



S.I.P.P.R. News

Notiziario della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

A cura di : Francesco Bruni

Editoriale: il lavoro sistemico-relazionale

In questo numero

1. Editoriale: Il lavoro sistemico-relazionale
Francesco Bruni
2. La SIPPR entra nel Direttivo della F.I.A.P.
(Federazione Italiana delle Associazioni di
Psicoterapia)
G. Manfreda
4. L'impatto sulla famiglia della diagnosi di malattia
cronica, in particolare reumatologica.
G. Manfreda
8. Ottica sistemica e EMDR: quando l'integrazione
diventa una risorsa
A. Mosconi, M. Pezzolo, B. Trotta
12. Presupposti di ricerca: il vissuto del terapeuta
nell'utilizzo degli oggetti fluttuanti
V.G. Biafora, C. Donati Marella
15. Vito A., a cura di (2014). Psicologi in ospedale.
Percorsi operativi per la cura globale della persona
F. Di Paola
17. Sistemici a confronto: "Un ponte tra nord e sud
Europa"
V. Aletti, E. Fierro
19. L'approccio sistemico relazionale al servizio del
mental training: recupero ed ottimizzazione della
performance in un motociclista.
D. Tortorelli
24. Congresso Devoto 2015. Un evento ECM di
studio e approfondimento di metodi,
sperimentazioni, riflessioni culturali
F. Safina
25. Verso il Congresso di Caserta. Quando il tempo
si arresta: un'indagine sul tempo traendo spunto
dal tempo nei processi terapeutici
H. Jenkins PhD
26. Recensione. Hugh Jenkins: il tempo, ultima
frontiera.
A. Mazzeschi
29. Depliant Convegno Interazionale Caserta 27/28
marzo 2015

In questo numero riportiamo alcuni contributi che affrontano temi particolari del lavoro sistemico che ci introducono in ambiti solitamente poco esplorati dai terapeuti familiari, ma che testimoniano la necessità di considerare le persone nei contesti relazionali in cui vivono per fare emergere quelle incongruenze, quegli ostacoli che creano sofferenze e hanno radici nella storia familiare e nelle relazioni. Ostacoli che chiedono di essere superati riconoscendo agli individui e alle famiglie la capacità di mobilitare le proprie risorse interne. In ambito sistemico ci si avvale di strumenti che fanno parte della storia della psicoterapia e che sono patrimonio comune dei terapeuti familiari, ne citiamo alcuni: dal ciclo di vita della famiglia alla struttura familiare; dalla dimensione trigerazionale ai processi di differenziazione; dai metodi analogici agli oggetti fluttuanti. Ma il punto essenziale che tiene insieme tutti gli strumenti ed è comune ai diversi approcci, è la relazione che si stabilisce con chi chiede aiuto. Nel senso che occorre trovare la giusta distanza terapeutica, saper ascoltare e permettere al paziente e alla famiglia di mobilitare le proprie risorse trasformative e mettersi in gioco. Cosa che richiede attenzione alle emozioni che si provano per comprendere la relazione terapeutica e favorire un incontro emozionale che solleciti interazioni trasformative fra i membri della famiglia.

Apriamo, questo numero, con la notizia dell'ingresso della SIPPR nel direttivo della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP) che permette alla nostra associazione di giocare un ruolo di primo piano nel tavolo delle organizzazioni professionali impegnate nella psicoterapia.

Di seguito presentiamo un contributo che analizza l'impatto della diagnosi di malattia cronica sul sistema familiare, un intervento che puntualizza l'integrazione fra ottica sistemica e EMDR, la presentazione di una ricerca sui vissuti del terapeuta nell'utilizzo degli oggetti fluttuanti, l'esperienza degli psicologi in ospedale, il confronto fra una scuola sistemica italiana e una norvegese, l'approccio sistemico relazionale nella ottimizzazione della performance in un motociclista, l'annuncio del congresso 2005 della Fondazione Devoto.

