



# S.I.P.P.R. News

Notiziario della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

A cura di : Francesco Bruni  
Redazione : Veronica Ballo

## Editoriale: Didattica e ricerca

In questo numero

1. Editoriale: Didattica e ricerca  
F. Bruni
2. I Nuovi Pionieri  
W. Trasarti Sponti, L. Chianura
6. L'aspetto triadico della formazione relazionale  
P. Bucci, R. De Feudis
10. La supervisione diretta nei centri di formazione: un'indagine qualitativa per la clinica e la didattica  
D. Tortorelli
15. Professionalità sistemica  
A. Castellucci
18. Giocare per credere: l'uso relazionale della dimensione ludica nella psicoterapia infantile  
M. Menafro
22. L'operatività sistemica nelle istituzioni: riconiugare limiti e risorse.  
R. Aurilio
27. @Immagini familiari con il Faces IV Stili familiari di persone con disturbo alimentare psicogeni ed a rischio di psicosi  
E. Visani, S. Di Nuovo, C. Loredio
34. L'uso della voce in psicoterapia: applicazioni cliniche e prospettive di ricerca fra corpo, emozioni, relazioni e narrazione.  
G.R. Troisi
40. Mente e corpo: l'integrazione fra interventi medici, psicologici e familiari  
G. Ducci, A. La Mesa
46. Valutazione dell'efficacia in terapia familiare: Lo score 15  
B. Coacci, L. Schepisi
52. Nel prossimo numero

In questo numero riportiamo i contributi della commissione didattica e della commissione ricerca della SIPPR. Le due commissioni presidiano importanti ambiti della psicoterapia sistemico-relazionale: l'analisi dei temi riguardanti la formazione degli psicoterapeuti e le diverse problematiche legate alla ricerca, dalla valutazione dell'attività clinica e formativa alla sperimentazione e applicazione di nuove modalità di intervento che arricchiscono l'orientamento sistemico e relazionale. I lavori che presentiamo ci offrono uno sguardo aperto che ci invita a intercettare nuove problematiche, nuovi bisogni e risorse su cui indirizzare l'intervento psicologico e sociale. Sono lavori che si inseriscono in un sistema ricorsivo di ricerca-azione che permette di individuare e conoscere fenomeni nuovi innovando le competenze psicologiche e psicoterapeutiche per quanto concerne l'essere, il sapere e il saper essere.

I contributi della commissione didattica affrontano il tema: "Quale formazione per quali psicoterapeuti in quali contesti". In particolare: Wilma Trasarti Sponti e Luca Chianura analizzano i cambiamenti nella figura dell'allievo psicoterapeuta dagli anni settanta a oggi. Paolo Bucci e Rossana De Feudis si soffermano sulla relazione didatta allievo in considerazione dell'aspetto triadico della formazione. Daniela Tortorelli analizza i risultati di un'indagine sulla supervisione diretta nei centri di formazione sistemico-relazionale, in particolare le problematiche cliniche affrontate insieme agli allievi. Anna Castellucci si sofferma sulla professionalità sistemica nel percorso formativo come capacità di saper declinare il pensiero sistemico ecologico nei diversi contesti.

Fra le relazioni della commissione ricerca abbiamo: Maria Rosaria Menafro che analizza l'utilità della dimensione ludica e del gioco in psicoterapia e in particolare nel rapporto genitori figli. Rossella Aurilio ci propone un'esperienza dove si coniugano i limiti e le risorse con la cura nel rilanciare l'operatività sistemica nelle istituzioni. Enrico Visani, Santo Di Nuovo e Camillo Loredio presentano una ricerca sulle immagini familiari rilevate tramite il modello circonflesso di Olson (faces IV), come studio degli stili familiari nelle persone con disturbo alimentare psicogeni e a rischio di psicosi. Giuseppe Roberto Troisi esamina l'uso della voce in psicoterapia soffermandosi sull'influenza degli aspetti paralinguistici nella costruzione e nel mantenimento dell'alleanza terapeutica. Giuseppe Ducci e Anna La Mesa presentano un progetto realizzato presso il Policlinico Umberto I di Roma che integra interventi medici, psicologici e familiari. Barbara Coacci e Luigi Schepisi analizzano i primi dati sulla valutazione dell'efficacia in terapia familiare tramite lo SCORE 15.

Altri contributi dei componenti le commissioni didattica e ricerca saranno pubblicati nelle prossime news.

Dal 24 al 27 ottobre 2013 si è svolto il Congresso EFTA a Istanbul con la partecipazione di un nutrito gruppo di colleghi Italiani. I quali hanno presentato interessanti contributi clinici. Nel corso del congresso è stato eletto il nuovo consiglio direttivo. In ognuna delle tre camere siamo riusciti ad eleggere un consigliere italiano: Rodolfo de Bernart all' EFTA/NFTO; Anne Chouhy all' EFTA/CIM; Mauro Mariotti all'EFTA/TIC. A questi nostri colleghi facciamo gli auguri di buon lavoro.

Vi ricordiamo che sabato 22 febbraio 2014 si svolgerà a Milano il Congresso Giovani SIPPR del quale daremo notizia nella prossima news.



Società Italiana Psicologia e  
Psicoterapia Relazionale  
Presidente: Gianmarco Manfrida  
Segretario: Valentina Pancallo  
Consiglio Direttivo:

Francesco Bruni, Francesco Canevelli,  
Andrea Mosconi, Daniela Tortorelli

C.F. 04626271003 P. IVA 12430690151  
Sede Legale Via Tiziano 7 - 59100 Prato  
Sede Operativa c/o C.S.A.P.R. -  
V.le Vittorio Veneto, 78 - 59100 Prato  
Tel. 380/3819193 - Fax. 0574/597662  
[www.sippr.it](http://www.sippr.it) - e-mail: [info@sippr.it](mailto:info@sippr.it)

## “I nuovi pionieri”

di W. Trasarti Sponti, L. Chianura

Gli autori vogliono proporre una riflessione su quali cambiamenti sono avvenuti, per ciò che concerne la figura dell'allievo psicoterapeuta, negli anni che vanno dai primi “pionieri” italiani con il loro seguito di “carbonari” sino ai giorni nostri, epoca di giovanissime psicologhe con “genitori” “pionieri” e “carbonari” dalla “datata esperienza”, per farne un elemento di confronto.

### **GLI ANNI '70 E I PRIMI ANNI '80: I PRIMI “PIONIERI” ITALIANI ED IL LORO SEGUITO DI “CARBONARI”**

#### **IL CLIMA POLITICO-CULTURALE-PROFESSIONALE:**

- Clima di fermento ed entusiasmo culturale a livello italiano e internazionale che porta ad un attivismo ed eventuale militanza politica degli stessi primi professionisti della salute mentale, “in trincea” in tutte le battaglie sui diritti civili in Italia (leggi sull'aborto, divorzio, la modifica del diritto di famiglia, riforma sanitaria) e nella “battaglia epocale” del movimento anti-psichiatrico versus la medicina organicista-biologica-tradizionale (Legge Basaglia).
- Il fermento culturale ed il desiderio di diffondere il nuovo “verbo” era anche dovuto ai principi innovativi e rivoluzionari su cui l'orientamento sistemico-relazionale si basava: in un'epoca di “rivoluzioni”, era giunto anche il momento di una “rivoluzione epistemologica” in Italia.
- Quindi, ancora una nuova “trincea”: i rivoluzionari sistemico-relazionali da una parte ed i reazionari/integralisti psicoanalitici dall'altra, che erano anche più “forti” ed “armati” nelle università, nelle lobby, nei luoghi di potere

#### **I CONTESTI DEL TRAINING:**

- La “rivoluzione” era anche nell'organizzazione e nell'offerta di programmi didattici poco strutturati ed “estemporanei”, lasciati all'estro e alla tipicità del singolo maestro/didatta (programmi in cui era presente un focus centrato più sulle teorie e tecniche del nuovo “verbo” che sul lavoro sull'allievo);
- Il fermento socio-politico-culturale dell'epoca significava anche maggiore senso di “identità” e di “appartenenza” dei primi psicologi, non ancora riconosciuti né al livello istituzionale (quali “figli illegittimi” di uno Stato “irricoscente”) né al livello culturale (quali “cugini poveri” dei medici);
- Presenza rilevante nei primi training di psichiatri e neuropsichiatri infantili con esigenza di formazione e supervisione: tali figure mediche, dall'età media di circa 35-40 anni, erano spesso già inseriti nei servizi pubblici in ruoli dirigenziali e, quindi, con discreta disponibilità economica che permetteva loro i “viaggi della speranza” presso i “pionieri”...
- All'epoca, c'erano ancora molti allievi di sesso maschile e medici nei training...

## **I SECONDI ANNI '80 E GLI ANNI '90: I "RICONOSCIMENTI ISTITUZIONALI" ED IL "FIORIRE" DELLE SCUOLE DI PSICOTERAPIA**

### **IL CLIMA POLITICO-CULTURALE-PROFESSIONALE:**

- Continua, in parte, il clima di fermento ed entusiasmo culturale dovuto alla continua "ricerca/innovazione" del modello sistemico-relazionale. Partendo da Pragmatica della Comunicazione Umana e dal concetto di "Scatola Nera", la didattica apre nuovi orizzonti nella terapia sistemico-relazionale. Von Foster con la seconda cibernetica, Maturana e Varela con l'autopoiesi e cognizione, il costruttivismo, fino ad arrivare ai Neuroni Specchio, hanno portato ad ampliare e a dover considerare sempre più importante il terapeuta e la relazione didatta/allievo/paziente in una complessità sempre maggiore e ad un'integrazione di varie discipline e quindi ad un'affermazione di identità dell'approccio sistemico-relazionale

### **Il panorama normativo che si modifica...**

Approvazione di alcune leggi, ritenute rilevanti sotto diversi punti di vista:

- Il 1978, con l'approvazione della Riforma Sanitaria (Legge n. 833) in cui confluisce anche la Legge Basaglia, si creano le condizioni per fondare la professione psicologica su basi più solide: la lenta e graduale chiusura dei manicomi, dove lo psicologo spesso aveva compiuto i suoi primi passi, accompagna l'altrettanta lenta creazione dei servizi territoriali.
- Su un piano strettamente giuridico, si può parlare di un "ruolo definito" dello psicologo nei servizi pubblici solo con la pubblicazione della Legge N° 56/89, che prevede l'ordinamento della professione dello psicologo.
- Decreto N° 509/98 del MIUR per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia: presenza di criteri/regole precise che "imprigionano" il training formativo e primo "fiorire" di scuole in psicoterapia (con relativa parcellizzazione dell'offerta didattica e della competizione nel business tra scuole/istituti).
- Nel 1984 viene costituita la SIPPR per promuovere e "convalidare" il modello sistemico-relazionale.

### **I CONTESTI DEL TRAINING**

- Numerosi allievi continuano a svolgere la propria attività professionale presso i servizi pubblici della salute mentale o, comunque, hanno ancora la possibilità di "progettarsi" nel SSN e ambire al "posto pubblico fisso".
- Si abbassa l'età media di iscrizione al training, considerati i vari riconoscimenti istituzionali che "favoriscono" tale iscrizione.
- Si iniziano a ridurre le presenze nel training di allievi psichiatri e neuropsichiatri infantili e aumentano notevolmente le iscrizioni di psicologi;
- Presenza che diventa marginale di allievi di sesso maschile...

## **GLI ANNI 2000: I "PIONIERI/CARBONARI" DIVENTANO I "GENITORI" DELLE "GIOVANISSIME ALLIEVE PSICOLOGHE"**

### **IL CLIMA POLITICO-CULTURALE-PROFESSIONALE:**

- Si spegne, gradualmente, il fermento politico-culturale nel panorama nazionale e quello portato dal modello sistemico-relazionale negli anni: si consolida un minore senso di appartenenza e "militanza", a livello sia della categoria delle figure "psi" sia degli appartenenti al modello sistemico-relazionale.
- Difficoltà di inserimento professionale sia nell'ambito del SSN ("spending review", blocco delle assunzioni) sia nell'ambito del terzo settore/privato sociale per drastica riduzione dei finanziamenti pubblici.
- Il mercato della professione privata è sempre più saturo, con i vari "competitor" rappresentati dai counsellor, filosofi e figure simili; oggi, la "battaglia di trincea" è con i cognitivi-comportamentali che stanno "vincendo" facilmente attraverso protocolli definiti, ricerche sugli esiti e sull'efficacia dell'intervento, sull'"occupazione" dei posti di "potere" e quant'altro

### **I CONTESTI DEL TRAINING**

- Il training diventa una sorta di "scuola dell'obbligo", cioè una sorta di master post-universitario, indispensabile per una propria formazione personale per "puntare" alla professione privata e ad "aprirsi lo studio", visto che i servizi pubblici rimangono saturi ed il posto fisso una chimera.
- L'età di iscrizione si abbassa notevolmente, spesso anche intorno ai 25-26 anni, con presenza massiccia di "giovani allieve psicologhe": scompaiono, quasi del tutto, allievi di sesso maschile e le figure mediche (anche attraverso le norme che permettono loro il titolo di psicoterapeuta).
- La "giovane" età media significa, spesso, l'assoluta mancanza di esperienza professionale/clinica (se non svolta per brevi periodi in qualche contesto di tirocinio "fortunato"), e la conseguente mancanza di disponibilità economica e della progettazione di un futuro esistenziale oltre che professionale (allievi ancora tutti "vincolati", quanto meno economicamente, alla propria famiglia d'origine).
- La "giovane" età media potrebbe spiegare, in parte, anche la domanda di "cura" fatta dal gruppo di allieve, rispetto alle proprie "ferite". Tale domanda di "cura" viene "accolta" dai didatti (che ormai sempre più spesso sono solo "pionieri/carbonari" dalla datata esperienza), che si "propongono", pertanto, sempre più come figure genitoriali/terapeutiche, oltre che come figure di "maestri" di teorie e tecniche.
- Il genogramma diviene un elemento di formazione importante per la riflessione sul sistema dell'allievo, la sua connessione con il supervisore ed il gruppo dei colleghi e la crescita dell'allievo stesso. Si aggiunge a questo articolo la restituzione e la rivisitazione del genogramma di un allievo al termine della sua formazione.

### **ALCUNE POSSIBILI PROSPETTIVE FUTURE PER I "NUOVI PIONIERI"**

- Maggiore collaborazione ed integrazione tra le varie "scuole/istituti/famiglie" appartenenti alla "famiglia" sistemico-relazionale per promuovere e sostenere tale modello presso diversi contesti/enti pubblici e privati e in progetti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- Promuovere e favorire, come singoli istituti/scuole, progetti di avvio alla professione da parte di allievi ed ex-allievi (studi associati, collaborazioni per ricerche cliniche, partenariati, etc..).
- Dedicare spazio nel training alla "promozione" dell'allievo e del modello sistemico-relazionale nel mercato professionale.
- "Ritorno" allo specchio unidirezionale quale tecnica "privilegiata" nel training rispetto ai video a circuito chiuso.

### **Lettera a mio padre**

Caro Babbo!

Come va? Strano che alla fine di questo mio percorso mi trovi a pensare a te e a desiderare di scriverti una lettera. Ma a pensarci bene, forse non è strano proprio per niente. Come ti dicevo, ultimamente mi è capitato spesso di pensarti. Sai ho quasi raggiunto l'obiettivo, e (omissis)...

In questi anni ho capito che sento ancora di aver ancora bisogno di conferme, rassicurazioni, sostegno e affetto ma credo di ricercarle con un senso diverso rispetto al passato. E questa sensazione credo che sia dettata anche dal fatto che creda che non ci sia niente di così sbagliato nell'errore. In passato l'errore mi sembrava la via più diretta verso l'insuccesso, verso le difficoltà, e pensavo che sbagliando avrei perso l'affetto delle persone più importanti. Anche il tuo.

Forse senza saperlo mi sono sempre sentito un sistemico, ma soprattutto ho sempre creduto nelle "relazioni". Ed, infatti, dopo 4 anni torno (o ritorno) su una relazione che nel bene e nel male ha segnato la mia persona.

La nostra, quella di un padre e di un figlio!

E ci torno, e la rileggo, con un maggior senso di sicurezza e la voglia di raccontarti e condividere le emozioni e le sensazioni di cui ti parlavo e che nel passato abbiamo nascosto l'uno all'altro. Vergogna, imbarazzo, paura, poca fiducia, non so perché, l'abbiamo fatto, ma non importa. Credimi. Non importa se nel nostro passato mi è difficile trovare un episodio, un istante, un momento di serenità, gioco o risa con te.

...Non importa se a volte ho desiderato che riuscissi a guardarmi, o meglio a "vedermi" per come io mi sentivo. Non importa se non ricordo un abbraccio o un tuo sguardo orgoglioso diretto a me. Non importa.

Non intendo dire che tutto ciò non abbia avuto importanza o non l'abbia oggi, ma come dice una famosa terapeuta familiare (V. Satir) :

*"Lascia che il tuo io entri intimamente in comunicazione con tutte le tue parti. Liberati, per poter avere delle possibilità e per usare queste possibilità liberamente e creativamente. Per sapere che qualunque cosa sia stata nel passato, è stato il meglio che potevamo fare. Poiché essa rappresentava il meglio di ciò che sapevamo, essa rappresenta il meglio della nostra coscienza. Man mano che la nostra conoscenza si amplia, e noi diventiamo più consapevoli, entriamo anche più in sintonia con noi stessi. E entrando in sintonia con noi stessi, possiamo entrare in sintonia con gli altri."*

Non so se sto ri-leggendo il nostro rapporto con occhi nuovi, o con occhi diversi, più consapevoli. So che entrambi abbiamo fatto del nostro meglio. Ma soprattutto siamo riusciti a far passare, per altre vie, l'affetto e l'amore, che ancora oggi ci appartiene.

Un abbraccio, Francesco.

## “L’aspetto triadico della formazione relazionale”

di P. Bucci, R. De Feudis

Nell’ultimo ventennio abbiamo assistito ad un continuo avvicendamento di modelli di intervento da un lato e di modalità formative dall’altro, caratterizzato da una continua alternanza di enfasi tra gli aspetti tecnici dell’intervento sistemico relazionale e gli aspetti dinamici e processuali della relazione terapeutica. Dalla iniziale focalizzazione sulla famiglia come contesto significativo di interazioni, il focus si è centrato sulla psicoterapia come contesto significativo di relazione. Ne è conseguito un ampliamento del contesto di osservazione che dalla iniziale configurazione, che collocava l’Osservatore come esterno all’osservazione, ha visto includere l’osservatore nel fenomeno osservato.

L’osservatore incluso nella relazione come osservatore partecipa alla relazione, sia esso il terapeuta, il singolo paziente, o un partecipante di un incontro familiare, contribuisce con le proprie teorie, i propri modelli impliciti od espliciti a costruire o ad ostacolare, le condizioni della propria personale esperienza.

Si tratta quindi di una sorta di espansione del concetto di doppia descrizione di Bateson. Con Bateson l’osservazione della relazione che si stabilisce tra terapeuta e situazione problematica è connessa con l’osservazione delle relazioni significative in cui il paziente è inserito.

Con l’inclusione delle qualità autoriflessive dei sistemi assume rilevanza anche la relazione che ogni partecipante ha con se stesso, con le proprie percezioni, emozioni e vissuti.

Le conseguenze di questo modo di intendere il rapporto tra osservatore e sistema osservato sono:

- il terapeuta non è esterno al sistema osservato. La definizione dell’oggetto di osservazione non può infatti caratterizzarsi dall’estensione infinita di sistemi in relazione con altri sistemi.
- Il terapeuta ha un ruolo costruttivo nella definizione del suo oggetto, ed in quanto tale è parte della rete di relazioni significative del sistema terapeutico.
- la relazione quindi viene ad assumere il duplice significato di oggetto di osservazione e di strumento di lavoro di cui disporre per confrontarsi con le situazioni problematiche.
- il contesto di osservazione non è più un dato invariante ma è riflessivamente connesso alle azioni che in esso si svolgono.

In analogia con quanto avviene nella psicoterapia anche nel campo della formazione in psicoterapia, osserviamo una alternanza tra modelli formativi caratterizzati da:

- Spinte a formare terapeuti capaci di “produrre effetti”
- Spinte a focalizzare l’attenzione sul “vissuto” e le “emozioni”

Nel primo caso la Formazione è centrata sull’acquisizione di tecniche per la soluzione dei problemi, nel secondo sull’evoluzione dell’allievo come persona impara a conoscere se stesso nel suo nuovo ruolo di terapeuta.

Nel chiederci come affrontare la questione:

- della relazione tra capacità di risolvere problemi e l’uso delle riverberazioni emozionali del terapeuta
- della relazione Didatta formatore – Allievo psicoterapeuta ci troviamo in una situazione paradossale.

