



S.I.P.P.R. News

Notiziario della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

A cura di : Francesco Bruni

Editoriale: Contesti di applicazione dell'approccio sistemico- relazionale

In questo numero

1. Editoriale: Contesti di applicazione dell'approccio sistemico relazionale
Francesco Bruni

2. Roba da matti: storie di pazienti di una comunità psichiatrica
F. Giusti, S. Pellegrini e altri

6. Al di là delle parole: tecniche non verbali ed esperienziali in terapia di coppia
L. Fino, A. Penna

10. Progetto Georgia: dalla coppia ai sistemi
L.A. Messina, R. Noto, P.F. Sannasardo

13. Lo sportello di ascolto e consulenza: "L'arcipelago delle affettività e delle identità"
F. Di Girolamo, A. Cescut e altri

15. Il terzo contesto: un caso di co-terapia familiare
E. Mingione, M. Scappaticci

18. PNEI, EMDR e ottica sistemica: una possibile integrazione
I. Bernardini

23. Psicoterapia sistemica individuale con EMDR
C. Bertoni

25. Ci sono traumi che segnano più lo spettatore che la vittima stessa. Con chi lavorare? Il trattamento integrato con l'approccio sistemico e l'EMDR in un caso di trauma grave recente
E. Pedone, E. Pascoli

29. EMDR e dissociazione strutturale: il lavoro sistemico con le Parti Emotive
di F. D'Antoni

32. Progetto di ricerca - commissione clinico didattica SIPPR
L. Chianura, F. Bassoli, P. Bucci, A. Chouhy, M. Pelli, W. Trasarti Sponti, L. Vallario

33. Recensione del libro di U. Telfener *Gli amori in briciola*
V. Albertini



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 - e-mail: info@sippr.it

Nel Convegno Giovani SIPPR di Milano del 22 febbraio 2014 si è parlato dei contesti di applicazione dell'approccio sistemico-relazionale. Ne è scaturito un confronto intenso per le molte e interessanti relazioni presentate da giovani psicoterapeuti, che hanno affrontato questo tema offrendo un panorama stimolante sui diversi contesti del lavoro clinico. Si è parlato di: comunità terapeutiche, terapia con la famiglia e terapia di gruppi, terapia individuale, coppie adottive e sostegno alla genitorialità, costruzione di reti di solidarietà familiare, contesto della giustizia minorile e contesto dell'emergenza, intervento domiciliare, psicologia scolastica e sportiva, ma anche del contributo della neuropsicologia e delle tecniche non verbali nel lavoro con le coppie. Diversi interventi hanno riguardato la cura delle situazioni traumatiche con un taglio che integra l'approccio sistemico relazionale e l'EMDR.

In molte relazioni si è parlato di metodi e tecniche terapeutiche, come scambio di esperienze e confronto per condividere modalità comuni per affrontare particolari problematiche cliniche, e sia per documentare l'efficacia del lavoro svolto, accogliendo un'esigenza propria non solo degli psicoterapeuti e dei pazienti, ma anche della comunità sociale e delle istituzioni. Cosa che comporta un continuo impegno nella ricerca sull'efficacia e l'efficienza in psicoterapia, tenendo conto anche della complessità del lavoro clinico, che si basa sul fattore trasformativo della relazione con chi chiede aiuto, e ha come strumento principe la persona dello psicoterapeuta. Focalizzarsi solo sulle tecniche e sui metodi come se fossero passe-partout, trascurando il complesso della relazione terapeutica e della sua evoluzione, comporta il rischio di semplificare il processo trasformativo e cadere in un riduzionismo tecnico. È questo un tema ampiamente dibattuto, sul quale occorre tornare con iniziative che coinvolgano le scuole di specializzazione e i centri di ricerca coniugando complessità sistemica ed efficacia clinica.

La freschezza e la vivacità che hanno caratterizzato i diversi contributi, toccando temi importanti della psicoterapia sistemico-relazionale, portano una ventata di ottimismo per affrontare un periodo critico, sul piano economica e sociale, che complica le relazioni di aiuto e investe anche la nostra professione.

In questo numero, per dare conto dei temi affrontati nel convegno giovani SIPPR, pubblichiamo le relazioni che ci sono pervenute e che offrono un quadro rappresentativo del dibattito in corso.

Inoltre, riportiamo il progetto di ricerca, della commissione clinico didattica della SIPPR, sull'approccio delle scuole sistemico-relazionali alle problematiche dell'area psicotica. Si invitano i colleghi a partecipare all'iniziativa compilando il questionario che hanno ricevuto.

Mentre, nella sezione recensioni, viene presentato il libro di U. Telfner, *Gli amori in briciola*.

Vi aspettiamo al prossimo Convegno Internazionale SIPPR che si terrà alla Reggia di Caserta, 27 e 28 Marzo 2015, sul tema "Processi clinici tra vizi e virtù di pazienti e terapeuti: temi universali che ricorrono in psicoterapia", per cui verranno richiesti 8 Crediti ECM (gratuiti per tutti i soci in regola.)

“Roba da matti: storie di pazienti di una comunità psichiatrica”

F. Giusti, S. Pellegrini, C. Testi (*), V. Albertini (**), G.M. Manfreda (***)

Questo lavoro nasce dall'esigenza di conoscere quelle che sono le storie di vita di soggetti psichiatrici istituzionalizzati.

L'obiettivo del lavoro è quello di cogliere, attraverso un'intervista, eventuali analogie e discrepanze (Manfreda, 1998) nei racconti degli utenti della struttura rispetto a eventi di vita salienti quali l'esordio della sintomatologia e l'ingresso nella struttura.

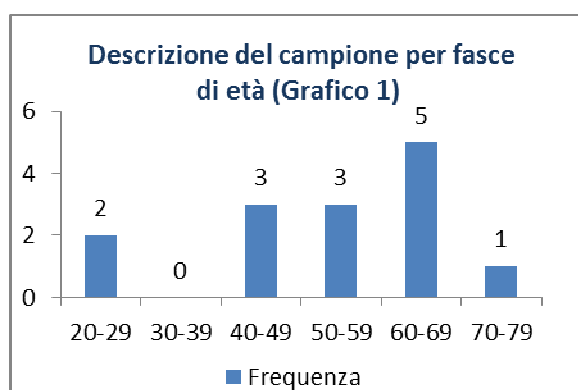
Il fine è quello di valutare, attraverso un'indagine di tipo qualitativo sulle storie di vita dei pazienti istituzionalizzati, il rapporto tra ciclo di vita e decorso clinico della patologia del campione preso in esame.

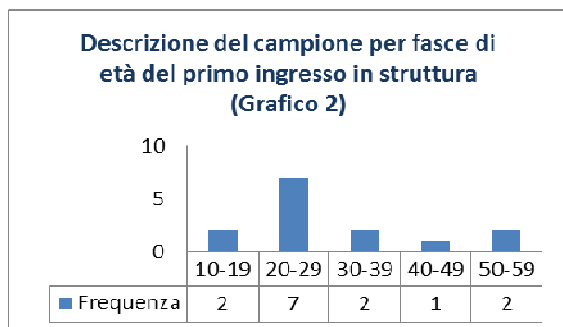
Sul piano metodologico, la raccolta dati avviene attraverso un'intervista semi-strutturata che mette in evidenza gli elementi narrativi e simbolici e che utilizza le variabili del cronogramma (Vallario, 2011). Questo strumento pone l'accento sul fattore tempo, tenendo conto dell'influenza che gli eventi di vita hanno nella narrazione della storia.

Tale intervista è stata suddivisa in due diverse parti: la prima riguarda più direttamente l'ospite e gli eventi che hanno caratterizzato la sua vita, la seconda verte sulla storia di vita della famiglia dell'ospite, spingendosi verso il trigerazionale. In entrambi i casi l'attenzione è stata posta sui significati emotivi, simbolici, nonché relazionali.

La conduzione dell'intervista è affidata a due somministratori. La particolarità della somministrazione di coppia, è dovuta al fatto che, mentre un somministratore segue pedissequamente la scaletta dell'intervista, l'altro fa particolare attenzione alle eventuali discrepanze e all'aspetto relazionale-emotivo-simbolico di ciò che viene narrato. L'attenzione è rivolta, in primo luogo, ai “sottomondi sociologici” (Berger & Luckmann, 1966) paralleli alla vita reale, ma che con questa contrastano per alcuni elementi che sfuggono alla coscienza del narratore, appunto le discrepanze. Queste ultime possono, però, rivelarsi attraverso il non verbale, il lapsus, il sogno, i deliri, etc. (Manfreda, 1998). In secondo luogo, è stata data rilevanza agli “eventi” così come intesi nel cronogramma (Vallario, 2011), ovvero espressione di un fatto che può essere prevedibile/non prevedibile; scelto/non scelto e, infine, normativo/non normativo.

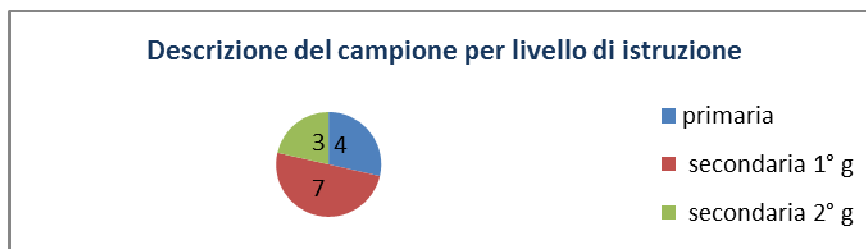
Il gruppo degli ospiti interessati nella ricerca è formato da 16 ricoverati, di cui 2 non hanno voluto rispondere alle nostre domande per motivi di privacy. I 14 partecipanti rimasti sono 7 maschi e 7 femmine. Come si vede dal grafico sottostante (Grafico 1) il nostro campione ha un'alta variabilità di età, compresa tra i 21 e i 71 anni.





Anche la durata della degenza nelle varie strutture è variabile e va da pochi mesi a più di dieci anni. Nel Grafico 2 è indicata l'età del primo ingresso in strutture di salute mentale, i dati sono trattati in modo cumulativo e vediamo come la maggior parte degli utenti ha avuto un primo ingresso in struttura prima dei 30 anni.

Altri dati significativi nella descrizione del campione riguardano la scolarità che, come si evince dal grafico a torta, è medio-bassa infatti solo tre degli utenti hanno frequentato la scuola superiore prendendo il diploma.



Da un'analisi più approfondita, ma sempre qualitativa, del campione emergono tre elementi che si ripetono nelle storie dei nostri utenti:

- La presenza di violenza, maltrattamenti e trascuratezza;

Il 64% degli intervistati racconta di aver subito sia all'interno della famiglia di origine che in contesti esterni rilevanti vari tipi di maltrattamenti in forma e gravità. Alcuni raccontano di episodi di violenza fisica e psicologica.

- Il senso di impotenza espresso nei racconti sia presenti che passati;

Per quanto riguarda il senso d'impotenza espresso nel presente un dato rilevante ci sembra essere quello per cui solo 5 utenti raccontano eventi della vita trascorsa in struttura nonostante nel questionario ci siano domande espressamente inerenti al presente.

- La convergenza di eventi traumatici non normativi e non scelti.

Per eventi normativi ci riferiamo alla definizione data da Vallario come a quegli eventi probabili e normativamente frequenti nella vita di un individuo in un certo momento del ciclo vitale.

Ci appare utile riportare in dettaglio tre casi che ci sono sembrati significativi. Per ciascun caso sono state inserite tabelle che si rifanno alla cronografia emersa dal cronogramma con gli eventi più salienti suddivisi per anni. Le caselle colorate in verde rappresentano gli eventi non normativi mentre quelle riquadrate in rosso rappresentano gli eventi non scelti.

Caso I

C. C. è un uomo di 50 anni, celibe, appartenente ad una famiglia di origine contadina. Come si evince dalla tabella che riporta la Cronografia, il 1980 è contraddistinto da due eventi, entrambi non scelti e non normativi, nella fattispecie le violenze dei commilitoni, durante il Servizio di Leva Militare, e il suicidio del fratello, che si caratterizzano come eventi di rottura rispetto al passato. Dal 1980 in poi, infatti, inizia la sequenza di ricoveri e TSO, culminati

nell'istituzionalizzazione del 2007. Gli eventi descritti prendono forma all'interno di un quadro, sin da subito, caratterizzato da trascuratezza e scarsa affettività.

	1962	1968	1973	1975	1977	1980	1981	1982	1988	1995	2007
nasce		Inizio scuola	Trasferimento in Germania	Inizio Lavoro	Ritorno in Italia	Morte del fratello suicida	Leva	Maltrattamenti	Ricovero in SPDC	Ricovero strutturale psichiatrica	Ingresso RSA
					Cambio lavoro		Maltrattamenti	Fine del fidanzamento	Perdita del lavoro		
							Si ammala di cervello		Problemi alcol correlati: ritiro patente		

Figura 1 Selezione degli eventi di vita di C.C.

Caso II

A.B. è una donna di 53 anni, divorziata, appartenente ad una famiglia di operai. Nella cronostoria di A.B., sono da segnalare due momenti significativi rispetto alla nascita e all'insorgenza della sintomatologia: il 1985 e il 1994-95, caratterizzati da eventi non normativi e non scelti, quali il tradimento da parte del marito e sczezi con il vicinato, in un primo momento; la presa in carico, da parte dei Servizi, della seconda figlia e la formalizzazione del divorzio, quasi dieci anni dopo. Se è vero che nel 1994-95 si evidenzia una rottura con il passato, caratterizzata dall'inizio di una successione di ricoveri, terminati nell'istituzionalizzazione del 2005, è anche vero che tali eventi si radicano in un terreno saturo di trascuratezza, relazioni anaffettive e violenza, vissute prima nella famiglia d'origine e, poi, nella relazione coniugale.

	1959	1965	1975	1976	1979	1982	1985	1994	1995	2005
Nasce		Maltrattamenti fisici psichici	Lavoro in cartiera	Diploma stenografia	Matrimonio	Aborto spontaneo	Esordio malattia	Nasce la secondogenita	Si ufficializza il divorzio	Ingresso in struttura
		Inizia scuola			Maltrattamenti del marito		Separazione per tradimento del marito	La figlia viene adottata	Primi ricoveri	
					Nasce la primogenita		La vicina le fa i dispetti			
					Trasferimento					

Figura 2 Selezione degli eventi di vita di A.B.

Caso III

L.C. è una donna di 71 anni, divorziata, figlia di una famiglia di operai. La vita di L.C. è caratterizzata già dai 4 anni da un evento non normativo, non scelto e traumatico, quale la morte prematura del padre, figura considerata emotivamente significativa. A questo episodio fanno seguito altri eventi normativi, ma non scelti, quali il matrimonio e la nascita dei figli, che sembrano funzionare da aggravanti di una condizione psicologica già di per sé fragile. Il

progressivo aggravamento, esacerbato dall'interruzione di un lavoro ritenuto gratificante e dalle gravidanze non volute (1963-1965), la conduce all'istituzionalizzazione, nel 2002.

