Nota sulla fotografia*. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Bateson, G.(1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1976). *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. & Bateson, M.C.(1989). *Dove gli angeli esitano. Verso una espiemologia del sacro*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. & Mead, M. (1942). *Balinese character: A photographic analysis*. New York, NY: Academy of Sciences.
- Bateson, N. (2014). Dar forma alla simmetria . Meccanicismo e spiritualità fiancheggiano l'arte e la complessità. *Riflessioni sistemiche*, 2014, vol 11, pp 5- 18.
- Benjamin, W., (1936). L'œuvre d'art à l'époque de sa reproduction mécanisée. *Zeitschrift für Sozialforschung*, 5(1), 40- 68.5 (1), 40-68.
- Bert, G. (1974). *Il medico immaginario e il malato per forza*. Milano: Feltrinelli.
- Bion, W. (1973). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando Editore.
- Borgna, E. (2005). *Il volto senza fine*. Firenze: Le lettere.
- Bredekamp, H. (2010). *Immagini che ci guardano. Teoria dell'atto iconico*. Milano: Cortina Raffaello.
- Brodskij, I. (1988). *Dall'esilio*. Milano: Adelphi.
- Bromberg, P. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione: Standing in the Spaces*. Milano: Raffaello Cortina.

- Caillé, P. & Rey Y. (2004). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*. Roma: Armando Editore.
- Canullo, C. (2017). *Il chiasmo della traduzione. Metafora e verità*. Milano: Mimesis.
- Casadio, L. (2016). *L'arte della psicoterapia e la psicologia dell'arte*. Udine: Mimesis.
- Casadio, L. (2018). L'inconscio sistemico. *Connessioni*, Vol. 4.
- Casadio, L. (2019). La lezione di Gregory Bateson non è ancora esaurita. *Riflessioni sistemiche*, Vol. 21.
- Cichetti, A. (2019). *Ripensare la bellezza: oltre Bateson*. Milano: Mimesis.
- Cohen, J. L., Johnson, J. L., & Orr, P. (2015). *Video and filmmaking as psychotherapy: Research and practice*. NY: Routledge.
- Covini, G. (2012). *Le ferite dell'eroe*. Roma: Dino Audino.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2017). *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*. Salerno: Orthotes Editrice.
- Deriu, M. (2000). *Gregory Bateson*. Milano: Mondadori.
- Diamond, H. W. (2010). Sull'applicazione della fotografia ai fenomeni fisiognomici e mentali della follia (1856). *PsicoArt-Rivista di arte e psicologia*, 1(1), 1- 16.
- Estés, C. P. (2016). *Donne che corrono coi lupi*. Trebaseleghe: Pickwick.
- Foucault, M. (1998). *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*. Milano: Einaudi.
- Frank, A.W. (2013). *The wounded storyteller, body, illness and ethics*. The University of Chicago Press.
- Freedberg, D., & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience. *Trends in cognitive sciences*, 11(5), 197- 203.
- Gallese, V. (2022). Embodying the Face: The Intersubjectivity of Portraits and Self-portraits. *Topoi*, 41(4), 731- 740.
- Ghilardi, M. (2018). *Filosofia nei manga: Immagini del Giappone contemporaneo*. Milano: Mimesis.
- Gilman, S. L., (1976). *The face of madness: Hugh W. Diamond and the origin of psychiatric photography*. New York: Eco Point Books & Media.
- Gladwell, M. (2012). *Avventure nella mente degli altri. Geni incompresi, teorie paradossali e predizioni azzardate*. Milano: Mondadori.
- Jodorowsky, A. & Costa, M. (2021). *La via dei tarocchi*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Lévinas, E. (1986). *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*. Milano: Editoriale Jaca Book.
- Madonna, G. (2010). *La psicologia ecologica*. Milano: Franco Angeli.
- Madonna, G. (2013). *La psicoterapia attraverso Bateson*. Milano: Franco Angeli.
- Madonna, G. (2017). *Sogno, guarigione e cura: una teoria sistemico-relazionale del sogno in chiave di ecologia della mente*. Milano: Franco Angeli.
- Manghi, S. (1998). *Attraverso Bateson. Ecologia della mente e relazioni sociali*. Milano: Raffaello Cortina
- Nunez Salmeron, C. (2020). *The Self- Portrait Experience, a dispositif for individual transformation and social activism: The psychological and philosophical/political dynamics in Cristina Nuñez's practice*. [Tesi di dottorato]. Derby: College of Arts of the University of Derby.
- Ruesch, J., & Bateson, G. (1951). La matrice sociale della psichiatria. Bologna: Il Mulino
- Pearl, S. (2009). Through a mediated mirror: The photographic physiognomy of Dr Hugh Welch Diamond. *History of Photography*, 33(3), 288- 305.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions*,

*attachment, communication, and self- regulation*. NY: WW Norton & Company.

- Recalcati, M. (2023). *Il trauma del fuoco: vita e morte nell'opera di Claudio Parmiggiani*. Venezia: Marsilio Editori.
- Salsi, V. (2020). *Comunic'arti. Esplorare e comunicare la dimensione noetica con la loganalisi, l'arteterapia integrata e il Metodo Caviardage®*. Roma: Aracne.
- Salvatore, G. (2023). *La vergogna del terapeuta*. Milano: Cortina Raffaello.
- Santoni, V. (2020). *La scrittura non si insegna*. Roma: Minimum Fax.
- Schneider, R. (1992). *Le voci del mondo*. Torino: Einaudi.
- Schore, A. (2022). *Psicoterapia con l'emisfero destro*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, F. (2013). La responsabilità del volto proprio. In: Semerari, F. (2013), a cura di, *Etica ed estetica del volto*, (pp.141.165). Milano: Mimesis edizioni.
- Siri, F. (2020a). Neuroaesthetics and experimental aesthetics: an interdisciplinary approach to aesthetic experience?, In: Rossi Monti, M. e Pećnjak, D. (2020) a cura di, *What is Beauty? Studies on the variety of aesthetic experience*, pp. 81- 106. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars.
- Siri, F. (2020b). The aesthetic experience of portraits and self- portraits. A behavioral, eye- tracking and EEG study. [Tesi di dottorato]. Università di Parma
- Siri, F., Ferroni, F., Ardizzi, M., Kolesnikova, A., Beccaria, M., Rocci, B.& Gallese, V. (2018). Behavioral and autonomic responses to real and digital reproductions of works of art. *Progress in brain research*, 237, 201- 221.
- Vaccari, F. (2010). Provvista di ricordi per il tempo dell'Alzheimer. In: Ferrari, S. e Tartarini, C. (2010), a cura di, *Autofocus. L'autoritratto fotografico tra arte e psicologia*, (pp.167.170). Bologna: CLUEB.
- Wetzler, S. (2022). What faces reveal: Hugh Diamond's photographic representations of mental illness. *Endeavour*, 46(3), 1- 9.

# Il terapeuta Caronte: essere dentro il sistema

Serenella Spitale <sup>11</sup>

## Sommario

L'articolo nasce da un processo di autoriflessione da parte dell'autore rispetto al ruolo di psicoterapeuta.

Come metafora per parlarne sceglie il *Caronte* della Divina Commedia, colui che traghetta le anime, che le accompagna lungo il fiume del dolore, nell'oltretomba, e che chiede in cambio una moneta. *Oltretomba* pensato come luogo di riflessione, di rigenerazione, che favorisce il germoglio di qualcosa di nuovo o di revisione del vecchio. *Moneta* che può rappresentare il pagamento reale che il terapeuta richiede per il proprio lavoro o l'energia che il paziente è disposto a spendere per affrontare la selva oscura in compagnia del terapeuta.

Restando fedele alla metafora della Divina Commedia, l'autore si chiede se il terapeuta sia davvero Caronte, o se oscilli anche tra la posizione di Virgilio e Dante. Alcune domande nascono spontanee: *Quanto possiamo aiutare il paziente? Fin dove possiamo portarlo?* Forse fin dove egli è arrivato nel proprio viaggio esistenziale e il resto lo si attraversa insieme al paziente, proprio come Virgilio fa con Dante.

*Nella stanza di terapia noi siamo Caronte, Virgilio o Dante?* È questa la riflessione da cui prende avvio l'articolo.

Dalla funzione osservativa alle trappole dei pregiudizi, dalle emozioni del terapeuta fino alla fallibilità dello stesso, l'autore riflette sui rischi e gli antidoti che rendono il mestiere di psicoterapeuta tanto affascinante quanto impegnativo.

## Parole chiave:

Ruolo dello psicoterapeuta, pregiudizi, emozioni, funzione osservativa, auto riflessività, esistenza.