Nella relazione didatta-allievo risulta ovvio considerare il didatta come portatore di queste conoscenze e competenze tecniche che l'allievo non ha e che dovrà apprendere. Questo dato stabilisce una dimensione asimmetrica della relazione Didatta - Allievo per la quale è legittimo considerare la formazione e l'apprendimento come modalità di trasferimento di tali competenze.

Se l'oggetto di osservazione è la relazione Didatta - Allievo occorre però considerare i modelli e le teorie che ciascun partecipante alla relazione pone in campo nella costruzione della relazione stessa. Questo passaggio non può non tenere conto degli aspetti emozionali e dei vissuti di "tutti" i partecipanti alla relazione. Il qui ed ora ed i personali modi di confrontarsi con quanto nella relazione emerge sono gli ingredienti di una relazionalità che vede tutti i protagonisti su posizione "meno asimmetriche": gruppo di training, didatta e singolo allievo, nel costruire congiuntamente le condizioni di questa esperienza.

Mentre per ciò che riguarda gli aspetti cosiddetti "tecnici", è più facile eseguire delle valutazioni, oggettivazioni di quanto appreso (valutazione dell'outcome) per quanto riguarda la costruzione della relazione Didatta - Allievo la valutazione è più articolata e complessa (valutazione del processo).

Enfatizzare la capacità di produrre effetti, da un lato, o la capacità di poter essere in rapporto con le proprie emozioni dall'altro, da sole non sono garanzia che questa integrazione sia possibile. Non basta mettere ingredienti così discontinui tra di loro in un contenitore agitarli ed essere certi che questo provochi una integrazione o l'acquisizione di un maggior livello di complessità. Talvolta possono rimanere distinte come spesso accade in chimica nei miscugli eterogenei.

Avere la relazione didatta-allievo come oggetto della formazione significa:

- Definire le competenze di uno psicoterapeuta
- Definire il modo in cui si realizza l'acquisizione di competenza

Se nei presupposti del formatore o della formazione esistono queste definizioni e non la relazione tra queste definizioni, inevitabilmente si andrà ad alimentare la contrapposizione e l'antagonismo tra le due possibilità. Viceversa la possibilità di poter armonizzare le posizioni relative a queste definizioni non può essere solo attribuita al fatto che tutti e due questi aspetti abitino l'allievo, il formatore, il terapeuta.

In altre parole è possibile precisare meglio cosa debba accadere all'interno di questo processo sia per il Didatta che per l'Allievo?

Il didatta si trova in una situazione in cui si presume sia già in grado di assumere tale responsabilità per formazione personale ed esperienza professionale ed ha il compito di riconsiderare i modi e le forme in cui si dispone nella relazione col gruppo e con l'allievo. Il didatta sa, ma non ha la funzione di trasferire il proprio sapere. Piuttosto, ha la funzione di attivare nell'allievo risorse cognitive ed emozionali volte alla costruzione del proprio originale e unico modo di disporre della propria identità terapeutica. L'allievo, all'interno di questo processo, è sollecitato ad assumere la responsabilità delle sue competenze relativamente a ciò che sente e a come tratta ciò che sente.

I partecipanti alla relazione "formante" hanno tutti l'onere di essere responsabili delle rispettive competenze di come acquisirne di nuove per ciò che riguarda l'allievo e di come sollecitarle nell'allievo da parte del didatta.

Nel tentativo di considerare tutte le parti del sistema coinvolte nella formazione, dunque anche il punto di vista dell'allievo, abbiamo voluto proporre una prima indagine esplorativa di alcuni aspetti del training formativo e della loro significatività per gli allievi. Sulla base di questa indagine pilota, che verrà di seguito illustrata, sarà poi sviluppato un questionario da proporre a tutti gli allievi dell'ultimo anno di formazione e agli ex-allievi della nostra scuola.

Sono stati contattati alcuni ex allievi della sede di Napoli cui è stato inviato per email un questionario, chiedendo di attribuire un punteggio:

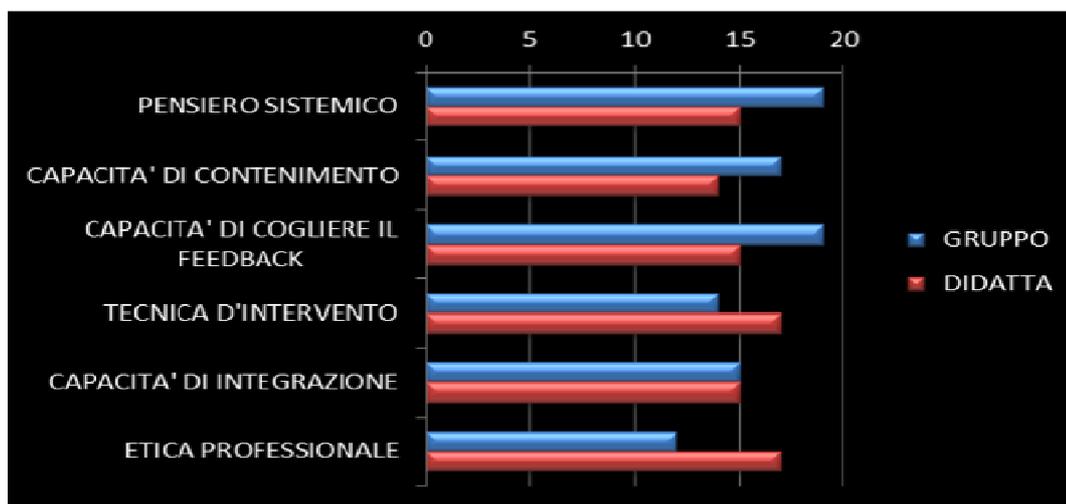
[0 = per niente; 1 = poco; 2 = abbastanza; 3 = molto]

a ciascuna delle modalità di formazione elencate nel riquadro A per valutarne l'incidenza sullo sviluppo delle loro abilità elencate nella riquadro B.

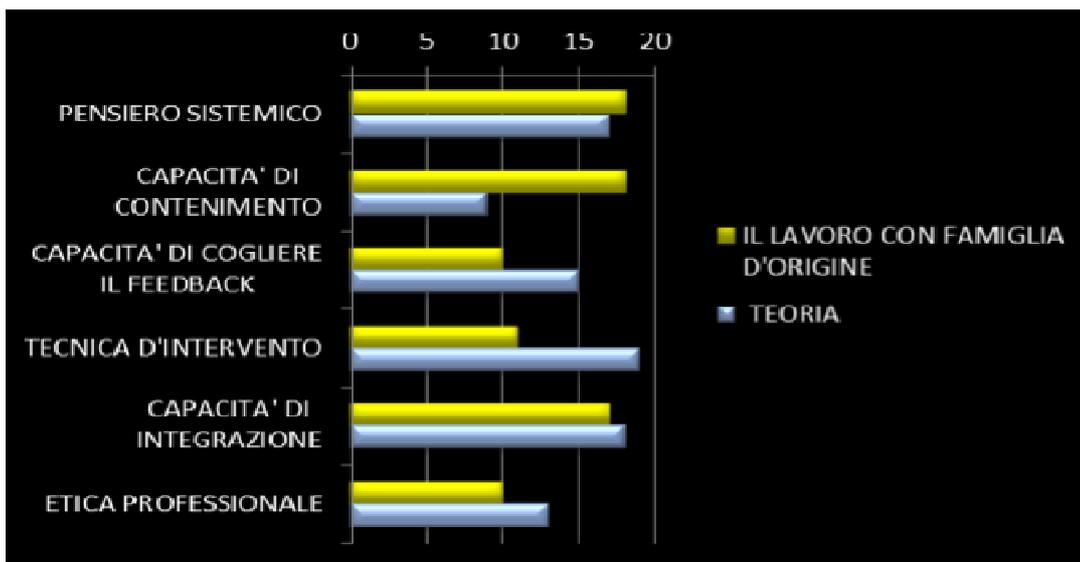
<b>RIQUADRO A</b>	<b>RIQUADRO B</b>
<input type="checkbox"/> LA TEORIA	<input type="checkbox"/> PENSIERO SISTEMICO
<input type="checkbox"/> IL LAVORO CON LA FAMIGLIA D'ORIGINE	<input type="checkbox"/> CAPACITA' DI CONTENIMENTO
<input type="checkbox"/> GRUPPO DI TRAINING	<input type="checkbox"/> CAPACITA' DI COGLIERE IL FEEDBACK
<input type="checkbox"/> RELAZIONE CON I DIDATTI	<input type="checkbox"/> TECNICA D'INTERVENTO
<input type="checkbox"/> ATTIVITA' CLINICA	<input type="checkbox"/> CAPACITA' DI INTEGRAZIONE
<input type="checkbox"/> SUPERVISIONE	<input type="checkbox"/> ETICA PROFESSIONALE

Sette hanno risposto. Le risposte sono state elaborate nei grafici di seguito riportati e che si commentano da soli.

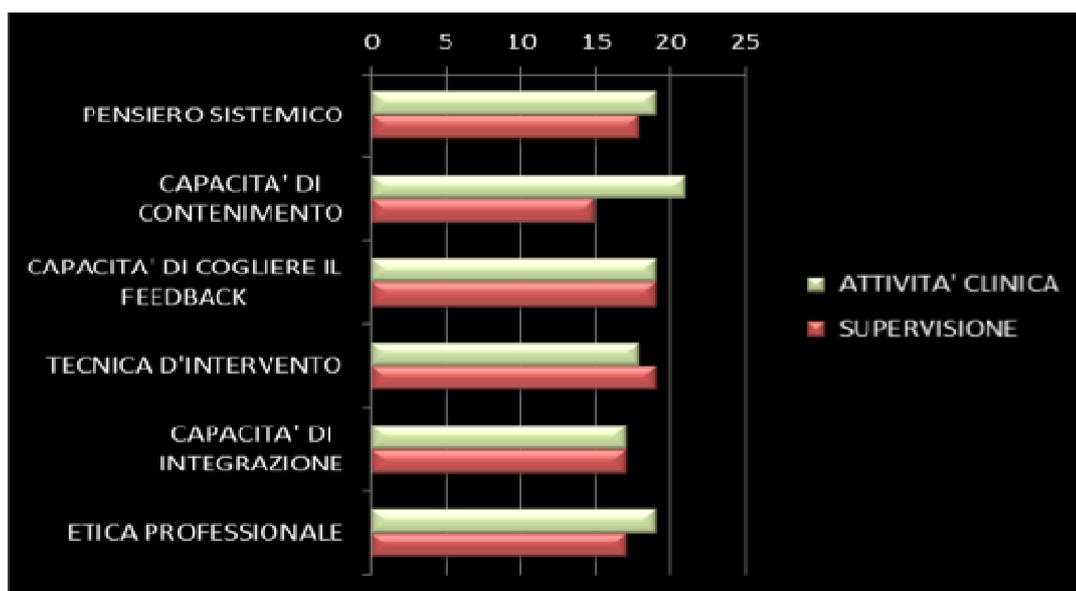
*Influenza del gruppo di training e della relazione con i didatti sullo sviluppo professionale*



*Influenza dell'apprendimento della teoria e del lavoro con la famiglia d'origine sullo sviluppo professionale*



*Influenza dell'attività clinica e della supervisione sullo sviluppo professionale*



I grafici su riportati sono una sintesi di una prima elaborazione, sulla base di soli sette questionari. Insufficienti a trarre delle conclusioni, ma sicuramente stimolanti a proseguire nell'elaborare un vero e proprio studio, anche multicentrico.

Così come ciascun terapeuta è chiamato a considerare quali siano gli aspetti tecnici più funzionali, nello specifico contesto in cui egli si trova nel costruire una relazione trasformativa, così il Didatta Formatore dovrà sviluppare una particolare sensibilità nello scegliere e connettere aspetti tecnici e dati emozionali affinché la relazione "formante" sia l'esito di un atto professionale responsabile.

In entrambi i casi ciò che è auspicabile che accada è che i partecipanti alla relazione possono vivere un'esperienza.

## “La supervisione diretta nei centri di formazione: un’indagine qualitativa per la clinica e la didattica”

di D. Tortorelli

L'attività clinica svolta dall'allievo con la supervisione diretta del didatta è da sempre patrimonio comune della formazione in terapia sistemica relazionale. Tuttavia, solo negli ultimi anni si è cercato di valorizzare questa pratica attraverso indagini specifiche [3,5] che permettessero di ottimizzare i programmi formativi, al fine di rendere l'insegnamento sempre più efficace ed i nostri allievi, futuri terapeuti, sempre più aggiornati come clinici. Nel presente lavoro è presentata un'indagine quantitativa e qualitativa relativa al tipo di utenza clinica che affluisce ai Centri di Formazione in Terapia Sistemica e Relazionale ed agli elementi base del processo terapeutico. Oltre all'aspetto qualitativo, viene tenuto conto dei cambiamenti degli ultimi 3 anni, specchio di mutamenti sociali ed economici del nostro paese, ma anche della nostra pratica terapeutica e didattica. In particolare, è stato considerato l'arco temporale in cui i membri della Commissione Clinico Didattica hanno svolto il loro incarico (anni 2010-2011-2012) e le sedi in cui operano come didatti, dislocate nel territorio italiano: Torino, Bologna, Roma, Prato, Bari, Napoli, Cagliari, Palermo. E' stato usato uno strumento standardizzato e rapido di raccolta dati in terapia relazionale [4], la SCR (Scheda Clinica Riassuntiva) che non interferisce con l'attività clinica e che permette di rilevare i parametri standard della valutazione relazionale della presa in carico e del processo terapeutico. La SCR è stata somministrata ai terapeuti coinvolti in supervisione diretta dai membri della Commissione Clinico Didattica, nell'arco dei 3 anni didattici considerati. In totale, sono state raccolte le schede di 204 prese in carico, cioè tutte le SCR reperibili dai didatti, senza selezione delle terapie condotte in base al risultato o al tipo. Sono quindi stati “fotografati” tutti i contatti possibili, comprese le terapie interrotte o sospese, in modo da poter effettuare un'indagine quanto più possibile realistica dell'affluenza e del processo terapeutico.

E' stato suddiviso l'arco temporale di 3 anni in due fasi, analoghe in durata e numero di terapie:

- fase A: 92 SCR, comprendente tutto il 2010 fino alla prima metà del 2011
- fase B: 112 SCR, comprendente dalla seconda metà 2011 fino a tutto il 2012

La fotografia clinica estrapolata non rappresenta un'immagine esaustiva della realtà italiana, così come l'arco di tempo considerato può non rendere conto di mutamenti sociali che hanno un respiro più ampio. L'intento del lavoro è suggerire una mappa, imperfetta per definizione, in grado comunque di orientare il nostro operato al fine di renderlo sempre più aggiornato e aggiornabile. Inoltre, l'obiettivo è anche quello di proseguire un dialogo ed un confronto fra le varie Scuole di Formazione di indirizzo Relazionale, già avviato al Congresso SIPPR di Trieste (2011) che metta le differenze al servizio della crescita del nostro paradigma.

TAB. 1 Invianti

INVIANTI		A	Tot. A	B	Tot. B	TOTALE
<b>EXTRA CENTRO</b>	AUSL	18	56	32	68	124
	PRIVATI	23		25		
	ASSOC./ISTITUZ.	15		11		
<b>CENTRO DI FORMAZIONE</b>	DIDATTI	7	36	21	44	80
	ALLIEVI	19		13		
	EX Pazienti	6		3		
	Internet/PG.Gialle	4		7		

La tab. 1 indica la provenienza degli invii, distinta in esterna ed interna al Centro tenendo conto della posizione dell'inviante al momento in cui struttura l'invio alla Scuola di Formazione. Nell'ultimo anno e mezzo si assiste a un aumento significativo degli invii provenienti dal Servizio Pubblico (28.8% della fase B rispetto al 19.6% della fase A). E' possibile che al momento attuale il Servizio non riesca a far fronte alle richieste oppure non sia attrezzato per terapie relazionali, che possono coadiuvare un intervento farmacologico o individuale.

Rispetto agli invii la cui fonte è "interna" al Centro di Formazione, si rileva un incremento netto degli invii da parte dei didatti (da 7.6% della fase A, al 18.8% della fase B), che risultano nell'ultimo anno e mezzo circa il 50% degli invii interni al Centro. C'è invece una diminuzione degli invii da parte degli allievi: è ormai risaputo che l'attuale crisi economica stia incidendo nell'affluenza generale degli allievi alle scuole di specializzazione. La diminuzione degli invii da parte degli specializzandi, potrebbe essere il corollario di questa situazione, così come il maggior impegno dei didatti a nutrire la clinica dei Centri di cui fanno parte. Infine, l'età media dei nostri allievi si è abbassata considerevolmente, al punto che la grande maggioranza di coloro che iniziano i training di specializzazione riguarda laureati appena usciti dall'università e che, non essendo ancora collocati, a livello lavorativo hanno meno possibilità di strutturare invii. Inoltre, dai dati emerge una diminuzione di invii per passaparola, mentre aumentano quelli "fai da te" (internet/pagine gialle), in cui l'utente, sempre più informatizzato, ma probabilmente anche meno predisposto ad appoggiarsi all'altro in maniera diretta, si organizza con internet e pagine gialle.

TAB. 2. Motivo della richiesta

MOTIVO DELLA RICHIESTA	ETA' EVOLUTIVA				ETA' ADULTA				TOT
	Disturbi del comport. aliment.	Disturbi d'ansia del bambino	Comport. rottura e devianza	Problemi relazionali	Disturbi depressivi dell'adulto	Disturbi d'ansia dell'adulto	Disturbi Psicotici	Dipendenze Patologiche	
<b>A</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>48</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>92</b>
<b>B</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>63</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>112</b>

Nella tab. 2 sono messe a confronto le terapie svolte con un contratto in cui la priorità è il miglioramento del sintomo e quelle che hanno come scopo principale la gestione di tematiche relazionali ("problemi relazionali"). E' presumibile che i membri coinvolti in terapia relazionale portino anche dei sintomi, ma viene considerato l'obiettivo principale enunciato nel contratto terapeutico. In generale, oltre la metà di tutti gli invii riguardano terapie con richieste "relazionali" (111 su un totale di 204 casi) e tale dato è ormai stabile nel tempo: il fatto che i nostri Centri siano chiaramente connotati come "relazionali" può far sì che gli invianti abbiano già costruito le premesse dei pazienti, effettuando una lettura relazionale esplicita, ma anche implicita (visto l'invio) dei disturbi, così che le patologie eventuali presenti sia in asse I che in asse II vadano sullo sfondo o rimangano primariamente gestite in terapia individuale e/o farmacologica. Nel gruppo relativo alle richieste sintomatiche, in generale, 57 casi riguardano l'età evolutiva e solo 36 l'età adulta, su un totale di 93 casi. Nel complesso le richieste per trattamento centrato sui sintomi sono 93, mentre quelle relazionali 111. Tale proporzione si mantiene pressoché costante negli anni. La prevalente richiesta di aiuto per problemi sintomatici riguarda il trattamento dei minori, in cui vari membri familiari si attivano. Si ipotizza che in questi anni di crisi

economica e sociale ormai conclamate, le famiglie e le coppie maturino una effettiva necessità di supporto per reggere.

A livello di terapie con richieste centrate sui sintomi, i disturbi di ansia del bambino ed i comportamenti di rottura sono le richieste prevalenti per il trattamento dei minori, mentre i disturbi psicotici sono la maggioranza delle richieste nell'età adulta. La terapia sistemica si conferma quindi come paradigma terapeutico per eccellenza nella gestione dei problemi gravi e delle emergenze.

TAB. 3 Terapie familiari, individuali e di coppia

FORMAT	TER. FAMILIARE	TER. DI COPPIA	TER. INDIVIDUALE	Totale
A	51	38	3	92
B	69	41	2	112
<b>Totale</b>	<b>120</b>	<b>79</b>	<b>5</b>	<b>204</b>

La tab. 3 descrive il tipo di setting (format) utilizzato durante il processo terapeutico: familiare, di coppia o individuale. Si rileva l'incremento delle terapie familiari avvenuto nell'ultimo anno e mezzo (51 in fase A, cioè il 57.3% rispetto a 69 della fase B, cioè il 62.7%). Considerando l'intero periodo di 3 anni, il 58% delle terapie sono familiari, mentre il 42% sono di coppia. Probabilmente, si avverte la necessità di attivare maggiori risorse rispetto alle specifiche richieste di aiuto: tale aspetto è correlato con l'aumento della gravità e dell'emergenza sintomatica, ma anche con la necessità di lavorare in tempi più rapidi e in maniera più pragmatica. L'esiguo numero di casi di terapie individuali sono delle eccezioni per la supervisione diretta, in cui tale format non è solitamente contemplato.