1941	1945	1955	1959	1961	1963	1965	1966	1969	2002
Nasce	Muore il padre	Fine scuola elementare	Fidanzamento	Matrimonio	Nasce il primogenito	Nascono le secondogenite	Primo ricovero	Separazione dal marito	Ricovero in RSA
		Inizio lavoro come parrucchiera		Trasferimento dalla suocera	Trasferimento dalla madre				
		Maltrattamento della madre		Cessa il lavoro					

Figura 3 Selezione degli eventi di vita di L.C.

Conclusioni

La possibilità di raccontarsi pare aver stimolato il tempo a ripartire anche all'interno della struttura, narrare la propria storia di vita, infatti, sembra aver assunto per gli ospiti della struttura, il ruolo di "cura", come se riscoprire il valore della propria storia avesse restituito dignità e senso alle loro vite; come se rivolgere l'attenzione alle esperienze della loro esistenza avesse permesso di attribuirgli un significato (Polster, 1987). Le storie, quindi, in questa esperienza hanno dato sollievo, hanno "curato", fino a far diventare il raccontare e il raccontarsi forme di ricongiungimento e liberazione (Demetrio, 1996).

Questo, dal nostro punto di vista, è stato un lavoro molto utile sul piano clinico, per gli ospiti della struttura, ma anche e soprattutto sul piano sociale, per restituire un senso alla follia e una voce agli emarginati, capace di arricchire chi racconta, ma anche chi ascolta.

(*) Psicologhe, allieve del Centro Studi ed Applicazioni della Psicologia Relazionale di Prato

(**) Psicologa, Psicoterapeuta Centro Studi ed Applicazioni della Psicologia Relazionale di Prato

(***) Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore del Centro Studi ed Applicazioni della Psicologia Relazionale di Prato, Presidente della S.I.P.P.R.

Bibliografia e Sitografia

D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Cortina Raffaello, Milano, 1996.

G. Manfrida, *La narrazione psicoterapeutica: invenzione, persuasione e tecniche retoriche*, Franco Angeli, Milano, 1998.

Polster E., *Every person's life is a worth novel*, WW Norton, New York, 1987 (Trad. It. *Ogni vita merita un romanzo: Quando raccontarsi è terapia*, Astrolabio, Roma, 1988)

L. Vallario, *Il cronogramma: quando il tempo è uno strumento epistemologico*, *Ecologia della mente* 1/2011; p. 70-79

P. L. Berger, T. Lukmann, *The social construction of reality*, Doubleday, New York, 1966 (Trad. It. *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969)

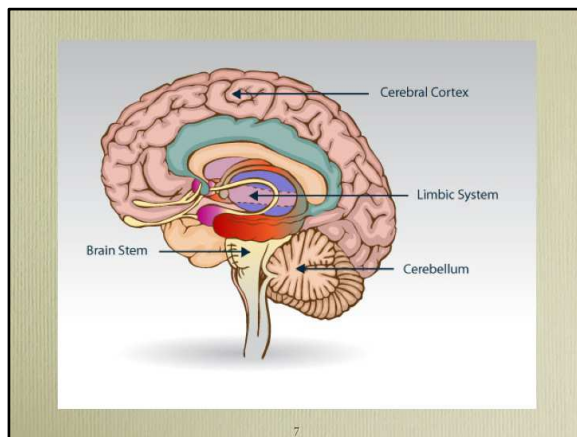
www.cronogramma.it

Al di là delle parole: tecniche non verbali ed esperienziali in terapia di coppia

Laura Fino, Alberto Penna

Inizialmente, come terapeuti familiari, abbiamo pensato che per cambiare era sufficiente portare gli individui ad una nuova comprensione della loro vita. Ben presto ci siamo resi conto che capire non è necessariamente cambiare. Abbiamo imparato che dobbiamo tener conto di diversi modi (e soprattutto di diversi linguaggi) per promuovere il cambiamento. Le parole, infatti, sono potenti solo per poche persone; molti altri sentono che resta un blocco, come un nodo nel corpo o nelle emozioni, che rende difficile il cambiamento e il conseguente miglioramento.

In molte occasioni ci siamo resi conto che ciò che accade (eventi, esperienze, riflessioni) nel corso di una seduta è molto più utile se le persone sperimentano, e imparano, da loro stessi (con la guida del terapeuta). Come nello sport, è molto meglio stare a fianco dell'atleta, sul campo sportivo, per vedere cosa succede durante l'esercizio: in questo modo è più facile capire, vedere le possibilità di cambiamento, di problem solving.



I neuroscienziati hanno scoperto molti aspetti interessanti e utili anche per noi: ci sono modi in cui ci comportiamo senza sapere quello che stiamo facendo. A volte non prestiamo attenzione alle sensazioni importanti e alle tensioni del corpo, che rappresentano l'inizio di movimenti molto interessanti (terapia sensomotora). Se il problema è lì, come possiamo capirlo e conoscerlo?

Può essere utile sperimentare alcuni esercizi per scoprire ciò che è nascosto. In questo modo, siamo in grado di collegare le diverse parti del cervello, favorendo l'integrazione (tra il corpo, le emozioni e le parole).

L'**empatia** è un'importante conquista della nostra specie e un modo per sentirsi in armonia nelle nostre relazioni. Quindi è importante controllare questa qualità umana durante una seduta.

L'*esercizio dell'empatia* è una tecnica esperienziale che usiamo a questo scopo. Chiediamo ai partner di sedersi di fronte, molto vicini. L'esercizio è diviso in due parti. A turno, uno di loro (per esempio il marito) cerca di raccontare al partner (in questo caso, la moglie) un recente evento negativo che lo coinvolge, aggiungendo le emozioni provate e sperimentate in quella situazione. Deve provare ad essere chiaro nell'esprimere l'evento e le proprie emozioni. A questo punto il partner che ha ascoltato (per esempio, la moglie) deve tentare di riformulare e spiegare ciò che ha capito sull'episodio e sulle emozioni provate dal marito. Se necessario, il marito può aiutare la moglie a capire meglio quello che lui ha provato, in modo collaborativo. Quando il rispecchiamento è riuscito, si invertono i ruoli, ripetendo l'esercizio. Questa tecnica esperienziale permette di evidenziare il livello di empatia della coppia e la potenza collaborativa dei partner. Si riflette con loro se è stato più facile descrivere le proprie emozioni o

riformulare quelle dell'altro. In questo modo, seguendo le scoperte delle neuroscienze, si può collegare il sistema limbico (deputato alle emozioni) con la corteccia pre-frontale (deputata alla comprensione e alla coscienza).



Ad esempio, abbiamo proposto l'esercizio ad una coppia "vecchio stile": in questo caso l'uomo era forte e dominante e la moglie era fragile e sottomessa. Entrambi non hanno consapevolezza che ci sono parti fragili nell'uomo e parti forti nella donna. Ma possono scoprire questo strano fenomeno in questo esercizio. Possono anche decidere di non cambiare, ma sapendo più chiaramente ciò che accade.



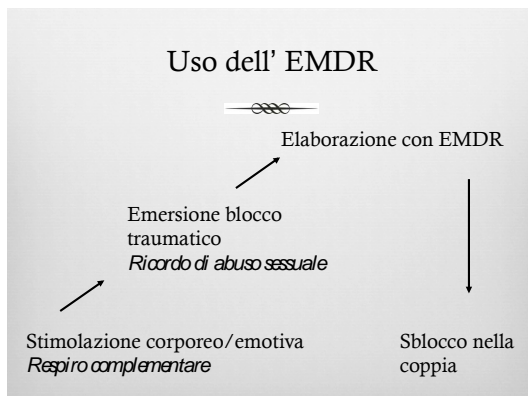
La **scultura** è una tecnica esperienziale molto conosciuta in terapia familiare. Le sculture sono molto utili perché collegano i diversi livelli del nostro modo di sentire il mondo relazionale. Usiamo le sculture in tre modi (non nella stessa seduta).

In primo luogo possiamo chiedere ai partner di fare la scultura del passato, del presente e del futuro. La scultura permette di collegare le sensazioni del corpo con le emozioni e con la coscienza. Recentemente abbiamo sperimentato un altro utilizzo delle sculture, quando si chiede ai partner di mostrare come pensano di trasformare quella del presente in quella del futuro (scultura di transizione). Questa non è propriamente una scultura, ma una sorta di breve filmato, in cui si può osservare sia l'azione dello scultore che il comportamento degli altri. Lo scultore è attivo e realistico? E l'altro è attivo e collaborativo oppure no?

In terzo luogo, chiediamo di fare la scultura del problema. A volte molte parole sui loro problemi (e troppe ore di terapia) non sono così esplicative come 15 minuti di questo tipo di scultura!

Un'altra tecnica non verbale che suggeriamo alle coppie è quella del **respiro complementare**. Esso consiste in un modo di respirare insieme, mantenendo

l'addome a contatto. Quando uno inspira l'altro espira, e così via per alcuni minuti. La coppia deve cercare di raggiungere una sincronizzazione. Sugeriamo di provare a casa questo esercizio anche se sono arrabbiati, prestando attenzione alle sensazioni del corpo e alla 'danza' che riescono a raggiungere insieme. Sappiamo dalle neuroscienze che se il corpo sperimenta qualcosa in armonia, la mente lo seguirà.

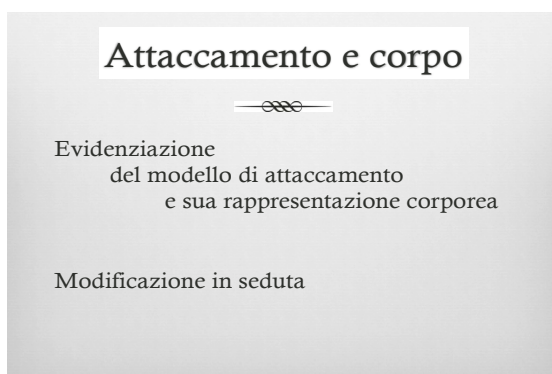


Questo esercizio può anche favorire una maggiore intimità (che non necessariamente si traduce in sessualità). E' anche un modo per far emergere problemi profondi relativi a possibili traumi del passato, e permettere, così, di affrontarli ed elaborarli. Ad esempio, con questa stimolazione corporea in una donna è emerso alla coscienza un evento traumatico, relativo ad un abuso sessuale. La difficoltà di sperimentare questo esercizio e la riemersione del ricordo hanno permesso di capire come il marito diventava involontariamente un riattivatore traumatico. Abbiamo poi potuto elaborare questo trauma con EMDR, in sedute individuali, per poi ritornare sulla coppia, con un notevole beneficio.

La riattivazione dell'attaccamento

Nel corso di una terapia di coppia emerge sempre come i diversi stili di attaccamento siano coinvolti nella relazione tra i partner. In passato si è molto parlato di questo, per esempio, analizzando i modi in cui un uomo evitante e autosufficiente può manifestare il bisogno di essere compreso, mentre il partner ambivalente ha bisogno di diventare più forte.

Recentemente abbiamo sperimentato qualcosa di diverso.



Quando sentiamo che i corpi dei partner stanno parlando del proprio tipo di attaccamento (per esempio, stare da soli o chiedere aiuto), chiediamo loro di fare quello che sentono in quel momento. Ad esempio, in una seduta di coppia, il marito ha espresso la sua tristezza nel sentire che la moglie non riusciva a credere di poter essere il suo sostegno. In quel momento avrebbe voluto mettersi in un angolo della stanza a piangere da solo. Il terapeuta gli ha chiesto di farlo, di andare in un angolo e restare lì da solo. Poi ha chiesto alla moglie di rimanere alcuni istanti in ascolto delle proprie sensazioni e, quindi, di raggiungere il marito.

Quando la moglie ha raggiunto il marito, questi ha iniziato a piangere in modo incontrollabile.

Così, durante la seduta, è stato possibile che il marito mostrasse profondamente il suo bisogno e la moglie utilizzasse le proprie risorse in un modo nuovo, come una base sicura. Questa esperienza, significativa ed emozionante, ha rappresentato una svolta nella dinamica di questa coppia.

Il ruolo del terapeuta

Connettore di linguaggi

Guida esperienza emotiva e corporea:

1. Tollerare il silenzio
2. Tolleranza alta emotività
3. Coinvolgimento
4. Rispetto

Quelle che abbiamo presentato non sono semplici tecniche, ma un modo per capire e far capire meglio la sofferenza e per aiutare la coppia in difficoltà, permettendo alle persone di sperimentare a livello più profondo la possibile via del cambiamento. Il terapeuta ha un ruolo profondamente importante e nello stesso tempo delicato. Deve capire quando suggerire tali tecniche esperienziali: il timing, infatti, è fondamentale. Non possono essere usate troppo precocemente, perché necessitano di una buona alleanza terapeutica e della fiducia dei nostri clienti per potersi mettere in gioco. Inoltre il terapeuta deve essere in buon contatto con le proprie emozioni e le reazioni del corpo: in particolare deve saper tollerare il silenzio e le espressioni emotive, rimanendo ingaggiato, rispettoso e accogliente.

Bibliografia

- G. Attili, *Attaccamento e amore*, Il Mulino 2004
 P. Caillé, Y. Rey, *Gli oggetti fluttuanti*, Armando 2005
 A. Canevaro, *Quando volano i cormorani*, Borla, 2009
 A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*, Harcourt, 1999
 P. Ekman, W. V. Friesen, *Unmasking the face*, Prentice-Hall, 1975
 J. L. Framo, *Family-of-origin therapy: An intergenerational approach*, New York, Brunner/Mazel, 1992
 D. Ghezzi, "Terapia con le coppie, un protocollo consolidato", in *Terapia Familiare*, 74, 2004, pp. 11-41
 K. Minton, P. Ogden, C. Pain, *Trauma and the body*, W. W. Norton & Company, 2006
 M. Selvini Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini, AM Sorrentino, *I giochi psicotici della famiglia*, Cortina, 1988
 F. Shapiro, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, Guilford Press, 2001
 D. Siegel, *The developing mind*, Guilford Press, 2012

Progetto Georgia: dalla coppia ai sistemi

Loredana A. Messina, Roberta Noto, Pier Francesco Sannasardo

Quando una coppia scopre di attendere un bambino, generalmente pensa subito alla gioia e la felicità che proverà nel vederlo la prima volta, alla responsabilità e alla volontà di proteggerlo, di farlo crescere dando la priorità ad esso e mettendolo davanti ad ogni cosa. Quando, invece, l'evento lieto della nascita si trasforma in un evento luttuoso e la coppia si ritrova a dover affrontare e vivere un aborto spontaneo il senso di colpa e l'impotenza sono i sentimenti che immediatamente si attivano, soprattutto nella mamma, e molto spesso il contesto (famiglie d'origine, amici, ecc), senza volerlo, incrementa tali sentimenti e relativi pensieri sottostanti, colpevolizzando.

In questo lavoro abbiamo scelto di soffermarci con maggiore attenzione sull'argomento dell'aborto, in quanto in molti casi non viene riconosciuto come una perdita a tutti gli effetti, venendo così negata la giusta dignità che tale sentimento merita.