Riportiamo come anticipazione dell'imminente Congresso di Caserta l'abstract della relazione di Hugh Jenkins sul tempo nei processi terapeutici, insieme alla recensione di un seminario dedicato a questo tema.

Concludiamo con la presentazione del programma del Congresso di Caserta



Società Italiana Psicologia e
Psicoterapia Relazionale
Presidente: Gianmarco Manfreda
Segretario: Valentina Panciallo
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



La SIPPR entra nel Direttivo della F.I.A.P. (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia)

G. Manfrida

In occasione dell'ultimo Congresso Nazionale organizzato dalla **FIAP** a Riva del Garda in ottobre, a cui hanno partecipato oltre 1200 psicoterapeuti dei più diversi orientamenti, la SIPPR, da tempo socia della FIAP, è stata nominata membro del direttivo come rappresentante di area relazionale sistemica. Rappresentante della SIPPR sarà direttamente il suo Presidente Gianmarco Manfrida, che ha nominato come sostituto in caso di assenze la socia dr.ssa Valentina Albertini. L'area relazionale sistemica è inoltre rappresentata nel direttivo FIAP da Luisa Martini.

Che cos'è la FIAP e perché è importante farne parte.

La **FIAP** è una Associazione che si propone di riunire in una federazione comune le varie organizzazioni professionali impegnate nella psicoterapia nei diversi orientamenti esistenti in Italia. Della Associazione non possono far parte singoli individui, ma associazioni e scuole di psicoterapia di ogni indirizzo riconosciuto, attraverso i propri direttori e presidenti o loro delegati. Due rappresentanti vengono nominati nel direttivo dalle altre associazioni socie appartenenti alla medesima area.

La **FIAP** è la *NUO (National Umbrella Organisation)* per l'Italia presso la *European Association for Psychotherapy, EAP*.

L'**Associazione Europea di Psicoterapia (European Association for Psychotherapy, EAP)** è stata fondata nel 1991 a Vienna, Austria, da parte di alcuni paesi europei. Attualmente comprende quasi 200 organizzazioni, appartenenti a circa trenta paesi europei, con organizzazioni sia nazionali che europee rappresentanti diversi approcci psicoterapici, e come tale comprende più di 50.000 psicoterapeuti.

L'Associazione Europea di Psicoterapia si occupa di proteggere gli interessi di tale professione e del pubblico a cui è diretta, garantendone anche un livello adeguato relativo alla formazione e al suo esercizio. Uno dei suoi scopi immediati è quello di istituire un Certificato Europeo di Psicoterapia (*European Certificate of Psychotherapy, ECP*), che contribuirà a garantire la formazione degli psicoterapeuti secondo gli standard della EAP e la mobilità degli psicoterapeuti professionisti. Ciò in conformità con gli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization, WHO*), con l'accordo sulla non discriminazione valido all'interno dell'Unione Europea (EU), e il principio di libertà di movimento delle persone e dei servizi.

LA DICHIARAZIONE DI STRASBURGO SULLA PSICOTERAPIA

La *Dichiarazione di Strasburgo sulla Psicoterapia* del 1990, stabilita dalla EAP, è il caposaldo del suo impegno a creare in tutta Europa una professionalità psicoterapica coerente e indipendente.

La psicoterapia è una disciplina scientifica indipendente, la cui pratica rappresenta una professione libera ed indipendente.

La formazione in psicoterapia deve avvenire ad un livello scientifico avanzato e qualificato.

La molteplicità dei metodi psicoterapeutici viene assicurata e garantita. La formazione in psicoterapia comprende la teoria, l'esperienza su di sé e la pratica sotto supervisione. Viene acquisita un'adeguata conoscenza di ulteriori processi di psicoterapia. L'ammissione alla formazione richiede varie qualifiche preliminari, soprattutto nelle scienze umane e sociali.