## Abstract:

The article is the result of a process of self-reflection on the part of the author on the role of psychotherapist.

As a metaphor to talk about it, he chooses Charon, the character of the Divine Comedy who leads souls along the river of pain into the netherworld, and who asks for a coin in exchange. The netherworld is conceived as a place for reflection, for regeneration, which encourages the sprouting of something new or the revision of the old. The coin can represent the real payment that the therapist requires for his work or the energy that the patient is willing to spend to face the dark forest accompanied by the therapist.

Continuing with the metaphor of the Divine Comedy, the author wonders if the therapist is really Charon, or if he can consider himself also similar to Virgil and Dante. Some questions naturally arise: How much can we help the patient? How far can we go after? Perhaps as far as the patient

---

<sup>11</sup> - Serenella Spitale, allieva 4° anno IDIPSI Siracusa, serenella.spitale@tiscali.it

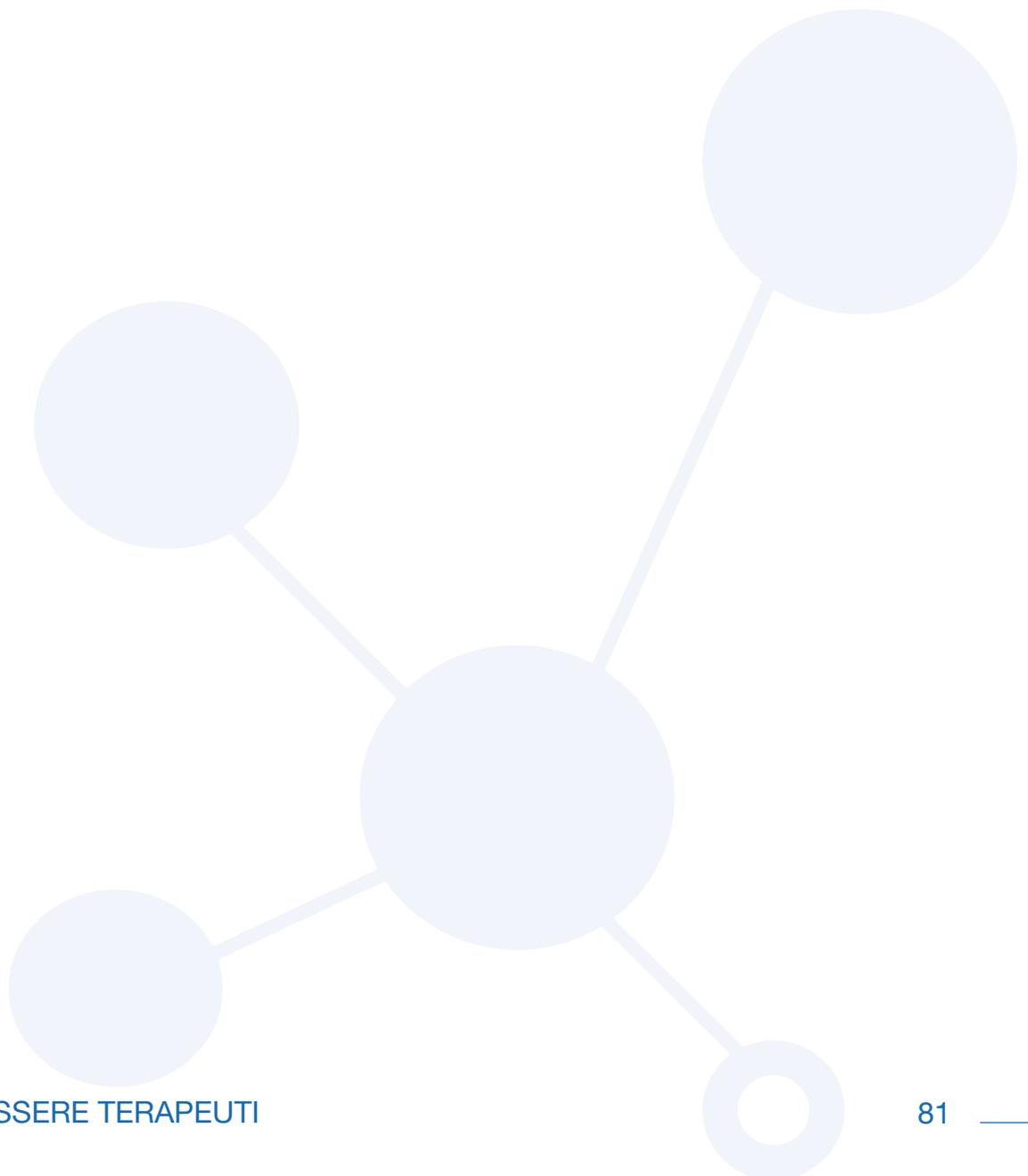
has already arrived in his existential journey and the rest is a path covered together with the patient, just as Virgil does with Dante.

In the therapy room are we Charon, Virgil or Dante? This is the reflection from which the article begins.

From the observational function to the traps of prejudice, from the therapist's emotions to the fallibility of the same, the author reflects on the risks and antidotes that make the job of a psychotherapist both fascinating and challenging.

**Keywords:**

Role of the psychotherapist, prejudices, emotions, observational function, self-reflexivity, existence.



## Le trappole dei pregiudizi

*Io sono io, tu sei tu: l'importanza della funzione osservativa di secondo ordine.*

Iniziamo il viaggio attraverso la *selva oscura* del terapeuta, riflettendo insieme sulle trappole dei pregiudizi di cui lo stesso terapeuta non è immune.

Un primo rischio in cui può incorrere un terapeuta è quello di pensare che sia il soggetto che il suo “mondo”, sia l'individuo che i suoi contesti, siano indipendenti dalla relazione che li lega, caratterizzati da una propria essenza a priori rispetto all'intreccio tra questi due livelli della vita, che devono essere intesi come distinti ma mai come separati. Questo significa rinunciare al concetto stesso di osservatore così come generalmente inteso.

Il concetto di funzione osservativa che cito si riferisce a un conoscere ed agire che si svolge nei contesti e all'interno della relazione, che emerge dagli incontri con l'Altro, che deve essere riconosciuto come contesto di riferimento provvisorio, legato al processo, dinamico. “Osservare il proprio osservare”, che rende possibile la “consapevolezza” di sé stesso e dei propri movimenti interni, delle proprie emozioni e sensazioni, del proprio “essere qui ed ora” nella stanza di terapia, e che conduce al partecipare, oltre che all'Essere. Ed è sostanzialmente questa, a mio avviso, la base su cui poggia la distinzione, se così vogliamo chiamarla, tra terapeuta e paziente all'interno della relazione terapeutica: l'auto riflessività.

*Velocista o maratoneta?*

*“È tardi, è tardi sai, e io son già in mezzo ai guai!”  
(Bianconiglio, Alice nel paese delle meraviglie)*

Riporto un'esperienza con un paziente, un giovane ragazzo di 26 anni che ha conseguito la laurea triennale e arriva in studio sfiduciato, bloccato, vuoto, ansioso. Si sente così perché, come dice lui, ha sempre fatto tutto in tempo, ad oggi si immaginava già a fine percorso di studi, pensava che avrebbe rispettato i propri obiettivi nei tempi da lui prestabiliti. Non aveva

considerato la possibilità di un rallentamento, di uno stop, che per lui ha avuto il volto del covid. Mentre parlava mi sono venute in mente due immagini: il Bianconiglio di “Alice nel paese delle meraviglie” che corre perché in ritardo, e una metafora sul velocista e il maratoneta che ho condiviso con lui. La restituzione dell'immagine del Bianconiglio gli ha dato la possibilità di ridere di sé, di pensarsi proprio così, sempre preso da qualcosa, sempre di fretta, sempre in ansia. La seconda metafora ci ha permesso di riflettere se lui fosse un velocista o un maratoneta. Il velocista corre per piccoli obiettivi da raggiungere con una certa celerità, diversamente il maratoneta guarda il traguardo finale e non il ritmo del percorso, che talvolta è lento, altre veloce, che rispetta soprattutto il proprio sentire e i propri bisogni. Dopo una lunga sosta in un'espressione del volto interrogativa (che mi fa sempre ben pensare) si è ripensato come maratoneta e anche il suo corpo ha assunto un altro atteggiamento posturale, ovvero, per la prima volta ha appoggiato la schiena sullo schienale del divano.

Forse ripensarsi “non difettoso” ma diverso dal canone che aveva scelto come ideale, ha rallentato la sua corsa.

*Starai bene in fretta*

Quando è uscito dalla stanza, ho riflettuto su quanto questa metafora fosse adatta ai percorsi di psicoterapia e quanto anche noi terapeuti potremmo cadere nel tranello della valutazione di noi stessi e dell'efficacia del “trattamento” in base a parametri esterni da noi e da quel paziente, parametri come ad esempio la durata del percorso.