L'aborto spontaneo infatti è molto più frequente di quanto si ritenga e gli studi più recenti indicano che circa un terzo delle gravidanze terminano in tal modo. Il periodo a maggiore rischio è il primo trimestre. Possiamo parlare solo di probabilità, di stima epidemiologica, visto che molte interruzioni spontanee passano inosservate, senza assumere dignità diagnostica. L'aborto ripetuto (due o più interruzioni spontanee) interessa il 3% delle coppie che cercano di avere figli, e l'1% delle coppie ha avuto almeno tre casi di aborto consecutivi.

I dati Istat indicano che l'aborto spontaneo avviene:

- Il 36.7% fino alla settimana 8 di amenorrea
- Il 32.4% tra la settimana 9 e la 10
- Il 17.2% tra la settimana 11 e la 12
- Il 5.4% tra la settimana 13 e la 15
- Il 3.9% tra la settimana 16 e la 20
- L'1.7% tra la settimana 21 e la 25
- Il restante 2.7% in un periodo non precisato

Si definisce aborto l'interruzione della gravidanza prima del 180° giorno di amenorrea, calcolato dal primo giorno dell'ultimo flusso mestruale; aborto si definisce anche l'espulsione o l'estrazione strumentale dall'organismo materno di un feto o un embrione. Le cause possono essere molteplici ma possono semplicisticamente essere divise in due gruppi: ovariali e materne.

Circa il 70% degli aborti spontanei è dovuto a cause ovariali, cioè ad alterazioni che colpiscono inizialmente l'uovo, rendendone impossibile l'ulteriore sviluppo.

Le cause materne possono invece essere divise in locali (legate ad alterazioni dell'apparato genitale), oppure sistemiche (dovute a malattie dell'organismo).

La sintomatologia che potrebbe definirsi tipica dell'aborto spontaneo prevede perdite ematiche e contrazioni uterine, anche se tale sintomatologia, tuttavia, non indica necessariamente un aborto. Per tali ragioni si parla di sintomi poco specifici. La gravidanza, infatti, può anche interrompersi in maniera del tutto asintomatica e in questo caso si parla di aborto interno. L'embrione rimane in utero con la cervice chiusa, anche se non c'è più battito cardiaco.

Le cause di un aborto che avviene nel primo trimestre sono diverse da quello che si verificano nel secondo trimestre. In entrambi i casi sono numerose e varie, spesso difficilmente riconoscibili, principalmente dovute ad aberrazioni cromosomiche del prodotto del concepimento e secondariamente per problemi della gestante tra i quali:

- utero anomalo
- patologie endocrine o immunitarie

- malattie infettive
- malnutrizione
- abuso di droga e alcool
- età materna a rischio (sotto i 20 e sopra i 35).

Nel caso di una interruzione volontaria di gravidanza (IVG) la si può richiedere entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari.

L'IVG può essere praticata dopo i primi 90 giorni quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure quando siano state accertate gravi anomalie del feto, che potrebbero danneggiare la salute psicofisica della donna.

Sia nei casi di aborto spontaneo che in quelli di interruzione volontaria di gravidanza ci sono specifiche leggi che regolamentano le procedure da seguire e le pratiche di sepoltura.

In entrambi i casi siamo comunque di fronte ad una perdita, che nel primo caso possiamo considerare improvvisa e quindi in genere non desiderata, mentre nel secondo, possiamo parlare di una perdita annunciata, tuttavia tali eventi possono lasciare dei segni e dare luogo ad esperienze di lutto e sofferenza.

Nel momento in cui infatti un genitore diventa consapevole che c'è in corso una gravidanza comincerà un processo di pensiero, che darà vita a quello che possiamo definire bambino immaginato. Ogni bambino immaginato porta con sé un insieme di desideri, aspettative e miti familiari, che ne connotano la sua essenza. Il divario tra il bambino immaginato e quello reale, se un tempo veniva colmato al momento della nascita, oggi giorno si accorcia sempre di più, già nel corso della gestazione. Infatti grazie alle nuove tecnologie ed ai passi avanti della medicina, oggi siamo in grado di avere un consistente quantitativo di informazioni sul nascituro, fin dai primissimi mesi. Rispetto ad un passato non troppo lontano, si prende ormai coscienza della gravidanza in corso con estrema puntualità, grazie ai test facilmente reperibili per tutti e sufficientemente attendibili e a controlli medici semplici ed efficienti. Inoltre, grazie alle strumentazioni avanzate, è possibile seguire passo passo i vari momenti di sviluppo del feto e acquisire tutta una serie di informazioni che possono portare la coppia ad avere un'idea sempre più realistica del bambino, partendo dalla conoscenza del sesso, che può aprire una serie di aspettative legate al genere e chiuderne in conseguenza altre, o anche informazioni sullo stato di salute e crescita del feto che possono portare a scelte importanti, fin dai primi mesi di gravidanza. Il continuo monitoraggio a cui oggi si sottopongono le donne fa sì che la percezione della genitorialità si affermi in tempi molto più rapidi rispetto a prima. Questo aspetto introduce una variabile molto importante che riguarda tutta l'esperienza legata alla genitorialità e cioè il tempo. Non solo inteso come tempi della gravidanza, come abbiamo già visto, ma anche come tempo storico. Rispetto al passato l'approccio alla genitorialità è molto cambiato, in quanto si inizia più tardi a pensare di avere dei figli e se ne fanno molti di meno, puntando ormai sempre più di frequente su un unico figlio. Se un tempo, inoltre, la mortalità infantile era piuttosto alta e quindi ciò portava ad avere un atteggiamento di aspettativa e accettazione riguardo tale possibilità, oggi quando ciò avviene, l'impatto sulla coppia è spesso molto forte, proprio perché non si è più preparati a tale eventualità.

Un'altra variabile che ha un notevole influsso sulle modalità di vivere un tale evento è quella del contesto, o per meglio dire dei contesti di appartenenza di ogni genitore, partendo da quello personale, con tutto quel sistema di idee e valori che ognuno si porta dietro, fino a quello di coppia, che vede un insieme di aspettative e desideri condivisi, ma anche quello della famiglia di origine, con i suoi miti e i suoi mandati, quello amicale e sociale e non per ultimo quello

medico, che, in un periodo come quello della gravidanza, svolge un ruolo di grande importanza. Ognuno di questi contesti ha la possibilità di essere di supporto alla coppia, ma può rivelarsi in certi casi, di ostacolo al superamento della fase di lutto a seconda di quale sistema di aspettative, valori e convinzioni verrà sollecitato.

Può capitare che il dolore dato dalla perdita venga sminuito sia dai vari contesti di appartenenza, che spesso non riescono a comprenderlo e contenerlo, sia dal sistema medico, che sottovaluta il vissuto dei genitori, creando così un'incongruenza di significato tra le premesse di chi vive tale esperienza come luttuosa e quelle di chi la vede come qualcosa di biologico, naturale e ordinario. Tutto questo porta "le mamme e i papà", che stanno vivendo l'evento, a chiudersi sempre più in una bolla di silenzio e ritiro, isolandosi in un dolore che frequentemente non trova ascolto, portando così le coppie a vivere il lutto come qualcosa di innaturale e patologico, trascurando che al contrario esso è una risposta naturale e fisiologica a tutte le situazioni di perdita.

E' qui che l'Associazione Georgia può entrare in scena, nel momento in cui i sistemi di riferimento del genitore non riescano ad offrire un supporto adeguato alla moltitudine di sentimenti che una perdita può attivare, proponendosi di accompagnare la coppia in un percorso di sostegno e attraversamento del dolore.

Due sono gli elementi fondamentali che portano la coppia a vivere con confusione l'aborto: una comunicazione povera e inadeguata da parte del personale medico sanitario e una, conseguenziale, difficoltà dei genitori a collocare ciò che per loro è il figlio. Per tale motivo reputiamo interessante lavorare sui vari sistemi che circondano la coppia, non limitandoci alla coppia stessa.

Mission sostanziale dell'associazione è quella di offrire uno spazio di ascolto, sostegno e supporto psicologico, tramite incontri di consulenza e/o percorsi di sostegno sia per il singolo, sia per la coppia, che per la famiglia, gruppi di auto mutuo aiuto e accompagnamento alle coppie in percorsi di tipo conoscitivo, dando informazioni di tipo legale e medico.

Riteniamo, inoltre, che sia di fondamentale importanza offrire uno spazio di ascolto ai professionisti del settore medico sanitario che giornalmente si imbattono in eventi del genere, promuovendo anche la loro formazione sia per evitare il burn-out, sia per favorire e incrementare dei comportamenti e una comunicazione disposta a non ferire la "sensibilità" di coloro che vivono tali drammi.

Dopo aver svolto vari colloqui presso la sede dell'associazione con coppie che hanno vissuto aborti, inviate dai ginecologi che collaborano con essa, si è visto che un lavoro sistemico e integrato su più livelli, medico, psicologico e sociale, può aiutare il sistema coppia ad affrontare l'evento negativo e ad elaborare il lutto dato dalla grave perdita.

I colloqui hanno permesso ai "genitori speciali" ma soprattutto alle "mamme speciali" di attraversare il lutto, concedendogli e concedendosi il tempo di trovare un nuovo significato e un nuovo senso all'evento, valorizzando la perdita stessa.

In generale si può confermare che il sostegno così configurato, su più livelli e su più sistemi, permette alla coppia stessa, e soprattutto alla mamma, di affrontare in modo certamente più funzionale e con meno ansie una nuova gravidanza, a creare una collaborazione positiva e meno ansiogena con i professionisti del settore basata sulla fiducia, e produrre pensieri molto più positivi legati all'essere genitori del bambino che verrà.

Lo sportello di ascolto e consulenza: “L’arcipelago delle affettività e delle identità”

Federica Di Girolamo¹, Alessandra Cescut², Francesca Froiio³, Anita Giuliano⁴, Simona Liberati⁵, Jacopo Minniti⁶, Luana Morgilli⁷, Luca Palleschi⁸, Simone Truzzi⁹, Luca Chianura¹⁰

L'obiettivo del progetto (ideato e costruito attraverso una collaborazione tra l'Istituto Metafora, la Cattedra di Valutazione Clinica e Diagnosi - Prof. V. Lingiardi -, e la Cattedra di Metodi di Osservazione per l'Infanzia e la Genitorialità - Prof.ssa S. Mazzoni -, Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza", Università di Roma, ed il VII Municipio, Roma Capitale), si è concretizzato nella realizzazione, all'interno del territorio del VII Municipio, di uno spazio di ascolto e consulenza/sostegno psicologico per adolescenti, giovani adulti, coppie e famiglie che si trovano ad affrontare problematiche nell'area dell'affettività, della sessualità e dell'identità, con particolare riferimento a tematiche quali orientamento sessuale ed identità di genere.

La complessità di tali aree conduce a presupporre che non si possano definire, in maniera rigida, i criteri di accesso dell'utenza alla struttura; piuttosto, in un'ottica “globale” di tutela della salute intesa come “benessere psicofisico”, si ritiene che sia necessario lasciare ampi spazi di accesso ad un profilo variegato di utenza. E' importante, dunque, intendere tale struttura, non solo come una risposta di sostegno alle situazioni di problematicità e disagio conclamato, ma come opportunità per un vasto numero di utenti, con un'ottica preventiva e meno riabilitativa.

La struttura, gratuita e aperta ai residenti in Roma e provincia, è organizzata come presidio specialistico territoriale, strettamente collegato con i servizi socio-sanitari e del privato sociale del territorio romano e con le associazioni GLBT locali.

Nonostante le premesse sopraesposte, è parso comunque necessario definire che la struttura sia rivolta a tali tipologie di utenze:

- adolescenti e giovani adulti che si trovano ad affrontare problematiche nell'area dell'affettività, della sessualità e dell'identità;
- coppie e famiglie che si trovano ad affrontare un evento critico del ciclo vitale e sentono la necessità di un sostegno psicologico, con una specifica attenzione a casi di famiglie adottive/affidatarie,

¹ Psicologa, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Coordinatrice dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

² Psicologa, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Operatrice dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

³ Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Operatrice dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

⁴ Psicologa, Psicoterapeuta, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Operatrice dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

⁵ Psicologa, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Operatrice dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

⁶ Psicologo, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora Roma. Operatore dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

⁷ Psicologa, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Operatrice dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

⁸ Psicologo, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Operatore dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

⁹ Psicologo, Psicoterapeuta, Equipe di Intervento Clinico e di Ricerca, Istituto Metafora, Roma. Operatore dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

¹⁰ Psicologo, Psicoterapeuta, Direttore Istituto Metafora, Roma. Responsabile Clinico dello Sportello “L’Arcipelago delle affettività e delle identità”.

separate, ricomposte, monoparentali, omogenitoriali e transgenitoriali;

- tutti i professionisti che lavorano in ambito socio-sanitario e pedagogico-educativo (medici, psicologi, assistenti sociali, insegnanti, educatori, pedagogisti, sociologi, mediatori culturali e familiari, ecc.).

Sin dalla "nascita" dello Sportello di Ascolto e Consulenza "L'Arcipelago delle Affettività e delle Identità", si è voluto strutturare e perseguire una metodologia di lavoro di rete coordinata e sinergica che ha coinvolto e favorito la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali competenti ed interessati all'effettuazione di interventi di prevenzione del disagio, di miglioramento della qualità della vita, di presa in carico e di trattamento terapeutico in età evolutiva (Enti locali, Servizi di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva, Dipartimenti di Salute Mentale, ospedali, istituti scolastici, medici di medicina generale, privato sociale, etc.). Tale modalità di lavoro di rete intra-istituzionale, oltre che aumentare le opportunità e l'efficacia dei servizi e delle strutture territoriali per l'età evolutiva, ha offerto la possibilità di fornire prestazioni specialistiche e qualificate ad un tipo di utenza che, spesso, non possiede adeguate risorse economiche per poter usufruire delle strutture e dei professionisti privati e alla quale il servizio pubblico, saturo di richieste, non riesce ad offrire un'appropriate risposta.

La creazione di una struttura, così come è stata organizzata, presenta degli aspetti innovativi sul trattamento di richieste di intervento effettuate direttamente dai singoli cittadini. La struttura è organizzata, come già detto, in modo tale che vengano accolte richieste incerte, poco definite, sicuramente non connotate in termini psichiatrici e di psicopatologia grave e cronica, e permette ad una larga fascia di utenti di accedere ad un servizio specialistico e pubblico, in delicate fasi del ciclo vitale e spesso all'esordio di rilevanti stati psicopatologici.

Lo Sportello ha anche progettato e promosso, negli anni, interventi informativi e formativi per gli operatori del territorio, che lavorano in ambito socio-sanitario e pedagogico-educativo, relativi all'uguaglianza e al rispetto delle differenze individuali, con particolare attenzione al contrasto dei fenomeni di bullismo a matrice omofobica e transfobica.