Inoltre, dal dettaglio delle SCR e incrociando i dati dei format terapeutici con il motivo della richiesta si evidenzia un incremento nel tempo dei trattamenti familiari, soprattutto per conflittualità familiare e per tematiche di invischiamento. Rispetto alle terapie di coppia, le maggiori richieste riguardano problemi relazionali (in particolare stallo di coppia), in cui si presume essere presente anche un alto livello di conflittualità. A livello sintomatico c'è un aumento dei disturbi depressivi. Le richieste di terapie di coppia per infedeltà coniugale sono in diminuzione (da 8 casi in fase A a 4 in fase B) nonostante il maggior numero di terapie: stiamo diventando più permissivi, più scaltri a nascondersi o davvero abbiamo altro cui pensare?

TAB. 4. Durata media delle terapie, familiari e di coppia

N.B.: Il calcolo della durata media delle terapie (tab. 4) è effettuato considerando tutte le prese in carico (terapie concluse, interrotte, sospese e consulenze), tranne quelle della durata di 1 seduta.

FORMAT	PERIODO	MOTIVO della RICHIESTA	N. terapie	N. incontri	Durata media	Media totale	Media complessiva
TERAPIE COPPIA	A	SINTOMATICHE	1	11	11	9.6	8.6
		RELAZIONALI	34	305	8.7		
	B	SINTOMATICHE	5	52	10.4	8.1	
		RELAZIONALI	28	160	5.7		
TERAPIE FAM.	A	SINTOMATICHE	38	333	9.9	11.4	9.6
		RELAZIONALI	13	158	12.8		
	B	SINTOMATICHE	37	314	8.4	7.5	
		RELAZIONALI	24	159	6.6		

Si può osservare che la durata media generale di una terapia in supervisione diretta è di 9 sedute circa (di coppia 8.6, familiare 9.6). Complessivamente le terapie familiari durano più a lungo di quelle di coppia: il dato curioso è nella durata delle terapie familiari relazionali dell'ultimo anno e mezzo (fase B), considerevolmente più brevi rispetto a quelle familiari sintomatiche, mentre tale dato era completamente invertito nella fase A. Vale a dire: le terapie familiari per problematiche relazionali nella fase A duravano di più rispetto a quelle con richieste legate ai sintomi. E' possibile che nelle terapie familiari relazionali, in cui presumibilmente non c'è (o non è contemplata come prioritaria) la componente sintomatica l'attivazione di più risorse permetta una risoluzione in tempi più rapidi. Inoltre, tale dato fa da cassa di risonanza alla minore durata complessiva delle terapie in supervisione diretta degli ultimi anni. In generale, rispetto alla fase A, le terapie dell'ultimo anno e mezzo (fase B) durano considerevolmente meno (familiari 7.5, coppia 8.1 rispetto a quelle della fase A, rispettivamente 11.4 e 9.6), sia quelle di coppia che quelle sintomatiche. Sembra che l'esigenza prioritaria sia risolvere/sbloccare i nodi cruciali per lasciare poi maggior spazio alla resilienza delle famiglie e delle coppie. Le terapie che hanno la durata minore continuano ad essere quelle di coppia con problematiche relazionali, che nella fase A duravano in media 8.7 sedute, mentre nella fase B sono arrivate a 5.7 sedute.

Tab. 5 - Esito della terapia

ESITO DELLA TERAPIA	A	B	TOTALE
CONSULENZA	3	14	17
INTERROTTA	17	30	47
CONCLUSA	65	61	126
SOSPESA	7	4	11

Rispetto alla tab. 5 che riporta gli esiti della terapia, occorre sottolineare che nella fase B, 3 SCR si riferivano a terapie ancora in corso, quindi non sono state conteggiate e 3 delle terapie sospese riguardavano famiglie terremotate dell'Emilia. Nella fase temporale B, aumenta il numero di terapie interrotte, anche se rimane un valore relativamente basso: tale dato è presumibilmente da ricondurre ad una scarsa motivazione di partenza da parte di alcuni utenti inviati dal tribunale dei minori. Questo pone il problema di un'adeguata presa in carico di famiglie con queste richieste e la necessità di strutture cliniche che coadiuvino il lavoro del tribunale, che dal dettaglio delle SCR sta aumentando gli invii ai nostri Centri. Inoltre, c'è un incremento nel tempo del numero delle consulenze che comprendono 1/2 sedute: l'ipotesi è che la situazione di difficoltà economica che stanno attraversando le famiglie porti quest'ultime a richiedere un parere e poi a tentare di organizzarsi in autonomia. Del resto, una delle caratteristiche dell'approccio relazionale è proprio quella di allargare la cornice del contesto in cui si manifesta un problema, che, meglio di altri approcci, permette di dare un senso in tempi brevi al problema/sintomo.

Nella fase A le terapie concluse erano il 70.7%; nella fase B sono il 60%. Se consideriamo le terapie concluse e le consulenze i dati risultano del 73.9% (fase A) e del 68.8% (fase B): questi dati dimostrano anche nel tempo la complessiva efficacia della terapia relazionale.

Tab. 6- Principale modello di trattamento

MODELLO DI TRATTAMENTO	A	B	TOTALE
STRATEGICO	-	3	3
STRUTTURALE	36	30	66
CONTROPARADOSSALE	4	4	8
NARRATIVO	17	42	59
SIMBOLICO-ESPERENZIALE	10	13	23
COSTRUZIONISTA	22	20	42
CONTESTUALE	3	-	3

La tab. 6 mostra i principali modelli di trattamento utilizzati nel corso delle terapie esaminate. Va tenuto presente che in un processo terapeutico i metodi utilizzati possono riferirsi a vari modelli, tuttavia, quello che veniva chiesto nelle SCR è di indicare il modello esclusivo o prevalente utilizzato. Complessivamente i principali modelli di trattamento utilizzati risultano quello strutturale e quello narrativo, anche se nella fase B è evidente un netto incremento del secondo rispetto al primo. L'utilizzo del modello costruzionista rimane pressoché costante nel tempo. Occorre sottolineare che, se da un lato l'approccio relazionale sistemico si sta arricchendo di interventi di tipo narrativo accanto a quello storico di tipo strutturale, dall'altro tale tabella risente delle idiosincrasie delle varie Scuole di Formazione. Da rilevare nell'ultimo anno e mezzo la riscoperta di interventi prettamente strategici, seppur per soli 3 casi. Tale dato si potrebbe legare a quello della diminuzione complessiva della durata delle terapie, che a quanto pare si concentrano maggiormente nella risoluzione sintomatica e nella gestione delle emergenze. Tale dato risulta ancor più significativo in una fase storica in cui è in aumento, a livello clinico generale, il trattamento dei disturbi di personalità [1, 2], quindi formati di terapie prevalentemente individuali e processi terapeutici lunghi. Non essendo pressoché contemplati trattamenti individuali specifici sul disturbo di personalità nella supervisione diretta, viene da pensare che molte terapie familiari/coppia siano suffragate e proseguite con trattamenti individuali fuori dalle Scuole di Formazione e/o in supervisione indiretta e che le famiglie ricorrano a trattamenti mirati congiunti per sciogliere i nodi cruciali che creano sofferenza.

## CONCLUSIONI

Dai dati emersi possiamo concludere che il principio della formazione pratica della supervisione diretta è uno strumento di formazione e di intervento clinico estremamente utile, sia a livello sociale che formativo. Rispetto alle richieste cliniche, sono in aumento gli invii provenienti dal Servizio e quelli provenienti dai didatti stessi: nel primo caso, è da sottolineare la necessità sociale e clinica di una terapia pragmatica, in grado di attivare risorse che risolvano il sintomo/problema; nel secondo caso, si evidenzia l'attaccamento dei didatti alle proprie Scuole di Formazione e l'investimento di fiducia che fanno in esse. Le numerose richieste di interventi relazionali, fanno pensare ad un'immagine sociale dell'approccio relazionale sempre più definita. Le richieste a livello sintomatico pongono in evidenza i disturbi depressivi dell'adulto e i problemi di ansia e di rottura a livello di età evolutiva. Inoltre, la durata media delle terapie condotte in supervisione diretta rivela una chiara riduzione dei tempi di presa in carico e sottolinea la necessità di interventi sempre più pragmatici e focalizzati sull'emergenza. Tale dato, è suffragato a livello di ipotesi da una situazione economica e sociale italiana del nostro tempo che sottolinea le ristrettezze economiche delle famiglie di ceto medio-basso, ma anche l'aumento delle necessità di aiuto. In effetti, a suffragio di quanto appena detto, va sottolineato l'aumento delle richieste di intervento della fase B rispetto a quelle della fase A

(rispettivamente 112 casi e 92 nello stesso arco di tempo). Infine, rispetto agli esiti delle terapie condotte in supervisione diretta, questa indagine dimostra l'efficacia complessiva dell'approccio relazionale, indipendentemente dalle idiosincrasie dei vari Centri di Formazione.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Benjamin L.S., *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*, The Guilford Press, 1996, NY
- 2- Cancrini L., *L'oceano borderline*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2006
- 3- Congresso SIPPR, "Problemi ed interventi relazionali nella società in crisi". Intervento Commissione Clinico Didattica, 14-15 ottobre 2011
- 4-Manfrida G., Capitani E., Tortorelli D., "Scrivere per non dimenticare: la scheda clinica riassuntiva (SCR) per la formazione e la ricerca in terapia relazionale". In: Chianura P., Chianura L., Fuxa E., Mazzoni S. (a cura di), *Manuale clinico di terapia familiare*, volume III, Franco Angeli, 2011, Milano, 137-150
- 5- Tortorelli D., Capitani E., Manfrida G., *Ma che cosa stiamo facendo? Analisi quadriennale delle terapie in supervisione diretta in un centro di formazione in psicoterapia relazionale*. In: *Ecologia della Mente*, vol. 32, n. 2, 2009, 221-234

## Professionalità sistemica

di A. Castellucci

Gli allievi delle scuole di formazione in terapia sistemica, nel loro percorso formativo, apprendono delle tecniche di intervento, ma sono anche portatori di una specifica visione- la visione sistemica - che li accompagnerà nell'attività professionale, non necessariamente e non solo psicoterapeutica. Quale che sia l'ambito lavorativo in cui i nostri ex allievi si troveranno ad operare, l'aver chiaro in che cosa consiste la specificità della propria visione e il saperla declinare all'interno di progetti evolutivi, costituisce un supporto essenziale per la costruzione di una identità professionale. Per professionalità sistemica si intende quindi la capacità dei professionisti di saper declinare il pensiero sistemico/ecologico all'interno dei contesti in cui operano.

In particolare in questi ultimi anni, in cui per i nostri specializzati risulta difficile trovare un'occupazione come psicologo/psicoterapeuta, diventa importante saper "agire" la possibilità di essere agenti di cambiamento, e vedere" il ventaglio di possibilità che si possono attivare per co-costruire percorsi evolutivi con le persone e con i colleghi a partire dalla posizione che si occupa nel sistema.

Per aprire una riflessione partirò da alcuni temi guida che ritengo utili sottolineare negli insegnamenti delle nostre scuole per favorire l'apprendimento della professionalità sistemica

### 1. Aver cura della relazione

"Non esiste niente al di fuori della relazione"

Durante il percorso formativo, si pone fin dal primo anno ciascun allievo nella condizione di sperimentare una relazione di fiducia reciproca con gli altri componenti del gruppo e con il gruppo nel suo insieme. Tale negoziazione è fondamentale per definire la cornice relazionale necessaria al percorso comune e sperimentare /apprendere che la relazione di fiducia non è una condizione

data una volta per sempre, ma una condizione relazionale estremamente complessa e in continua trasformazione

## **2. Priorità della comunicazione**

Le parole, con la loro valenza costruttiva/ricostruttiva, non sono tuttavia che una parte di un più ampio processo comunicativo, che comprende anche i gesti, le emozioni. Gli allievi hanno l'opportunità di sperimentare che il processo comunicativo è una dinamica sociale più ampia di ogni singola parola o di ogni singolo gesto.

## **3. Emozioni come processi sociali**

Nel processo di attribuzione congiunta di significati (un gioco di azioni e retroazioni, di continui rimandi di approvazione e disapprovazione, largamente inconsapevoli) le emozioni hanno una parte di grande rilievo. Le espressioni del viso, le posture corporee, la gestualità, le tonalità vocali, i silenzi, concorrono attivamente a definire le possibilità e i vincoli del contesto comunicativo e del processo decisionale.

## **4. Assunzione di molteplici punti di vista**

Gli allievi sperimentano, attraverso esercitazioni, la posizione punto interrogativo come strumento utile soprattutto per due aspetti. Il primo: assumere e mantenere (anche solo mentalmente) il punto di domanda al termine di ogni propria descrizione "sul perché e il per come" degli eventi aiuta a non prendere troppo sul serio il proprio punto di vista e a verificare le ipotesi in modo relazionale. Il secondo: aiuta l'altro a interrogarsi, a sua volta, su connessioni relazionali ed emotive rispetto agli effetti del proprio agire.

## **5. Dal contesto dato al contesto costruito**

( niente ha significato fuori dal contesto)

Gli allievi, attraverso esercitazioni, possono rendersi progressivamente consapevoli che il contesto dell'azione non è mai determinato interamente a priori, ma si costruisce attraverso un processo comunicativo reso possibile dell'essere presenti, hic et nunc, in uno spazio sociale condiviso. Tutti i partecipanti concorrono consapevolmente o meno, che lo vogliano o meno, alla costruzione/ricostruzione dei significati emergenti, facendo di questa realtà collettiva un unicum irripetibile.

## **6. La realtà viene costruita ( non rappresentata)**

Attraverso esercitazioni, gli allievi diventano consapevoli che nell'interazione, le risposte non hanno carattere di oggettività, ma è nel coordinamento reciproco delle idee ( significati) e delle conseguenti risposte ( comportamenti) , che i partecipanti costruiscono la realtà dell'interazione.

Inoltre apprendono anche che il concetto di interazione sociale in quanto processo costruito ha importanti implicazioni:

- Il rapporto non risponde a criteri di prevedibilità
- Non esistono criteri esterni, astratti che ci possono indicare le modalità con le quali stare nella relazione in quanto ogni relazione è unica, in quanto costruita.

## **7.Come punteggio la realtà?**

Gli allievi, riflettendo su situazioni che vedono nel tirocinio svolto presso i servizi pubblici, comprendono l'utilità, che ogni professionista ha nell'imparare ad osservarsi collocato nel sistema allargato nel quale è inserito. La "terapeuticità" del suo agire non sta, infatti, nella relazione tra lui e il cliente, ma nel sistema di significati che si costruisce nell'interazione tra il cliente, il suo sistema significativo, compreso il "sistema terapeutico"

### **8. La struttura che connette**

Ne consegue quindi che la "terapeuticità" delle azioni si configurano come un eco-sistema di vari momenti operativi al tempo stesso diversi e complementari, la cui dimensione terapeutica emerge dall'interazione dell'intera rete con il paziente e il suo sistema significativo: in questo senso un intervento sociale, l'assistenza domiciliare, il colloquio.. non sono di per sé terapeutici o non terapeutici. Il punto è valutare se rispetto al cliente, alle sue premesse epistemologiche e ai suoi pattern interattivi creano differenza, quindi evoluzione oppure no.

### **9. La responsabilità personale come processo sociale (ed estetico)**

Attraverso le interazioni comunicative, le esercitazioni cliniche, gli allievi toccano con mano che la responsabilizzazione personale non è mai un processo solo individuale, ma sempre anche relazionale e sociale; parte, sempre, di un più ampio processo di co-costruzione. La parola responsabilità non è più connotata, inoltre, dalla sola tonalità "doveristica" autoimposta, ma dalla scoperta che ogni singolo evento interattivo scaturisce da una "danza" comune tra soggetti.

### **10. L'identità professionale come processo**

Durante il percorso formativo ogni allievo sperimenterà che l'identità individuale (personale/professionale) è una realtà dinamica, che si forma/riforma attraverso le incessanti interazioni con gli altri partecipanti all'interazione.

Come scrive Von Foerster (in Telfener, Casadio 2003): "La mia proposta è quella di inventare un nuovo termine che è quello di sistemica, come sostantivo. In questo modo la sistemica diviene un modo di osservare, di porsi di fronte al mondo. ... La prassi sistemica si fonda sul dialogo, su una modalità tipica di attenzione alle relazioni umane che restituisce la scienza al suo dominio originario, al dialogo umano. ... La sistemica è interessata alle regole di composizione. Si occupa soprattutto dell'interazione tra le parti. Propongo di considerare la sistemica come una posizione, un modo per osservare, un atteggiamento conoscitivo. Operare una distinzione è scientifico, vedere la complementarità è sistemico. In quest'ottica i concetti si embricano attraverso la mutua definizione di sé e dell'altro. (pag. 79)"

E a proposito di "posizione" vorrei augurare a tutti i nostri allievi e a noi un buon viaggio con le parole di Antonio Machado:

"Viandante, le tue orme sono  
il cammino, e nulla più;  
viandante, non c'è cammino,  
sei tu che fai il sentiero camminando.  
Con l'andare si fa il cammino  
e nel voltarsi indietro  
si vede il sentiero che mai  
si tornerà a calcare.  
Viandante, non c'è cammino,  
solo scie sul mare."

**Bibliografia:**

- Fruggeri L., 2008. *Diverse normalità: discontinuità familiari e modelli di analisi*. In Chianura P. et al., a cura di, *Le relazioni e la cura*, Franco Angeli, Milano.
- Foerster H.(von), 1987. *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma.
- Telfener U., 2011. *Apprendere i contesti, strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Telfener U., Casadio L., 2003. *Sistemica, voci e percorsi nella complessità*, Bollati Boringhieri, Torino.

## “Giocare per credere: l'uso relazionale della dimensione ludica nella psicoterapia infantile”

di M. Menafro

Il titolo di questo lavoro, *Giocare per credere*, è una sollecitazione che utilizzo spesso con i genitori durante il percorso psicoterapico ed è, in realtà, una *provocazione paradossale* in quanto *giocare* è una attività libera e spontanea, si gioca per giocare! Potrebbe essere, allo stesso tempo, una esortazione ai terapeuti familiari a lavorare più frequentemente con i bambini e, soprattutto, ad incontrarli in presenza dei genitori. Quanto giocare sia già terapeutico, quanto sia espressione di salute mentale o di patologie se si presenta in forme stereotipate compulsive o inibite, quanto l'assenza del gioco sia un indicatore di disturbi psichici severi, è descritto ampiamente nella letteratura esistente sull'argomento. In particolare è stato dimostrato che le connessioni cerebrali che creano la mente si sviluppano nell'ambito delle relazioni interpersonali, per cui le relazioni umane modellano la struttura cerebrale dalla quale la mente prende corpo, e, pertanto, la psicoterapia rappresenta un efficace contributo in tal senso, soprattutto, recuperando le tracce mnestiche di una esperienza incancellabile come il gioco.

Nel presente lavoro sarà sottolineata l'utilità di attivare la dimensione ludica nei genitori per creare una condizione spazio/tempo che consenta, contestualmente a genitori e figli, appunto, di incontrarsi, di riconoscersi, di capirsi. Numerosi costrutti teorici avvalorano la centralità delle relazioni interpersonali nello sviluppo mentale e la capacità di rispecchiamento come il tessuto connettivo dei legami affettivi, pertanto, il gioco nella psicoterapia infantile è uno strumento di cura elettivo che attiva le capacità riparative, la sintonizzazione affettiva, l'intersoggettività primaria e secondaria. Tale premessa conduce all'indispensabilità dell'osservazione del bambino con i suoi genitori. In fondo, a chi appartiene il bambino? Il bambino appartiene al sistema. Ciò vuol dire che la percezione e la costruzione di e del sé avviene entro quella cornice di senso. Il bambino crede di sé ciò che gli adulti gli riconoscono e la percezione di sé stesso e dei suoi genitori è il risultato imponderabile di molteplici operazioni: non è la somma delle opinioni del padre e della madre meno ciò che pensano i nonni moltiplicato quello che pensa egli stesso! E' un risultato alchemico,

edulcorato dai nodi irrisolti, amplificato dalle eredità emotive, dalle aspettative mancate, dalle qualità speciali emergenti nel sistema.