Attuale Presidente della **FIAP** è Maria Luisa Manca, di indirizzo bioenergetico; Vicepresidente Giuseppe Ruggiero, di area relazionale sistemica. Membri della SIPPR attivi nella FIAP sono Camillo Loredano e Rodolfo de Bernart, past presidents, oltre a Giuseppe Ruggiero, Luisa Martini, Francesco Canevelli, Luigi Onnis e molti altri.

Il convegno FIAP di Riva del Garda

Per rendere l'idea dell'importanza della partecipazione attiva della SIPPR alle attività della FIAP riportiamo i nomi degli organizzatori del congresso di Riva del Garda, che rappresentano i principali orientamenti psicoterapeutici.

Comitato Scientifico:

Annibale Bertola, Lorenzo Cionini, Rodolfo De Bernart, Gianni Francesetti, Camillo Loredano, Patrizia Moselli, Piero Petrini, Margherita Spagnuolo Lobb, Alberto Zucconi

Comitato Organizzativo:

Annibale Bertola, Monica Bronzini, Alessia Cangini, Gianni Francesetti, Andrea Giannelli, Giuseppe Godino, Elena Guerri, Roberta La Rosa, Maria Luisa Manca, Annamaria Mandese, Guido Mazzucco, Mario Meringolo, Piero Petrini, Martina Petrollini, Cristina Pizzi, Gianluca Provvedi, Margherita Spagnuolo Lobb, Alberto Zucconi

Comitato Promotore:

Giuseppe Carzedda, Lorenzo Cionini, Marco Longo, Maria Luisa Manca, Luisa Martini, Ezio Menoni, Franco Pastore, Piero Petrini, Gianluca Provvedi, Giuseppe Ruggiero, Margherita Spagnuolo Lobb, Riccardo Zerbetto, Alberto Zucconi

Il titolo del Congresso FIAP di Riva del Garda era:

L' emergere del sé in psicoterapia. Neuroscienze, psicopatologia e fenomenologia del sé.

Dalla presentazione:

Il sé è una struttura o una funzione emergente? Appartiene all'individuo o è un fenomeno intersoggettivo? Come si sviluppa e matura? In che modo coinvolge la dimensione corporea e affettiva? Quali caratteristiche presenta nelle diverse esperienze psicopatologiche?

Il sé è un concetto fondamentale e trasversale nella psicoterapia, uno degli elementi cardine che ne fondano l'epistemologia e da cui derivano la comprensione della sofferenza psicopatologica e la prassi terapeutica. È anche un concetto in evoluzione, che influenza lo sviluppo dei modelli ed è influenzato dalle acquisizioni della ricerca e dal dialogo con altre discipline, in particolare le neuroscienze e la filosofia.

Il convegno si propone di sostenere il confronto fra approcci diversi attraverso l'esplorazione di questo concetto fondante, con il contributo di alcuni fra i maggiori studiosi di questo tema.

Tra i relatori invitati c'erano personalità illustri e di fama mondiale come Antonio Damasio, Vittorio Gallese ed Eugenio Borgna.

La SIPPR conta di investire molto nei prossimi anni nel rapporto con la FIAP, partecipando alle sue iniziative di ricerca, di organizzazione congressi, di tutela degli psicoterapeuti e così rispondendo alla fiducia con cui le è stata affidata la rappresentanza d'area nel direttivo.

In particolare vorrei esprimere la mia gratitudine a Camillo Loredi e Rodolfo de Bernart che hanno presentato la SIPPR e me stesso con parole di apprezzamento all' Assemblée dei Soci FIAP.

La dr.ssa Valentina Albertini ha già partecipato al primo incontro del direttivo FIAP a Roma come rappresentante della SIPPR nel mese di novembre.

L' impatto sulla famiglia della diagnosi di malattia cronica, in particolare reumatologica.