Mi è capitato di pensare che una mia terapia stesse andando piano, a rilento. Mi è capitato di sentirmi non efficiente sulla base della durata del percorso con un paziente. Questo pregiudizio: “devo aiutarlo in fretta”, se non lo si legge e non gli si dà il giusto spazio e significato, potrebbe interferire nella relazione

con i nostri pazienti. Il rischio connesso a questo pregiudizio è di guardare alle singole sedute e non alla relazione. *Dottoressa quanto tempo crede ci vorrà per stare bene? Dottoressa perché, dopo sei mesi ancora non mi sento serena?*

Nelle maratone è l'obiettivo finale che conta. I maratoneti lo sanno: durante il tragitto a volte dovranno rallentare quasi fino a fermarsi, ma mai del tutto, recuperando energie, accettando anche che altri momentaneamente li possano superare. Altre volte agiranno un'accelerazione, accogliendo i down e godendo degli up. Perché "la meta", che potremmo individuare nella fine di un percorso terapeutico, non dipende dalle prestazioni delle singole sedute, dipende dal viaggio, ed ogni viaggio ha con sé smarrimento, riflessione, consapevolezza, a ripetizione, fino ad un progredire verso gradi di consapevolezza più raffinati.

*Io ti salverò*

Quando una persona entra nella stanza di terapia quasi sempre lo fa agita dal pregiudizio: lui mi salverà, mi darà la soluzione, mi farà tornare a star bene. Questo pregiudizio spesso rischia di essere una narrazione affascinante anche per il terapeuta, che potrebbe colludervi. Spesso vi è l'idea che ciò di cui le persone hanno bisogno sia calore, comprensione, e a volte persino amore. Si tratta di un pregiudizio estremamente forte e comune, proprio della nostra cultura, condiviso anche da molti terapeuti.

La convinzione che le persone abbiano bisogno di calore e comprensione, che ha favorito il sorgere delle professioni dell'aiuto, potrebbe essere vista come il risultato di tre tradizioni influenti: quella religiosa della pietà, quella psicoanalitica di "comprendere" le cause remote e profonde di ogni comportamento e la tradizione marxiana dell'uguaglianza per cui ogni essere umano sofferente deve essere portato allo stesso livello di sicurezza degli altri (Cecchin e coll.1997).

Il terapeuta missionario che Cecchini e coll. descrivono in "Verità e Pregiudizio" è una metafora ancora attuale, uno schema che molti terapeuti agiscono senza sapere di agire.

Esiste un certo approccio terapeutico basato sul trasmettere agli altri ciò che il terapeuta considera buoni modelli relazionali e comportamentali, ovvero quelli sperimentati nelle proprie famiglie. Quello che muove questo tipo di terapeuta è quasi la sensazione di dover restituire qualcosa agli altri, di essere debitore, dato che la propria vita è stata fortunatamente bella (Cecchin e coll.1997). Il rischio è di rivedere sé nel paziente, a discapito dell'autenticità che ogni paziente ci porta durante i colloqui. Il pregiudizio qui si fonda sul pensiero che siccome non hanno sofferto durante l'infanzia, questi terapeuti credono di sapere in qualche modo cosa sia "normale" e come una famiglia o un individuo dovrebbero comportarsi. Le relazioni con i pazienti in questi casi possono determinare dipendenza, in quanto il terapeuta si propone detentore della verità, portatore di benessere, o un'impossibilità di creare una buona alleanza terapeutica.

Stesso discorso potremmo farlo per quel terapeuta che Cecchin chiama il terapeuta ferito: "dato che nella mia vita ho sofferto pene indicibili e sono sopravvissuto fino a diventare persino un guaritore, allora posso curare gli altri e guidarli attraverso il fiume del dolore che io ho già attraversato". Dimenticando anche in questo caso che nessuna persona entra nello stesso fiume due volte, nessun fiume è lo stesso.

### **La persona e il terapeuta**

*"Come supponevo: Mary Poppins. Praticamente perfetta sotto ogni aspetto." "Le persone praticamente perfette non si lasciano confondere da sentimenti"*

*(Mary Poppins, Walt Disney)*

Il terapeuta deve essere perfetto o può concedersi umana debolezza? Se nell'immaginario comune il terapeuta è pensato come imper-

turbabile, equilibrato, risolto, è anche vero che molti terapeuti, specie all'inizio della professione, fanno fatica ad uscire da questa lettura e ad accoglierne una complementare.

La domanda è: Il terapeuta può essere umano? Avere zone d'ombra? Aspetti personali non risolti? Può non avere una risposta pronta o provare noia in terapia? E ancora: insicurezze, paure, o addirittura fobie, emozioni sgradevoli come rabbia, tristezza, odio? La maggior parte dei colleghi risponderebbe "certo che sì", tuttavia sono convinta che alcuni farebbero fatica a pensarsi fallibili, irrisolti, a volte persino più infelici dei propri pazienti. Difatti anche noi apparteniamo alla cultura che descrive il terapeuta come sacerdote, portatore di benessere e "problem solver", e in questa cultura noi viviamo.

Possiamo accogliere le nostre emozioni senza giudicarle? Certo che sì. È questo forse lo sforzo più grande dietro l'essere terapeuta.

È proprio l'autenticità del terapeuta che favorisce una buona riuscita dell'alleanza con il paziente, e solo poi della terapia. Inoltre emozioni dolorose non riconosciute, taciute dal terapeuta al paziente, ma attive in seduta, vengono comunque percepite grazie al lavoro certosino dei nostri neuroni a specchio. Questo può, in alcuni casi, favorire l'attivazione di sottili cicli interpersonali disadattivi, inficiando il successo terapeutico (Liotti & Farina, 2011; Dimaggio, Popolo, Ottavi, Salvatore, 2019). L'aspetto importante resta collegato alla consapevolezza e alla regolazione di essi. Non è sempre semplice perché per loro natura schemi e coping si attivano in modo automatico e procedurale.

Se il terapeuta emotivamente coinvolto in terapia o "umano" crea ancora resistenze nell'immaginario collettivo e degli addetti ai lavori, altra storia è il terapeuta che piange... perché se da una parte tutti convergeremo sul trovare funzionale il pianto del paziente, come se fosse in qualche modo anche "obbligato" a piangere, per sciogliere nodi, buttar fuori

dolori, delusioni, rabbia inespressa, il terapeuta potrebbe incappare nel pregiudizio del "sono obbligato" a contenere la mia emozione.

Ma cosa accade se il paziente ci racconta qualcosa di veramente tragico che tocca il nostro cuore, o il nostro vissuto? Per molti professionisti non ci sta e non ci può stare, per la naturale asimmetria con cui viene pensata la relazione terapeuta-paziente, esperto-inesperto, adulto-bambino, regista-attore. Le risposte emotive del terapeuta invece dovrebbero essere una parte non trascurabile nel trattamento, e il pianto è proprio una tra queste.

Riporto un flashback di una seduta avvenuta circa 6 mesi fa: la paziente è una giovane donna di 35 anni che chiamerò con un nome fittizio per salvaguardarne la privacy.

Marta era arrivata in terapia circa un mese prima, apportando come motivazione principale il suo essere stanca emotivamente, svuotata, a volte rapita da una sensazione di soffocamento, di mancanza d'aria. Mi dice che in famiglia coltivano da sempre una certa cultura per il benessere mentale e che nel suo paese d'origine, una città del nord Italia, è già stata seguita da una psicologa, una life coach, con la quale ha affrontato il lutto per la perdita del suo compagno, avvenuta circa 10 anni prima. Riferisce che la terapia che vorrebbe fare ora non è incentrata su questo lutto, che ha già elaborato, di cui già ha parlato molto e nei confronti del quale si sente ora serena, per quanto possibile.

Un giorno Marta si presenta, come sempre con atteggiamento pacato, riflessivo, misurato, condito da un'ironia affascinante che fa da cornice alla nostra comunicazione e che ne è presto diventata componente essenziale e imprescindibile. Mi racconta di aver avuto un attacco di panico e che ultimamente non dorme bene. Partendo da questo facciamo collegamenti e creiamo connessioni con fasi della sua vita, fino ad arrivare al passato, ai lunghi periodi in cui ricorda di non aver dormito, di

aver preferito il divano al letto, e in cui nessun farmaco e nessun espediente riuscivano a farla addormentare. Mi parla di dieci anni fa, di come è stato difficile dormire dopo la morte del suo compagno. Lo dice con calma, apparentemente senza emozioni, come una persona che è abituata a parlarne, che nessuno tange, che ha visto l'orrido più e più volte e ha prepotentemente deciso di non soffermarsi più a guardarlo. Le dico che, anche se eravamo rimaste che non avremmo affrontato l'argomento "lutto", mi sarebbe piaciuto se mi avesse parlato di questo ragazzo, e di lei con lui. Usualmente rispetto ciò che il paziente mi chiede, ma credo fortemente che quello fosse il tempo, il luogo e la relazione per poterne parlare.