Si vogliono evidenziare e schematizzare, infine, sia le finalità generali che si è voluto perseguire nella progettazione dello Sportello, sia le aree di intervento in cui si articola lo stesso:

Finalità

- contribuire alla prevenzione del disagio e alla promozione del benessere di soggetti in età evolutiva e delle loro famiglie;
- favorire l'emergere del disagio sommerso dei genitori e dei loro figli;
- favorire la definizione di una richiesta di aiuto attraverso modalità che facilitino un esito positivo piuttosto che l'escalation di comportamenti a rischio;
- potenziare le capacità educative dei genitori e della rete educante esistente nell'ambito della famiglia e del territorio;
- formare ed educare al tema della "diversità" e delle differenze individuali;
- consolidare il sistema territoriale socio-educativo attraverso il lavoro in rete delle scuole con i servizi socio-sanitari e promuovere e migliorare il funzionamento della rete dei servizi;
- orientare l'utenza all'utilizzo dei servizi socio-sanitari, psicopedagogici e ludico-culturali presenti sul territorio.

Le aree di intervento

1. Area integrata di consulenza e valutazione

- Servizio di prima accoglienza;
- Sportello informativo telefonico;
- Consulenza psicologica individuale all'adolescente e al giovane adulto;
- Consulenza per soggetti in età evolutiva e per le loro famiglie, orientata sul versante psico-educativo e finalizzata alla prevenzione di situazioni di disagio;
- Consulenza psicologica familiare per disagi/problematiche connesse ad eventi critici del ciclo vitale con interventi di sostegno alla genitorialità;
- Identificazione di interventi specifici e individualizzati e invii mirati ad altri servizi socio-sanitari del territorio.

2. Area di prevenzione e ricerca

- Attività di supervisione ed interventi informativi e formativi per gli operatori del territorio che lavorano in ambito socio-sanitario e pedagogico-educativo;
- Attività di progettazione di ricerche e di elaborazione-dati in équipe;
- Campagne di sensibilizzazione alle problematiche trattate relative all'uguaglianza e al rispetto delle differenze individuali, con particolare attenzione al contrasto dei fenomeni di bullismo a matrice omofobica e trans fobica;
- Supervisione e formazione all'équipe interdisciplinare dello Sportello.

Informazioni

Lo Sportello, gratuito e aperto ai residenti in Roma e provincia, è aperto due volte a settimana (martedì e venerdì), con orario 16.00-19.00; gli appuntamenti sono concordati previo contatto telefonico o personale (389 2527341). La sede dello Sportello è presso la Torretta di P.za dei Consoli (Metro: Lucio Sestio).

Il terzo contesto: un caso di co-terapia familiare

Emanuele Mingione, Marina Scappaticci

"1+1=3". Tale calcolo non è errato, bensì è l'espressione di come, secondo la Teoria Generale dei Sistemi, un sistema è "cosa altra" dalla semplice somma dei suoi singoli membri. Lo stesso principio è possibile applicarlo quando avviene il passaggio da due terapie individuali ad una co-terapia familiare. Watzlawick (1971), nel definire un sistema come "un insieme di oggetti e di relazioni tra gli oggetti e tra i loro attributi, in cui gli oggetti sono parti del sistema, gli attributi sono proprietà degli oggetti, che concorrono alla loro specificazione, e le relazioni tengono insieme il sistema, rappresentando il punto di vista che adottiamo sul sistema", specifica anche che una delle sue principali proprietà è la totalità. Tale caratteristica implica che ogni parte del sistema è in rapporto con il tutto e quindi che una modificazione del sistema influisce sulla parte, così come una modificazione della parte influisce sul tutto. Il sistema è un tutto inscindibile, non un semplice agglomerato di parti indipendenti. Il principio di totalità ha come corollario la non-sommatività: il risultato a livello di sistema dell'interazione delle parti non è semplicemente la somma del contributo parziale di ogni parte del sistema, ma è un qualcosa di più, qualcosa che implica l'emergenza di comportamenti a livello di sistema non predicibili dai comportamenti delle parti. Proprio questa non sommatività è stata possibile sperimentare nella co-terapia,

trasformando due i singoli contesti in un "terzo contesto". Un lavoro tra i livelli ed attraverso di essi, in cui il nuovo contesto ha permesso di muoversi con velocità altre rispetto a prima. Lo stesso Watzlawick (1971), punto di partenza per ogni giovane sistemico, ha sottolineato che quando definiamo un sistema dobbiamo anche definire il suo ambiente, ovvero il contesto nel quale il sistema si forma. Quindi, un fenomeno resta inspiegabile finché il campo d'osservazione non è abbastanza ampio da includere il contesto in cui si verifica. Se, infatti, l'osservatore non si rende conto delle relazioni che intercorrono tra l'evento e la matrice in cui esso si verifica, ovvero tra un dato di studio ed il suo ambiente, rischia di perdere la foto totale degli eventi e di attribuire all'oggetto di studio significati e proprietà che l'oggetto potrebbe non avere.

Il contesto viene definito da Bateson (1976) come il campo in cui si realizza, prendendo forma e significato, un comportamento umano. Dunque, i comportamenti assumono significato in rapporto alla situazione, cioè a particolari circostanze che in un certo momento influenzano il comportamento di una persona. Il passaggio dalle singole terapie individuali alla co-terapia ha evidenziato il formarsi di nuove componenti principali del contesto, in quanto si sono modificati, da un lato, il luogo, la situazione relazionale e la storia e, dall'altro, le stesse interconnessioni tra queste componenti, dando inizio ad un gioco di appartenenza che ha prodotto un cambiamento con la creazione di un terzo contesto. Infatti, nuovo è il setting, nuove sono le relazioni, quasi come a rimescolare le carte ed iniziare un altro gioco.

Al centro del nostro lavoro vi è il complesso processo di svincolo di una madre e della sua unica figlia, una giovane adulta di 34 anni, che vive insieme a lei. Durante la sua terapia individuale, la madre, A., una donna vedova, da poco in pensione, di 63 anni, dal carattere autoritario, che ha lavorato come infermiera ed è stata direttrice di un'importante scuola di formazione in Scienze Infermieristiche, si descrive come preoccupata per sua figlia, in quanto non la vede forte come lei. La motivazione alla terapia, che porta, è quella di conoscersi meglio e migliorare la relazione con la figlia, che vede come troppo fragile. In una delle prime sedute, afferma *"Io sono una donna forte e non ho mai avuto bisogno di nessuno."*; *"M. (riferendosi alla figlia) è ancora una bambina. Io, invece, son dovuta crescere subito"*; ed ancora *"Io sono il suo faro. Lei non fa niente da sola"*. Anche la figlia M., che lavora come infermiera, nel corso del suo personale processo terapeutico, iniziato a pochi mesi di distanza dalla madre, si mostra preoccupata per il rapporto che ha con il genitore e si descrive come persona che vive una *"vita tutto sommato tranquilla"*, ma che vorrebbe affrontare con maggiore energia le difficoltà. Al proprio terapeuta manifesta in più di occasione il suo conflitto tra autonomia e dipendenza, descrivendo sua madre come l'unica reale relazione importante nella sua esistenza, evidenziando, inoltre, nei confronti della stessa un forte senso di inferiorità. Nella stanza di terapia, manifestando il suo sentirsi *"inadeguata"* e *"sola"* dice: frasi come: *"Se perdo mia madre non esisto."*; *"Io sbaglio sempre per lei: sono stupida ed incapace."*; *"Basta che mi ritiro a casa, lì c'è mamma"*.

In occasione di un C-Day, giorno dedicato dalle docenti dell'I.Te.R. (Istituto di Terapia Relazionale) di Napoli e Caserta alle consulenze dei casi di noi ex-allievi, durante il confronto con l'equipe di lavoro, è sorta l'idea di giocarsi una partita diversa con le due donne: la co-terapia.

Attualmente, il lavoro di co-terapia procede gradino per gradino. La madre incomincia a vedersi e a vedere la figlia da angolazioni diverse, affermando in una delle ultime sedute: *"Oggi sono una donna in pensione che vorrebbe diventare nonna."* ; *"M.??? Ora la vedo donna e può permettersi di sbucciarsi le ginocchia."*; *"La distanza non è abbandono per noi."*. La figlia inizia a "rischiarsi", parla di voler prendere in affitto un appartamento tutto per sé, e sembra diventare più consapevole dei propri bisogni, le sue parole sono: *"Oggi so che*

voglio ma non so se potrò averlo.”; “Mamma è un punto di partenza, non un arrivo.”; “Oggi, penso che posso farcela a camminare da sola; andare via non è abbandono ma un costruire di entrambe per entrambe.”.

Il contesto, per Bateson (1976), è “la matrice dei significati”, dunque, nessun fatto può essere spiegato senza considerare l'intreccio delle circostanze entro cui lo stesso fatto emerge e si sviluppa. A tal proposito, la Fruggeri (1998) ha evidenziato che, verso la fine degli anni settanta e l'inizio degli anni ottanta, l'orizzonte dei terapeuti sistemici si è ampliato, in quanto, oltre a riflettere sul contesto delle interazioni familiari, cioè sul contesto di insorgenza e mantenimento del comportamento sintomatico, essi hanno cominciato a prendere in considerazione il contesto della psicoterapia, cioè il contesto del cambiamento del comportamento sintomatico. In particolare, sottolinea la Fruggeri (1998), i terapeuti si sono interrogati sulla necessità di elaborare modalità di intervento che, ispirandosi al modello sistemico, tengano conto delle caratteristiche del contesto in cui l'intervento stesso viene condotto. Hanno così preso atto che non sono soltanto i comportamenti dei membri della famiglia ad assumere significati in relazione alla situazione, ma che il principio della contestualizzazione vale anche per le azioni dei terapeuti. Da questo punto di vista, appare chiaro che le tecniche e le strategie terapeutiche non possono essere considerate universalmente valide o efficaci, esse devono poter essere adeguate alle caratteristiche del contesto in cui vengono praticate. Secondo la Fruggeri (1998), dunque, la ridefinizione della nozione di contesto ha comportato un allargamento qualitativo del campo di analisi: l'attenzione è posta sul come i sistemi di rappresentazione e significato di terapeuta e paziente/famiglia si coordinano nella costruzione delle dinamiche relazionali che costituiscono il contesto, cioè la matrice dei significati, delle azioni che in tale costruzione vengono messe in atto. Le aspettative delle famiglie o dei pazienti nei confronti dell'intervento terapeutico, il loro modo di rappresentarsi il luogo della terapia, i loro miti o paradigmi familiari, le loro teorie implicite relative alla malattia, così come le aspettative, le rappresentazioni, i miti e le teorie implicite dei terapeuti, vengono assunti a oggetto di analisi, non separatamente, ma per come essi si coordinano nell'azione congiunta che costruisce il processo terapeutico.

In questa prospettiva si inserisce la nostra esperienza. Siamo partiti da due setting diversi, due terapeuti diversi, due percorsi individuali con tempi diversi, due pazienti diversi di un unico sistema familiare. Madre vedova e figlia unica di trentaquattro anni intrappolate in un rapporto simbiotico ed invischiato che non permette loro di mettere in atto un funzionale processo di separazione-individuazione. Nell'impossibilità di una terapia familiare, dato l'ambiguo conflitto tra le due, sono iniziati due processi terapeutici distinti, che si sono incontrati nella supervisione indiretta che ha creato poi un nuovo contesto: una vera e propria co-terapia. L'intento è stato quello di far sperimentare, inizialmente, alle due donne, due contesti paralleli, in cui ognuna poteva lavorare su se stessa e sul proprio processo di svincolo, raggiungendo un certo grado di autonomia. La messa in gioco nei singoli processi terapeutici del lavoro di supervisione ha, ben presto, permesso alle due pazienti di costruirsi un nuovo “spazio” tra di loro, dapprima mentale e poi effettivo, nella co-terapia, in cui l'individualità e la distanza sono divenute tollerabili. La co-presenza di autonomia, ma anche di scambio e fiducia, tra i terapeuti ha dato l'opportunità alle donne di poter cambiare, prima singolarmente e poi nella loro relazione. La co-terapia ha permesso così di confermare non solo il principio di non-sommatività ma anche le parole di Bateson (1976): “Senza l'identificazione del contesto non si può capire nulla”. Infatti, perseguendo il pensiero di Whitaker (1978) che “niente che valga la pena di essere appreso può essere insegnato, deve essere esperito”, da giovani terapeuti abbiamo toccato con mano quanto l'adozione di una strategia, “coerentemente” sentita e scelta, come la trasformazione di due terapie

individuali in una co-terapia familiare, conduce inevitabilmente ad un cambiamento, con la nascita di un sistema altro, dotato di nuove caratteristiche. Cambia la relazione, e, come un doppio di tennis rispetto ad un match singolo, vi sono diversi ritmi, alternanze, ruoli e regole che con consapevolezza, proprio come un atleta, un terapeuta persegue.

Bibliografia

- Aurilio R. (1995), "Di famiglia in famiglia: affetti e trasformazioni nella relazione terapeutica" - Estratto dal Volume "Famiglia: continuità, affetti, trasformazioni, ricerca e psicoterapia"- Ed. Franco Angeli, Milano.
- Aurilio R. (1991), "Abitare la follia: architetture terapeutiche nella famiglia a transizione psicotica" - Estratto dal Volume "Genitori, Individui e Relazioni intergenerazionali nella famiglia" - Ed. Franco Angeli, Milano.
- Bateson G. (1976), "Verso un'ecologia della mente", Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1997), "Una sacra unità", Adelphi, Milano.
- Bowen M. (1979), "Dalla famiglia all'individuo", a cura di ANDOLFI M., DE NICHILLO M., Astrolabio, Roma.
- Fruggeri L. (1998) "Dal contesto come oggetto alla contestualizzazione come principio di metodo". Connessioni, 3, pp. 75-85.
- Malagoli Togliatti M., Lubrano Lavadera A. (2002), "Dinamiche relazionali e Ciclo di vita della famiglia", Il Mulino, Bologna.
- Watzlawick P., Beavin J.M., Jackson D. (1971), "La pragmatica della comunicazione umana", Astrolabio, Roma.
- Whitaker C. A., Bumberry William M. (1989), "Danzando con la famiglia", Astrolabio, Roma.
- Whitaker C. A. (1990), "Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia", Astrolabio, Roma.

PNEI, EMDR e ottica sistemica: una possibile integrazione

I. Bernardini

PNEI e ottica sistemica

La PNEI e l'Ottica Sistemica s'integrano in una visione olistica dell'uomo, inteso come sistema vivente.

La vita stessa può essere definita come una proprietà che emerge da un sistema nel suo complesso e non dalle singole parti che lo compongono ("*sistema*" è ogni livello di organizzazione formato da parti differenziate che cooperano per formare un'entità organizzativa con specifiche funzioni, funzioni che non possono essere svolte dalle singole parti autonomamente, Von Bertalanffy, 1968). La vita, in tutto il mondo vivente e in moltissimi fenomeni naturali, si basa su meccanismi di retroazione o feedback (termine coniato da Norbert Wiener, padre della Cibernetica, 1968) che ne definiscono una caratteristica fondamentale, **l'auto-regolazione**, ovvero la capacità dei sistemi viventi di sviluppare spontaneamente processi organizzativi a partire da un numero minimo di elementi. Tale immagine dell'uomo come sistema vivente (costituito da livelli sub individuali, che vanno dall'atomo all'organismo), inserito in un processo di continua interazione con il contesto (contesto come "sistema" organizzato in livelli super individuali, che vanno dal sistema organismo all'ecosistema), s'inserisce nella cornice epistemologica della **Teoria della Complessità** (Morin, 1984), in cui è sempre il più complesso che spiega il più semplice e, secondariamente, si inserisce nella cornice scientifica della PNEI che, coerentemente con la "scienza della

complessità", si propone di unificare i dati provenienti da diversi settori disciplinari per cercare di comprendere i fenomeni più complessi alla base della vita e dei processi vitali che definiscono il rapporto "salute – malattia".