Relazione presentata il 12/05/2012 all' incontro "Ottimizzazione del percorso assistenziale al paziente reumatico", Sala del Pellegrinaio Novo, AUSL 4 Prato e A.T.Ma.R (Associazione Toscana Malati Reumatici) Prato

G. Manfrida

I consigli della più prestigiosa rivista medica al mondo, Lancet

Essere affetti da una malattia cronica spesso intacca le normali capacità, per esempio, per la disabilità e il dolore nell'artrite reumatoide. L'impatto di queste patologie può ripercuotersi negativamente sulla qualità di vita e il benessere, imponendo un riadattamento psicologico alla nuova situazione. Se molti riescono nel riequilibrio psicologico, per altri questa fase dura a lungo o non ha successo: è utile allora individuare il modo per favorirlo. Gli elementi chiave per la riuscita sono l'adattamento rispetto a disabilità, emotività e relazioni; l'assenza di turbe psicologiche; alti livelli di emozioni positive; uno stato attivo per esempio lavorativo; la soddisfazione e il benessere generali. Il punto è come raggiungere questi obiettivi. Quattro aree di adattamento vengono individuate dagli autori, psicologi olandesi (de Ridder D., Geenen R., Kuijjer R.G., Van Midderdorp).

Il primo punto è mantenere una vita attiva a fronte di sintomi come debolezza, malessere, scarsa concentrazione, umore depresso, anedonia (disinteresse per cose piacevoli) o anoressia che nelle malattie croniche si legano ai processi infettivi e infiammatori. Se fino a pochi anni fa si raccomandava il riposo oggi si sa che l'esercizio calibrato sulle possibilità e le preferenze del singolo porta benefici fisici, funzionali e psicologici. Una seconda area è quella della regolazione emotiva: l'espressione delle emozioni è spesso una componente degli interventi psicologici nei malati cronici e si è osservato che questo migliora l'adattamento fisico e psicologico, anche perché diminuisce lo stress emotivo e facilita occasioni di supporto sociale e relazioni. Al contrario le emozioni non risolte sono negative per la salute e benessere, per via per esempio della cronica aumentata attività del sistema nervoso simpatico.

Gli studi mostrano inoltre che i malati che s'impegnano con la dieta, l'esercizio e altri aspetti virtuosi ne derivano benefici rispetto ai sintomi, alle complicanze e

alla funzionalità. Meno nota è la relazione con il riadattamento psicologico, per la difficoltà a cambiare abitudini o l'assenza di vantaggi immediati; un importante fattore di non aderenza, e quindi interferenza con il riadattamento psicologico, sono poi la depressione e l'ansia. Numerosi studi mostrano che i malati che mantengono il buonumore sono più propensi a correggere gli stili di vita, e questo aumenta il benessere: migliorare l'umore potrebbe dunque essere un intervento prezioso per l'autogestione nella malattia cronica. Infine, la quarta area è quella delle potenziali conseguenze positive della patologia cronica. Alcune persone infatti ricorrono a strategie cognitive per contrastare i riflessi negativi della malattia sul benessere, il che spiega perché in alcuni la qualità di vita è simile a quella di individui sani. C'è chi apprezza di più la vita, o cambia le sue priorità, o migliora le relazioni: si tratta di ricalibrare la propria esistenza, impiegando eventuali supporti psicologici come la psicoterapia.

In generale, se il soggetto non ha grossi problemi psicologici, può però essere sufficiente l'incoraggiamento dello stesso medico curante e dei familiari, nelle quattro direzioni citate: impegnarsi in attività gradite, conoscere le proprie emozioni, responsabilizzarsi all'autogestione, dare un nuovo senso alle cose.

La psicoterapia individuale

A questi sensati consigli e a queste ragionevoli considerazioni possiamo affiancare studi che documentano gli effetti positivi di un intervento psicoterapeutico breve.