Con estrema pacatezza e dignità mi racconta nel dettaglio come è avvenuta la morte dell'ex compagno, la sensazione che fosse accaduto qualcosa, la certezza della perdita, dell'incidente.

Più lei abbassava il tono della voce mentre parlava, fino a sussurrare i fatti, più io sentivo la sua angoscia agitarsi dentro me. A questo punto io, psicoterapeuta, ho iniziato a piangere. Ricordo di aver pensato che non riuscivo più a trattenermi e che non trovavo altro modo di gestire questa emozione se non concedendomela.

È qui che avvenne un piccolo miracolo: Marta mi guarda, intercetta le mie lacrime e inizia a piangere lentamente, poi più forte, fino a singhiozzare. Abbiamo pianto insieme per qualche minuto.

Alla fine di questo tempo che è sembrato infinito ho sentito di dovermi scusare dicendo che era una storia tristissima e che mi dispiaceva sinceramente pensando al suo dolore. Mi ha risposto che sì, in effetti, era davvero una storia tremenda. Ha pianto ancora un po' ed è così che è finita la seduta.

Non ci siamo dette molto altro, abbiamo sorriso dopo le nostre lacrime e ci siamo congedate. Davanti alla porta, ricomposta, ho ceduto alla sensazione di essermi lasciata andare

troppo alle mie emozioni. Mi sono preoccupata di come Marta avesse potuto percepirle, finché lei voltandosi e tornando alla sua aria ironica ha detto "grazie, mi ci voleva un bel pianto. Non sapevo più come si faceva".

Quello che voglio dire qui, è che quando si lavora con auto riflessività, accettazione, integrazione delle nostre emozioni in terapia, accade una sorta di rispecchiamento reciproco di stati interni e mutue debolezze in cui il paziente può avventurarsi in un mondo relazionale inesplorato ma all'interno di un contesto sicuro. Il pianto del terapeuta potrebbe essere occasione per esplorare dimensioni più intime col paziente, parlarne potrebbe darvi un "senso terapeutico", esplorando l'impatto che ha avuto sul nostro paziente.

*Therapist's crying in therapy (TCIT) il pianto del terapeuta.*

Rispetto al pianto del terapeuta non ci sono molti studi sull'argomento ma c'è una sigla: "Therapists' Crying In Therapy, TCIT".

Un gruppo californiano nel 2012 ha condotto uno studio pilota: il 72% dei terapeuti intervistati racconta di aver pianto in terapia. Questa indagine ha esplorato le esperienze e l'atteggiamento dei terapeuti nei confronti del TCIT. L'obiettivo mirava ad ottenere una maggiore comprensione delle esperienze e degli atteggiamenti dei terapeuti nei confronti delle proprie lacrime e di quelle dei propri clienti. Sulla base della letteratura sul pianto e loro esperienze in terapia, il gruppo californiano ha sviluppato domande specifiche sia sul pianto, sia sul proprio atteggiamento verso di esso.

La proposta alla base di questo studio pilota non è stata quella di giudicare il pianto del terapeuta in terapia, di pensarlo come appropriato o no, etico o non etico, costruttivo per la terapia o meno, anche perché la maggior parte delle persone che hanno riferito di aver pianto in terapia non hanno riferito correlazione con conseguenze negative per il trattamento. Anzi, almeno la metà degli intervistati riportano un

miglioramento nell'alleanza terapeutica che in qualche modo hanno sentito di attribuire al pianto. Ne è emerso che: piangono di più i terapeuti anziani, che il pianto del terapeuta migliora la relazione terapeutica: aumenta empatia, calore e affidabilità, che le lacrime del terapeuta possono avere un effetto catartico sul processo terapeutico, che sono molto di più di quanto si pensa i terapeuti che piangono o che ammettono una sorta di commozione.

Altro dato interessante che è emerso da questo studio è che l'atto del pianto in terapia ha meno a che fare con la personalità o fattori quali i big five (ovvero estroversione, gradevolezza, apertura mentale, coscienziosità e nevroticismo) ed è invece più connesso agli aspetti unici della terapia e all'identità del terapeuta nel contesto terapeutico, ovvero orientamento teorico, esperienza clinica, tono affettivo della seduta). Inoltre i terapeuti con più esperienza, i più anziani, piangevano di più in terapia rispetto ai giovani colleghi da poco approcciati alla professione, nonostante la minore frequenza di pianto nella vita quotidiana, suggerendo quindi che i terapeuti più esperti si sentono più a loro agio nel permettere a sé stessi di provare ed esprimere tali emozioni nella stanza di terapia, o forse attribuiscono al pianto un valore di autenticità utile da far accadere in terapia.

*La diagnosi di psicoterapeuta.*

*"Ti svelo un segreto: tutti i migliori sono matti" (cappellaio matto, Alice nel paese delle meraviglie)*

Se "quando a piangere è il terapeuta" può sembrare una situazione al limite dell'accettabile per noi addetti ai lavori, colludendo con "come la gente pensa allo psicologo", altra cosa è quando il terapeuta ha zone d'ombra più marcate, al limite di quello che potremmo considerare disagio psicologico. Allora la domanda ora potrebbe essere: può il terapeuta essere in odore di malattia?

Freud in verità diceva che il buon terapeuta "deve" essere stato in odore di malattia.

Se come abbiamo studiato già al primo anno di università, ognuno di noi ha una propria organizzazione di personalità e tratti che rientrano nelle categorie diagnostiche dei disturbi di personalità del DSM-5, ciò che è controproducente e rischioso è celare al paziente e a noi stessi le nostre emozioni, cercare di nasconderle anziché riconoscerle, integrarle, regolarle e posicionarle all'interno della relazione.

Tuttavia mi chiedo: come reagiremmo se noi psicoterapeuti fossimo inseriti in cluster diagnostici alla pari di un disturbo paranoide per esempio? O di un disturbo schizotipico? Sapremmo andare oltre il pregiudizio de "il buon terapeuta è risolto, è sano, non ha disturbi psicologici"? Cosa avviene.... quando dall'altra parte, sul DSM 5....ci siamo noi?

Qualche anno fa Paolo Bertrando ha scritto un interessante articolo che riportava la proposta irriverente dell'*American Psychiatric Association* di introdurre nel DSM 5 la diagnosi di "Psicoterapeuta", corredata di criteri diagnostici, che ha suscitato un certo scalpore. Coerentemente con l'orientamento generale del DSM, in questa proposta erano stati offerti sia i criteri per fare una diagnosi generale di "Psicoterapeuta", sia quelli necessari a distinguere fra i diversi sottotipi diagnostici. Sono stati pensati quattro criteri necessari e sufficienti per porre la diagnosi di Psicoterapeuta, vero cardine di tutta la procedura.

Nello specifico i criteri per la diagnosi di Psicoterapeuta Tipo Sistemico-Relazionale proposti erano

- Incrollabile convinzione che le persone non esistano come tali, ma solo come parti di un "sistema" o di un "contesto" (in alternativa, che la mente non sia limitata al cervello dell'individuo).
- Interesse patologico verso le famiglie, in particolare la famiglia delle persone coinvolte nei rituali periodici, di cui richiede insistentemente la presenza.
- Dipendenza da altre persone con gli stessi sintomi ("équipe"), da cui deve compulsiva-

mente essere osservato durante i suoi rituali; l'assenza dell'équipe produce sintomi di confusione e smarrimento.

Erano stati individuati anche dei Sottotipi che riporto qui sotto perché a mio avviso sono ottimi spunti di riflessione.

#### Sottotipo Maniacale o Sistemico

- Uso di gergo bizzarro e fantastico, caratterizzato da termini che ricorrono con frequenza (per esempio: sistema, ridondanza, digitale, analogico, autopoiesi, osservatore, co-costruzione, ecc.), attraverso i quali costruisce discorsi formalmente compiuti, ma di contenuto incomprensibile.

- Labilità delle relazioni, evidenziata da una patologica tendenza a fare domande, che però non riguardano mai l'interlocutore diretto, ma generalmente una terza persona (domande tangenziali o circolari)

- Fuga delle idee teoriche: le sue convinzioni apparentemente più profonde non persistono per più di 2-3 anni, dopo i quali sono sostituite da altre, altrettanto irrealistiche (Sindrome di Kuhn)

#### Sottotipo Paranoide o Strategico

- Ideazione paranoide, secondo la quale tutti gli altri (in particolare i partecipanti agli incontri periodici) cercano di acquistare potere su di lui, con conseguente necessità di difendersi. Convinzione di essere sempre in grado di stabilire le regole delle sue relazioni con l'altro.