La mente

In questa visione dell'uomo come sistema vivente, che si autoregola, in continua relazione con il suo ambiente, la mente è descritta come *quella funzione che consente di dare delle interpretazioni agli stimoli ambientali o interni, sulla base di parametri soggettivi costruiti mediante l'esperienza* (Lazzari, 2007). Nell'uomo questa capacità di produrre descrizioni si estende alla coscienza personale e diventa coscienza di sé. Castelfranchi (2000) definisce la mente come *l'attività di regolazione finalistica del comportamento sulla base di rappresentazioni*. Tale attività di regolazione finalistica si basa su un elemento centrale: **il significato e i processi di attribuzione di significato**.

La mente e il cervello stanno in un rapporto d'interdipendenza, s'influenzano e si plasmano a vicenda. Funzione mentale e funzione neurale corrispondono, rispettivamente, alla dimensione del significato la prima, a quella dei processi neurali e dei processi chimico fisici la seconda. Più specificatamente, *le reti neurali si modellano nell'uomo in base a reti associative simboliche e linguistiche, basate sui significati implicitamente o esplicitamente attribuiti* (Edelman, Tononi, 2000).

In altri termini, coerentemente con il pensiero di Gregory Bateson (1979), la nostra mente è una "co - costruzione" tra individuo e contesto. Così che, se a un primo livello di analisi, i meccanismi interni di auto regolazione costituiscono i processi che si generano a partire dall'interazione tra individuo e contesto (mente come "co – costruzione"), a un secondo livello di analisi, i processi di retroazione sono alla base dell'interazione e interdipendenza tra mente e cervello.

Il trauma

Il TRAUMA, in chiave Pnei, costituisce una manifestazione particolarmente accentuata e complessa degli effetti dello stress sul network corporeo (Iribarren, 2005). Emozioni troppo intense o troppo prolungate nel tempo, hanno un effetto decisamente negativo sulla memoria e in alcuni casi si può verificare una dissociazione tra memoria esplicita e memoria implicita, fino a compromettere la memoria autobiografica di un evento (Sack, 2000; Gupta, 2002; Lazzari, 2007; Siegel, 2013; Le Doux, 2002).

Quindi, i traumi e lo stress hanno un effetto sulla capacità mnemonica e agiscono come blocco delle funzioni mnemoniche attraverso processi neuroendocrini mediati dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, per cui il cortisolo va a inibire l'attività dell'ippocampo (Siegel, 2013).

Il rapporto tra stress e malattia non è lineare, ma è di tipo circolare. Pertanto, l'eccesso di stress interferisce con il sistema di auto – regolazione dell'individuo e ne determina un progressiva "dis-regolazione" che, a sua volta, provoca una diminuzione dell'efficienza e dell'efficacia dei processi interni e del comportamento.

Per definire con maggior chiarezza il rapporto circolare tra salute e malattia, è utile introdurre il concetto di "sovraccarico allostatico", inteso come un nuovo modo per descrivere il peso biologico (energetico) che si accumula nel corpo nel processo continuo di adattamento all'ambiente, costantemente tendente all'equilibrio tra richieste e risorse a disposizione (Stewart, 2006). Dalle numerose ricerche intorno a questo nuovo costrutto, emerge **il suo ruolo di sintesi dei processi biologici che mediano il rapporto tra lo stress percepito (psicologico e ambientale) e malattia, sia nei bambini che negli adulti**. (Catherine, 1998). Vi sono, dunque, un "carico" ed un "sovraccarico psicologico" legati al "carico" e "sovraccarico allostatico" da processi circolari. Sembra che l'incapacità

dell'individuo di percepire la natura del "sovraccarico allostatico" in atto (che innesca una catena di successive alterazioni nel funzionamento dell'organismo), sia un aspetto centrale della relazione tra salute e malattia. Ciò significa che, non possedendo un indice cosciente dell'entità del proprio sovraccarico allostatico, non siamo in grado di fermare le reazioni e i processi generati dal sistema dello stress, anche quando tali processi tendono a muoverci con decisione verso la condizione di malattia. Inoltre, s'ipotizza che la via biologica e quella psico-comportamentale si rinforzino a vicenda per strutturare situazioni e abitudini disfunzionali per la salute, in una progressione che avviene all'interno di continui feedback tra individuo e ambiente. Nel corso dei quali, esiste un rapporto definito tra livelli di stress e livelli delle prestazioni, così che con l'aumentare dello stress, aumentano le prestazioni, fino a un rapporto ottimale costi benefici (Lazzari, 2007).

Il contributo dell'ottica sistemica e dell'EMDR

Pnei e Ottica Sistemica condividono la stessa idea di Mente, come "co - costruzione" tra individuo e ambiente (Bateson, 1979), per cui i processi mentali non stanno dentro il cervello, ma nell'interazione tra l'individuo e il suo contesto relazionale, ovvero, nelle relazioni.

In Ottica Sistemica ogni comportamento è inteso come comunicazione, pertanto, l'attenzione si focalizza sulla relazione reciproca tra intenzioni individuali ed effetti pragmatici, oltre che sulla comunicazione (circolare e reciproca) e, sulla definizione della relazione tra i componenti di un sistema (Mosconi, 2011). Altresì, il problema o sintomo del paziente è espressione di un disagio associato anche alla posizione relazionale che egli occupa all'interno del suo sistema di relazioni significative, familiari e sociali (Peruzzi, 2008).

Tali premesse su cui si basa l'approccio sistemico, risultano straordinariamente coerenti con il modello Pnei : **la comunicazione come comportamento circolare e reciproco**, da un lato sta alla base del concetto di mente Batesoniana, dall'altro lato, sembra proprio essere un altro modo di descrivere il sistema di auto - regolazione (rapporto tra intenzioni e effetti pragmatici ad un livello, come "apprendimento" ad un altro livello) che si basa sul processo di attribuzione di significati (definizione di sé, dell'altro e della relazione), interconnesso in maniera circolare con il sistema dello stress (posizione e funzione nel proprio sistema di riferimento).

Un sintomo, psichico o fisico che sia, non può prescindere dal funzionamento del sistema vivente che lo manifesta, a sua volta inserito nel suo più ampio sistema relazionale sociale di riferimento. Tutti i processi di reciproca interazione e interdipendenza circolare con il sistema relazionale (comunicazione), hanno luogo coerentemente con il sistema biologico di auto - regolazione (e attribuzione di significati), strettamente connesso con il sistema dello stress, asse della vita, in rapporto di interdipendenza con tutti gli altri sistemi, nervoso, endocrino e immunitario, in un equilibrio omeostatico omeodinamico, olistico e adattivo.

Pertanto, al cambiamento della posizione occupata nel proprio sistema relazionale di riferimento (ruolo e funzione), unito al cambiamento del modo in cui ci si definisce rispetto a se stessi e agli altri (livelli del sé e definizione della relazione), non può che corrispondere, in un processo circolare di auto - regolazione, a tutta una serie di processi a livello biologico, che sono regolati dal sistema dello stress e che, in ultima analisi, hanno un'azione anche sul livello epigenetico.

L'integrazione tra PNEI, EMDR E OTTICA SISTEMICA, necessita di un Modello Teorico di riferimento. In tal senso, sembra particolarmente adatto il Quadrilatero Sistemico di Mosconi (2011, 2012).

L'EMDR è un metodo di elaborazione adattiva delle esperienze traumatiche, che si basa sui processi di desensibilizzazione e di rielaborazione dell'esperienza, attraverso la sollecitazione di ricordi associati. Secondo Mosconi i traumi, specialmente i traumi diffusi "t", sono imprescindibilmente associati ai contesti relazionali in cui si sono sviluppati. L'ottica sistemica focalizza l'attenzione sui contesti relazionali generatori delle esperienze traumatiche, per individuare, analizzare, decostruire e rinarrare le dinamiche che li hanno permessi e definiti.

EMDR e Ottica sistemica, entrambi, s'incontrano nell'obiettivo di elaborare il trauma, per diminuirne la patogenicità, attraverso meccanismi di associazione volti ad *affrontare, esprimere, contestualizzare e storicizzare* l'esperienza traumatica. Quale sia la direzione dell'agire terapeutico, vuoi dall'ipotesi sistemica verso le situazioni conflittuali generatrici del trauma, vuoi dalla situazione traumatica verso i ricordi associati, le persone arrivano a rievocare le medesime situazioni e rappresentazioni. La costruzione dell'*ipotesi sistemica* prepara in maniera mirata il materiale mnemonico che successivamente potrà essere elaborato attraverso il protocollo TICES.

Quindi, l'EMDR, rispetto all'Ottica Sistemica, costituisce una via di accesso più veloce al trauma, uno strumento potente per l'installazione delle risorse e, sembra essere particolarmente vantaggioso nelle sintomatologie ego-distoniche e nei traumi gravi, o in quei contesti relazionale in cui la verbalizzazione è resa difficile ad esempio da segreti familiari. Dunque, può essere considerato una vera e propria manovra di sblocco (Mosconi, 2011, 2012).

Reciprocamente, L'Ottica Sistemica, rispetto all'EMDR, fornisce una maggiore conoscenza e consapevolezza dei giochi relazionali sottostanti e una loro più precisa individuazione nei traumi diffusi "t" alla luce della teoria del doppio legame.

Per quanto concerne la relazione tra EMDR e Pnei, il trauma, come si è detto, costituisce una manifestazione particolarmente complessa e accentuata degli effetti dello stress sul network corporeo (Iribarren, 2005). Pertanto, gli effetti psicobiologici dello stress estremo e del trauma vanno inquadrati nell'ambito della regolazione mente corpo e della regolazione allostatica (Lazzari, 2007).

Laddove lo stress compromette i livelli d'integrazione, coerenza e flessibilità del sistema (lo stress cronico attraverso processi progressivi di dis-regolazione, quello acuto per mezzo di "rotture", blocchi e sconnessioni), l'EMDR costituisce una vera e propria esperienza d'integrazione, a livello emotivo, cognitivo, corporeo e relazionale, che si muove alla ricerca della ristrutturazione dell'equilibrio perduto e che incide sui disturbi fisici legati al sistema dello stress (Goupta, 2002). La ricerca scientifica mostra come l'EMDR modifica i parametri fisiologici riducendo o annullando la risposta dello stress, spostando attivazione dal sistema simpatico a quello parasimpatico e abbassando l'arousal fisiologico (Sack, 2007, 2008).

Tale esperienza di integrazione, si inserisce nel lavoro di psicoterapia sistemica, precisamente, in un ipotesi sistemica (Mosconi, 2008), al fine di sbloccare le emozioni e le definizioni di sé e della relazione che risalgono ad esperienze relazionali traumatiche.

In altri termini, la psicoterapia sistemico relazionale che s'integra con l'EMDR, coerentemente con il modello teorico PNEI, costituisce un intervento efficace sia nella cura di sintomi psichici che psicosomatici, entrambi connessi anche alla posizione che l'individuo occupa nel suo sistema di riferimento e al modo in cui si definisce nelle relazioni. Il lavoro di psicoterapia con EMDR focalizzato sulle esperienze traumatiche relazionali va ad agire direttamente sul sovraccarico allostatico dell'organismo, riducendo lo stress psicologico e liberando l'energia necessaria per fronteggiare il malessere fisico connesso al livello mentale.

Tale intervento psicoterapeutico s'inserisce all'interno di un modello clinico di medicina integrata, che comprende la figura di un medico esperto PNEI e di uno psicoterapeuta sistemico relazionale esperto EMDR. Queste due figure

professionali cooperano definendo un sistema di cura complesso, volto sia all'elaborazione delle esperienze traumatiche alla base dei blocchi emotivi, che alla remissione dei sintomi fisici connessi alla sovra attivazione del sistema dello stress.

Conclusione

Questo lavoro, che connette il modello medico – scientifico Pnei, la Psicoterapia Sistemica Relazionale e l'EMDR, si basa sull'esperienza di collaborazione e di confronto tra figure professionali diverse ma complementari, impegnate nella co - costruzione di un sistema di cura olistico. All'interno del quale il livello biologico e quello mentale sono considerati come due sotto sistemi circolarmente e reciprocamente interconnessi, il cui anello di connessione è dato dall'emozione intesa come integrazione a livello biologico, mentale e relazionale.

Bibliografia

- Beteson G. (1979), *Mind and Nature: A Necessary Unit*, Dutton, New York, 1979; trad. it., *Mente e natura*, Adelphi, Milano 1989.
- Castelfranchi C.(2000),"Cognizione ed emozione negli agenti di intelligenza artificiale", in Castelfranchi C., *I volti della mente*, Cluen, Napoli.
- CatherineH. Et al.(1998), "Cronic stress and illness in children: the role of allostatic load". *Psychosomatic Medicine*, 60:597-603.
- Edelman G.M.,Tononi G. (2000), *Un Universo di coscienza: come la materia diventa immaginazione*, Einaudi, Torino.
- Gupta M.A., Gupta A.K. (2002) *Use of eye movement desentisization and reprocessing in the treatment of dermatologic disorders*, *Journal of Cutaneous Medical Surgery*, 6(5): 415-21
- Iribarren J. Et al. (2005) *Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium*, Oxford University Press, eCAM, 2(4): 503-512.
- Lazzari D. (2007) *Mente & Salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione*, Milano, Franco Angeli.
- Le Doux J. (2002) *The synaptic self*, Viking, New York
- Sack M. et al. (2007) *Assessment of Psychophysiological Stress reactions During a Traumatic Reminder in Patients Treated With EMDR*, *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1): 15-23.
- Sack M. et al (2008) *Alterations in autonomic tone during trauma exposure using EMDR – Results of a preliminary investigation*, *Journal of Anxiety Disorders*, in stampa.
- Morin E.(1984), *Scienza della Coscienza*, Franco Angeli, Milano.
- Mosconi A. (2008), "Terapia relazionale Sistemica con l'individuo: il "Quadrilatero Sistemico"... ovvero-"fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi", in *Connessioni*, 20, Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Milano.
- Mosconi A. (2011) - *EMDR e Ottica Sistemica: spunti per un'interazione virtuosa - Relazione al Convegno "EMDR Trauma e relazioni" Roma 23 - 25 sett.*
- Mosconi A., Pezzolo M., Trotta B. (2012) - *EMDR as an "unblocking manoeuvre" and a possibility to install new resources into the systemic-relational approach*, 13th EMDR European Association Conference in Madrid from June 15 to 17.
- Peruzzi P. (2008), "Definizione di una terapia individuale sistemica", in *Connessioni*, 20, Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Milano.
- Siegel D.J. (2013) *Il terapeuta consapevole*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari.
- Stewart J.A. (2006)"*The Detrimental effect of allostasis: allostatic load as a measure of cumulative stress*", *Journal of Physiological anthropology*, 25(1):133-45.
- Von Bertalanffy L. (1968), *General system theory: Essays on its foundation and development*, rev. ed. New York: George Braziller.
- Weiner N.(1968), *La cibernetica. Controllo e comunicazione nell'animale e nella macchina*, Il Saggiatore, Milano.