Un gruppo di ricerca inglese, guidato da L. Sharpe, psicologa clinica dell'Università di Sidney, ha pubblicato i risultati di uno studio che dimostra effetti curativi della psiche su tipiche malattie organiche, come l'artrite reumatoide. Otto settimane di psicoterapia, in aggiunta al trattamento medico standard, hanno avuto effetti positivi significativi sul decorso della malattia. I ricercatori hanno diviso cinquanta persone, con una diagnosi di artrite reumatoide da circa dodici mesi, in due gruppi, formati a caso: tutti e due sono stati visitati dalla stessa équipe medica, hanno ricevuto lo stesso trattamento farmacologico, hanno riempito gli stessi questionari per valutare lo stato dell'umore e il livello di disabilità. A uno dei due gruppi, però, è stato aggiunto un trattamento di psicoterapia: una seduta individuale di un'ora, una volta a settimana, per otto settimane consecutive. Dopo un anno e mezzo dalla fine dello studio, netta era la differenza riguardo al tono dell'umore: i livelli di ansia e depressione erano molto più alti e diffusi tra i non trattati con psicoterapia.

Più sorprendenti, per chi ha una visione strettamente medica della reumatologia, sono i risultati sull'andamento della artrite misurata come disabilità. Infatti il 52 per cento del gruppo in solo trattamento farmacologico, dopo 18 mesi, era peggiorato, a fronte del 13 per cento del gruppo con in più la psicoterapia. In quest'ultimo, i «molto migliorati» sono stati addirittura il 30 per cento, contro il 10 per cento del gruppo che ha usato solo farmaci.

Lo studio citato può indicare una risorsa terapeutica importante, che, alla lunga, visti i guadagni in termini di disabilità, può dimostrarsi anche meno costosa del

solo trattamento farmacologico, con l'avvertenza che l'aggiunta del trattamento psicoterapeutico è efficace solo se instaurata precocemente.

L' impatto familiare della malattia cronica attraverso il resoconto di un caso e la storia di due famiglie.

I lavori citati, per quanto interessanti, tengono conto solo di un approccio individuale: allora, per contrasto, presento un caso che illustra il significativo impatto familiare di una artrite reumatoide giovanile, a livello multi generazionale.

Luisa ha 50 anni, è sposata con Andrea, coetaneo, operaio, e ha un figlio, Massimo, di 21 anni, idraulico, che è stato in terapia con me due anni prima per attacchi di panico. Luisa si presenta in pessime condizioni psichiche e fisiche, nonostante una terapia in corso da 4 mesi con livelli massimi di antidepressivi, modeste dosi di antipsicotico, inoltre ansiolitici e ipnoinducenti. Ha paura di far male agli altri, per cui non guida più la macchina, anzi non esce nemmeno di casa per timore di urtare fisicamente o psicologicamente qualcuno; presenta sintomi ossessivi (pulizie, ripetizione rituale di gesti...) e fobici; fin da piccola era molto ansiosa, ha avuto in passato attacchi di panico, ma il peggioramento grave è avvenuto sei mesi fa, dopo la morte della madre, che aveva 83 anni. All' inizio Luisa "andava troppo al cimitero", dice, e incrementava i controlli ossessivi in casa; poi è iniziato il dimagrimento a cui è seguito il rifiuto di uscire di casa, dove vive confinata da due mesi.

Sembra un quadro depressivo legato a un lutto...ma perché i sintomi sono così forti? E quale è il significato di questa paura di far male ad altri? Luisa ha una vocina da bambina, un corpo da ragazza e un viso da vecchietta: una combinazione insolita, un modo di presentarsi infantile e troppo adulto insieme...Indagando meglio, emerge che la madre di Luisa, recentemente defunta, non era autosufficiente da sempre per una gravissima artrite reumatoide giovanile. Luisa, figlia unica, ricorda che "a dodici anni dovevo metterle io le calze..."; il padre a quell' epoca infatti era già morto e non c'era altro soccorso possibile che quello di una zia. Le due donne sono sopravvissute aiutandosi a vicenda: Luisa non solo faceva da badante in casa, ma lavorava anche fuori come operaia, si era specializzata nell'essere il braccio, mentre la madre era la mente e dava le indicazioni necessarie per tutto oltre a portare in casa una pensione di invalidità. Al matrimonio, Andrea è andato a vivere con le due donne, fuggendo da una propria famiglia litigiosa, contribuendo all'andamento di casa ma dimostrandosi incapace per problemi di insicurezza ed ansia di assumere un ruolo rassicurante di capofamiglia.