- Sintomi prescrittivi: tende a chiedere agli altri partecipanti alle azioni periodiche di eseguire a loro volta rituali casalinghi; se contraddetto, manifesta irascibilità e intenso disappunto.

#### Sottotipo Crepuscolare o Narrativo

- Richiesta compulsiva all'interlocutore di raccontare la sua storia. • Tendenza insopprimibile a raccontare una storia diversa riguardo all'interlocutore, partendo da eventi marginali e comunque irrilevanti per quest'ultimo (pathological storytelling o Sindrome di Epston-White).

- Idea fissa e immodificabile che i problemi non appartengono alle persone, ma sono

entità personificabili, a volte accompagnata da coprolalia ("la subdola pupù").

Alla fine di questa disquisizione sulla diagnosi di psicoterapeuta, posso raccontare la mia reazione la prima volta che l'ho letta, non molto tempo fa, durante le mie ricerche per questo elaborato: ho provato irritazione, sgomento, fastidio, forse anche una certa quota di smarrimento. Ho pensato che fosse uno scherzo di cattivo gusto, una sorta di satira e di provocazione, e per un po' ho abbandonato questa lettura.

Nei giorni successivi, ne ho parlato con colleghi e ho cominciato a familiarizzare e ironizzare con la sensazione che si, forse solo un disturbo psicologico può permettere ad una persona di fare questo mestiere, di scegliere di stare a contatto ogni giorno con la sofferenza di molta gente, di vivere mille vite, orridi di ogni genere, e di sopravvivere. Di provare addirittura piacere nel fare questo lavoro.

Ho ripensato al cappellaio matto di Alice nel paese delle meraviglie: "*tutti i migliori sono matti*". Questo mi ha permesso di esplorare quella parte di me che se può accettare il concetto di fallibilità, accetta meno di buon grado l'idea di ritrovarsi dentro un DSM 5, e di sentire come si sta vestendo questi panni, che spesso sono quelli dei nostri pazienti.

#### Conclusione

Riflettendo bene sugli antidoti che il terapeuta ha a disposizione per sopravvivere nella selva oscura e ai propri pregiudizi mi vengono in mente: la supervisione (o l'analisi didattica nel caso del terapeuta in formazione), il lavoro in equipe, il continuo confronto col il gruppo. È anche grazie ad esso infatti che oggi mi permetto con serenità di sentirmi fallibile, di emozionarmi in terapia così come faccio. L'analisi didattica permette al terapeuta di poter restare in contatto con le proprie emozioni, imparando a non giudicarle, di esplorare i propri vissuti e le attivazioni emotive e personali durante le molteplici terapie. Permette di esercitare la funzione osservativa di secondo

ordine e a non cadere nella trappola dei nostri pregiudizi. Di rimanere umani, insomma, e di sentirsi in diritto di essere tali anche e soprattutto dentro la stanza di terapia.

L'equipe è inoltre uno strumento che, oltre ad essere valore aggiunto per il paziente, rende dinamico il lavoro nella stanza di terapia, permette al terapeuta di esplorare nuove letture del paziente, delle relazioni, della stessa relazione tra sé e il paziente. È uno strumento che supporta anche il terapeuta in alcuni casi, quelli che per loro natura predispongono ad attivazioni più potenti, che vanno pertanto guardate al microscopio, osservate con più occhi.

Tornando alla domanda che apre questo articolo, sono arrivata alla conclusione che noi terapeuti siamo stati Dante, poi Virgilio, poi Caronte, poi di nuovo Dante. Nella stanza di terapia può anche capitare che durante il viaggio

con il paziente noi recitiamo autenticamente i tre personaggi. Siamo registi ma anche attori. Le nostre risonanze con i pazienti cambiano, vi contribuisce il nostro momento esistenziale, la "tipologia" di paziente, il tema che ci porta, il nostro saper stare con lui e con le nostre emozioni, il modo in cui ci situiamo nella terapia, osservando la persona che abbiamo davanti e noi stessi che lo osserviamo.

Caronte, Dante, Virgilio: il terapeuta è, dunque, il regista che sa quando mandare in scena uno o l'altro personaggio, ma anche l'attore capace di interpretarli e di inventarne di nuovi. Perché se c'è una cosa che il buon terapeuta presto apprende... è che ogni giorno impara nuovi modi di attraversare "insieme al paziente" la selva oscura, e lo fa grazie alle storie che ascolta e alle persone che incontra.

## Bibliografia

- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Adelphi Editore: Milano.
- Bianciardi, M. (2008). *Le emozioni del terapeuta, in Emozioni e sistemi. Terapia sistemica, relazioni emotive*. Convegno internazionale: Torino.
- Bertrando, P. (1999). *La diagnosi di psicoterapeuta*. Connessioni, 5. Cecchin, G. (1997). *Verità e pregiudizi*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Dimaggio, G., Popolo, R., Ottavi, P., Salvatore, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Hill, D. (2017). *Terapia della regolazione affettiva*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio: Roma
- Ronald A. Stolberg, Amy C. Blume-Marcovici and Mojgan Khademi. (2013). *Do Therapists Cry in Therapy? The Role of Experience and Other Factors in Therapists Tears*. American Psychological Association.
- Watzlawick, P., Beavini, J.H., Jackson, D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio: Roma

# Nella pancia di IDIPSI: il potere trasformativo del lavoro sul gruppo

Lucrezia Angioni <sup>12</sup>

## Sommario

L'autrice esplora le profondità e le dinamiche dei gruppi all'interno della scuola IDIPSI attraverso il titolo evocativo "Nella pancia di Idipsi: Il potere trasformativo del Lavoro sul Gruppo". Partendo dalla propria esperienza personale con i lavori di gruppo condotti dal docente Marco Meschini, l'autrice utilizza un questionario per dare voce alle esperienze soggettive ed oggettive dei colleghi, scoprendo l'importanza di bilanciare l'approccio emotivo con quello razionale. L'elaborato si concentra su teorie fondamentali, considerazioni sistemiche e il concetto del gruppo come percorso evolutivo, testimoniando il dialogo tra parti razionali ed emotive. Riflettendo sul significato del lavoro di gruppo come viaggio interiore, evidenziando l'importanza del dialogo tra diverse parti di sé stessi per la crescita personale e professionale.

## Parole chiave:

Idipsi, gruppi, dinamiche di gruppo, crescita, dialogo, apprendimento esperienziale.

## Abstract:

Through the evocative title "Into the belly of Idipsi: The transformative power of Group Work," the author explores the depths and dynamics of groups within the IDIPSI school. Inspired by personal experiences with group work led by Professor Marco Meschini, the author utilizes a questionnaire to give voice to colleagues' subjective and objective experiences, discovering the importance of balancing emotional and rational approaches. The research focuses on fundamental theories, systemic considerations, and the concept of the group as an evolutionary journey, showcasing the dialogue between rational and emotional aspects. Reflecting on the significance of group work as an inner journey, highlighting the importance of dialogue between different parts of oneself for personal and professional growth.

## Keywords:

Idipsi, group, group dynamics, growth, dialogue, experiential learning.

---

<sup>12</sup> - Lucrezia Angioni, allieva III anno IDIPSI, lucrezia.angioni92@gmail.com

## Teorie ed Epistemologie dei gruppi

Nel complesso tessuto della società umana, i gruppi svolgono il ruolo di fili invisibili che connettono e intrecciano le storie di milioni di individui. Rappresentano laboratori sociali, catalizzatori di cambiamenti, e custodi delle nostre identità collettive. Siamo immersi in gruppi fin dai primi momenti della nostra vita, il gruppo è un'esperienza umana universale, che si manifesta in molteplici forme, dalla famiglia al gruppo di amici, dal gruppo di lavoro al gruppo di psicoterapia. Ma cosa sono esattamente i gruppi?

Etimologicamente, la parola "gruppo" è di recente diffusione in Italia, apparendo nei testi letterari solo a partire dal XVI secolo.

Derivante dal termine germanico "kruppa," che significa "massa arrotondata" o "nodo," il suo significato originale era legato all'idea di un insieme di elementi distinti uniti in modo da formare una totalità. Solo intorno alla metà del XVIII secolo, il suo significato si estese per includere insiemi (o riunioni) di individui. L'interesse scientifico verso i gruppi, il loro studio e utilizzo, è stato caratterizzato da numerose resistenze, ambiguità e pregiudizi, che si riflettono nella storia delle discipline psicologiche.