"Psicoterapia Sistemica Individuale con E.M.D.R."

Chiara Bertonati

Didatta della Scuola di Psicoterapia ad Orientamento Sistemico e Socio-Costruzionista CENTRO PANTA REI srl

Perché abbinare l'E.M.D.R. ad una psicoterapia sistemica individuale? L'E.M.D.R. nasce come trattamento di elezione per i disturbi post-traumatici come conseguenza di disastri, incidenti, violenze,...ma nel corso del tempo, nella pratica clinica si configura sempre più come un metodo applicabile anche in conseguenza ad episodi emotivamente 'traumatici' (negativi) che potrebbero essere presenti nelle storie familiari dei pazienti.

È stato introdotto nel 1989 da F. Shapiro che, attraverso uno studio randomizzato e controllato, ha riscontrato una riduzione della paura e dell'ansia derivanti dal trauma, dopo una seduta di trattamento. Ben presto ci si rese conto che durante il trattamento le emozioni negative erano sostituite con quelle positive, emergevano insight più profondi, le sensazioni corporee cambiavano e comparivano spontaneamente nuovi comportamenti e un nuovo senso di sé.

Nel corso degli anni è risultato evidente che gli eventi che rientravano nel Criterio A erano restrittivi, poiché le persone sono esposte a tutta una serie di esperienze negative che non rientrano tra gli eventi classificati nel suddetto criterio. Inoltre quello che per un manuale non potrebbe essere considerato traumatico, potrebbe essere invece vissuto come tale dal soggetto interessato. [Mol et al. 2005]. Ritengo che il lavoro con l' E.M.D.R. si sposi armonicamente al modello terapeutico sistemico-relazionale, sia perché permette di recuperare alcuni aspetti non sempre al centro dell'attenzione del nostro approccio, sia perché ritrovo una specularità in alcune impostazioni di base.

Per esempio le *convinzioni negative* su di sé, che accompagnano la preparazione dei target sui quali lavorare, rievocano nella mia mente il concetto di *Idea perfetta* di Cecchin (2003), ossia quelle convinzioni così forti su di sé e sui funzionamenti dei propri sistemi all'interno dei quali siamo inseriti, a tal punto da diventare verità inscalfibili e riconfermabili in maniera auto-ricorsiva.

È quello che è successo a Dario, 17 anni, che arriva in terapia perché ha pensieri confusi e ansia generalizzata, si descrive come 'incompetente relazionale' perché non ha mai avuto una fidanzata e anche con gli amici non si sente mai all'altezza: "Non sono capace, sono stupido, dai guardami sono tristissimo messo così alla mia età". Dario non vede che, nonostante tutti i guai della sua vita, lui ha successi e un sacco di risorse (che però sembravano messe sottochiave). Frequenta il Liceo Artistico, è un appassionato di letteratura e musica, dipinge come writer, sa fare il Dj, ... alcune ragazze lo cercano con sguardi e sms, mai nessun amico lo ha rifiutato. Tutto viene invalidato, tutto non ha abbastanza valore, niente passa il vaglio del suo giudizio, mai niente è veramente abbastanza valido. Quindi Dario non ci prova neanche, evita di mettersi alla prova, perché teme terribilmente di fallire. Sarebbe intollerabile, quasi mortale pensare che possa fare una figuraccia quindi non ci prova proprio. Il tutto ben sorretto dall' idea perfetta del 'lo non sono capace', 'lo non valgo niente'. La conversazione e il genogramma ci fanno scoprire che questa voce così distruttiva e squalificante è la voce del padre, voce alla quale si affida e non può permettersi di contraddire o mettere in discussione. Ecco allora come Dario è all'interno di questa idea perfetta che si autoalimenta, non prova, perché se poi effettivamente avesse successo, dimostrando di non essere lo 'stupido' che pensa il padre, dovrebbe smettere di dare credibilità al genitore. Ovviamente evitando di provarci rafforza costantemente l'idea di esserlo.

L' E.M.D.R. può essere applicato per destrutturare l'idea perfetta del paziente andando a recuperare vari episodi della narrazione di Dario che hanno contribuito alla costruzione di quella idea.

Efficace, rapido e utile, poiché spesso permette di completare parti mancanti della narrazione della storia della persona, che per differenti motivi potrebbero essere inaccessibili alla memoria, e quindi impossibili da raccontare, ma che 'impallano' la vita dei nostri pazienti. E che pertanto necessitano di essere 'dissoluti'.

L' E.M.D.R. permette di recuperare l'*attenzione al passato*, talvolta messo in secondo piano dal modello sistemico, ma indispensabile, perché per capire e dare un senso al *qui ed ora* è importante conoscere il *là* e *allora*. Un passato che ha prodotto e tramandato alcuni pattern relazionali e che fanno da specchio a quelli attuali.

Il recupero del *corpo* e delle *emozioni*, all'interno di un modello terapeutico in cui primeggia il canale verbale, il 'logos' ecco che con l'EMDR si riporta in scena il corpo, con tutti i suoi messaggi e le sue memorie registrate.

La scansione corporea legittima un tempo e uno spazio preciso in cui si ascoltano i pensieri del corpo, talvolta si lavora anche solo su quelli. Questo permette di promuovere un cambiamento ad un altro livello, che non è solo quello della comprensione razionale, cognitiva, intellettuale, ma più profonda, più antica e meno controllata. Forse potremmo dire che quando si lavora anche sul corpo si va ad agire un cambiamento che potrebbe essere un cambiamento 2 o un apprendimento 3.

Accanto al corpo anche le emozioni recuperano centralità nella terapia, almeno quelle del paziente, infatti sono fondamentali e accompagnano la definizione del target insieme al ricordo, alla cognizione negativa e alle sensazioni del corpo. Anzi diventano il motore di ricerca, il google della situazione, nell' individuare ipotesi, piste cliniche da seguire, ... e anche possibili soluzioni.

Emozioni del paziente sempre, perché con l' E.M.D.R. è il paziente che è protagonista, il protocollo dice che è lui che fa. Certo il paziente ha un ruolo molto attivo, durante il quale il terapeuta ha l'obbligo di stare in silenzio, perché non si può interrompere il processamento del paziente.

Attenzione delicata nei confronti del paziente, il processo di pensiero è il suo, la storia è la sua storia ,... tutto vero, però non possiamo esulare dal fatto che la viene a raccontare a noi e che quindi inevitabilmente anche noi entriamo a far parte di quella storia, o meglio della costruzione di quella storia, che diventa una co-costruzione, all'interno della quale non possiamo fare a meno di portare i nostri pregiudizi, fosse anche solo per individuare i target del paziente sui quali lavorare.

Ecco così lo trovo ancora più funzionale, un'osservazione dell'osservatore del processo terapeutico (il terapeuta), di colui che osserva le relazioni e produce ipotizzazioni (diagnosi) sulle narrazioni dei pazienti. Infatti il terapeuta inevitabilmente agisce in seduta, anche sulla base delle sue risonanze emotive e dei propri *pre-giudizi*, oltre che in base alle sue mappe cliniche teoriche di riferimento.

Nel lavoro con E.M.D.R. si afferma che tutto viene fatto dal paziente che processa e il terapeuta si attiene all' esecuzione di un protocollo. In realtà non è propriamente così, perché anche nelle limitate 'manovre' che il terapeuta può fare (es. dopo una serie di set decidere di tornare o meno al ricordo originale), lo farà pur sempre indossando delle lenti che saranno le sue (es. è lui che decide che le associazioni emerse dal set si sono allontanate troppo dal R.O. oppure sono diventate positive e quindi è necessario ritornare al R.O.) e pertanto è un aspetto che non può non essere considerato.

Infine dal punto di vista dell'asse temporale, l'EMDR va a lavorare sui tre tempi: presente, passato e futuro; dell'importanza del recupero del passato ne ho già parlato prima, rispetto al futuro invece l'EMDR ha un protocollo di lavoro preciso, pensato per visualizzare come potrebbe svolgersi la situazione problematica, che alla luce della desensibilizzazione operata di vicende passate collegate, dovrebbe essere facilmente superabile. Lo schema è quindi un passato che condiziona il presente e il futuro dei pazienti, possibile, frequente,... ma non è la sola opzione da tenere in considerazione, infatti talvolta è possibile che il problema sia creato non dal passato, ma bensì dal futuro. Nuovamente un esempio di buona integrazione fra E.M.D.R. e modello sistemico, poiché una volta dissolto il problema portato dal paziente e creato dal futuro (da qualcosa che dovrà accadere) ecco come si possa procedere con il protocollo sul futuro che va a rafforzare le possibilità di successo, rinforzando le cognizioni positive su di sé.

Vi lascio con un'immagine che dal mio punto di vista simboleggia l'integrazione E.M.D.R. e terapia sistemica: un'elegante spirale che armonicamente si muove fra conversazione e set di stimolazioni, ritornando su se stessa ad ogni giro (così come l' E.M.D.R. ritorna su quello detto e quello detto ritorna su l' E.M.D.R) ma non rimane mai uguale a ogni curva si trasforma in una soluzione di continuità, in cui il lavoro intrapersonale dell'EMDR si integra con l'approccio interpersonale del modello sistemico.

Ci sono traumi che segnano più lo spettatore che la vittima stessa.

Con chi lavorare?

Il trattamento integrato con l'approccio sistemico e l'EMDR in un caso di trauma grave recente.

Esther Pedone ed Eva Pascoli

Istituto di Specializzazione NAVEN - Udine

In questo nostro intervento abbiamo scelto di portare un caso che, per la gravità dell'evento traumatico, l'urgenza e le condizioni, ci ha posto di fronte ad una cruciale domanda: "Con chi lavorare?". Vi presenteremo il caso, il piano terapeutico che abbiamo scelto di seguire e lo svolgimento del processo terapeutico. Abbiamo scelto di intervenire con la metodologia dell'EMDR, di cui faremo solo brevi accenni. Ci soffermeremo invece maggiormente sul processo di elaborazione dei ricordi traumatici. Insieme faremo un viaggio dal primo contatto al termine dell'intervento, ripercorrendo con voi dubbi, scelte, risultati e attese.

Iniziamo da una storia. Una famiglia serena in vacanza: padre, madre, Emma di 5 anni e Francesco di 2. E' un tardo pomeriggio ed Emma si allontana all'insaputa dei genitori. Dopo poco tempo la mamma la trova prona, in piscina, che non dà segni di vita. La mamma urla, la soccorre. Arriva il papà, la pensa morta, ma cerca ugualmente di rianimarla. Nel giro di poco, l'elisoccorso la porta in ospedale, dove resta in coma per 3 giorni. Poi, pian piano, Emma esce dal coma. Resta in ospedale ancora una settimana, durante la quale inizia a recuperare, molto lentamente, le funzionalità motorie ed espressive. Sembra l'inizio di un film dell'orrore. Ma è ciò che è successo realmente e che apprendiamo dal primo contatto telefonico.

I genitori chiedono la nostra disponibilità per seguire Emma, appena avrà terminato la fase di recupero, e Francesco, che ha assistito all'intera scena. La domanda che ci poniamo è: «E' opportuno trattare subito i bambini che, al momento, non mostrano segni di trauma?»

Lo stress post-traumatico è una reazione normale di una persona normale ad un evento anormale. La risposta del soggetto comprende paura, vulnerabilità o orrore intensi. I genitori hanno un ruolo fondamentale quando un trauma coinvolge il loro bambino. Sono impegnati su due fronti: 1) elaborare il loro trauma; 2) raggiungere una serenità tale da permettere al figlio di elaborare serenamente il proprio trauma. Un genitore spaventato dall'evento traumatico, che non elabora il proprio trauma, diventa un genitore spaventante nel vissuto del figlio. Questo blocca l'elaborazione dello stesso. Il trasmettere sicurezza mette il bambino nella condizione migliore per attivare le funzioni elaborative.

Il piano terapeutico che abbiamo seguito fa riferimento alla Teoria Familiare Sistemica, alla Teoria dell'Attaccamento e al Modello Adattivo dell'Informazione (E.M.D.R.). Scegliamo in prima battuta di incontrare i genitori, a cui offriamo una calda accoglienza. Riteniamo infatti fondamentale lavorare con i genitori affinché possano farsi "base sicura" per i figli. Per chiarezza espositiva, riportiamo in appendice uno schema che illustra la strutturazione del percorso terapeutico (schema 1).

Come si può vedere, facciamo un primo colloquio con entrambi i genitori 15 giorni dopo l'evento traumatico. In questo colloquio ci raccontano che, dopo l'annegamento, il marito ha assistito la figlia in ospedale per tutti i giorni del coma, mentre la madre ha dovuto rimanere a casa per occuparsi del figlio più piccolo. In questo modo, il marito ha potuto permettersi di elaborare più rapidamente alcune parti del trauma e la sua narrazione risulta più fluida e più libera. La signora, invece, alterna momenti di attivazione molto alti a momenti di intorpidimento; è evidente quanto le emozioni di allora e quelle presenti siano concatenate. Riteniamo importante lavorare per ridurre l'alta attivazione post-traumatica della signora. Il marito purtroppo non può essere presente alle sedute perché è costretto a partire per lavoro. Con lei facciamo 4 sedute. La rivediamo dopo una settimana, (è passato circa un mese dall'evento) e le sue reazioni post-traumatiche sono ancora presenti e molto intense (stato di allerta, reazioni esagerate, flashback, difficoltà nel sonno, ecc.), come rilevato anche dalla Scala sull'Impatto degli Eventi che le somministriamo.

Il tempo non guarisce tutte le ferite.....anzi, se l'evento traumatico non viene adeguatamente rielaborato, lo scorrere del tempo ne "congela" il ricordo nel cervello generando reazioni automatiche di disagio e sofferenza. L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un metodo scientificamente validato e inserito nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la gestione delle condizioni correlate allo stress e indicato come trattamento di elezione per la cura dei traumi. Nel nostro cervello esiste un meccanismo innato, capace di elaborare le esperienze negative, stressanti o traumatiche. In alcuni casi questo meccanismo si blocca e il ruolo dell'EMDR è di fornire uno stimolo affinché nel cervello si possa riattivare questo naturale processo di guarigione.