E' evidente che in Luisa la depressione e il timore di fare del male ad altri sono legati al senso di colpa: anche se ha dedicato la vita alla madre più ancora che al figlio, nei compiti di assistenza che si è assunta fin da piccola c'è sempre stata anche l' aspirazione infantile a guarire la madre, a salvarla dall' invalidità,

perfino a non farla morire mai...Inoltre, Luisa considera se stessa una valida assistente, ma la perdita della madre, le cui capacità intellettive e volitive non sono mai mancate, la lascia spaventata come quando doveva andare a scuola da piccola e si sentiva incapace di affrontare il mondo. Ecco che questa oscillazione tra responsabilità superadulta e insicurezza si manifesta anche nell'aspetto fisico da bambina invecchiata...I sintomi ossessivi rappresentano un tentativo di controllare l'ansia dando delle istruzioni e dei compiti a se stessa, come faceva prima la madre; il tempo eccessivo passato al cimitero indica la difficoltà di distacco.

Quel che è interessante è vedere come il forte legame tra Luisa e la madre abbia avuto conseguenze anche sul matrimonio con Andrea, che si è strutturato più come fraterna assistenza che come vera unità di coppia; e come questo disagio si sia prolungato fino a creare anche in Massimo, figlio unico della figlia unica di una madre vedova invalida, episodi di ansia, insonnia e ritiro sociale al momento in cui raggiungeva una autonomia lavorativa e sviluppava un interesse per le ragazze che avrebbe potuto allontanarlo dalla madre, rispetto alla quale sentiva un dovere protettivo...come lei aveva sempre sentito per la nonna!

E' evidente che non è solo l'artrite reumatoide ad aver condizionato la storia di questa famiglia ed i sintomi dei suoi membri; tuttavia essa ha esercitato una pesante influenza sulle relazioni interne alla famiglia, che con una psicoterapia prima a Massimo poi a Luisa sto cercando di contrastare, pare con validi risultati. Non escludo, risolti i sintomi, qualche incontro con tutti e tre insieme.

Il mio intervento, naturalmente, arriva dopo molto tempo e non so fino a che punto porterà miglioramenti. Froma Walsh, la massima esperta al mondo delle caratteristiche che incrementano la capacità individuale e familiare di far fronte ai traumi e agli stress acuti e cronici, sostiene (2006) che è necessario fornire un aiuto precoce agli individui e alle famiglie che devono affrontare disabilità ingravescenti e/o croniche, in modo da aiutarle a organizzare le loro risorse per superare le crisi e le complicazioni che costellano il decorso di una malattia cronica. John Rolland (1994) ha sviluppato un modello che aiuta le famiglie a riflettere sul fatto che un buon risultato o la capacità di gestire la situazione varieranno secondo le difficoltà, le risorse disponibili, i valori, le stesse tappe di sviluppo della famiglia.

Nello schema seguente, andando oltre le raccomandazioni individuali di Lancet, la Walsh indica alcuni principi per mettere insieme le forze e risorse familiari e definire strategie efficaci di confronto con le malattie croniche invalidanti:

“Le famiglie riescono meglio a gestire lo stress e ad essere più efficienti nella prevenzione e nel contenimento di crisi future quando:

- si identifica la malattia e si affrontano le difficoltà connesse al trattamento
- si offre un aiuto per la risoluzione dei problemi che emergono durante quei periodi in cui si prevedono maggiori complicazioni.”