D. Anzieu e J. Y. Martin (1986) sottolineano come la resistenza epistemologica al concetto di gruppo derivi direttamente dalla resistenza dell'uomo contemporaneo verso la vita di gruppo, spesso percepita come un limite alla propria individualità. Questa ambiguità è il risultato del fatto che il gruppo può rappresentare una risorsa positiva, agendo come un contenitore di aspettative, bisogni e desideri, ma allo stesso tempo può essere vissuto in modo minaccioso, con i rapporti interpersonali all'interno dei gruppi percepiti come fonti di pressione e costrizione. Il contributo di importanti studiosi, tra cui W. Bion, K. Lewin, e S. H. Foulkes, sebbene appartenenti a diverse correnti di pensiero nella psicologia, ha contribuito a superare queste

ambiguità e resistenze. Questi autori hanno evidenziato la natura profondamente sociale dell'uomo e permettendo di "considerare il gruppo come straordinario strumento di sviluppo e trasformazione degli individui, spazio mentale e fisico in cui la convivenza con gli altri consente di soddisfare bisogni soggettivi e plurali e di valorizzare la propria autenticità nell'incontro con la diversità" (Di Maria, Falgares, 2005).

Definire il concetto di gruppo non è un compito semplice. Diverse prospettive lo descrivono in modi unici: Kurt Lewin (1936) considera il gruppo come qualcosa di più di una semplice somma delle sue parti, sottolineando l'interdipendenza dei membri.

Wilfred Bion (1961) si concentra sulla cooperazione e sulla fiducia all'interno del gruppo.

Raymond B. Cattell (1951) definisce il gruppo come un aggregato di individui in cui l'esistenza di ognuno è utilizzata per soddisfare i bisogni di tutti.

Per P. Amerio (1982), il gruppo è il luogo in cui si integrano le dimensioni di individualità e socialità.

Da questi punti di vista, emerge una definizione complessa di gruppo come un costrutto mentale, un'organizzazione psichica, un sentimento di appartenenza e un complesso reticolo di interazioni tra individui, che richiede un'osservazione da una prospettiva cognitiva e fenomenologica. Il gruppo può essere visto come un nodo, un groviglio, una pluralità di interconnessioni.

Tra i luminari che hanno contribuito significativamente allo studio dei gruppi, spiccano soprattutto le figure di Kurt Lewin e Wilfred Bion.

Kurt Lewin, psicologo sociale tedesco del 1936, gettò le basi per una comprensione profonda della natura dei gruppi. Egli concepì il gruppo come "qualcosa in più di una semplice somma delle parti", mettendo l'accento sulla loro interdipendenza, dove i

cambiamenti di stato che vive una di queste parti interesserà ognuna delle altre singole parti che compongono il gruppo. Secondo la sua Teoria del Campo, i gruppi sono dinamiche complesse di interrelazioni tra individui e l'ambiente circostante. Questa prospettiva implica che un cambiamento in una parte del gruppo influisca su tutto il resto, rivelando l'essenza dinamica dei gruppi.

Da un'altra prospettiva, Wilfred Bion, uno psicoanalista britannico del 1961, ha esplorato la dimensione esperienziale dei gruppi, sottolineando la cooperazione e la fiducia reciproca tra i membri. La sua teoria ha identificato i cosiddetti "assunti di base" dei gruppi, comportamenti regressivi emersi a causa delle dinamiche gruppali. Questi assunti, come dipendenza, accoppiamento e attacco-fuga, contribuiscono a plasmare le interazioni e le emozioni dei membri all'interno del gruppo. Infine, altri studiosi come R. Carli e R. Paniccia (1988) sostengono che i gruppi non esistano come entità distinte ma siano modalità di funzionamento delle relazioni sociali, originando dai modi in cui le persone sperimentano, pensano e strutturano le relazioni. Ciò suggerisce che ciò che accade nei gruppi è una conseguenza delle azioni e delle relazioni tra attori sociali all'interno di contesti organizzativi e istituzionali. Questi vari punti di vista e contributi delineano la complessità e la ricchezza dell'argomento legato alla psicologia dei gruppi, offrendo una visione completa delle dinamiche interne e delle implicazioni sociali che caratterizzano questo ambito di studio.

### **I gruppi come viaggi**

I gruppi, in tutte le loro varie forme e dimensioni, sono spesso paragonabili a viaggi. Essi rappresentano avventure condivise, percorsi di crescita e cambiamento, con obiettivi da raggiungere e dinamiche interne che evolvono nel tempo. Come nei viaggi, è importante condividere una rotta, una mappa, dotarsi di guide e strumenti che permettono

all'equipaggio di orientarsi con consapevolezza e di impegnarsi al massimo per raggiungere una meta condivisa.

Immaginiamo i gruppi come un viaggio avvincente attraverso terre sconosciute dell'apprendimento e della crescita. Questo viaggio ha inizio con l'eccitazione e la curiosità che caratterizzano l'avventura, dove ogni membro del gruppo si trova a bordo di un veicolo chiamato "apprendimento".

Ma, come in ogni viaggio, ci sono momenti in cui il percorso si fa complesso, e il gruppo si trova a navigare attraverso terreni accidentati. Queste sfide possono essere paragonate a bivi incerti o situazioni in cui ci si perde, richiedendo al gruppo di collaborare e trovare una strada comune. Queste sfide diventano punti di svolta, dove il gruppo cresce attraverso la risoluzione dei conflitti e la costruzione di un legame più stretto tra i suoi membri.

In questo viaggio, ogni tappa rappresenta un'opportunità di crescita e di acquisizione di nuove conoscenze. Come esploratori di un territorio sconosciuto, i membri del gruppo si confrontano con sé stessi e gli altri, affrontando le proprie paure e i propri pregiudizi. Il gruppo stesso diventa un compagno di viaggio, offrendo supporto e ispirazione lungo il percorso.

### **I gruppi di apprendimento IDIPSI**

All'interno della scuola di psicoterapia IDIPSI, i gruppi di apprendimento svolgono un ruolo significativo nel processo di formazione dei futuri psicoterapeuti. Per comprendere meglio l'evoluzione di questi gruppi, possiamo far riferimento al modello proposto da Richard Moreland e John Levine (1988 e 2002), che spiega le fasi di sviluppo di un gruppo.

Secondo questo modello, la vita di un gruppo attraversa cinque fasi, ciascuna delle quali corrisponde a un diverso ruolo giocato dai partecipanti. Queste fasi sono altamente influenzate dalla mutua suggestione e interdipendenza tra i membri del gruppo e il

gruppo stesso. A tal proposito interessante è lo studio di Forsyth (1999) che ha declinato il modello di Moreland e Levine nel contesto dei gruppi faccia a faccia che si riuniscono per uno scopo ben preciso, come ad esempio i gruppi di lavoro.

Le cinque fasi distintive, così come descritte da Forsyth (1999), sono le seguenti:

1) **Formazione:** Questa è la fase iniziale in cui gli studenti stabiliscono i primi contatti nei gruppi di apprendimento IDIPSI. Durante questa fase, si avviano i processi di conoscenza reciproca, si cerca di capire gli obiettivi del gruppo e si stabiliscono i rapporti di status all'interno del gruppo.

2) **Conflitto:** Nella fase di conflitto, gli studenti, una volta conosciutisi meglio, possono affrontare i primi disaccordi dovuti all'interdipendenza sociale e ai compiti da svolgere. Le emozioni in questa fase possono essere molto intense, e gli studenti possono esercitare e subire influenza dagli altri.

3) **Evoluzione:** In questa fase, si superano i conflitti iniziali, e il gruppo sviluppa una maggiore coesione. Nasce un'identità di gruppo positiva, e l'aggregato di studenti diventa un vero gruppo psicologico. Solitamente, si raggiunge questo stadio attraverso la negoziazione, uno stile comune di risoluzione dei conflitti.

4) **Esecuzione del compito:** Con il passare del tempo, il gruppo raggiunge uno stadio di cooperazione più proficuo. Gli studenti iniziano a prendere decisioni, a formulare piani di lavoro e a metterli in atto per raggiungere uno scopo comune.

5) **Conclusione e scioglimento:** Infine, i gruppi di apprendimento IDIPSI, che sono formati con uno scopo ben preciso, giungono alla conclusione e al loro scioglimento, spesso quando il loro mandato o il compito specifico è stato portato a termine con successo.

Questo modello di sviluppo dei gruppi è un'utile cornice per comprendere meglio come gli studenti interagiscono all'interno dei gruppi di apprendimento e come questi gruppi

contribuiscono alla loro crescita professionale e personale nel corso del percorso formativo.