L'approccio sistemico

- Colloca il bambino in una triade quale propaggine di almeno tre generazioni
- Gli attribuisce capacità trasformative del sistema familiare prima ancora che venga al mondo
- Gli riconosce potenzialità cognitive e relazionali sufficienti da renderlo parte attiva della dinamica familiare
- Lo ritiene depositario di verità e segreti, di storie e miti remoti, di emozioni sia proprie che provenienti dalle "famiglie"
- Ne evidenzia la padronanza relazionale sottolineando la sua spontanea tendenza ad interagire con il mondo, rispettando o modificando le regole preesistenti o introducendone di nuove
- Definisce determinante la sua presenza ai fini di una chiara demarcazione generazionale.

Dalla mia esperienza clinica sono emerse numerose prove empiriche che dimostrano quanto sia necessario incontrare il bambino in presenza dei suoi genitori, anche per un corretto inquadramento diagnostico. Riassumo in alcuni punti essenziali:

1) Le più recenti formulazioni teoriche sullo sviluppo infantile (Sameroff, Emde 1991) confermano la necessità di porre la giusta attenzione ai disturbi relazionali ed hanno reso possibile un nuovo inquadramento della psicopatologia in età evolutiva. Ponendo l'attenzione alle relazioni più che ai "vissuti", alle modalità "reali" più che a quelle "fantasmatiche", hanno evidenziato le limitazioni presenti nell'osservazione del bambino da solo. Se la premessa diagnostica è questa, conseguentemente, l'osservazione, deve avere come oggetto la relazione, possibilmente, nel qui ed ora, possibilmente nella rete relazionale fondante le modalità del bambino, cioè, la dimensione triangolare.

2) Incontrare il bambino con i suoi genitori assume un significato relazionale inequivocabile: che il bambino è il loro bambino, è una propaggine del loro sistema. Tale modalità è particolarmente indicata per scongiurare ad un tempo sia il rischio di delega al terapeuta che i sensi di colpa dei genitori.

3) Un bambino non chiederà mai di effettuare un consulto da uno psicologo, la sua richiesta forse non esiste, è certamente presente un disagio registrato come tale ma dai suoi genitori. Non possiamo dare risposte a chi non rivolge domande.

4) L'immagine che il bambino ha di se stesso è la risultante delle percezioni che ne hanno i suoi genitori, egli si guarda attraverso i loro occhi e la sua immagine è

riflessa nella relazione di coppia. Il tessuto entro il quale si nutre e si sviluppa un bambino è la fitta rete emotiva e mitica della sua relazione con i suoi genitori.

5) La prima seduta è inedita, unica e irripetibile, il setting ha un forte impatto emotivo per la famiglia, il comportamento del bambino potrebbe essere la risposta al nuovo stimolo e non la sua ordinaria modalità, ed è fondamentale cogliere il funzionamento triangolare bambino/genitori durante un evento avverso quale è, appunto, "la prima seduta".

6) Il terapeuta è un estraneo, non dimentichiamo cosa sostiene la teoria dell'attaccamento a questo proposito.

7) Le informazioni di cui sono depositari i genitori rappresentano la storicizzazione del percorso che li ha portati in seduta, esattamente come l'anamnesi, per l'adulto, che a volte rappresenta la sua carta di identità.

8) L'attesa dei genitori al di fuori del contesto terapeutico resterebbe "fuori" solo virtualmente, la vicinanza emotiva tra genitori e figli contamina qualsiasi distanza costruita artificialmente.

9) Il setting frammentato, solo il bambino senza genitori, quale alleanza terapeutica attiva?

Evidenzerei a questo punto una delle criticità più significative che emerge nella terapia infantile: la difficoltà dei genitori di ritornare bambini. Generalmente riferiscono di non riuscire proprio a capirlo il bambino, e in tal caso talvolta ridefinisco rispondendo: << ... è un vero dramma, perché un bambino vuole essere capito senza parlare, infante significa proprio, colui che non parla ... ma anche voi, in fondo, non avete ancora la pretesa di essere capiti senza parlare?>> Oppure, affermano che il bambino non ubbidisce, non si controlla, e chiedo: << Non starete mica dicendo che non riesce ad immaginare le conseguenze delle proprie azioni, che è incapace di stabilire la prognosi della propria vita?! La vostra è infallibile?>> E ancora, affermano irritati, << ... è irrequieto, corre dappertutto ... >> ed allora "spiego con serietà": << potrebbe essere che vostro figlio abbia quella strana sindrome che chiamiamo curiosità? Devo darvi una brutta notizia: la mente di vostro figlio è aperta alla scoperta e naturalmente predisposta ad esplorare. Voi vi avete rinunciato? >>

Queste impietose resistenze dei genitori, che, nonostante il forte legame affettivo sembrano ledere l'immagine del bambino, possono essere gradualmente superate attraverso il gioco, in fondo la componente ludica nello sviluppo umano svolge una funzione centrale nel potenziamento delle capacità creative, riparative e curative, al punto che possiamo concepire il gioco per sanare le ferite dell'infanzia. Il gioco, strumento di cura elettivo nella psicoterapia infantile, come affermato all'inizio, rappresenta un indicatore significativo di disfunzionalità relazionali. E' molto frequente infatti che la rigidità della struttura familiare impedisca l'accesso all'area ludica sia con modalità squalificanti che con un rifiuto più o meno esplicito.

Presento pertanto un caso clinico che suddivido in quattro fasi.

Prima fase: osservazione della dinamica relazionale che si attiva nell'impatto con il setting, come si organizza la famiglia?

Nel caso presentato, l'osservazione del video, rende visibile un triangolo molto interessante: il papà e la bambina sono seduti a terra uno di fronte all'altra, la madre è sulla sedia lateralmente al papà. La distanza padre figlia è minore che tra madre figlia. Inoltre quest'ultima non è seduta a terra perché lamenta un insopportabile mal di schiena. La bambina si rivolge al papà e la terapeuta in posizione periferica comincia a costruire un ponte tra tutti e tre includendosi.

In questa prima fase è importante lasciare che la dinamica prosegua senza modificare nulla, il senso del sistema difensivo attivato è come una fibra ottica che potrebbe far scattare l'allarme all'avvicinarsi di un estraneo. La madre sembra infatti la guardiana dello spazio che comprende solo la bambina e il padre, è molto periferica ma lei stessa non prova nemmeno ad entrare.

La terapeuta deve scegliere il posto dove collocarsi, e soprattutto l'analogico giusto per non allarmare il sistema.

Seconda fase: la permeabilità del confine come indicatore diagnostico.

L'invito della terapeuta alla bambina di porgere un giocattolo alla madre sollecita un primo cambiamento: la madre chiede un cuscino per potersi sedere a terra vicino alla bambina. Purtroppo quando finalmente la raggiunge la bambina inizia a girarsi ponendosi di spalle.

Terza fase: equidistanza e geografia degli affetti.

La terapeuta si è più volte interposta sia nell'interazione padre/figlia, sia mediando un contatto madre/figlia, sempre all'interno di un tema ludico. Si osserva un ulteriore cambiamento: la posizione è intermedia, la distanza tra la bambina ed i genitori è bilanciata, la madre sembra incoraggiata ad interagire con la bambina, c'è uno scambio diretto, ma ancora il padre polarizza gran parte della sua attenzione.

Quarta fase: .... incontrarsi è possibile.

La madre è seduta alle spalle della bambina, le sfiora i capelli per stringerli in un fermaglio. La bimba non si scompone, continua a giocare, poi si gira e come se la vedesse per la prima volta in quell'istante le sussurra: "Mamma!". Lei le sorride, poi aggiunge che mai è riuscita a raccogliere i capelli in quel modo, che finalmente si può vedere il suo dolce visino tondo!

Si apre uno spiraglio, per pochi istanti madre e figlia si incontrano, si guardano, e l'una può riconoscersi nell'altra: non un bacio, non un abbraccio, solo una smorfia, con la testolina che scuote il codino qua e là, insieme dondolano la testa allo stesso modo, sembra un invito a guardarsi, a riconoscersi, a giocare per ... credere,

.... che ritornare bambini è possibile

..... che il gioco è un mondo reale

..... che il gioco è la cura degli adulti  
 ..... che l'adulto "contiene" il bambino, il grande contiene il piccolo  
 ..... che l'infanzia è il mondo di chi non sa ancora parlare  
 .... che rimpiange l'infanzia chi non sa più parlare  
 ... che la curiosità è del bambino, l'entusiasmo dell'adolescente,  
 la coscienza di entrambi dell'adulto  
 ... che il gioco esiste in natura, orsi, lupi e primati lo sanno meglio di alcuni uomini  
 ..... che si impara a giocare prima di fare sul serio, in ordine di importanza  
 .... che il gioco è una dimensione spirituale, evoca gli avi fino all'homo  
 sapiens, la sua intelligenza lo portò ad inventare la ruota,  
 il suo amore per la vita ad usarla creativamente come ornamento.

## **“L’operatività sistemica nelle istituzioni: riconiugare limiti e risorse”**

di R. Aurilio

Nelle istituzioni che operano per la salute mentale, gli psicoterapeuti di formazione sistemico relazionale hanno impiegato molto del loro tempo, delle loro energie e delle loro specifiche competenze che sappiamo essere soprattutto sulla comunicazione e sulle relazioni. Con impegno hanno dato vita a realtà terapeutiche di straordinaria efficacia, luoghi di cura così funzionali da vicariare parti di quelle funzioni vitali per la salute psicologica, che le famiglie di quei pazienti non erano riuscite loro ad offrire.

Tutto questo è stato realizzato soprattutto nell'area della cronicità, in quei servizi che accolgono pazienti con tanti di quei fallimenti alle spalle da essere definiti "senza speranza". Oggi la realtà delle strutture pubbliche adibite alla salute mentale è diventata molto difficile. Ci sono stati molti tagli nell'ambito dell'assistenza sanitaria, tagli alle cooperative sociali, ai progetti, ai centri riabilitativi, che hanno reso difficile e molto spesso impossibile portare avanti il lavoro che anni addietro si era faticosamente costruito. Alla luce di queste nuove criticità, per produrre cambiamenti dobbiamo necessariamente entrare in un'ottica della cooperazione e della collaborazione tra istituzioni che possono avere obiettivi diversi e diverse identità. Tra le istituzioni è importante inserire anche le scuole di specializzazione che sono istituzioni preposte alla formazione, ma conseguenzialmente anche alla cura. Ritengo che ci siano molte risorse nelle nostre scuole, ma non sempre utilizzate al meglio. E' in questa ottica che l'I.Te.R. Scuola di specializzazione di Napoli e Caserta ha istituito un servizio clinico ad un costo equivalente al ticket sanitario o a costo zero, per le situazioni di grave disagio con famiglie provenienti da contesti privi di ogni risorsa. Sono stati stanziati dei fondi per la ricerca e per progetti clinici sperimentali. Per la

realizzazione di questi progetti che non hanno grandi finanziamenti, bisogna fare appello all'inventiva ed alla creatività che da sempre sono le caratteristiche della nostra tradizione sistemica.

Ma quale può essere una caratteristica fondante della creatività rivisitata in chiave sistemica? Certamente la capacità di riconiugare limiti e risorse del contesto in cui si opera con quelli del contesto di cura.

Un po' come se prima di iniziare un percorso di cura potessimo dispiegare tutte le forze in campo e rimescolare come carte da gioco i limiti e le risorse di entrambi i contesti, dando vita ad una vera e propria partita per il cambiamento. Questa metodica potremmo sintetizzarla in una esortazione rivolta al terapeuta molto semplice da intuire, ma non altrettanto da realizzare: *"Usa al meglio quello che hai!"*

Facendo una attualissima metafora economica possiamo dire che fare una buona correlazione tra gli elementi del paniere delle risorse con quelli del paniere dei bisogni produce due interessanti risultati: ottimizzazione degli interventi e contenimento della spesa di cura, valore aggiunto oggi certamente non trascurabile. Propongo un caso clinico seguito con la metodologia che denominiamo multisistemica che comprende: integrazione tra famiglia, la nostra istituzione e le istituzioni territoriali. Impiego sullo stesso caso clinico di team terapeutici disomogenei per competenza ed esperienza.

Nel caso che vi propongo queste erano le risorse presenti nel contesto di cura.

Un ambulatorio di psicoterapia afferente alla Seconda Università degli studi di Napoli, facoltà di Medicina.

Due neo laureati in psicologia che svolgono il tirocinio post laurea.

Due studenti del quarto anno e due studentesse del terzo anno della scuola di specializzazione in psicoterapia sistemica I.Te.R. sede di Napoli.

Il responsabile dell'ambulatorio e direttore della scuola.

Questi invece sono i bisogni del contesto in cui bisogna operare.

Una famiglia con confine rigido, scarse relazioni sociali, difficoltà ad accogliere nello spazio di casa anche i soli parenti prossimi.

Una ragazza di 28 anni con emiparesi sinistra, una diagnosi di disturbo paranoide, chiusura al mondo esterno, forte bisogno di controllo delle relazioni.

Una cronica carenza nella regione Campania di strutture riabilitative e di reinserimento sociale.

Riporto lo stralcio del primo colloquio che avviene in presenza di tutta la famiglia: madre, padre e Gina che è figlia unica.

**Madre:** dott.ssa abbiamo cambiato diversi servizi di salute mentale e molti terapeuti perché Gina non è mai soddisfatta. Con la cura farmacologica invece è stabile, fa un basso dosaggio ed è seguita da anni dallo stesso psichiatra. Noi, invece, con lei siamo sempre in lotta, perché senza me ed il padre non esce mai di casa ed inoltre nessuno può entrare a casa nostra senza il suo consenso, neanche mia madre o le mie sorelle.

La riflessione che dobbiamo fare è che in questo caso l'elemento sfavorevole del contesto che riguarda noi, quello di cura, è rappresentato dai tanti studenti tirocinanti presenti in seduta, ma mescolato all'elemento sfavorevole del contesto quello della forte selettività alle relazioni, costituirà un'ottima piattaforma di partenza.

**Gina:** mamma non sta dicendo esattamente le cose come stanno. Tutte le volte che ho provato a farmi delle amicizie ho avuto brutte esperienze.

**Madre:** Gina non va d'accordo con nessuno. Qualsiasi amica che ha cercato di legare con lei è stata bocciata!

**Gina:** Non è vero dott.ssa, mi trovo benissimo a parlare con gli psicologi.

**Terapeuta:** Ah è davvero una fortuna che oggi in questa stanza ce ne siano tanti. Qualcuno è tuo coetaneo, qualcuno è appena laureato, qualcuno si sta specializzando. E ti trovi bene proprio con tutti?

Questo è stato il volano con cui abbiamo iniziato a costruire un progetto complesso con obiettivi a piccolo e medio termine. La vicinanza di età dei terapeuti, la disomogeneità delle loro competenze, la loro esigua esperienza, sono tutti elementi che presi singolarmente possono apparire sfavorevoli. Se, invece, mettiamo in connessione la difficoltà di Gina di affidarsi a terapeuti "esperti" con i quali ingaggiava subito una guerra per il controllo ed aggiungiamo la sua necessità di uscire dall'isolamento, capiamo il vantaggio che possiamo ricavare da quegli elementi sfavorevoli.

Il progetto terapeutico che abbiamo messo in essere era fondato su una importante premessa.

La possibilità di immaginare che il contesto dove si stava svolgendo l'incontro potesse essere modificato sia dal punto di vista della storia, inserendo nuove relazioni, sia dal punto di vista della geografia, occupando un diverso territorio.

Già dopo il primo incontro si era accesa una accalorata discussione su quanto Gina potesse muoversi in autonomia fisica, perché si era presentata appoggiandosi ad un vistoso bastone a causa di una emiparesi che alimentava le sue paure di uscire da sola.

Il piccolo ed affollato ambulatorio del policlinico non dava l'opportunità di capire come camminasse. Quindi per verificare questo aspetto, ma anche la reale disponibilità della famiglia ad accettare proposte innovative, fissiamo un secondo incontro in villa comunale, luogo adiacente alla scuola, dove ci saremmo rivisti con l'équipe degli studenti. All'appuntamento Gina ci appare

entusiasta e molto diversa: curata nell'aspetto, senza bastone, zoppica, ma cammina autonomamente e tra le panchine della villa accetta di incontrare i suoi coetanei psicologi ed iniziare un percorso complesso che si sviluppa per piccole tappe e progressivi obiettivi. Il primo obiettivo era quello di portare Gina fuori dalla sua casa Bunker. Il programma prevedeva: incontri sul territorio con frequenza due volte a settimana con impiego di due team con due studenti del quarto anno di specializzazione ed un tirocinante post laurea.

Gina erano ormai molti anni che non usciva se non per visite psichiatriche e sempre accompagnata dai suoi genitori che se da un lato si lamentavano della sua mancata autonomia, dall'altro erano pronti a sacrificare i loro bisogni ed i loro spazi per esaudire ogni suo desiderio. La sintomatologia paranoide l'aveva portata a vedere un mondo fuori la porta di casa popolato di nemici e di pericoli, l'handicap fisico aveva avvalorato la paura di rischiare, rinforzando l'isolamento da ogni essere umano, fatta eccezione degli psicologi che nel suo immaginario non potevano farle del male, come lei stessa ci aveva spiegato, perché il loro lavoro glielo impediva. Così gli psicologi sono diventati il ponte di questo grande invalicabile fiume tra lei ed il mondo esterno. Inizialmente i team terapeutici scelgono territori da "esplorare" a loro sconosciuti, utilizzando Gina come guida del territorio, attribuendole una funzione centrale e da protagonista che era la definizione della relazione tra loro che la metteva tranquilla. Da prima si è divertita ad illustrare i mercatini rionali vicino casa, ma poi prende via via coraggio, accettando le proposte degli operatori di spingersi oltre i confini del suo quartiere.

La libreria Feltrinelli, il caffè letterario, gli eventi d'arte soprattutto quelli di arti figurative per i quali scopre un vivo e nuovo interesse. Riprende progressivamente dimestichezza con lo spazio e con le relazioni.

Il secondo obiettivo era quello di favorire l'ingresso di altre persone in casa. Il programma prevedeva un incontro domiciliare ogni 15 giorni con la famiglia ed il team degli operatori al completo per accogliere le richieste della famiglia ma anche le eventuali preoccupazioni. Questo lavoro consentiva di costituire un vero e proprio spazio intermedio tra psicoterapia e progetto riabilitativo di cui poteva usufruire l'intero sistema famiglia-tirocinanti.

Pensavamo che fin quando Gina non ci avrebbe dato accesso alla sua casa, vissuta come rifugio da ogni paura, ma anche luogo dove non poteva restare sola senza essere assalita da i suoi "mostri interni", non avrebbe rischiato sostanziali cambiamenti. Il primo permesso ci viene concesso dopo due mesi di lavoro e siamo accolti in un'ampia sala dove teniamo l'incontro ma Gina ci chiede di non "invadere" altri spazi e dopo un altro mese abbiamo libero accesso alla sua stanza e a tutta la casa. Il tempo che abbiamo impiegato per "abitare" casa sua, lo sentiamo congruo con lo spessore della difficoltà di tutta la famiglia di rompere e poi allargare questa capsula protettiva per consentirci di entrare e poter vivere con noi una esperienza nuova. Gina riusciva ad affrancarsi dall'onnipotente madre e a differenza di quanto era successo fino ad allora la sollecitava nelle ore destinate agli incontri in casa ad uscire per suo conto. Più riusciva a condividere un tempo con noi tra le sue abituali pareti, più fantasticava di programmi che la potessero portare fuori e lontano. Il terzo

obiettivo si potrebbe definire: *“Cosa fare da grande”*. Il programma era suddiviso in due tempi. Il primo tempo prevedeva di restare sul piano della fantasia senza passare a quello dell'operatività. Nel secondo tempo bisognava affrontare il difficile territorio del *“realizzabile”* e provare a tradurlo sul piano operativo.

Gina aveva una grandissima paura di qualsiasi cosa in cui dovesse cimentarsi lontano dall'ala protettiva dei genitori, ma allo stesso tempo sognava di poter imparare cose nuove, dal computer alle tecniche pittoriche, ma quando i suoi genitori si adoperavano per trasformare questi sogni in realtà si arroccava dietro mille impedimenti. Aveva conseguito un diploma di scuole superiori, ma aveva bruciato sistematicamente ogni possibilità di poter intraprendere piccoli lavori. Per non consentire alle sue paure di prendere il sopravvento escogitammo il sistema di restare un lungo tempo sul piano della fantasia. Il team di psicologi interpretò magistralmente il ruolo di tutori dell'omeostasi, amplificando i rischi che ogni nuova *“impresa”* potesse comportare. Gina ormai si divertiva ad essere la più coraggiosa del gruppo e spiegava con disarmante razionalità perché molti dei loro timori fossero infondati fino a spingersi ad affermare di fronte ai suoi attoniti *“curatori”* che *“lei non aveva niente da perdere e che anche una esperienza negativa sarebbe stata meglio che nessuna esperienza”*.