Seguono indicazioni più specifiche, ma io concludo rinviando ai libri suoi e di Rolland e facendo presente che nel caso che ho presentato, in cui l'impatto della malattia cronica aveva condizionato la vita di più generazioni,

contribuendo a determinare non solo patologie psichiatriche ma anche insoddisfazioni e difficoltà di diversi membri, se il primo punto era probabilmente stato preso in considerazione il secondo era stato completamente trascurato. Era prevedibile che cosa sarebbe successo alla morte della madre di Luisa, come pure si poteva immaginare molto tempo prima quante difficoltà avrebbero incontrato Andrea con il suo matrimonio e Massimo a sviluppare una vita autonoma in adolescenza e prima giovinezza. Per non dover intervenire dopo, per prevenire, occorre prevedere... L'evoluzione delle malattie croniche, abbastanza conosciuta sul piano medico, contrastata anche se spesso in modo un po' generico sul piano psicologico individuale, non è tuttora adeguatamente valorizzata e trattata sul piano delle relazioni interpersonali: questa è la sfida che dobbiamo affrontare, e nella quale i terapeuti relazionali e le associazioni sono in prima fila.

Bibliografia

- 1) de Ridder D., Geenen R., Kuijjer R.G., Van Midderdorp, Psychological adjustment to chronic disease, *Lancet* 2008;372:246-55
- 2) Rolland, J., Families, Illness and Disability: An Integrative Treatment Model, Basic Books, New York 1994
- 3) Sharpe, L., Sensky, T., Ryan, B., Timberlake, N. & Allard, S. Long-term efficacy of a cognitive behavioural treatment in recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003; 42: 435-441
- 4) Walsh, F., Strenghtening Family Resilience, 2nd ed, Guilford Press, 2006; trad. it. La resilienza familiare, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.

Ottica sistemica e EMDR: quando l'integrazione diventa una risorsa

A. Mosconi, medico psichiatra, direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia, Accredited Practitioner in Emdr

M. Pezzolo, psicologa, psicoterapeuta, didatta del Centro Padovano di Terapia della famiglia, Accredited Practitioner in Emdr

B. Trotta, psicologa, psicoterapeuta, didatta del Centro Padovano di Terapia della famiglia, Accredited Practitioner in Emdr

A partire dal progressivo riemergere dell'attenzione per l'individuo all'interno dell'ottica sistemica, si è assistito ad "un passaggio da un approccio purista dei sistemi familiari a una prospettiva teorica di trattamento più integrata e completa che si manifesta in vari settori di attività" (Lebow, 2005). Molti terapeuti familiari, infatti, integrano nel loro lavoro una vasta gamma di modelli teorici e di tecniche di intervento provenienti da differenti approcci. L'interesse dell'ottica sistemica rispetto alle relazioni e alla loro storia ha reso evidente come nelle interazioni tra gli individui si vadano ad innescare anche informazioni non elaborate derivanti dalle esperienze del passato con la propria famiglia d'origine

o da precedenti relazioni (Kaslow, 2011) che, dal nostro punto di vista, necessitano di una focalizzazione specifica, sulla quale di seguito ne presenteremo una sintesi.

Come già sottolineato da altri autori, l'EMDR, può essere considerata uno strumento di integrazione utile fra varie psicoterapie perché si basa su di un paradigma, ossia il Modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP) di Shapiro (1995), che condivide, con i vari orientamenti psicoterapeutici, la premessa di base che l'informazione disfunzionale è immagazzinata fisiologicamente nel cervello. Il protocollo dell'EMDR diviene, così, terreno fertile per l'elaborazione e risoluzione adattiva di eventi disturbanti che sono alla base di modalità poco funzionali che si presentano nell'interazione.

Specificatamente, il nostro focus di attenzione verterà sulla possibilità di connessione dell'EMDR nel processo di ipotizzazione sistemica, grazie alla centralità che l'ipotesi riveste in tutte le fasi del percorso terapeutico, attraverso un'approfondita esplorazione sia sincronica sia diacronica dei contesti relazionali generatori del problema (Mosconi, Pezzolo, Trotta, 2013).

L'ipotesi, costruita per l'introduzione del cambiamento, prevede l'interrelazione della "Dimensione Individuale" del problema con la "Dimensione Relazionale", ossia le incongruenze comunicative e il conflitto interpersonale, così come esemplificato nel "Quadrilatero Sistemico" (Mosconi, 2008; 2013; 2014).