Per comprendere meglio le dinamiche all'interno dei gruppi di apprendimento presso la scuola di psicoterapia IDIPSI, è stato coinvolto da quest'anno un nuovo docente, Marco Meschini.

Meschini è un esperto psicoterapeuta sistemico con una formazione specifica nel campo dei gruppi. Ha contribuito al percorso formativo degli studenti del secondo, terzo e quarto anno attraverso una serie di lezioni mirate.

Gli obiettivi di Meschini erano molteplici:

- Irrobustire il gruppo di apprendimento, fornendo agli studenti strumenti per affrontare le dinamiche gruppali in modo più efficace.

- Aiutare gli studenti a diventare più esperti nella comprensione delle dinamiche dei sistemi gruppali.

- Favorire la conoscenza di sé stessi all'interno di un gruppo e promuovere la consapevolezza personale all'interno delle dinamiche di gruppo.

- Guidare gli studenti nella comprensione dei ruoli che emergono nei gruppi e dell'importanza di tali ruoli.

- Consentire agli studenti di acquisire una visione più chiara delle dinamiche attive presenti all'interno dei gruppi di appartenenza.

Le lezioni di Meschini non si sono limitate alla teoria, ma hanno incluso soprattutto numerose attività pratiche. Queste attività hanno contribuito a scuotere profondamente i membri dei gruppi di apprendimento, portando spesso a significativi cambiamenti nelle dinamiche e nei rapporti all'interno dei gruppi. L'insegnamento di Meschini ha arricchito il percorso formativo degli studenti, fornendo loro strumenti preziosi per comprendere e lavorare in modo più efficace all'interno dei gruppi di apprendimento e, allo stesso tempo, ha contribuito a consolidare le competenze sistemico-relazionali dei futuri psicoterapeuti.

### **Nella pancia di IDIPSI**

Nel contesto metaforico, il termine "pancia" è

utilizzato per rappresentare la dimensione più intima, profonda e istintuale delle esperienze umane. Questo termine suggerisce una connessione con l'istinto, le emozioni viscerali e le percezioni soggettive. Si riferisce alla parte più interna di noi stessi, dove si collocano i sentimenti, le intuizioni e le reazioni emotive, spesso al di là della razionalità o della logica. La "pancia" simboleggia il luogo in cui le dinamiche dei gruppi di apprendimento agiscono in modo profondo, influenzando le nostre percezioni di noi stessi, degli altri e del mondo che ci circonda. È il luogo in cui avvengono le trasformazioni, dove le idee prendono forma e dove le connessioni tra i membri del gruppo diventano più significative. Quando ho iniziato a immergermi nel mondo delle lezioni di Marco Meschini sui gruppi, l'esperienza è stata molto più di un semplice ascolto. È stata quasi come un pugno nella pancia. Questa forza che ho avvertito è diventata il cuore pulsante della mia tesi.

Da quel "pugno nella pancia", ho deciso di dedicare la mia ricerca allo studio del lavoro sui gruppi, cercando di esplorare il potere trasformativo.

Incuriosita dal sapere se questa esperienza del lavoro sui gruppi avesse influenzato non solo me, ma anche i miei colleghi ho deciso di creare un questionario. Un questionario che permettesse di esplorare le prospettive soggettive ed oggettive di ciascun individuo. Le attività proposte da Meschini hanno sollecitato una serie di riflessioni e cambiamenti significativi all'interno del nostro gruppo. Il desiderio di esplorare in modo più approfondito queste dinamiche è nato dalla consapevolezza che il lavoro sui gruppi può avere un impatto profondo non solo sull'apprendimento, ma anche sulla crescita personale e sullo sviluppo delle competenze di ciascun individuo.

### **Un'esplorazione multidimensionale attraverso l'uso del questionario**

Nel processo di esplorazione delle esperienze

dei colleghi del secondo anno IDIPSI, ho utilizzato un questionario appositamente progettato per comprendere a fondo le percezioni soggettive e oggettive relative al lavoro di gruppo e alle dinamiche dei gruppi di apprendimento. Questo questionario è stato strutturato in due sezioni, ciascuna delle quali esplora un diverso aspetto di questa esperienza.

#### **Sezione 1: Livello Personale (Soggettivo)**

In questa sezione, ho cercato di analizzare le connessioni tra il lavoro svolto all'interno del gruppo-classe e l'effetto che questo potrebbe avere sulla crescita professionale dei partecipanti.

I partecipanti hanno avuto l'opportunità di esprimere in che modo il lavoro di gruppo influisca sullo sviluppo delle loro competenze come futuri psicoterapeuti e come tale possa contribuire all'interiorizzazione della prospettiva sistemica.

Inoltre, ho indagato come il lavoro sul gruppo influisca sulle dinamiche specifiche del gruppo-classe di appartenenza, cercando di individuare i cambiamenti significativi e i momenti rilevanti vissuti dai partecipanti.

#### **Sezione 2: Livello Sistemico (Oggettivo)**

Nella seconda sezione, ho esplorato il punto di vista oggettivo dell'impatto del lavoro sul gruppo. Ho cercato di comprendere come i partecipanti vedano che il lavoro di gruppo sia vissuto dagli altri membri della classe e come esso possa influenzare la crescita professionale degli allievi, inclusa l'interiorizzazione della prospettiva sistemica.

Inoltre, ho cercato di analizzare come i partecipanti vedono il futuro sviluppo della didattica presso IDIPSI e come questo tipo di lavoro possa integrarsi in modo stabile e strutturale nella proposta formativa.

La combinazione di questi aspetti soggettivi e oggettivi ha reso possibile un'analisi completa delle esperienze dei partecipanti riguardo al lavoro di gruppo all'interno della scuola di psicoterapia IDIPSI.

### **Fili invisibili:**

#### **“La pancia e la mente razionale del gruppo del secondo anno di Idipsi”**

Nel mosaico complesso del lavoro sul gruppo, l'analisi delle risposte dei singoli rivela parti significative del gruppo. Attraverso le parole e le emozioni di ciascun individuo, emergono fili invisibili che compongono il tessuto emotivo e razionale del gruppo. Questi fili si intrecciano, donando vita alle emozioni che hanno permeato l'esperienza.

La pancia del gruppo (parte soggettiva indagata nel questionario) è stata costellata da un'ampia gamma di sentimenti significativi. Le emozioni esposte variano da paura, tristezza, vergogna, ansia e disagio iniziale a curiosità, apertura e disponibilità a mettersi in gioco con il passare del tempo. Questo spettro di emozioni riflette la complessità dell'esperienza del gruppo.

Il gruppo ha sperimentato difficoltà iniziali, manifestate attraverso emozioni negative come paura e vergogna. Tuttavia, contemporaneamente, ha riconosciuto la generosità, dimostrando una capacità di essere curiosi e in ascolto, suggerendo una natura più aperta del gruppo nel suo complesso.

Durante il lavoro sul gruppo, la pancia ha riportato sensazioni contrastanti, come la tensione mista a piacere e sorpresa, indicando un processo di crescita e la speranza di un “risveglio”.

Molte emozioni iniziali si sono trasformate in uno stato di maggior apertura, libertà e consapevolezza durante il corso del lavoro sul gruppo. Queste trasformazioni indicano un cambiamento interno e l'evoluzione delle dinamiche in senso positivo.

Nel complesso, le emozioni e i cambiamenti evolutivi rivelano la complessità delle dinamiche soggettive del gruppo, mettendo in luce le sfide, i momenti di crescita e le evoluzioni avvenute nel corso del lavoro sul gruppo.

La parte oggettiva del gruppo ovvero, la mente razionale, evidenzia che il lavoro sul gruppo è stato unico e utile per ogni partecipante, incluso

il docente. Ha contribuito allo sviluppo delle capacità critiche, dell'ascolto delle risonanze e della lettura delle dinamiche di gruppo e dei ruoli.

I benefici del lavoro di gruppo sono stati diversi, il gruppo è riuscito a creare aperture, riconoscimenti e nuove letture delle proprie credenze. Inoltre, ha promosso nuovi legami e dibattiti contribuendo così a valorizzare le voci di tutti.

Tuttavia, il gruppo ha identificato anche dei rischi, come la possibilità di conflitti e la potenziale apertura di ferite emotive. Inoltre, il gruppo ha riconosciuto che i rischi sono direttamente proporzionati ai “non detti”. Nonostante questi rischi, il gruppo ha riflettuto sul fatto che anche le sfide possono generare benefici.

È stato sottolineato l'importante ruolo del tempo e del numero di ore dedicato al lavoro di gruppo. Aumentare il tempo dedicato a queste attività è stato considerato essenziale per permettere ai gruppi, in particolare quelli più numerosi, di avere maggiori opportunità di conoscenza e confronto. Introdurre queste attività fin dal primo anno di corso è stato suggerito come un approccio utile.