Illustreremo ora il lavoro fatto insieme. Nel primo incontro solo con la signora, chiediamo di mettere a fuoco le immagini che rappresentano i momenti peggiori dell'evento e che, nel presente, le attivano maggior disturbo. Queste immagini, come dallo schema in appendice (schema 2), la signora le ha elaborate con l'ausilio dell'EMDR. Lo schema ripropone il processo di elaborazione. I primi 3 ricordi li abbiamo elaborati in 2 sedute, ma il disturbo, anche se lieve, rimaneva. Solo in terza seduta riusciamo a riprenderli tutti e 3, uno per uno, e ad arrivare al pensiero positivo finale e a disturbo zero. L'ultimo ricordo arriverà a disturbo zero in un'unica seduta. Riportiamo in appendice, a titolo esemplificativo, gli elementi principali del processo di elaborazione legato alla

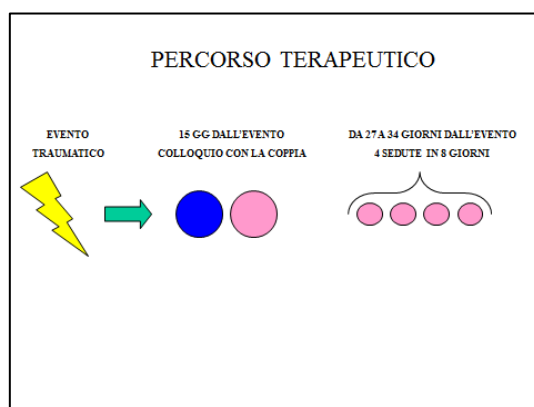
terza immagine (schema 3). Come si può vedere, a sinistra ci sono i pensieri negativi, le emozioni e le sensazioni corporee prima dell'elaborazione; a destra i pensieri positivi, le emozioni e le sensazioni corporee al termine dell'elaborazione. In centro abbiamo riportato le parole più significative della signora durante il processo di elaborazione, tra un set e l'altro di movimenti oculari.

In generale, la signora parte da cognizioni negative del tipo "Non posso guardarlo! Non può essere vero! Non posso sopportarlo", con emozioni di angoscia intensa, localizzate per lo più a livello dello stomaco e del cuore. Al termine del processo di elaborazione arriva a dirsi di positivo "Posso guardarlo! Ora non disturba. E' passato! L'ho sopportato!", senza attivazioni emotive inadeguate nel presente né sensazioni corporee negative.

Gli effetti positivi del lavoro con L'EMDR sono stati evidenti e confermati ad ogni inizio di seduta e l'effetto positivo del lavoro svolto agevolava il lavoro successivo. In sede di Congresso, abbiamo mostrato un breve video, uno spezzone relativo all'inizio dell'ultima seduta, durante la quale si procede alla rivalutazione dei 3 ricordi elaborati nei primi incontri. La terapeuta chiede alla signora di ripensare ai 3 ricordi elaborati e di dire se c'è ancora disturbo. La signora, prima di rispondere, racconta che venendo in studio la prima volta è passata davanti a un piccolo canale d'acqua che aveva su un lato un cartello con scritto "pericolo di annegamento"; lei quella volta aveva provato intenso disagio e le era balzata agli occhi un'immagine disturbante. Ora, alla quarta ed ultima seduta, ci dice che, proprio prima di arrivare in studio, è voluta andare appositamente vicino al canale per vedere che effetto le faceva; ci dice, con serenità, che è andato tutto bene; ha voluto richiamare lei l'immagine disturbante questa volta e, con stupore, conferma che non ha provato disagio. Passa poi a dirci come vive oggi il pensare alle 3 immagini elaborate. L'immagine di Emma sul pelo dell'acqua, ora la può guardare senza provare disturbo. Quella di Emma che non respira, addirittura faceva fatica a metterla a fuoco. Quella della figlia con le pupille girate, dice che è ancora malto faticoso da guardare, ma non è più così tanto disturbante.

Al termine di questo incontro, riproponiamo alla signora la Scala dell'Impatto degli Eventi, da cui risulta che sono significativamente ridotte le intense reazioni post-traumatiche. Quando la salutiamo sottolineiamo l'importanza di una narrazione dell'evento a Emma e al fratellino, da fare insieme al marito, concordando insieme a noi le modalità del racconto.

Come da accordi, li risentiamo a dicembre, dopo 4 mesi, per un follow up. La signora ci riferisce che Emma si è ripresa molto bene e la trova serena. Lo stesso dicono le insegnanti. Riguardo a lei, ci dice che si sente bene, non ha immagini intrusive ed è sorpresa e contenta degli effetti positivi su di lei e su tutta la famiglia del lavoro fatto con noi.

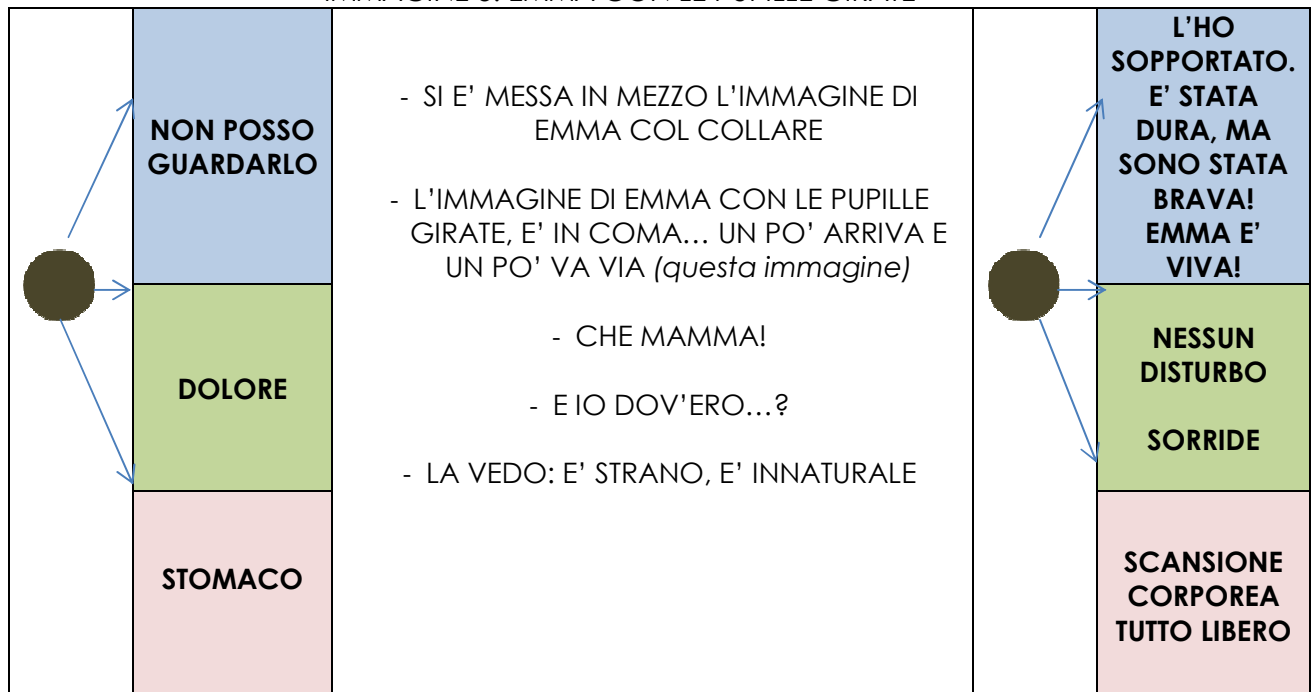


Schema 1 - Il percorso terapeutico

IMMAGINE PEGGIORE	PENSIERO LEGATO ALL' IMMAGINE	EMOZIONE	SENSAZIONE CORPOREA	PENSIERI DURANTE L'ELABORAZIONE	PENSIERO ALLA FINE DELL'ELABORAZIONE
Emma sul pelo dell'acqua	Non posso guardare quel ricordo	Ansia e angoscia profonda	Stomaco e cuore	- E' difficile affrontare tutti che ti chiedono - Cosa è quella roba lì? Non ti voglioi! Mi disturbi! (rivolta alle immagini che le arrivano) - L'immagine si affievolisce e, a tratti, non la vedo - Riesco a guardarlo	Lo vedo strano il ricordo, ma non è l'ultimo ricordo di Emma
Il marito che le dice: "Non respira"	E' ancora forte la sensazione di averla persa. Non può essere vero	Angoscia, incapacità di fare niente	Stomaco	- Mio marito che la maneggiava e le usciva l'acqua dagli occhi, dal naso, ... - E' ancora forte la sensazione di averla persa, anche se non è persa - Vedo il ricordo più lontano: sì, è solo un ricordo - Ora posso guardare quell'immagine, senza stare tanto male	Posso guardarlo, ora non disturba, è passata.
Emma con le pupille girate	Non posso guardarlo	Dolore	Stomaco	- Si è messa in mezzo l'immagine di Emma col collare - L'immagine di Emma con le pupille girate, è in coma... un po' arriva e un po' va via (questa immagine) - Che mamma! - E io dov'ero...? - La vedo: è strano, è innaturale	L'ho sopportato. E' stata dura, ma sono stata brava! Emma, è viva!
Quando le hanno messo il collare e l'hanno portata via praticamente morta	Che orrore! La vedo morta e non posso sopportarlo!	Tristezza	Stomaco e cuore	- E' morta, anche se dicono che è solo in coma - Aveva un respiro rantoloso... - Il ricordo è strano: cosa ci fai lì, Emma?!... vederla così: lei piena di vita... è strano vederla priva di vita - Anche se innaturale, ora non mi disturba, posso guardarlo	Si diventa più forti a guardarlo. Posso guardarlo.

Schema 2 - Le immagini disturbanti e il processo di elaborazione

IMMAGINE 3: EMMA CON LE PUPILLE GIRATE



Schema 3 - Il processo di elaborazione per l'immagine disturbante n°3

EMDR e Dissociazione Strutturale: il lavoro sistemico con le Parti Emotive

Fabio D'Antoni

Il trauma implica un certo grado di dissociazione dei sistemi psicobiologici della personalità del soggetto. Nella dissociazione strutturale si produce una scissione tra due tipi di sistemi di azione:

- 1) Sistemi orientati alla sopravvivenza (attaccamento, accudimento, alimentazione, ecc.)
- 2) Sistemi orientati alla difesa di fronte alla minaccia (lotta, fuga, sottomissione).

Una o più parti dissociate della personalità del soggetto evitano i ricordi traumatici e svolgono le funzioni della vita quotidiana, mentre una o più parti di essa rimangono fissate sulle esperienze traumatiche e le azioni difensive. La parte della personalità fissata sulla difesa e alla risperimentazione del trauma viene chiamata Parte Emotiva (EP) della personalità. Questa parte contiene i ricordi traumatici sotto forma di esperienze somatosensoriali, emotivamente intense, allucinatorie, frammentate e involontarie (Brewin, 2003; Van der Kolk e Van der Hart, 1991). Una parte della personalità (APN) deve invece continuare la vita quotidiana e per questo, evita i contenuti traumatici e tutti i possibili attivatori del trauma e fa sì che il soggetto "viva la vita alla superficie della coscienza" (Appelfeld, 1994).

Il caso presentato riguarda una donna di 59 anni, impiegata che richiede una terapia individuale per una fobia dei cani resistente a precedenti trattamenti di psicoterapia cognitivo-comportamentale (esposizione graduale in vivo) e tecniche di rilassamento per la gestione dell'ansia (training autogeno). Nella ricostruzione della storia della paziente non emergono ricordi traumatici legati direttamente ad esperienze di minaccia vissuta o assistita da parte di cani. Ricorda di avere questa fobia da sempre, di non comprenderne il motivo e di limitare notevolmente la propria vita quotidiana. L'ipotesi diagnostica è che alla base della fobia, oltre ai possibili significati relazionali del sintomo ci sia una dissociazione strutturale della personalità di secondo tipo e che la fobia possa essere ricondotta anche a un condizionamento di secondo ordine in una storia di attaccamento caratterizzato da accudimento formale, scarsa sintonizzazione emotiva e ripetute esperienze di abbandono.

Nella *dissociazione strutturale secondaria* la Parte Emotiva può a sua volta dissociarsi, in caso di traumi precoci, prolungati o ripetuti. La paziente infatti sembra presentare diverse Parti Emotive, ciascuna delle quali è associata un sistema di difesa diverso (la parte triste, impotente, vissuta come "bambina"; la difesa fisica e relazionale come parte ottimista, ecc.).

Per poter affrontare specificamente la frammentazione dobbiamo tenere conto del fatto che esistono Stati Mentali distinti nel paziente, e che abbiamo bisogno di maneggiare tecniche specifiche che ci permettano di gestire questi aspetti. Putnam (1997) spiega lo sviluppo evolutivo del bambino come un'evoluzione di stati discreti di coscienza fino alla flessibilizzazione e complessità degli stessi, con lo sviluppo di una metacoscienza (o coscienza riflessiva), che li unifica, modula e regola. I problemi dell'attaccamento precoce e le esperienze traumatiche precoci alterano questo sviluppo normale, portando a minore metacoscienza e al mantenimento di forme più primitive di funzionamento. Le barriere tra questi Stati Mentali sarebbero quindi più rigide e impermeabili, quanto più grave è la frammentazione del sistema psichico. Perciò la permeabilizzazione e la flessibilizzazione di queste barriere attraverso il lavoro sistemico con le Parti Emotive può rendere reversibile la dissociazione. Uno dei principali obiettivi

all'inizio del trattamento è il superamento della fobia delle parti dissociative della personalità e lo sviluppo della mutua accettazione e cooperazione tra le Parti per la risoluzione dei problemi della vita quotidiana e migliorare la metacoscienza (Van der Hart et al., 2006). Ciò contribuisce alla stabilizzazione del paziente e alla riduzione del sintomo. La cooperazione interna tra le parti viene favorita sviluppando con il paziente un luogo di incontro immaginario in cui le Parti si possono incontrare e negoziare i vari obiettivi e modi per raggiungerli in una situazione strutturata e di sicurezza. Le caratteristiche del posto variano in base alle esigenze individuali del paziente.