La terapia multi-sistemica prevedeva un incontro mensile dove il responsabile del progetto convocava in una seduta allargata la famiglia e gli operatori del team.

Gli obiettivi erano sia rafforzare l'integrazione degli operatori con la famiglia, sia riposizionare funzionalmente i sottosistemi genitori-figlia.

Gina spesso cercava di escludere il padre dalla vita familiare utilizzando una sottile complicità della mamma che spesso si alleava con lei, ma a volte cercava la complicità del padre per ottenere quello che la madre le negava. Era importante dunque che il lavoro terapeutico potesse rafforzare la coppia coniugale e sostenerla nel mantenere un faticoso spazio ritrovato. Inoltre era molto funzionale in questa fase offrire nell'incontro mensile un contenitore per i vissuti emotivi del multi sistema

Le tensioni emotive erano molto forti perché Gina soprattutto inizialmente cercava rapporti privilegiati con diversi membri del team cercando di interfacciarsi con loro singolarmente, sabotando la condivisione di gruppo. Un'ultima funzione importante consisteva nel convogliare le energie di tutti su un progetto di integrazione sociale non troppo onnipotente, non troppo svilente.

Intanto il tempo congelato della famiglia si era messo in moto, la madre aveva ripreso a frequentare un gruppo storico di amiche, concedendosi un tempo senza l'onnipresente marito e figlia. Gina faceva passi di autonomia insperati, chiamava qualcuno del gruppo prima dell'incontro previsto proponendole di fare qualcosa insieme o chiedeva di farsi accompagnare a chiedere informazioni per qualche attività che le potesse interessare. Fu così che cominciò ad ampliare le categorie di persone da accettare e agli psicologi aggiunse gli artisti. Realizzò il suo primo sogno dei suoi ultimi quindici anni e si iscrisse ad un

corso di ceramica, poi ad uno di decoro. Corse il rischio di conoscere molte persone nuove tutte sotto la voce artisti e per un periodo le mescolò con successo a quelle sotto la voce psicologi, poi un giorno alle giovani terapeute che fino a quel momento l'avevano accompagnata nelle sue nuove esperienze, disse con il più disarmante dei sorrisi che forse non era più necessario accompagnarla nelle sue nuove attività e che sarebbe stato sufficiente mantenere i loro incontri in istituto una volta al mese.

Riconvertire limiti e risorse del contesto di cura consente di guardare la psicopatologia da un'altra prospettiva e di offrire a tutti, operatori ed utenti, una nuova opportunità. Consente di poter definire il paradigma sistemico come il "paradigma della speranza". La difficoltà al cambiamento, infatti, si radica nella quotidianità attraverso esperienze di segno contrario alla speranza quali l'isolamento, la paura di chiedere aiuto, la paura di sperimentare e quindi l'impossibilità di rischiare.

*"Gli psicologi non passeggiano in villa comunale con le famiglie"*

*"Non vanno a casa dei loro pazienti"*

*"Non escono per andare ai caffè letterari"*

disse in tono persuasivo lo psichiatra di Gina scuotendo la testa e, preoccupato che fosse l'insorgenza di un nuovo stravagante delirio, era pronto ad aumentare il dosaggio farmacologico che da tempo era di basso dosaggio se non fosse stato raggiunto da una nostra telefonata di chiarimento.

*"Vorrei una piccola casa tutta mia, magari vicino ai miei genitori"*, sospira Gina in una delle sue ultime sedute. Dall'ossessione della casa Bunker al bisogno di autonomia. Questa è stata la parabola evolutiva ottenuta riformulando i limiti e le risorse di curatori e curati

## **@@ Immagini familiari con il Faces IV Stili familiari di persone con disturbo alimentari psicogeni ed a rischio di psicosi**

di R. E. Visani, S. di Nuovo, C. Lorio

Il modello circonflesso dei sistemi coniugali e familiari ideato da Olson, Sprenkle e Russell nel 1978, insieme al modello di Beavers e McMaster, è stato uno dei primi tentativi di formulare insieme modelli e strumenti per la valutazione del funzionamento familiare. Il modello ha trovato una larga diffusione attraverso il questionario FACES III e sono oramai molto numerosi gli studi che l'hanno applicato. Negli ultimi anni Olson e coll. hanno rinnovato gli strumenti e costruito un nuovo questionario (Il FACES IV) e nuovi indicatori. L'utilità del modello, attraverso l'applicazione dei suoi strumenti, si riscontra nel campo della ricerca,

della valutazione clinica e nella pianificazione dei trattamenti nella terapia familiare e in quella di coppia.

In questo studio, vengono esposti i dati preliminari di alcuni studi rivolti a popolazioni cliniche.

### ***Il Modello Circonflesso di Olson ed il FACES IV***

Il Modello Circonflesso di Olson ipotizza che gli stili familiari possano essere descritti dalle dimensioni della coesione, della flessibilità e della comunicazione.

La coesione familiare è definita come il vincolo emotivo presente fra i membri della famiglia e descrive come i sistemi riescono a equilibrare appartenenza-individuazione attraverso la modulazione degli affetti, dei confini, delle coalizioni, delle relazioni amicali, della capacità di negoziare le decisioni, degli interessi e dello svago. Viene valutata attraverso una scala che comprende 5 livelli di cui due estremi, il disimpegno e l' invischiamento, e tre livelli centrali bilanciati ; il modello ipotizza che nell'area bilanciata le famiglie siano in grado di trovare un equilibrio modulando l'appartenenza e l'individuazione mentre nei casi in cui i profili siano "estremi", disimpegnati o invischiati, mostrino , con alta probabilità, un funzionamento problematico.

La flessibilità familiare viene definita come il livello di cambiamento nella leadership (controllo e disciplina), nei ruoli e nelle regole relazionali e riguarda la capacità dei sistemi di bilanciare stabilità e cambiamento. Si misura su una scala che differenzia 5 livelli: due estremi , rigidità e disorganizzazione e tre centrali bilanciati; le famiglie bilanciate mostreranno di saper "stare" nella stabilità e di saper trasformare il proprio assetto mentre quelle estreme, le famiglie rigide o quelle disorganizzate mostreranno, con alta probabilità, difficoltà nel loro funzionamento.

La comunicazione è la terza dimensione del modello circonflesso e ha la funzione di facilitare la coesione e la flessibilità. Il modello ipotizza che le famiglie bilanciate presentino una comunicazione familiare significativamente migliore (livello alto) rispetto alle famiglie sbilanciate (livello basso).

L'ipotesi di base del modello è che livelli bilanciati di coesione e flessibilità comportino maggiori livelli di "salute" familiare mentre livelli sbilanciati (molto alti o molto bassi) si associno a adattamenti problematici.

Il nuovo questionario, il FACES IV, descrive il funzionamento familiare secondo otto scale: due riguardano i fattori protettivi (la coesione e la flessibilità bilanciata), quattro i fattori di rischio rappresentati dal disimpegno e dall'invischiamento e dalla rigidità e dalla disorganizzazione, una valuta la comunicazione familiare, una la soddisfazione.

Per i fini di ricerca, gli indicatori principali sono i rapporti (ratio totale ) fra tutte le scale bilanciate ( coesione e flessibilità bilanciata) e le scale sbilanciate ( disimpegno, invischiamento, rigidità e disorganizzazione ) e ognuna per le singole dimensioni una ratio per la coesione (coesione bilanciata/((disimpegno + invischiamento)/2) e una per la flessibilità (flessibilità/((rigidità+ disorganizzazione)/2).

### **Le ricerche**

Gli studi preliminari che portiamo confrontano una popolazione di pazienti con disturbi alimentari psicogeni con una di pazienti a rischio di esordio psicotico. Gli studi sono stati svolti presso l' U.O.C. Psichiatria e Disturbi Condotta Alimentare dell' Università degli Studi La Sapienza Università di Roma e presso il Nucleo Interventi Precoci (NIP) del DSM ASL Roma D.

Nelle ricerche è stato somministrato il questionario FACES IV ai pazienti e ai loro familiari mentre i ricercatori hanno compilato una scheda clinica appositamente costruita. I dati, preliminari, di questo studio riguarderanno i risultati del questionario senza un approfondimento riguardo le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti rilevate dalla scheda e dall'altro strumentario presente nei servizi dove gli studi si sono svolti.

Lo studio vuole verificare l'ipotesi, presente in letteratura, che la presenza di un disturbo alimentare psicogeno e un esordio psicotico possano associarsi a un funzionamento familiare problematico e di conseguenza ci attendiamo che le ratio delle famiglie nei due campioni mostrino una prevalenza di famiglie con una ratio inferiori ad 1.

La traduzione del questionario, il punteggio percentile, deriva da uno studio pilota sulla popolazione italiana svolto dall'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale e dalla Cattedra di Psicologia dell'Università di Catania (Loriedo, Di Nuovo, Visani 2013).

### **Il campione osservato**

La popolazione con cui abbiamo costruito lo studio è costituita da 44 pazienti con disturbi alimentari psicogeni (DAP) e da 19 pazienti a rischio di esordio psicotico (REP) . I questionari , compilati anche dai familiari, sono complessivamente 121 per quanto riguarda i pazienti con DAP e 55 per quelli con REP. I familiari dei pazienti con REP hanno restituito il questionario in minore misura stante la diversità della struttura e la natura del disagio.

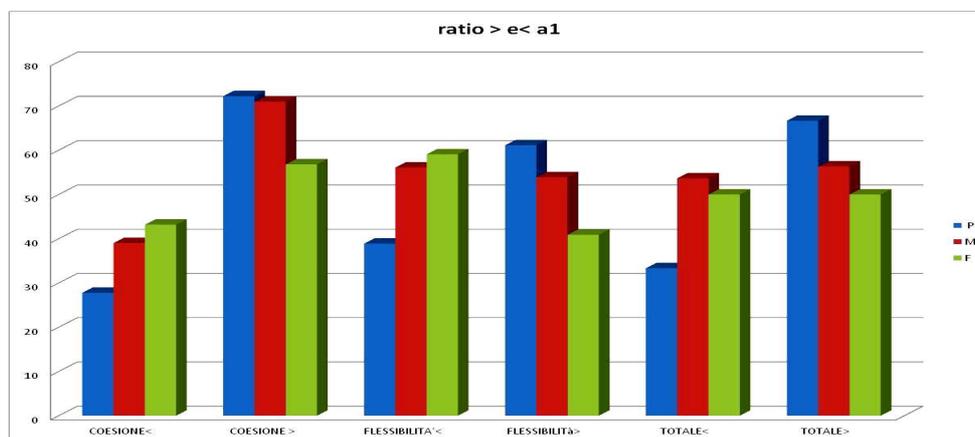
L'indicatore assunto è stato la ratio ( il rapporto) che se superiore a 1 indicherà la preminenza dei fattori bilanciati su quelli sbilanciati presupponendo un funzionamento familiare orientato alla salute mentre quando il suo valore sarà

inferiore a 1 indicherà la preminenza delle scale sbilanciate su quelle bilanciate suggerendo un funzionamento familiare problematico.

### **Le famiglie con una persona con disturbi alimentari psicogeni**

Le famiglie delle persone con DAP presentano una ratio totale superiore a 1 lievemente maggiore rispetto a quella inferiore (ratio totale 54% >1 versus 46%) , mentre nella flessibilità ritroviamo valori simili ( 47% >1 versus 52%<1) , nella coesione troviamo differenze più marcate ( 61%>1 versus 39%<1) con una prevalenza di persone con valori positivi.

Complessivamente possiamo dire che la popolazione dei pazienti con DAP è lievemente orientata verso la salute, la valutazione delle dimensioni della coesione e della flessibilità mostra la coesione come un fattore protettivo importante nelle dinamiche familiari mentre la flessibilità risulta come un'area di probabile rischio.



Tab 1 ratio superiori e inferiori a 1 dei familiari nel campione di famiglie con una persona con disturbi alimentari psicogeni

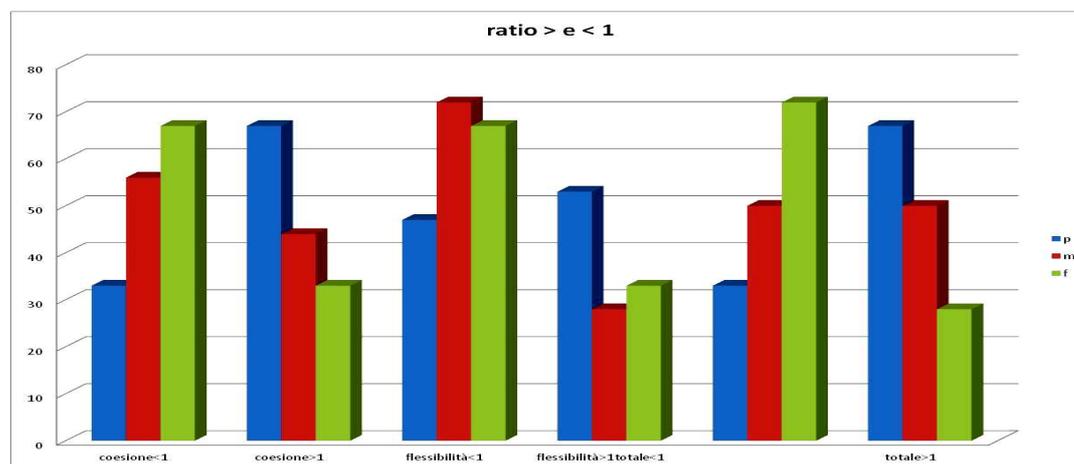
La valutazione delle ratio nei singoli membri (vedi tabella n1) mostra come la percezione del funzionamento familiare si manifesti diversamente fra i singoli componenti delle famiglie. Nella valutazione globale (ratio totale) del funzionamento familiare i figli ( i pazienti) e le madri mostrano in pari grado una percezione problematica ed una positiva mentre i padri hanno sostanzialmente una percezione positiva della vita familiare. Tutti i membri della famiglia sono concordi nel percepire la coesione familiare come forte anche se i figli in modo minore rispetto ai genitori che mostrano di avere la stessa percezione marcatamente positiva. L'area della flessibilità viene percepita come problematica in modo sostanzialmente simile sia dai figli che dalle madri e meno dai padri che la valutano positivamente. In generale si può dire che i padri mostrano una percezione sostanzialmente positiva della vita familiare mentre sia

le madri sia i figli hanno una valutazione in pari grado sia positiva che problematica.

Dal confronto delle dimensioni della coesione e della flessibilità risulta che l'area della flessibilità mostra le note maggiormente critiche che vengono vissute prevalentemente dai figli. Mentre i genitori si ritrovano uniti nella coesione, la loro percezione differisce nella considerare la flessibilità.

### **Le famiglie con una persona a rischio di un episodio di psicosi**

Le famiglie dei pazienti con REP presentano un lieve scostamento verso la problematicità stili familiari problematici (ratio totale 44%>1 versus 56%<1) che appare più marcato nell'area della flessibilità (37%>1 versus 63%<1) rispetto a quello della coesione (44%>1 versus 56%<1). Complessivamente le famiglie sono orientate verso un funzionamento a rischio che si manifesta in modo chiaro nell'area della flessibilità.



Tab n 2 ratio superiori e inferiori a 1 dei familiari nel campione di famiglie con una persona a rischio di esordio psicotico

La valutazione delle ratio nei singoli membri (vedi tabella n 2) mostra come la percezione della famiglia da parte dei singoli membri sia sostanzialmente diversa. I padri percepiscono la famiglia come ben funzionante, le madri in modo uguale la percepiscono come area di protezione e di rischio, i figli marcatamente come un'area di disagio. I figli mantengono una percezione marcatamente problematica in modo simile sia nell'area della coesione sia in quella della flessibilità, le madri percepiscono maggiormente le criticità familiari nell'area della flessibilità rispetto a quella della coesione, i padri avvertono nella famiglia la coesione come elemento positivo mentre percepiscono le possibili problematicità dell'area della flessibilità.

Colpisce in questi dati la presenza da parti dei figli (i pazienti) di una marcata sofferenza nella percezione della propria famiglia e come questa sia distribuita

egualmente nella dimensione della coesione e della flessibilità. Di fronte a questo disagio mentre i padri sembrano privilegiare una percezione positiva della famiglia, soprattutto nel riconoscerne i legami affettivi, le madri si pongono fra il sistema paterno ed i figli e mostrano tutta la loro sofferenza nell'area della flessibilità, che possiamo tradurre nel sapere come gestire la "casa", anche più dei figli.

### Conclusioni

In conclusione, possiamo affermare che mentre il campione delle famiglie in cui un membro presenta un DAP si differenzia in modo simile fra la percezione di stili di funzionamento funzionali e a rischio quelle in cui la persona presenta un REP mostrano in maggior grado una percezione problematica.

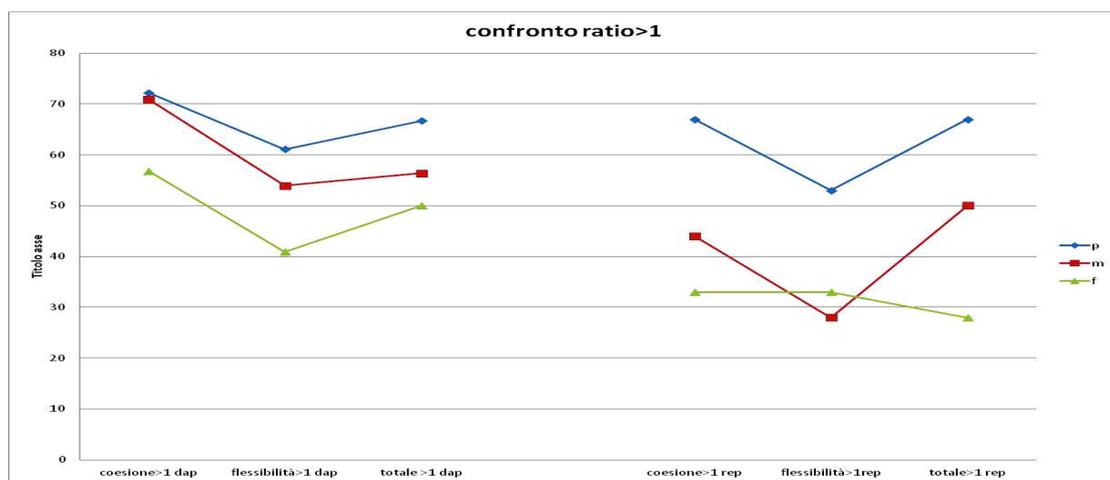


Tabella n 3

A destra vi sono i valori percentuali delle ratio superiori a 1 relativi al campione dei pazienti con disturbi alimentari psicogeni

A sinistra vi sono i valori percentuali delle ratio superiori a 1 relativi al campione dei pazienti a rischio di un episodio psicotico

In tutte e due i campioni (vedi tabella 3) i padri mostrano una percezione positiva della famiglia rispetto agli altri componenti della famiglia, le madri valutano lo stile familiare bilanciato e sbilanciato (quello globale) in modo quasi uguale, i figli mostrano sempre una percezione familiare più problematica rispetto ai genitori ma mentre nel campione delle famiglie con DAP il discostamento è parziale in quelle con pazienti REP la differenza è molto marcata.

In tutte e due i campioni, anche se in modo diverso, l'area della coesione appare maggiormente protettiva rispetto a quella della flessibilità dove compare la percezione di un maggiore disagio.

Al termine di questo studio preliminare e parziale rispetto agli indicatori del FACES IV, riteniamo importante sottolineare come lo strumento abbia saputo cogliere le

pluralità di modi in cui si articolano gli stili di funzionamento nelle famiglie fornendo utili riflessioni in merito alla declinazione del familiare in queste famiglie e suggerimenti per il trattamento.