In generale, il lavoro di gruppo è stato visto come un'opportunità per sviluppare l'ascolto attivo, la capacità di formulare richieste attente e puntuali, nonché per imparare a mantenere l'identità individuale senza miscelarsi eccessivamente. Ha favorito l'apprendimento del lavoro in rete, valorizzando il contributo di ciascun partecipante, promuovendo la curiosità senza giudizio e l'andare oltre i pregiudizi e le abitudini.

Nel complesso, le risposte oggettive dei partecipanti riflettono la complessità delle dinamiche di gruppo e sottolineano l'importanza di questo tipo di lavoro per lo sviluppo di competenze empatiche, osservative e di ascolto. Sebbene il gruppo abbia riconosciuto delle resistenze e delle difficoltà, il lavoro sul gruppo è stato visto come un'occasione

di crescita sia per l'intero gruppo che per i singoli componenti. Ha fornito l'opportunità di riflettere, riconoscere i limiti, le difficoltà e i punti di forza, nonché di promuovere un pensiero autonomo e la valorizzazione delle differenze.

### **“E se luci e ombre dialogassero?”**

Nell'analisi delle dinamiche di gruppo, emerge spesso un'interessante riflessione sull'equilibrio tra le polarità presenti all'interno del gruppo. Questo dialogo tra “Luci” e “Ombre” del gruppo richiama alla mente il concetto di polarità e dualità tanto discusso da Carl Gustav Jung, il celebre psicologo svizzero. Jung sottolineava l'importanza di riconoscere e integrare le polarità presenti nella psiche umana per raggiungere un equilibrio interiore. Nello stesso modo, un gruppo può avere le sue polarità, e attraverso un dialogo consapevole tra le “Luci” e le “Ombre,” può intraprendere un viaggio di esplorazione e crescita continua. Per questo ho pensato di creare un vero e proprio dialogo di come il gruppo si confronta con le sue polarità, alla ricerca di un equilibrio dinamico che permetta il suo sviluppo e la sua evoluzione.

Luci: Ehi, sai, le nostre emozioni e percezioni sono fondamentali per comprendere il mondo. Sono come il colore e il calore che rendono la realtà viva.

Ombre: È vero, ma non possiamo ignorare la razionalità e l'obiettività. Le dinamiche del gruppo, la sua struttura e gli obiettivi sono fondamentali.

Luci: Ma le nostre emozioni e paure hanno un impatto diretto su come ci comportiamo nei gruppi. È importante riconoscerle e lavorare su di esse.

Ombre: D'accordo, ma dobbiamo anche valutare i benefici concreti che derivano dal nostro lavoro di gruppo. Miglioriamo le capacità critiche, apprendiamo a gestire le

dinamiche di gruppo.

Luci: Ecco il bello: le emozioni possono portare a una maggiore apertura, creatività e consapevolezza. Abbiamo visto il gruppo trasformare le paure in opportunità.

Ombre: È indubbio che il lavoro di gruppo sia utile, ma dobbiamo considerare i rischi. Possono emergere conflitti, ferite, persino l'abbandono di membri del gruppo.

Luci: Ma, sai, a volte è proprio l'ombra che ci fa apprezzare la luce. I rischi possono portare a cambiamenti positivi se li gestiamo consapevolmente.

Ombre: Quindi, in sintesi, dobbiamo riconoscere l'importanza sia delle emozioni che della razionalità nel nostro lavoro di gruppo. È un viaggio continuo tra luci e ombre.

### **Conclusioni**

Nel corso di questa ricerca, ho esplorato l'importanza del dialogo tra le due parti fondamentali del gruppo: la parte soggettiva, emozionale e la parte oggettiva, razionale. Ciò che emerge con chiarezza è che queste due dimensioni, la parte razionale e la parte emotiva, non esistono in isolamento. Questo dialogo non è stato solo un esercizio analitico, ma un processo che ha avuto un impatto significativo anche su di me.

Inizialmente, la mia inclinazione era concentrata principalmente sull'analisi della parte soggettiva, volevo avere risposte solo di “pancia” forse a causa di una mia personale difficoltà nell'accettare pienamente la parte più oggettiva e razionale sia del gruppo ma anche mia. Tuttavia, questa esperienza ha portato a una rivelazione importante: il dialogo tra le diverse parti di noi stessi è cruciale per la crescita personale e professionale.

Il lavoro di gruppo, con le sue sfaccettature luminose e ombrose, è stato un viaggio interiore

sia per il gruppo che per me. Mi ha spinto a mettere in discussione la mia resistenza iniziale e ad accettare che l'equilibrio tra emozioni e razionalità è essenziale, non solo nel contesto della mia ricerca, ma anche nella mia vita quotidiana.

Questo percorso ha ampliato la mia consapevolezza sulle dinamiche personali e ha influenzato un approccio più equilibrato nell'analisi del lavoro di gruppo. Ho appreso che il dialogo tra le diverse parti di noi stessi è il punto di partenza per una crescita profonda e significativa.

Questa esperienza di tesi, intitolata "Nella Pancia di Idipso: Il Potere Trasformativo del Lavoro sui Gruppi," riflette l'importanza di questo dialogo e la scoperta di quanto fosse fondamentale equilibrare queste due parti di me stessa: la razionalità e l'istinto.

Ha inoltre sottolineato l'importanza di accettare e abbracciare tutte le componenti di noi stessi

per uno sviluppo personale e professionale autentico. Il viaggio è in continua evoluzione, e sono pronta ad affrontare nuove sfide e scoperte.

*"I mostri interiori (le ombre) sono le parti di noi non accettate, mal giudicate e non ben conosciute che però fanno parte della nostra identità. Sono il nostro lato in ombra, la zona non illuminata di ciò che in realtà siamo. Proprio perché non illuminati e non ben conosciuti, essi parlano una lingua che non capiamo, che ci è estranea e che, invece, va decodificata. Anche se spesso appaiono come parti spaventose e "cattive", in realtà veicolano un messaggio positivo, poiché contengono in se stessi parti della nostra essenza, risorse nascoste e una vasta quantità di bellezza, talenti e soprattutto "unicità", che solo dopo un ricco e accorato dialogo interiore potranno diventare manifesti."* (Io e (il) Mostro, Roberta Guzzardi, 2022).

## Bibliografia

- Ancona, L., Achille, P.A. (1974), *Comportamenti e tecniche di gruppo*, Etas Kompass, Milano
- Badolato, G., Di Iulio, M.G. (2007), *Gruppi terapeutici e gruppi di formazione*, Bulzoni Editore, Roma
- Bateson, G. (1984), *Mente e natura*, Tr. it. Adelphi, Milano- Bateson, G. (1977), *Verso un'ecologia della mente*, Tr. it. Adelphi, Milano, 2005
- Bertrando, P., Bianciardi, M. (2002), *La natura sistemica dell'uomo. Attualità del pensiero di Gregory Bateson*, Cortina Editore, Milano, 2009- Bion, W.R. (1971), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993), *I tempi del tempo. Una nuova teoria per la terapia e la consulenza sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino
- Bowen, M. (1979), *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma
- Cecchin, G. (2004), *Ci relazioniamo dunque siamo. Curiosità e trappole dell'osservatore*, in *Connessioni*, 15, pp. 57-61
- Cotinaud, O. (1992), *Dinamica di gruppo e analisi delle istituzioni: problemi e strategia dell'analisi istituzionale*, Borla, Roma
- Devoto, A. (1984), *Le tecniche di gruppo*, FrancoAngeli Editore, Milano
- Giordano, C., Curino, M. (2013), *Terapia sistemica di gruppo*, Alpes.
- Guimon, J. (2002), *Introduzione alle terapie di gruppo*, Borla, Roma
- Sangiorgi, G., Volpe, V. (2009), *Il gruppo come viaggio. Dedicato a Enzo Spaltro*, CUEC Editrice.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975), *Paradosso e controparadosso*, Cortina Editore, Milano

- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980), Ipotizzazione-Circolarità Neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta, in *Terapia Familiare*, 7, pp. 7-19
- Tirelli, M., Mosconi, A., Gonzo, M. (2016), *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo* FrancoAngeli, Milano
- Volpe, V., Sangiorgi, G. (2009), *Il gruppo come viaggio*, CUEC, Cagliari
- White, M. (1992), *La terapia come narrazione*, Astrolabio, Roma
- Yalom, I.D., Leszcz, M. (2014). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri, Torino
- Zucchermaglio, C. (2002), *Psicologia dei gruppi*, Carocci, Roma