In questo caso ho utilizzato il "Luogo di Incontro", una variante della "Tavola dissociativa" di Fraser (2003). La paziente ha scelto come Luogo di Incontro una veranda sul mare e nell'attività di immaginazione si sono presentate tre Parti Emotive: una EP determinata, 30/40 anni; una EP: Bambina insicura, 6/7 anni e una EP Ottimista, gioiosa, 20 anni

Il luogo di incontro è un **contesto** nel quale si realizza, prendendo forma e significato, l'insieme delle regole in cui una persona si trova immersa. È caratterizzato da:

- 1) un **luogo** che evochi la sensazione di *sicurezza*
- 2) una **situazione relazionale** in cui un determinato segnale può variare con il variare dello stato della relazione tra i comunicanti (Bateson, 1979), in questo caso tra l'ANP e le EP.
- 3) una **storia** nel corso della quale si sono evolute le regole che governano la relazione stessa (ad esempio basate su aspetti fobici tra le EP)
- 4) **dinamicità**, in quanto il contesto stesso può essere modificato dalla comunicazione (si può osservare infatti come l'ANP e le EP inizino ad interagire tra loro nell'immaginazione attiva, favorendo anche l'emergere di ricordi)

Il quadro di riferimento contestuale è almeno in parte condiviso tra terapeuta e paziente, con accordo tra i partecipanti riguardo ai ruoli e alle aspettative. L'esistenza di questo quadro comune di riferimento o **metacontesto** (Selvini Palazzoli, 1970) viene ripetutamente verificata, tramite comunicazioni esplicite sul contesto. È importante che il terapeuta riesca a pensare secondo un'**ottica ecologica** e in termini di metacontesto, tenendo presente che egli stesso è parte di un'interazione sistemica in atto, e non agisce semplicemente sul sistema (Malagoli Togliatti, 1991). Il **linguaggio immaginifico**, come lo chiamava Freud, le **analogie** e le **connessioni** sono **luoghi** a valenza terapeutica e quindi trasformativa. Per accedere a questo Luogo di Incontro bisogna passare un confine, intraprendere un percorso che può condurre ad uno spazio conosciuto o del tutto ignoto. Alcune volte questo **confine/soglia** si può percepire come qualcosa di attraversabile, altre volte può rappresentare una barriera che è difficile affrontare. Attraversare la soglia è quindi una possibilità, ma anche un pericolo di cambiamento. Alcune EP posso rimanere sulla soglia, cioè soffermarsi in una **situazione di mezzo**, come in una condizione di sospensione in cui da un lato le certezze vengono minate (non si può né di qua né di là), dall'altro si può intravedere un'apertura conoscitiva. Fra i poli della relazione, tra terapeuta e paziente, tra ANP ed EP si può collocare il **legame** come definito da Bion: *un'esperienza emozionale in cui si entra in interrelazione.*

In questo spazio immaginario lo strumento terapeutico fondamentale è l'intervista, cioè creare la *possibilità di abitare la domanda all'interno del Luogo di Incontro.*

"Non sempre una domanda chiede una risposta. Spesso chiede di essere dispiegata, affinché ceda quello che ha più di essenziale e dischiuda i riferimenti che si aprono quando ci si appropria di ciò che segretamente custodisce. La risposta, infatti, è solo l'ultimissimo passo del domandare. E una risposta che congela il domandare annienta se stessa come risposta e non è quindi in grado

di fondare alcun sapere." [Martin Heidegger, *Nietzsche (1936-1946, 1961)*, pp. 379-380]

Il luogo di Incontro è **un'intervista per interventi** che implica maggiore responsabilità partecipativa per il processo di cambiamento e presuppone:

- 1) che è impossibile interagire e non intervenire e
- 2) che l'effetto reale di ogni intervento è alla fine determinato dal paziente stesso.

Le conseguenze delle domande e delle loro risposte permettono di:

- 1) comunicare un'informazione;
- 2) alterare un significato e l'esperienza;
- 3) costruire nuova conoscenza.

La stessa formulazione di una domanda da parte del terapeuta e quindi dall'ANP esercita un forte "potere" per cui la domanda stessa definisce l'ambito di una "legittima" risposta. Una domanda declinata alle varie EP può esprimere richieste o inviti.

Si possono distinguere 4 principali tipi di domande e utilizzabili nel Luogo di Incontro.

- 1) **Domande lineari** in cui l'obiettivo è di generare una comprensione causa/effetto per il terapeuta e per l'ANP come chiarire l'ordine degli eventi nell'arco temporale (es. ANP a EP bambina spaventata: "Cosa accade ora?", "Quali sono i primi ricordi in cui hai provato queste sensazioni?")
- 2) **Domande circolari** in cui l'obiettivo è generare una comprensione contestuale per il terapeuta e l'ANP, permettendo di chiarire la situazione del "qui ed ora" e gli schemi di interazione nei rapporti tra le EP e l'ANP con le EP (es. "Cosa fa la EP bambina quando la EP determinata si comporta in questo modo?").
- 3) **Domande riflessive** in cui l'obiettivo è influenzare l'ANP in modo rispettoso lasciando spazio a significati alternativi che potrebbero innescare maggiore integrazione tra le parti. La modalità preferibile è propositiva e facilitativa (es. "Immagini che la Parte Critica possa entrare nel Luogo di Incontro, cosa accadrebbe?", "Se la Parte Emotiva spaventata non avesse più paura, cosa potrebbe accadere alle altre EP?").
- 4) **Domande strategiche** in cui l'obiettivo è influenzare le relazioni tra le parti in modo correttivo, inducendo il cambiamento, accettando il punto di vista dell'ANP (es. "Perché non chiede alla EP spaventata di raccontare le sue preoccupazioni alla EP ottimista?", "Quando intende l'adulta farsi carico di quella bambina?").

Per lavorare efficacemente con questa tecnica il terapeuta deve comprendere la struttura dissociativa della personalità del paziente e personalizzarla in base alle necessità.

Nel caso presentato il Luogo d'Incontro ha stabilizzato la paziente, riducendo il sintomo, ha favorito l'emergere di ricordi rimossi (tra cui un abuso sessuale) che sono stati inseriti tra i target da elaborare successivamente con l'EMDR. Al termine della psicoterapia (8 mesi di trattamento), si è verificata una remissione totale del sintomo, un cambiamento significativo nella ri-narrazione della propria autobiografia con maggiore corrispondenza tra memoria episodica e memoria semantica. I risultati si sono confermati anche al follow-up ad un anno.

"Se hai trovato una risposta a tutte le tue domande, vuol dire che le domande che ti sei posto non erano giuste." [Oscar Wilde, *Il critico come artista*, 1890, p. 34]

Bibliografia

Appelfeld A., *Beyond despair*, Fromm International, New York, 1994
 Brewin C. R. (2003), *Posttraumatic stress disorder: malady or myth?* Yale University Press, London, 2003

- Bateson G., Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano, 1976
- Fraser G. A. Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2003; 4(4):5-28.
- Malagoli Togliatti M., Telfener U., (a cura di), Dall'individuo al sistema: manuale di psicopatologia relazionale, Boringhieri, Torino, 1991
- Putnam F. W., Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective, Guilford Press, New York, 1997
- Selvini Palazzoli M., Contesto e metacontesto nella psicoterapia della famiglia, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 1970, 31, 203-211
- Tomm, K., "Intervistare per interventi: Parte Terza. Intendere domande lineari, circolari, strategiche e riflessive?" *Family Process*, 27: 1-15, 1988.
- Tomm, K., "Intervistare per interventi: Parte Prima. Lo "Strategizing" come quartalinea-guida per il terapeuta," *Family Process*, 26: 3-13, 1987
- Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K., The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization, W. W. Norton, New York, 2006
- Van der Kolk B. A., van der Hart O., The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma, *Am Imago* 48, 425-54, 1991

Progetto di ricerca - commissione clinico didattica SIPPR L'approccio clinico e didattico alle situazioni cliniche dello spettro psicotico nelle scuole sistemico-relazionali

L. Chianura, F. Bassoli, P. Bucci, A. Chouhy, M. Pelli, W. Trasarti Sponti, L. Vallario

Il Progetto di Ricerca, progettato e coordinato dalla Commissione Clinico-Didattica della SIPPR, intende avviare una ricognizione sulla didattica e sulla clinica relative alle situazioni appartenenti all'area psicotica nelle scuole sistemico-relazionali che afferiscono alla SIPPR.

Nell'attuale panorama scientifico e culturale in cui da un lato l'approccio biologico ha riconquistato una posizione di preminenza nella Comunità Scientifica riguardo all'eziopatogenesi e al trattamento delle diverse forme cliniche con cui si manifesta la patologia psicotica e dall'altro la prospettiva sistemica sembra retrocedere di fronte ad altri paradigmi, appare necessario ricordare alla Comunità Scientifica, che la prospettiva sistemico-relazionale ha "una marcia in più" (offre più possibilità) nella comprensione e nel trattamento della patologia psicotica.

A partire dall'articolo "toward a theory of schizofrenia" di Bateson, Jackson, Haley e Weakland del 1956, la lettura sistemica e il lavoro con le famiglie degli operatori sistemici ha prodotto un cambiamento profondo nella cultura dei Servizi Sanitari che si occupano della salute mentale, cultura che oggi rischia di perdersi a vantaggio di un approccio di nuovo basato sull'individuo e sulla visione biologica del disturbo.

Sembra arrivato il momento di "riaffermare" di fronte alla Comunità Scientifica i "vantaggi" che la visione sistemica offre rispetto ad altri paradigmi (biologico, psicodinamico e cognitivista) nel trattamento di queste patologie.

A tal fine ci è sembrato indispensabile partire dalla "valutazione di come e quanto questo discorso sia presente nelle scuole ad orientamento sistemico-relazionale e in che modo i didatti e gli allievi ne sono professionalmente coinvolti." (*)

Molti interrogativi si pongono agli operatori della salute mentale che praticano attraverso la lente sistemico-relazionale. La nuova generazione di colleghi

affronta nuove sfide, ma sembra mancare una testimonianza e una trasmissione della cultura sistemica utile al loro compito di oggi.

La prospettiva sistemica, come ricordavamo, ha avuto un'enorme importanza nel passato nella formazione degli operatori e nel superamento dei limiti dell'approccio biologico.

"Dobbiamo recuperare la connessione tra le idee sistemico-relazionali e il mondo scientifico e istituzionale che si occupa della "Salute Mentale" anziché rischiare, come sta avvenendo, di chiuderci in un "avvitamento auto conservativo".()*

I risultati della ricerca saranno pubblicati, presentati e discussi nel Convegno della SIPPR che si terrà nel 2016, dando evidenza alla significatività del contributo di ogni Scuola che parteciperà alla ricerca.

Sappiamo di chiedere a tutti attenzione e tempo da dedicare alla compilazione del questionario, beni preziosi raramente disponibili, ma ci auguriamo che l'obiettivo della ricerca sia condiviso e possa servire da stimolo e da aggregazione per una rivivificazione del pensiero sistemico di fronte alla sfida che la psicosi rappresenta.

Si prega di inviare il questionario compilato, entro il 30 Luglio 2014, a: sippr.ricercapsicosi@gmail.com

Nel ringraziare tutti per la cortese collaborazione dimostrata, si inviano cordiali saluti.

() Le citazioni in corsivo sono della dr.ssa Susanna Cielo, psichiatra, psicoterapeuta, didatta Istituto EMMECI di Torino.*

Recensione

"Gli amori briciola" di Umberta Telfener, edizioni Magi, 2013

Valentina Albertini¹¹

Una volta, durante una vacanza in Andalusia, una signora di Granada cucinò per me un piatto tipico della zona: "las migas". "Migas" si traduce con briciole, e il piatto andaluso si prepara con briciole di pane secco, aglio, olio e peperoni dolci, tutto cotto in padella. Un piatto molto buono, saporito, che necessita di una lunga e attenta cottura.

Non so come se la cavi in cucina Umberta Telfener, e non so se abbia mai cucinato "las migas"... Però credo di sapere come se la cava come terapeuta: conosco, per averla letta e sentita, quanta competenza abbia e metta nel suo lavoro.

Mossa da curiosità per aver già apprezzato i suoi libri precedenti, ho da poco letto il suo ultimo lavoro "Gli amori briciola. Quando le relazioni sono asciutte". Il libro mi è piaciuto molto e conferma non solo la conoscenza che la Telfener ha dei più complicati meccanismi relazionali e sistemici, ma anche la sua capacità di spiegare in una maniera semplice e coinvolgente alcuni fenomeni complessi come le relazioni di coppia al tempo della modernità.

La Telfener, come quella brava cuoca andalusa di cui vi parlavo, prende alcune briciole, quelle di uomini e donne che danno poco di sé agli altri, e ne elabora un testo veramente interessante e gustoso.

¹¹ Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta del CSAPR Centro Studi Applicazione Psicologia Relazionale Prato

secondo l'autrice una categoria di persone: quelle che nei rapporti danno poco, e vivono la vita relazionale mantenendosi sempre a distanza di sicurezza. Spesso vincenti nella vita, occupati oltre ogni dire, in carriera, "riusciti", non riescono nelle relazioni a dare molto più di piccoli residui affettivi.

La Telfener ci aveva abituato all'indagine delle relazioni di coppia. Ma dimenticatevi "Ho sposato un narciso", perché i briciola con i narcisi non c'entrano niente: i secondi infatti nelle relazioni a modo loro ci stanno (d'accordo, le sabotano, ma non le mollano), mentre i primi nelle storie si affacciano (con iniziale passione e travolgimento, i felloni!!!), ne godono, e ne escono rapidamente. Insomma, i briciola non si sposano...

Indagando le loro storie, la Telfener ci spiega che i briciola provengono da famiglie affettivamente aride, dove il senso del dovere è elevato a culto, e la vita non è mai gioiosa, mai solare, ma sempre pesante. Danno poco di sé nelle relazioni perché tirchi, perché troppo impegnati.

Rispetto ai narcisi, gruppo maggiormente maschile, i briciola sono indifferentemente uomini e donne, una categoria "non definita e assolutamente non psichiatrica, trasversale alla personalità", persone "così spostate su se stesse da non avere spazio per un altro accanto a sé".

Las migas è una ricetta figlia di un'emergenza: terra povera, l'Andalusia, fatta di gente povera, però ingegnosa: e dal niente, dal pane secco, ecco comparire una pietanza articolata. Leggendo il libro della Telfener viene da pensare che allo stesso modo gli amori briciola siano il frutto di una relazionalità che si adatta al momento storico in cui viviamo: rapido, egocentrato, carrieristico, esclusivo. Un momento nel quale, come dice l'autrice "assistiamo a una riduzione spettacolare del mondo interiore". Dal poco, ecco comparire una relazione: i briciola, dice la Telfener, ti portano fino in cielo, poi però ti lasciano lì perché senza nessun segnale, senza anticipo, spariscono. L'amore in un tweet: appassionato, travolgente, istantaneo e senza pretese...

Proprio perché interessanti, intelligenti e appassionati, i briciola sono anche molto pericolosi: li si sceglie per varie ragioni (non ultima una certamente comoda similitudine); se disposti a compromessi (molti) ci si può anche convivere, ma spesso nelle relazioni briciola si resta semplicemente impigliati.... ed è difficile poi farsi una ragione dell'abbandono ("eravamo così appassionati e felici!").

Oltre alla brillantezza e all'interesse, "Gli amori briciola" ha in comune con "Ho sposato un narciso" un certo effetto collaterale... Quello che, finito di leggere, ti porta a scandagliare l'elenco di tutti gli ex (o le ex) e cominciare la divisione: briciola sì, briciola no... Per arrivare in fondo e tirare un sospiro di sollievo: "finalmente ho capito!! Non ha funzionato perché era un/una tirchio/tirchia emotivo!!!" Certo, saranno anche soddisfazioni briciola... Però sappiamo che con tante briciole si può creare una cena veramente appetitosa!

Convegno Internazionale S.I.P.P.R.

*"Processi clinici tra vizi e virtù di
pazienti e terapeuti: temi
universali che ricorrono in
psicoterapia"*



Reggia di Caserta, 27 – 28 Marzo 2015

Verranno richiesti **8 CREDITI ECM gratuiti** per tutti i soci in regola con il pagamento delle quote associative