\*per lo studio dei pazienti a rischio di esordio psicotico hanno collaborato R.M Menichincheri, A. De Francisci, T. Piersanti, P. Recchioni, A. Balbi

\*\*per lo studio dei pazienti con disturbi alimentari psicogeni hanno collaborato C. Orru e D. Zullo

## BIBLIOGRAFIA

1. Beavers W.R., (1993). Famiglie sane, intermedie e gravemente disfunzionali, in *Stili di funzionamento familiare*, a cura di Froma Walsh, Franco Angeli Editore
2. Carrà G., Cazzullo C.L., Clerici M., (2012), The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population, <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/12/140>
3. Duclos, Jeanne, Vibert Sarah, Mattar Lama, Godart Nathalie .(2012), Expressed Emotion in Families of Patients with Eating Disorders: A Review of the Literature, Source: Current Psychiatry Reviews, Volume 8, Number 3, August 2012 , pp. 183-202(20).
4. Epstein N.B., Bishop D.S., Baldwin L.M ( 1993), Il modello McMaster del funzionamento familiare: un approccio alla famiglia normale, in *Stili di funzionamento familiare*, a cura di Froma Walsh, Franco Angeli Editore
5. González-Pinto A, Ruiz de Azúa S, Ibáñez B, Otero-Cuesta S, Castro-Fornieles J, Graell-Berna M, Ugarte A, Parellada M, Moreno D, Soutullo C, Baeza I, Arango (2011). Can positive family factors be protective against the development of psychosis? C. Psychiatry Res. 186(1):28-33
6. Kouneski E.F. (2000), The family Circumplex Model, FACES II and FACES III: overview of research and applications, University of Minnesota, Twin Cities.
7. Lorigo C., Visani E., Di Nuovo S. (2010), Una nuova valutazione del sistema familiare: la quarta edizione del "Family Adaptability and Cohesion Scales", in *Ciclo Evolutivo e Disabilità XIII*, 2 (323-333).
8. Lorigo C., Visani E., Di Nuovo S. (2013). FACES IV, Italian reliability and validation, su <http://www.facesiv.com/>
9. Olson D.H. & Gorall D.M. (2003), Circumflex model of marital and family systems, in F. Walsh, *Normal Family Process*, 3<sup>rd</sup> Ed. New York, Guilford; ISBN: 978-1-4625-0255-4.
10. Olson D.H., Gorall D.M. (2004), FACES IV. Innovation and Applications, Life Innovations, Inc.
11. Olson D.H., Gorall D.M. (2006), FACES IV and the Circumplex Model, Life innovation
12. Raune D., Kuipers E., Bebbington P.E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis. Investigating a career appraisal model, The British

Journal of Psychiatry 184: 321-326

13. Wearden, A.J., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowny T.R., & Rahill A.A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical psychology review*, 20, 633-666

Enrico Visani- Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale- visanienrico@gmail.com  
 Santo Di Nuovo-Struttura Didattica di Psicologia Università di Catania- s.dinuovo@unicit.it  
 Camillo Loredi- Università di Roma "Sapienza", Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale  
 -camillo.loredi@gmail.com

## “L’uso della voce in psicoterapia: applicazioni cliniche e prospettive di ricerca fra corpo, emozioni, relazioni e narrazione”

di G.R. Troisi

*Abstract: L'autore descrive il percorso che lo ha portato a porre attenzione all'influenza degli aspetti paralinguistici nella costruzione e mantenimento dell'alleanza terapeutica, ad oggi uno dei principali predittori dell'efficacia della psicoterapia o delle sue interruzioni improvvise. Il coraggio di discutere con una paziente i motivi del suo inatteso annuncio di interruzione della terapia a causa dell'uso di un "tono di voce" percepito come "redarguente e incoerente", lo hanno messo di fronte al problema della coerenza tra messaggio linguistico e vocale, ai fini della validità narrativa. Per rispondere agli interrogativi suscitati e per chiarire tali incoerenze ha deciso di farsi seguire da un'importante esperta in voce artistica, attivando alcuni cambiamenti nel proprio stile narrativo vocale. RegISTRAZIONI audio e video hanno permesso di porre il focus su aspetti di qualità vocale e sue connessioni con la storia stessa del terapeuta e della cliente. Grazie a ciò ha avuto l'opportunità di svolgere un percorso di auto-osservazione e sviluppo della voce e dei suoi effetti su alcuni clienti che, per loro professione e arte (cantanti, logopedista) si sono dimostrati particolarmente sensibili alle variazioni narrative accompagnate dalla maggiore e minore coerenza/discordanza agli stili vocali. Saranno discussi gli isomorfismi tra stile narrativo in psicoterapia e nell'arte vocale e le sue implicazioni epistemologiche connesse, coerenti con le attuali posizioni narrative e retoriche finalizzate a conoscere sempre meglio le emozioni in psicoterapia.*

### COERENZA INTERNA ED ESTERNA DELLA STORIA: ALCUNI ASPETTI VOCALI

*“... perché è nel calmare o nell'eccitare gli animi degli ascoltatori che si esprimono necessariamente tutta la forza e la bellezza dell'eloquenza”.  
 Cicerone, De Oratore*

*“Ogni parte aspira sempre a congiungersi con l'intero per sfuggire all'imperfezione; l'anima sempre aspira ad abitare un corpo, perché senza gli organi corporei non può agire né sentire. Essa funziona dentro il corpo come fa il vento dentro le canne di un organo, se una delle canne si guasta, il vento non produce più il giusto suono”. Leonardo*

I pionieri della psicoterapia sistemica hanno posto il focus della relazione terapeuta-famiglia sulla necessità e sfida di costruire una fase di accettazione e affidamento reciproco al fine di costruire un'alleanza con ogni membro della famiglia; per far questo il terapeuta deve conoscere e rispecchiare le modalità narrative della famiglia o del cliente in modo da mantenere viva tale alleanza per il tempo necessario a rendere possibile e desiderabile la sfida (talvolta dura) del cambiamento. Ogni terapeuta sa bene come gli aspetti di relazione passino attraverso il contesto e gli aspetti paralinguistici espressi dal corpo (comportamenti, gesti, tono, ritmo, sonorità, timbro, tempo e suoni non verbali). Se andiamo a vedere come i terapeuti esperti ascoltano e poi restituiscono le storie alla famiglia per favorire un cambiamento, potremmo notare che questi

utilizzano elementi linguistici di contenuto talvolta provocatorio a fronte di modalità espressive narrative che sfruttano l'ambito analogico (p.e. con metafore o giochi simbolici) facilmente comprensibili e accettabili dalla famiglia; questa "accettabilità" è legata alle modalità stesse della struttura narrativa della storia familiare e del suo modo tipico di raccontarsi ovvero del suo *stile narrativo*. Ad una analisi più attenta potremmo individuare che l'atteggiamento corporeo e l'uso della voce del terapeuta gli permetta di passare dalla relazione con la famiglia all'alleanza con essa, in modo tale che, anche di fronte ad una sfida in termini di contenuto, tale alleanza venga mantenuta.

Mi sono posto questo problema nel corso della vita professionale e didattica, tuttavia mi sono trovato a rifletterci con molta più attenzione a seguito di un episodio: durante una seduta con una paziente grande obesa e con un vissuto di gravi abusi e maltrattamenti, in una fase di stallo della terapia (nonostante gli iniziali promettenti progressi) esprimo una riflessione riguardo questo e noto che la mia cliente rimane scossa da questo commento; ingenuamente, penso di aver attivato qualcosa dentro di lei, tuttavia, la seduta successiva, già sulla soglia dello studio mi annuncia che questa sarà la sua ultima seduta: le chiedo il motivo e lei, con un misto di rabbia, disappunto e (scoprirò dopo) con un sentimento di tradimento, mi urla: "perché lei mi ha trattato male e in modo insensibile; mi ha redarguito ingiustamente e senza comprensione!". Dopo un iniziale smarrimento ("quando avrei fatto tutte queste cose terribili verso di lei? Quando le avrei dette, soprattutto?") lei con rabbia continua: "Nell'altra seduta! Ma non è stato cosa mi ha detto a fermarmi, ma come lo ha detto!". Approfitto di questa occasione per ascoltare il suo racconto su un'abilità che lei, per motivi di sopravvivenza, ha dovuto sviluppare fin da piccola: aveva dovuto apprendere precocemente a riconoscere nella voce e nell'atteggiamento corporeo del padre il momento in cui lui stava diventando pericoloso per la sua famiglia. In qualche modo (che successivamente avrò modo di approfondire) la mia voce "redarguente" aveva evocato il ricordo di situazioni del passato per lei pericolose e parzialmente rimosse. Mettere in luce questo aspetto comunicativo obbligava anche me a mettere in luce alcune risonanze di difficoltà, di lei con alcuni tipi di voci maschili e di me con alcune voci femminili e l'incastro emozionale conseguente che aveva portato allo stallo della terapia. La possibilità di stipulare una nuova alleanza, dove gli aspetti vocali miei e suoi venivano usati come pista per seguire il flusso delle emozioni nel corso della nostra relazione terapeutica, avrebbe poi permesso a lei, nel corso del successivo anno, di perdere oltre 40 kg e di sviluppare una relazione più sana col marito, a me di aprire una finestra di riflessione nuova sulle storie e sul modo di essere narrate.

Quello che involontariamente la mia cliente mi aveva posto era un dilemma sostanziale: un terapeuta ha la necessità di mantenere una sua coerenza costante tra ascolto della storia, ascolto delle proprie e altrui risonanze emotive ed espressione delle stesse in modo da accompagnare il processo di cambiamento del vissuto emotivo connesso alla storia; in caso contrario l'interlocutore, che ha chiesto aiuto al terapeuta, sentirà tale incongruenza come un tradimento del patto di lealtà col rischio di interrompere la terapia. Mi domando che ruolo possa avere questo tipo di incongruenza nello spiegare una parte dei cosiddetti fallimenti terapeutici di cui sono costellate le vite professionali di studi privati e servizi pubblici.

Dalle meta-ricerche relative all'efficacia della psicoterapia, sappiamo che buona parte degli esiti del processo psicoterapico sono correlati alla capacità di costruire una solida alleanza terapeutica (vedi le rassegne di Adam Horvath et al.1991). Se tale aspetto è ritenuto importante ormai da decenni, l'aumento dei disturbi di personalità in psicoterapia fa emergere con ancor più intensità l'importanza di questo fattore; ciò che è stato messo in luce da queste ricerche è che oltre il 40% dei fattori che contribuiscono alla costruzione di tale alleanza è

costituita da cosiddetti *fattori aspecifici*. [5] Di questo 60% che conosciamo, il 30% riguarda fattori connessi col cliente, il 12% con la relazione sviluppata, il 7% con caratteristiche del terapeuta; solo l'8% è direttamente riconducibile col tipo di approccio terapeutico seguito!

Mi sembra evidente che tale dato meriterebbe uno sforzo importante nel dirigere la ricerca a mettere in luce sia i fattori noti, sia quelli ancora meno noti: probabilmente le capacità di aggancio attraverso i fattori paralinguistici e di setting potrebbe spiegare una parte di tali fattori. Qui intendo riflettere sulla possibilità di esplorare l'uso della voce come fattore fluttuante tra corpo e coscienza, fra emozioni e ragione e della possibilità che apre in termini di cambiamento.

Normalmente siamo soliti descrivere la voce di un interlocutore in termini di: arrabbiata, sincera, sensuale, spaventata, giovane, matura, vecchia, fastidiosa, tagliente, calda, fredda etc.; utilizziamo per questo metafore sensoriali, più legate al corpo e alle emozioni suscitate, il che ci avvicina molto al concetto di risonanza. Questo ci aiuta a comprendere anche intuitivamente il fatto che, in ogni momento, raccontiamo noi stessi con la nostra voce, la stessa voce che spesso riascoltandoci non riconosciamo e che, talvolta, non ci piace. Essa rivela al mondo, infatti, una parte di ciò che accade dentro di noi, facendo trasparire ogni emozione, nostro malgrado [6] aprendo le porte a ciò che preferiremmo rimanesse nascosto. I diversi livelli della comunicazione possono esprimere coerenza o contraddizione tra loro.

### **QUALE STORIA ALTERNATIVA RACCONTA UNA VOCE? LA VOCE CHE GUIDA.**

Molti autori sottolineano che la coerenza fra intenzione comunicativa, atteggiamento corporeo, aspetti paralinguistici hanno di gran lunga più importanza dei contenuti stessi della storia. Abbiamo tutti esperienza di ascolto di storie costellate di eventi tragici, ma raccontate con tale monotonia e timbrica povera da indurre la noia più mortale. Viceversa, conosciamo persone che, pur raccontando storielle tutto sommato banali o di scarso valore suscitano il riso o l'interesse di intere folle di persone. Finché questo è opera di professionisti della voce (p.es. comici, attori, cantanti, venditori) la cosa non ci stupisce; dovrebbe stupirci il fatto che chi vive di voce, come uno psicoterapeuta, spesso sviluppa competenze spontanee senza una vera consapevolezza di questo aspetto dell'arte di ascolto e di persuasione [6,7]. Ascoltare una voce in sé, la sua ritmica prosodica, il timbro e le sue variazioni, oltre a veicolare emozioni diverse intuitivamente comprensibili, ci permette di evidenziare una serie di incongruenze che possono guidare l'ascolto delle parti deboli della storia, parti che possono essere quindi usate per individuare le zone d'ombra e ampliare la storia stessa.

Racconto questo caso per spiegare meglio: G. ha 52 anni; sta facendo psicoterapia da 3 anni. E' direttrice di una azienda che occupa 80 addetti, molto impegnata nel lavoro. Separata da 3 anni dal marito, che lavora come responsabile del personale della stessa ditta, un figlio di 20 anni con alcune difficoltà nel linguaggio. Ha avuto un passato estremamente difficile: la nasce sua numerosa famiglia (11 fratelli) fugge frettolosamente dalla Libia poco dopo la sua nascita per il cambio di regime. Cresce dominata da una forte bisogno di riscatto. Il matrimonio, durato 20 anni, è stato intenso e tempestoso emotivamente, con poca soddisfazione a livello sessuale; poi il marito si invaghisce di una ballerina e tutto precipita. Grazie a una terapia di coppia e a una successiva presa in carico individuale di entrambi, la separazione è stata pilotata in maniera civile, nonostante i rischi di agiti feroci da entrambe le parti. Oggi ha raggiunto un certo equilibrio, ha smesso di cercare uomini impossibili (quasi sempre narcisi) per vivere realtà meno pericolose. Tuttavia, nonostante i progressi riguardo la sua vita relazionale, ha mantenuto un sintomo per lei umiliante: non prova alcuna sensazione durante un rapporto sessuale. In una

seduta che sintetizzo sotto, partiamo dall'osservazione di uno stile tipico della sua voce: quando è in collera "abusa della voce", spesso strillata, tanto che ha già subito un intervento chirurgico per rimuovere dei noduli alle corde vocali. Emergono, così, alcune scene del suo passato connesse con questo uso violento della voce.

Partendo da alcune semplici domande, ispirate al lavoro della Benjamin sulla ricerca dei processi di copia, [1] ("*Quand'è che le capita di usare una voce del tipo che usa quando si arrabbia?*" e "*Chi aveva una voce simile a questa?*") vengono messe in luce alcune incongruenze tra l'attribuzione alla madre di alcuni suoi stili comportamentali aggressivi e la somiglianza attuale con altre figure della famiglia allargata (prima la cognata poi alcune zie paterne). Inoltre, mettono in evidenza il brusco passaggio da voce *infantile* quando è alla ricerca di accettazione a quella *tagliante e prepotente* quando ha bisogno di difendersi da uomini che vive come minacciosi.

Il suo precedente racconto, sul piano del contenuto, non aveva mai messo in luce una lunga serie di maltrattamenti sotto forma di *incuria e trascuratezza*. La pista dello stile corporeo e vocale, invece, le svela il vuoto esistente tra la bambina timida e questa donna adulta ma ambivalente. Sono due maschere che sono ben evidenziate dai diversi stili corporei. E' come se, quando si tratta di emozioni tenere diventa bambina, quando usa emozioni forti, aggressive, usa la voce delle zie o della cognata. Di quest'ultima, tra l'altro, emerge una storia di prostituzione e di abusi sessuali sistematici: ipotizzo la possibilità che questo possa aver influenzato la percezione della sua vita sessuale. Ma l'aspetto per lei più importante è che una serie di trascuratezze e ferite emotive che attribuiva alla madre, in realtà sembrano più dipendere da un contesto di povertà economica, sociale relazionale e familiare. G. sembra molto colpita da questa riflessione. E' confusa ma anche eccitata. E' ancora più interessante che G. vivesse in maniera penosa l'idea di un certo distacco affettivo di sua madre: la sua convinzione che certi atteggiamenti relazionali per lei fastidiosi fossero stati assimilati proprio dalla madre era così potente da resistere di fronte alle incongruenze più evidenti. G. ritorna dopo una settimana molto contenta. Nonostante stesse passando un momento molto difficile con la mamma ormai prossima alla morte, esprime subito un grande senso di riconoscenza: "*Ho capito che lei mi ha aiutato a preservare la mia immagine della mamma e di proteggermi dalla mia rabbia nei suoi confronti!*". G. dimostra di comprendere perfettamente il senso del progetto terapeutico: evidenziare il suo bisogno sacrificale di accudire la mamma malata per evitare di "sentire" il dolore che la perdita imminente comporta. Riesce a comprendere gradualmente la connessione tra il dolore provocato dall'assenza del contatto corporeo e sensoriale precoce dal corpo materno ("*dormivamo anche in sette nel letto della mamma, come conigli, pur di avere un minimo di contatto fisico con lei!*") e il suo vissuto di abbandono; connette, inoltre, la difficoltà a sviluppare la percezione delle sue sensazioni corporee in ambito sessuale con l'assimilazione dell'atteggiamento corporeo di altre donne della famiglia allargata; a conferma di questo riferisce che, con l'attuale partner sessuale, ha smesso di fingere ciò che prova e riesce, finalmente, ad avvertire alcune sensazioni, prima del tutto assenti. Dopo due settimane riferisce che la madre è morta, ma riesce a sorridere perché ha fatto in tempo a riabilitarla dentro di sé e può proseguire l'elaborazione del lutto. Si è attivata la capacità auto poetica; G. può raccontare una storia più ampia dove la madre, da semplice donna dedita alla famiglia, acquista un aspetto eroico: fugge per salvarla! Ha uno spazio anche per lei, che era stato limitato dai doveri e non dal rifiuto. La voce ricordata era quella della paura, non della collera! A distanza di 3 mesi le modifiche introdotte hanno continuato a modificare la visione della realtà esterna ed interna. La voce stessa è mutata, perdendo molte spigolosità.

Sul lavoro si è ridotta l'ansia da prestazione, ma soprattutto si è attivata una diversa capacità di mentalizzare sè stessa.

Il lavoro sui *processi di copia* descritti da L. Benjamin, ripreso da Cancrini nell'approfondimento delle storie dei bambini maltrattati[3], evidenziano i parallelismi tra le ferite emotive dei bambini vissuti all'interno di contesti relazionali maltrattanti e trascuranti e la riproducibilità degli stessi atteggiamenti nelle fasi adulte; il lavoro clinico, tuttavia, aumenta la sua efficacia quando riesce non solo ad ascoltare i racconti penosi che questi bambini, (poi giovani e adulti) riescono ad esprimere in ambito terapeutico, ma anche quando evidenzia, nella loro realtà attuale, quegli echi del passato che sembrano nascondersi nei ricordi (spesso rimossi, negati o sminuiti).

Una storia banale e tendenziosa sembra il risultato dell'impossibilità di accedere alle proprie potenzialità, come se certi "*files corporei-vocali-mentali*" si fissassero in maniera così rigida e inscindibile da non poter attivare un aspetto (per esempio una certa espressione del volto) senza tutti gli altri a seguito (un comportamento aggressivo o di evitamento), che è una caratteristica dei sistemi rigidi. Questo, evidentemente, risulta essere un limite nell'evoluzione della personalità, creando vincoli nella flessibilità del funzionamento mentale. Per esempio, spesso certi atteggiamenti tipici di un genitore scomparso (abuso di alcol, comportamenti violenti), per quanto disfunzionali, vengono mantenuti in vita dal figlio come se questo permettesse di negarne la scomparsa, o forse, di mantenere il controllo su quel comportamento che richiama a quella relazione così problematica, vissuta con terrore e impotenza.

Una certa voce che ci risuona nella mente si associa, necessariamente, a certe conformazioni dei muscoli del volto e del resto del corpo, quindi, riprodurre quella voce comporta "stare" in quella stessa posizione posturale che, in qualche modo, è come se riportasse "in vita" quella relazione significativa; è esperienza comune il fatto che, mentre la riproduzione di un video ci porta alla mente dei ricordi un po' sbiaditi, l'ascolto della voce, per esempio di un vecchio nastro, ci riporta con più forza a quella situazione lì, come se la traccia acustica riposasse in modo più fedele nel nostro cervello; analogamente avviene, anche con più forza evocativa, per gli odori. Un odore particolare (per esempio un profumo) può richiamare il ricordo della persona che lo indossava in maniera così prepotente da suscitare emozioni molto forti, di gran lunga più che qualsiasi immagine. [10]

Il suono di una voce richiama quello che potremmo definire un determinato *profilo vocale*, così come siamo abituati a parlare di *profilo di personalità*, di *specifico incastro relazionale* o di *una specifica trama narrativa*. All'interno della vita relazionale la scelta del partner o l'evoluzione di un rapporto può dipendere proprio da fattori connessi a queste risonanze emotive richiamate dagli odori, suoni e storie che si richiamano a vicenda, in un continuo gioco di rispecchiamenti. Una coppia può apparentemente attrarsi perché "Lui ha gli occhi di papà" o "Lei ha la voce di mamma!", ma per lo stesso motivo, una coppia può entrare in crisi perché questo tipo di suono, usato in questo momento del ciclo vitale, riconduce ad uno specifico gioco relazionale che si vuole riparare; per esempio, la frequenza della voce della moglie durante un litigio può riattivare nel marito la voce biasimante della propria madre e riportarlo ai penosi litigi all'interno della coppia genitoriale; questo, a sua volta, può accendere la fantasia riparatrice all'interno del gioco di coppia attuale che, per motivi di ciclo di vita, si stanno riattivando in quel momento storico.

In una coppia, uno dei momenti tipici di scontro avveniva quando, a detta della moglie, il marito "stava mentendo!" e lo diceva sulla base del tipo di voce che lui stava usando in quel momento (voce ingolata, risonante internamente) e che

le richiamava alla mente le bugie del padre alcolista. Infatti, era disposta a perdonare tutto tranne il fatto che bevesse anche modiche quantità di vino. Il marito si arrabbiava molto perché negava decisamente di mentire. Dopo avergli mostrato una registrazione video di loro due, la moglie ha potuto indicare e far sentire al marito qual' era il momento in cui la sua voce acquistava la modalità che le attivava tanto allarme e abbiamo potuto rileggere insieme la storia di questa voce; la mia ipotesi è stata che la voce di lui veniva impostata sulla "difensiva", proprio a causa del suo timore di fare qualcosa di sbagliato, attirandosi il giudizio della moglie; l'effetto evocativo incrociato rimandava ognuno a determinate difficoltà di rapporto con le rispettive famiglie d'origine (padre alcolista per lei, madre abbandonica per lui) e relativi conflitti relazionali irrisolti. A seguito di questa seduta, il gioco perverso è del tutto scomparso e la coppia ha potuto non solo elaborare nuovi modi di stare insieme (maggior decisione di lui, maggior spazio di lei) ma ha attivato una serie di rivalutazioni delle relazioni con le rispettive famiglie d'origine, chiarificando rapporti bloccati da anni, in una serie di cerchi concentrici sempre più estesi e imprevisi.

### CONCLUSIONI

Come ci ricorda Bruni [2] (commentando l'ultimo lavoro di Caille), *"nel corso della terapia è necessario rivolgersi al corpo relazionale interrogandolo e facendolo esprimere con un linguaggio che gli è proprio, ovvero l'analogico".* [...] *Se si ricorre al linguaggio analogico si riesce ad esplorare l'humus non verbale del subconscio dove si trovano le sorgenti profonde del rigido racconto che il soggetto ripete continuamente.*" La voce al di là della voce diventa un oggetto fluttuante che oscilla tra processi primari e processi secondari, tra l'analogico e la coscienza. Noi esseri umani pensiamo per storie, ma ogni storia è fatta di personaggi la cui voce riecheggia dentro di noi rievocando e suscitando emozioni che poi si attualizzano; il racconto che favorisce il cambiamento trae forza dal connettere tali voci in modo diverso, ampliando, ridefinendo, ri-contestualizzando, creando letteralmente nuovi mondi. L'ascolto professionale degli aspetti vocali [6, 9] sembra aprire porte che ampliano la possibilità di esplorazione delle emozioni e dei vissuti riducendo quei margini di indefinitezza che sempre si accompagna alla descrizione del corpo relazionale e dei suoi correlati interni. Le trame stesse dei racconti acquistano maggior pregnanza e colore, rivelando delle differenze che, altrimenti, rischiano di rimanere nell'ombra. A mio parere sembra che su questo argomento ci sia davvero molto da raccontare e molto da ascoltare.

### BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Benjamin L.S. (1999) Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità LAS, Roma
2. Bruni F. (2011) Il viaggio sistemico di Philippe Caille Ecologia della mente vol.34, n. 1, Roma
3. Cancrini L. (2012) La cura delle infanzie infelici Cortina Milano
4. Fonagy P., Target M. (1997) Attachment and reflective function: Their role in self-organization; *Development and Psychopathology*, 9, 679-700
5. Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis; *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

6. Magnani S. (2010) *Vivere di voce: l'arte della manutenzione della voce per chi parla, recita, canta*; Franco Angeli, Milano.
7. Manfrida G. (2003) *La narrazione psicoterapeutica*; Franco Angeli, Milano.
8. Sluzsky T.S. (1991) *La trasformazione terapeutica delle trame narrative*; *Terapia Familiare*, 36, pp 5-19
9. Zatti A. (2003) *La voce nel colloquio psicologico*; Franco Angeli, Milano.
10. Zucco G. (2003). *Anomalies in cognition: olfactory memory*; *European Psychologist*, 3, 77-86.

## “Mente e corpo: l'integrazione fra interventi medici, psicologici e familiari”

di G. Ducci, A. La Mesa

Introduzione di G. Ducci

Come diceva Giovanni Jervis, è necessario fondare il nostro procedere sulle conoscenze e non sulle credenze. In altre parole, la sfida affascinante è cercare di dare gambe scientifiche (cosa molto difficile in quanto conosciamo ancora troppo poco sulla mente) al nostro operare.

Rifletteremo pertanto sulle dimensioni biologiche e genetiche e sulle dimensioni ambientali.

Il nostro intento è come agire sulle malattie degenerative attraverso tecniche di visualizzazione. Ci siamo concentrati su tre disturbi gravi, diffusi, invalidanti, nei quali non c'è dubbio alcuno che la componente fisica, somatica sia preponderante.

Ma la sfida è capire come in disturbi così radicati ci sia la possibilità di cambiamento e di trasformazione.

Cominciamo dalla genetica. Cosa rappresenta il passaggio dal concetto di vulnerabilità a quello di suscettibilità genetica differenziata? Sappiamo oggi che una configurazione genetica che in condizioni normali è associata con una patologia, in altre circostanze (eccezionali) rappresenta un vantaggio evolutivo (vedi figura 1).

Inoltre, oggi sappiamo che i fattori ambientali (Cannabis, trauma, sovraffollamento urbano, appartenenza ad un gruppo etnico minoritario) producono conseguenze sul neurosviluppo e giocano un ruolo fondamentale nella genesi dei disturbi mentali, come la schizofrenia (vedi figura 2).

Ciò significa che quello che viviamo ha influenza sulla plasticità della nostra mente e di conseguenza del nostro corpo.

Un altro elemento di novità è rappresentato dagli studi di epigenetica. I fenomeni epigenetici sono rappresentati da modificazioni dell'espressione del Dna senza che vi siano modificazioni della sequenza: un tratto del Dna può esprimersi o non esprimersi. Questo dipende anche da eventi ambientali. L'epigenetica è molto studiata in oncologia, ma anche in psichiatria dove permette di spiegare bene il PTSD. Individui sottoposti ad un trauma importante vanno incontro a un disturbo cronico con attivazione ansiosa, memorie e incubi intrusivi. La RM dell'ippocampo (legato a processi mnemonici) mostra la perdita di collegamenti e sinapsi. Dopo la cura, con farmaci o psicoterapia, vediamo l'ippocampo rifiorire. La condizione traumatica ha determinato un clima cellulare interno che ha portato alla metilazione degli istoni, rendendo il DNA inaccessibile. Al contrario, la cura produce l'acetilazione degli istoni ed il DNA

torna ad essere accessibile per la duplicazione e la sintesi proteica (vedi figura 3).

Inoltre un altro grande campo di studi è quello sui MicroRNA e sui fattori infiammatori (citochine) che sembrano avere un ruolo in molte malattie come LES e Alzheimer. Sappiamo anche che c'è una patogenesi comune tra diabete e schizofrenia. Il diabete non sarebbe quindi solo una conseguenza dei farmaci neurolettici, ma l'espressione della correlazione tra malattia somatica e malattia psichica.

Infine, un aspetto fondamentale connesso con la regolazione mente-corpo è il meccanismo che sottende alla resilienza. Questa non è resistenza tout court, ma è la capacità di sapersi deformare per poi tornare ad affrontare l'esistenza. La resilienza ha una importante componente epigenetica.

Tra i fondamenti del rapporto mente-corpo, al primo posto si colloca la scoperta dei neuroni specchio. Questi sono neuroni motori che si attivano in un numero non sufficiente a produrre movimento quando osserviamo, ascoltiamo o immaginiamo un nostro co-specifico compiere un movimento.

Le emozioni, che sono codificate da movimenti del viso, permettono di sentire quello che sente l'altro (consonanza emozionale). L'esperienza senso-motoria (emozione) precede l'esperienza cognitiva.

Si tratta quindi di sentire qualcosa che viene prima del pensare. Le alterazioni emozionali determinano il disturbo, ma anche la possibilità di cura.

In questa linea si colloca la scelta della metodologia del nostro intervento attraverso l'ipnosi. L'ipnosi è antica quanto l'uomo. Si fonda sull'uso deliberato della dissociazione della coscienza (altresì trance) come luogo relazionale del cambiamento terapeutico. La dissociazione è un meccanismo innato, omeostatico, geneticamente determinato che si attiva in situazioni di pericolo, di dolore o di piacere.

Se viviamo una sensazione molto dolorosa possiamo avere la sensazione che sia come se non stesse accadendo a noi. Ciò aumenta la distanza tra noi e le nostre emozioni e il nostro dolore. Questa condizione si attiva anche in circostanze patologiche.

Un tempo l'ipnosi era comando o suggestione, mentre ora è centrata sull'evocazione di ricordi, emozioni e sensazioni. Nella nostra mente immaginare e fare non sono diversi.

centrale è quindi il ruolo delle visualizzazioni nel determinare un cambiamento senso-motorio attivo anche al livello di patologie somatiche.

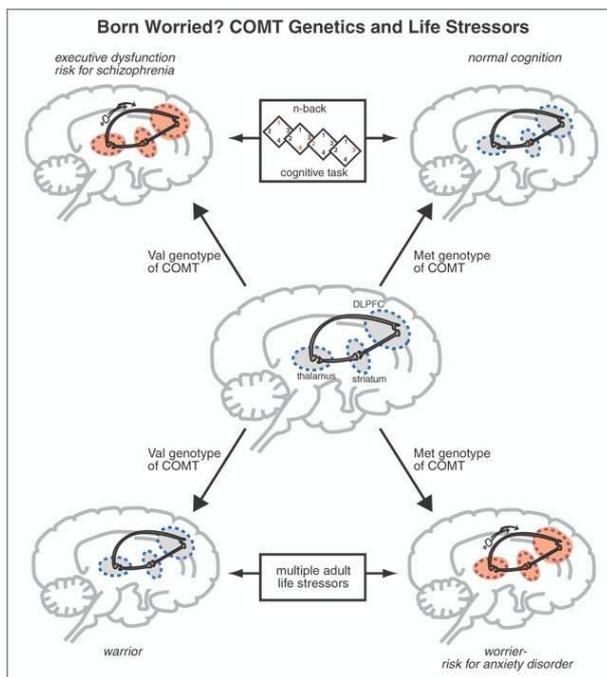


Figure 1 :

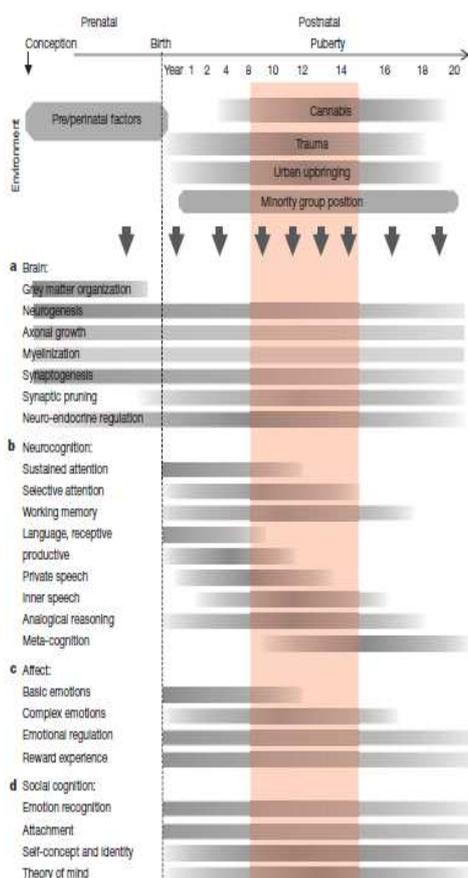


Figure 4 | Schematic illustration of the approximate timing of the development of the human brain, functional abilities, and impact of environmental exposures. Arrows reflect impact of environmental factors associated with psychotic syndrome. Grey bars indicate the approximate developmental periods during which the processes depicted in the column are active (in a, around environmental exposures) or are being established/developed (in b, c and d). The grey colour intensities of the bars in a - d, and around the environmental exposures, indicate the approximate magnitude of the process or the approximate strength of development or maximum exposure over time. The developmental windows for the functional abilities in neurocognition, affect and social cognition (in b, c and d) are only given for the postnatal period. The red box indicates the window of maximum additive environmental impact.

Figure 2

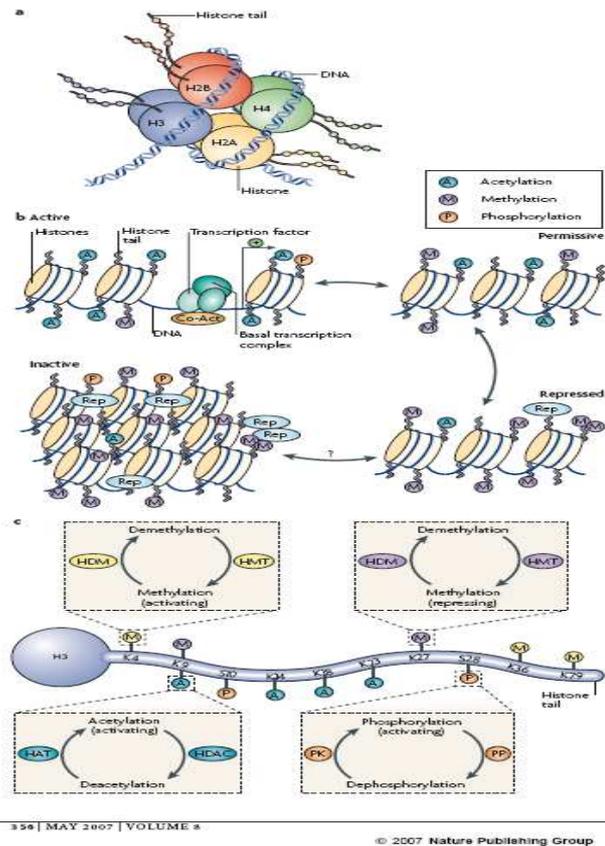


Figura 3

Presentazione del Progetto di A. La Mesa

Se i costrutti teorici da noi selezionati sono come dei "fari" orientanti sulla pratica clinica, la scelta di abbinarvi la ricerca apre la mente a percorrere nuovi sentieri con la speranza di desumerne dati significativi.

Il nostro "protocollo" di intervento vuol combinare tra loro, su più livelli complessi ed interconnessi dati teorici e di intervento clinico "combinato"-individuale e familiare- cercando di comprendere e svelare dati preziosi per la ricerca e per l'intervento clinico.

"Se è corretta l'ipotesi che l'organismo ha capacità di auto-correzione, allora le informazioni di cui ha bisogno per rimettersi in equilibrio sono, sostanzialmente, quelle relative agli errori commessi, alle condizioni del mondo esterno che minacciano la sua sopravvivenza, e infine ai dati sugli effetti che possono comportare per lui le relazioni che intrattiene". Andremo quindi a verificare se esistono connessioni nascoste tra la configurazione del sistema familiare -con la sua storia e le sue forme di relazione- con l'espressione "artistica" e criptata del sintomo somatico, presentato dal singolo. L'intervento cercherà di restituire al singolo ammalato informazioni colte dal sistema familiare e restituite attraverso il sistema terapeutico al fine di poter correggere ciò che si è deformato.

Il livello individuale prevede l'intervento sul paziente che ha sviluppato una patologia somatica attraverso un lavoro di visualizzazione dei propri organi interni, visti con immagini che illustrano le differenze strutturali tra un organo sano ed un organo ammalato. Il lavoro viene svolto sotto la guida di uno psicoterapeuta con specializzazione in ipnosi.

Il secondo livello prevede un intervento sul sistema familiare. L'intervento può essere, a seconda delle tre patologie scelte (diabete infantile, Les, Parkinson) sia sul sistema nucleare dove vive il paziente ammalato sia sul sistema delle famiglie d'origine. Questo lavoro, condotto da psicoterapeuti familiari, comporta un viraggio di pensiero per i familiari. Intende cioè aiutare la famiglia a non sentirsi

impotente, né implicata, bensì alleata del paziente e dei terapisti nel processo di cura. Si chiede loro di aiutarci a collocare la progressione dei sintomi nel tempo e se intravedono una concatenazione con altri eventi cruciali, in particolare quelli traumatici, per il sistema familiare. La malattia insorge ad esempio quando era nato il fratello? Quando era morta la nonna? Cercheremo conferme con ciò che già Weakland molti anni fa identificava con la definizione di "somatica familiare". Fattori emotivi intensi più rimangono nascosti ed annidati più condizionano la permanenza ed il decorso della malattia. Se il corpo si è irrigidito nella sofferenza può essere avviato al cambiamento con una maggiore velocità se ad accompagnarlo sono le persone più significative per lui. Un percorso terapeutico che fa fluire i nessi, i ricordi e le emozioni nelle relazioni può favorire uno smaltimento del dolore. Va valorizzato, seguendo questa prospettiva, il concetto di auto-rappresentazione ovvero come loro si vedono. Usando termini anche molto semplici possiamo chiedere a loro cosa è successo nella vita dell'individuo e nella famiglia all'epoca dell'insorgenza della malattia (verifica dell'ipotesi della proiezione trans-generazionale) "perché ti sei ammalata a quell'età, in quel modo, e con quel sintomo?"

Si crea quindi una interconnessione tra più livelli di collaborazione: la famiglia con il paziente e con noi.

Noi siamo una stessa équipe che ha creato il progetto e che ha quindi tutte le intenzioni di lavorare in maniera congiunta e concordata. Tutti abbiamo concordato sulla fondamentale utilità di includere nel nostro procedere lo scambio di informazioni e dati con i medici di base e del reparto ospedaliero in cui andiamo a lavorare. Si creano quindi anelli concentrici di scambio finalizzato ad un nuovo modo di lavorare su una patologia somatica. Il personale impiegato riceve una adeguata formazione e supervisione che allarga la visuale dell'intervento specifico.

Campione: è stato selezionato presso un grosso ed importante Ospedale di Roma il Policlinico Umberto I, con un progetto approvato dal Comitato etico. I medici ospedalieri o del reparto hanno scelto quali categorie di pazienti includere (per diagnosi definita). Dopodiché i pazienti vengono assegnati random al gruppo di ricerca e al gruppo di controllo.

Ai pazienti viene spiegato l'andamento e il senso dell'intervento e gli si fa firmare adesione al progetto di ricerca. Entrambi i membri dei due gruppi saranno sottoposti a verifiche a distanza. Le verifiche comportano: esami medici, esami ematici, questionario sul benessere, questionario standardizzato sull'andamento dei sintomi.

Negli incontri individuali con il "paziente" si lavora sul suo organo bersaglio per partire da lì con in sequenza: la visualizzazione dell'organo, approfondimento della dissociazione, semina, prescrizione per il lavoro che dovrà svolgere a casa, nell'ultima seduta solo evocazione.

Nel lavoro con il sistema familiare, in cui è incluso anche il paziente si somministra un test e dopo su l'intervento verte sui seguenti temi:

- Prima del dolore e della malattia come si viveva in questa famiglia??
- come ci si è ammalati e secondo loro perché..
- Cosa avete fatto, detto, pensato, e le emozioni provate
- le risorse di tutto il nucleo familiare al servizio del paziente
- Malattia come metafora : che vi viene in mente??

- Cosa potete fare “nel rispetto dei confini”
- Compiti a casa : La fiducia è magia

#### BIBLIOGRAFIA SULLA QUALITÀ DI VITA NEL PAZIENTE CON LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMICO

- Callegari S., Majani G., Test SAT-P - Soddisfazione soggettiva e qualità della vita, Erikson Edizioni
- Doria A., Rondinone R., Il lupus: la malattia dai mille volti, (2003) Cesano Boscone (MI), GECA
- Dobkin P.L. et al, Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: differential contributors to mental and physical health. (1999). *Arthritis Care Res*; 12: 401-10.
- Gordon C., Clarke A.E., Quality of life and economic evaluation in SLE clinical trials. *Lupus* (1999); 8: 645-54.
- Lash A.A., Quality of life in Systemic Lupus Erythematosus. *Applied Nursing Research* (1998); 11: 130-7.
- Rinaldi S., et al. La qualità della vita nel lupus eritematoso sistemico. (2001) *Reumatismo*, 53(2):108-115
- Testa M.A., Simonson D.C., Assessment of quality of life outcomes. *New Eng J Med* (1996); 334: 835-40.
- Watchel T. et al, Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Ann Intern Med* (1992); 116: 129-37

#### MODELLI DI TRATTAMENTO A CONFRONTO

- Iverson G. L., The Need for Psychological Services for Persons with Systemic Lupus Erythematosus, <http://www.deepdyve.com>
- Mucelli R., Lupus Eritematoso Sistemico e Malattie Autoimmuni: una revisione dei modelli di trattamento attraverso la psicologia clinica e la psicoterapia. (2011) <http://robertomucelli.blogspot.it>
- Muscato Maggio L., Externalizing Lupus: A Therapist/Patient's Challenge. (2007) *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 38, No. 6: 576–581
- Navarrete-Navarrete N. et al., Quality-of-life predictor factors in patients with SLE and their modification after cognitive behavioural therapy. (2010)
- Atkins C. D., et al. , Topic Models: A Novel Method for Modeling Couple and Family Text Data. (2012). *Journal of Family Psychology American*, Vol. 26, No. 5: 816–827
- Bateson G., Bateson M.C., Dove gli angeli esitano. (1989). Adelphi, Milano
- Bonadies M., et al., Unresolved trauma in spouses as a risk factor for myocardial infarction in men. (2005). *Psychology, Health & Medicine* 10(4): 355 – 364
- Bonadies M. et al., Le caratteristiche psicologiche dei pazienti con diagnosi di sincope vasovagale: studio osservazionale su sessanta soggetti. (2006). *Giornale Italiano Cardiologia* Vol 7: 273-280
- Bucci W., Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. (1997). *Psychoanalytic Inquiry* 17(2): 151-172
- Gerbino C., Mente. Saggi di Psicosomatica, Liguori Editore, Napoli, pp. 1-19
- Camara Marcia, Vivendo la pratica clinica: un corpo impazzito. (21/23 maggio 2010). *Atti del Convegno Dai fenomeni di conversione alla funzione organizzatrice della corporeità*
- De Coro A., Mucelli R., Per un approccio dinamico-relazionale al problema dei disturbi psicosomatici: il Lupus Eritematoso Sistemico. (1997).

- Gerbino C., Ventimiglia R., Struttura della famiglia e disturbi psicosomatici. (2009). Koinè
- Hagglund K. J. et al., Caregiver Personality Characteristics and Adaptation to Juvenile Rheumatic Disease. (2000). Rehabilitation Psychology, Vol. 45, No. 3: 242-259
- Hofer A., Myron A., On the Nature and Consequences of Early Loss. (1996). Psychosomatic Medicine 58: 570-581
- Lalli N., L'evento psicosomatico: un problema aperto. (1997). Lo Spazio della Mente. Saggi di Psicosomatica, Liguori Editore, Napoli, pp. 1-19
- Minuchin S., Famiglie psicosomatiche. (1980). Astrolabio, Roma
- Rose-Itkoff C., Lupus: An Interactional Approach. (1987). Family Systems Medicine, Vol. 5, No. 3
- Schutzenberger A.A., La sindrome degli antenati. (2004). Di Renzo Editore, Roma
- Stone E. A. et al, Survival and Development of Maternally Deprived Rats: Role of Body Temperature. (July-August 1976) Psychosomatic Medicine Vol. 38, No. 4: 242-249
- Watzlawick P, Wealand J, La prospettiva relazionale , Astrolabio Edizione, Roma, 1978
- Weakland John , "Family therapy as a research arena" in Family Process 1962
- Weakland John, "Family Somatics :a neglected edge" i Family Process 1972

PER NECESSITA ' EDITORIALI LA BIBLIOGRAFIA E LE INDICAZIONI SUGLI STRUMENTI UTILIZZATI SONO STATE CONDENSATE. LE PERSONE INTERESSATE POSSONO RICHIEDERLE AGLI AUTORI

## “Valutazione dell’efficacia in terapia familiare : lo SCORE 15”

di B. Coacci, L. Schepisi

Quando parliamo di valutazione dell'efficacia di una psicoterapia, facciamo generalmente riferimento a due modalità diverse:

1. la valutazione d'esito, che ha a che fare con il cambiamento avvenuto mediante la psicoterapia, e che risponde alla domanda: “La psicoterapia ha funzionato?”

2. La valutazione processuale, che studia l'interazione tra il sistema dei pazienti e il sistema dei terapeuti, ovvero ci si chiede: “Come funziona la terapia?”

Come terapeuti, ci sembra molto importante cimentarci nella valutazione degli esiti della terapia familiare, soprattutto perché, tendenzialmente, i ricercatori sono distanti dalla pratica clinica, mentre noi terapeuti possiamo svolgere questo lavoro, per così dire, dall'interno, e fornire una lettura dei risultati maggiormente utile non solo alla ricerca, ma anche al nostro lavoro.

Lo SCORE 15 (Systemic Core Outcomes Routine Evaluation) rappresenta uno dei possibili strumenti di valutazione dell'efficacia della terapia familiare.

Si tratta di un questionario autosomministrato che ha l'obiettivo di misurare, attraverso le risposte fornite dai membri della famiglia, alcuni indicatori del funzionamento familiare, che possono modificarsi nel corso o al termine di una psicoterapia.

Il questionario è al centro di una ricerca avviata dal britannico Peter Stratton e dai suoi collaboratori, inizialmente patrocinata dall' *Association for Family Therapy* e successivamente anche dall'EFTA (*European Family Therapy Association*), che ha coinvolto le diverse Società Nazionali di Terapia Familiare, compresa la SIPPR.

L'estensione della ricerca a 18 Paesi europei offre l'enorme vantaggio di poter mettere a confronto i risultati ed individuare convergenze e differenze tra le culture dei singoli Paesi ed il lavoro dei singoli terapeuti.

Per quanto riguarda la partecipazione dell'Italia, la ricerca, che la SIPPR ha aperto a tutti i suoi Soci, si propone di raccogliere i dati relativi a 200 famiglie "cliniche" e 80 famiglie "non cliniche".

Lo SCORE 15, rispetto ad altri strumenti di valutazione, presenta alcuni vantaggi:

- può essere compilato agevolmente;
- prende in considerazione aspetti invalidanti della vita familiare con possibili ripercussioni sui singoli;
- considera aspetti della vita familiare abitualmente affrontati in terapia;
- permette di registrare il cambiamento del funzionamento familiare nel tempo, in particolare nel corso e al termine di una terapia familiare o di coppia.

Ma vediamo più da vicino com'è fatto lo SCORE 15.

Il questionario è composto da due parti: la prima parte comprende 15 domande, suddivise in 3 scale da 5 domande ciascuna: scala a (Risorse e Adattabilità, items 1-3-6-10-15); scala b (Sopraffatti dalle difficoltà o l'ipercoinvolgimento, items 5-7-9-11-14); scala c (Disturbi della comunicazione, items 2-4-8-12-13).

Ad ogni domanda, il soggetto attribuisce un punteggio che va da 1 ("ci descrive molto bene") a 5 ("non ci descrive per niente").

Gli items della scala "a" sono detti "positivi", in quanto hanno a che fare con le risorse della famiglia; gli items delle scale "b" e "c" sono detti invece "negativi", poiché riguardano le criticità del sistema familiare.

La seconda parte del questionario comprende 5 domande ai membri della famiglia ( e 2 domande aggiuntive al terapeuta) sulla valutazione che ognuno di essi fornisce della terapia.

La versione "non clinica" dello SCORE 15 differisce da quella "clinica" solo nella formulazione di alcune domande della seconda parte dello strumento.

La ricerca prevede 3 somministrazioni del questionario (all'inizio, a metà e alla fine della terapia) a tutti i membri della famiglia al di sopra dei 12 anni.

Più precisamente, la prima somministrazione avviene all'inizio della prima seduta, preferibilmente in un "setting" altro rispetto a quello della terapia, sia come spazio che come significato.

Con gli specializzandi dell'IIPR, ad esempio, che stanno partecipando all'attività di ricerca, abbiamo concordato la seguente metodologia: la famiglia viene

informata della necessità di compilare il questionario già nella telefonata che i familiari fanno all'Istituto per prendere il primo appuntamento, e viene invitata ad arrivare mezz'ora prima dell'inizio della terapia.

Il somministratore è persona diversa dal terapeuta, viene presentato come un suo collaboratore e si occuperà della somministrazione del questionario in tutte e tre le occasioni previste.

Per la seconda somministrazione, Stratton ha indicato la quarta seduta (o, a discrezione del terapeuta, la quinta o la sesta seduta), principalmente per tre motivi:

- prevedere un intervallo sufficiente tra la prima e la seconda somministrazione, in modo da evitare il rischio che il soggetto possa ricordare le risposte fornite precedentemente;
- consentire la raccolta del maggior numero possibile di dati, considerando che alcune terapie brevi possono terminare dopo 4 – 6 sedute;
- ridurre il rischio che il terapeuta si dimentichi di risomministrare il test.

Il punteggio totale si ottiene mediante la seguente semplice formula:

$$\text{SCORE} = \Sigma a + [60 - (\Sigma b + \Sigma c)].$$

Il range dei punteggi va da 15 (funzionamento familiare normale) a 75 (famiglia gravemente disfunzionale).

Nel 2012 Stratton ha presentato i primi dati sull'utilizzazione dello SCORE 15 in 239 terapie familiari e di coppia in Gran Bretagna, relativi alle prime due somministrazioni (raccogliendo 584 questionari per la prima somministrazione e 267 per la seconda).

Come possiamo vedere dalla tabella 1, si è registrato un cambiamento in circa il 94 % dei questionari, con l'81,3 % di cambiamenti non significativi e il 13 % di cambiamenti significativi.

Tab. 1 - (Stratton et. Al., 2012).

Peggioramento significativo	Cambiamento non significativo	Miglioramento significativo
5,7 %	81,3 %	13,0 %

Vorremmo ora presentare i punteggi degli SCORE 15 raccolti presso l'Istituto Emmecci di Torino e l'IIPR, sedi di Ancona, Cagliari e Siena (per quanto riguarda il gruppo di controllo, o Non Clinico) e presso il CSAPR di Prato, l'IIPR di Ancona, l'ITER di Caserta, l'AUSL di Bologna e la dott.sa E. Fuxa di Roma (per quanto riguarda il gruppo Clinico).

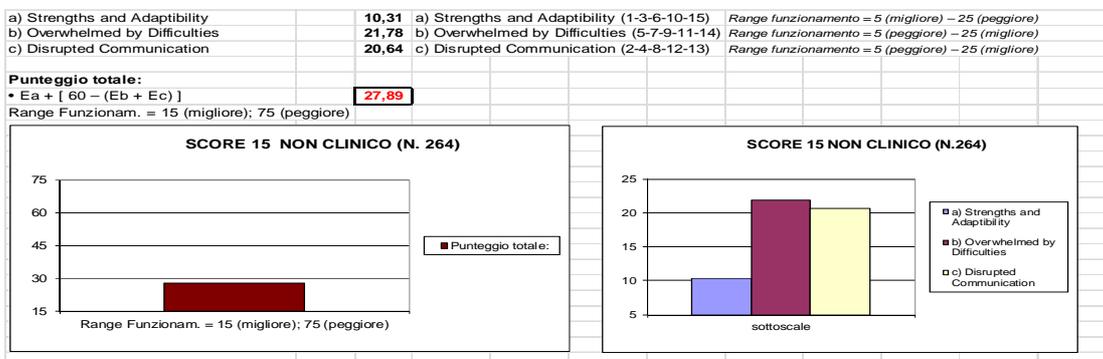
Dai dati relativi allo SCORE "non clinico" (tab. 2 e 3) si evidenzia come il punteggio medio del gruppo di controllo si attesta tra 27 e 30, con un lieve aumento del punteggio (e quindi un lieve peggioramento del funzionamento familiare) nel gruppo degli allievi delle scuole di psicoterapia rispetto al gruppo degli studenti universitari.

Tab. 2 – Dati SIPPR SCORE "non clinico".

	N. SCORE	A	B	c	SCORE

STUDENTI UNIV. M.	83	10,18	22,20	20,54	27,46
STUDENTI UNIV. F	117	9,94	21,81	21,02	27,12
<b>STUDENTI UNIV. TOT.</b>	<b>200</b>	<b>10,04</b>	<b>21,98</b>	<b>20,82</b>	<b>27,26</b>
<b>ALLIEVI PSICOT. TOT.</b>	<b>64</b>	<b>11,14</b>	<b>21,15</b>	<b>20,10</b>	<b>29,89</b>
<b>TOTALE</b>	<b>264</b>	<b>10,31</b>	<b>21,78</b>	<b>20,64</b>	<b>27,85</b>

Tab. 3 – Dati SIPPR SCORE non clinico.

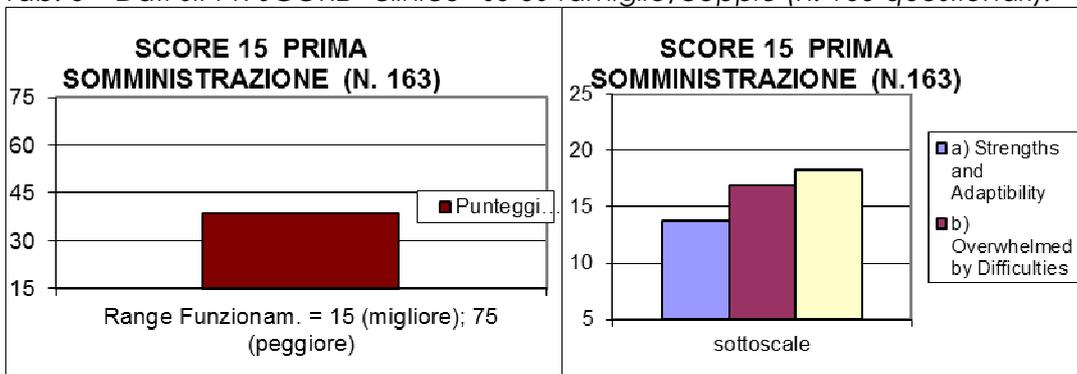


Per quanto riguarda i dati relativi allo SCORE "clinico", abbiamo gli SCORE di 60 famiglie, per un totale di 163 questionari (tab. 4 e 5).

Tab. 4 - Dati SIPPR SCORE "clinico" su 60 famiglie/coppie (n. 163 questionari).

N. SCORE	A	B	C	SCORE
163	13,80	16,97	18,30	38,53

Tab. 5 – Dati SIPPR SCORE "clinico" su 60 famiglie/coppie (n. 163 questionari).



Nelle due tabelle precedenti, possiamo vedere come il punteggio totale sale a 38,53, ovvero di circa 11 punti rispetto al punteggio del nostro gruppo di controllo o "non clinico", con un innalzamento dei punteggi alla scala "a" (quella degli

items positivi) ed un abbassamento dei punteggi alle scale "b" e "c", (items negativi), ad indicare che nelle famiglie che fanno richiesta di terapia c'è una generale percezione di minore risorse e minore adattabilità, maggiore tendenza all'ipercoinvolgimento e maggiori disturbi della comunicazione.

Abbiamo anche alcuni dati relativi alle differenze di punteggio tra prima e seconda somministrazione su 18 famiglie (tab. 6 e 7).

Tab. 6 - Differenza prima/seconda somministrazione (famiglie=18; score=44)

SCORE MEDIO PRIMA SOMM. (N. 44)	SCORE MEDIO SECON. SOMM. (N. 44)	DIFFERENZA
35,98	34	- 1,98

Tab. 7 – Differenza prima/seconda somministrazione (famiglie=18; score=44)

+ 6 e OLTRE		TRA + 5 e - 5		- 6 e OLTRE
5		29		10
	+5 / 0	0	0 / -5	
	10	3	16	

Nella tabella 6, si può osservare un lieve abbassamento dello SCORE medio tra la prima e la seconda somministrazione.

Andando ad analizzare i dati dei 44 SCORE più nel dettaglio (tab. 7), vediamo come 5 questionari segnalano un peggioramento significativo del funzionamento familiare. Vi sono poi 29 questionari, di cui 10 risultano con un punteggio aumentato da 0 a 5 punti, 3 sono rimasti invariati e 16 risultano con un punteggio diminuito da 0 a 5 punti.

Infine, abbiamo 10 questionari che risultano con un punteggio diminuito di oltre 6 punti rispetto alla prima somministrazione.

In conclusione, su 44 questionari, ve ne sono 26, più della metà, che ci "raccontano" un miglioramento nella percezione del funzionamento familiare.

L' ultima tabella (tab. 8) riporta i dati relativi a 6 famiglie che sono state sottoposte a tutte e tre le somministrazioni. Naturalmente, il numero esiguo di quest'ultimo campione può permettere solo qualche prudente appunto.

Tab. 8 - differenza prima/terza somministrazione (inizio/fine terapia) (famiglie = 6; SCORE = 15)

SCORE MEDIO PRIMA SOMM. (N. 15)	SCORE MEDIO TERZA. SOMM. (N. 15)	DIFFERENZA
34,87	30,33	- 4,54

Il punteggio medio dello SCORE è sceso di più di 4 punti tra la prima e la terza somministrazione (tab. 9). Se confrontiamo questo dato con quello riportato nella tab. 7, in cui il punteggio tra la prima e la seconda somministrazione è diminuito di circa 2 punti, possiamo ipotizzare una progressione del miglioramento della percezione del funzionamento familiare, con un cambiamento significativo a fine terapia.

Come già sottolineato, l'esiguità dell'ultimo campione non ci permette ancora di interpretare compiutamente i risultati.

Tuttavia, prendendo in considerazione complessivamente i dati fin qui raccolti, emerge una sensibilità dello strumento rispetto al cambiamento che i membri della famiglia percepiscono relativamente ai tre indicatori del funzionamento familiare (risorse e adattabilità, ipercoinvolgimento, disturbi della comunicazione).

Vorremmo concludere questo nostro breve articolo con una riflessione sulla potenzialità di questo strumento, sia per la ricerca che per la pratica clinica.

Per quanto concerne la ricerca, lo SCORE 15 permette:

- il confronto con altri strumenti utilizzati per la valutazione della famiglia, come ad esempio il FACES IV;
- il confronto di terapie differenti per durata, tipologia di utenti, approccio terapeutico;
- la collaborazione tra i diversi paesi europei;
- l'esplorazione delle differenze culturali tra le famiglie.

Per quanto riguarda la clinica, i risultati dello SCORE possono essere utilizzati per monitorare l'andamento della terapia e discussi con i familiari stessi, evidenziando:

- gli items significativi per i diversi membri della famiglia;
- le aree dove si registrano cambiamenti nel corso della terapia;
- aspetti poco considerati dalla famiglia;
- gli obiettivi che si intendono raggiungere, alla luce dei risultati del questionario;
- le differenze di valutazione tra terapeuta e famiglia (*utilizzando anche i risultati ottenuti dalla Scala per il terapeuta*).

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

- Di Nuovo G., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone F. (a cura di): Valutare le psicoterapie, *Franco Angeli, 1998*
- Gurman A., Kniskern D.: La ricerca sugli esiti delle terapie familiari, in Gurman A., Kniskern D. (a cura di): *Manuale di terapia della famiglia, Bollati Boringhieri 1995*
- Pinsof W.: La ricerca processuale in terapia della famiglia, in Gurman A., Kniskern D. (a cura di): *Manuale di terapia della famiglia, Bollati Boringhieri 1995*
- Stratton P., Bland J., Janes E., Lask J. : Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: the SCORE, *Journal of Family Therapy, 32, 232-258, 2010*
- Stratton P., Todoulou M.: The new SCORE systemic therapy outcome measure: an EFTA research project. *7° Congresso EFTA, Parigi ottobre 2010*
- Stratton P. et al.: Validation of the Score 15. Index of Family Functioning and Change in detecting therapeutic improvement early in therapy, *still be reviewed by Journal of Family Therapy, 2012*

\*Didatta IIPR

*\*\*Si ringrazia il dott. Marco Borsotti dell'IIPR di Cagliari per l'Excel di gestione dati che ci ha fornito.*

## **Nel prossimo numero**

**Congresso Giovani SIPPR**

**“L'approccio sistemico ed i suoi contesti di applicazione”**

**Sabato 22 Febbraio 2014 - Milano**