Le polarità del Quadrilatero Sistemico, distinte su un piano fenomenologico e uno generatore, possono diventare inclusive di quelli che potremmo definire i "livelli dell'identità" (Mosconi, 2014). Sull'aspetto fenomenologico della Dimensione Individuale si colloca la narrazione del problema vissuto in termini di pensieri, parole, azioni e emozioni e, su quello della Dimensione Relazionale, si situa la funzione ricoperta dall'individuo nel sistema e il modo in cui si definisce ed è definito nelle relazioni. Rispetto al piano generatore, la Dimensione Individuale include l'idea di sé e del mondo, e la Dimensione Relazionale, la storia del sistema familiare con le sue premesse e aree semantiche significative.

Nella nostra esperienza clinica, il processo di costruzione dell'ipotesi relazionale, può essere compromesso da un irrigidimento sulla dimensione individuale creata da idee del Sé fisse, correlate ad eventi traumatici.

Come già espresso in altra sede (Mosconi, Pezzolo, Trotta, 2012; 2013), abbiamo individuato alcune aree, di seguito elencate, che possono essere di ostacolo al processo suddetto, e, quindi, alla conseguente ristrutturazione cognitiva da parte del paziente:

- presenza di sintomatologie ego-distoniche (disturbi somatoformi, DOC, attacchi di panico, ecc.) con difficile identificazione della natura relazionale del sintomo;
- presenza di traumi non elaborati nella storia del paziente con conseguente "blocco emotivo" e/o cognitivo alla rievocazione, che non permettono un'integrazione dei dati in termini di storia ben fatta;
- presenza di "segreti familiari" che rendono particolarmente "pericoloso" l'accesso al ricordo in presenza di altri.

Nelle aree così identificate, vengono meno degli elementi informativi fondamentali che non permettono la connessione del sintomo al significato

relazionale e/o la sua parziale integrazione, determinando uno scollegamento tra le polarità individuali e relazionali, sopra esplicitate.

L'utilizzo dell'EMDR diventa, pertanto, una porta d'accesso particolarmente significativa ai dati fondanti l'ipotesi, immagazzinati in modo disfunzionale e/o non completamente integrati, facilitando l'elaborazione e la trasformazione delle informazioni secondo una risoluzione adattiva più adeguata e funzionale, integrata in uno schema cognitivo e emotivo positivo (Balbo, 2006).

Nello specifico, il contributo dell'EMDR all'intervento in ottica sistemica ci appare particolarmente proficuo nei seguenti ambiti:

- a) in presenza di blocchi cognitivi e/o emotivi;
- b) rispetto all'osservazione degli aspetti del non verbale;
- c) nell'uso di tecniche conversazionali.

a) In presenza di blocchi cognitivi e/o emotivi, possono verificarsi due situazioni: in una, il paziente mantiene una focalizzazione sull'aspetto emotivo che viene esperito in maniera amplificata e non integrata sul piano del pensiero in termini di significato; nell'altra, l'accesso a quest'ultimo aspetto, sebbene compreso, non permette di riconoscere ed elaborare la componente emotiva in maniera adeguata. In entrambi i casi, l'EMDR interviene sulla dimensione individuale, in termini di accesso ai traumi connessi ai conflitti intrapsichici che, impedendo il passaggio al significato relazionale del sintomo, portano ad un'eccessiva razionalizzazione o amplificazione emotiva dello stesso. L'EMDR, così, costituirebbe una potente "manovra di sblocco", in quanto, dando la possibilità di lavorare sul trauma connesso al sintomo e, abbassando il livello di sofferenza, permetterebbe di aggirare "le difese" del paziente e di accedere agli aspetti conflittuali interpersonali irrisolti. In particolare, nell'apertura al materiale traumatico e al conseguente trattamento, ci sembrano significativi i traumi con la "t" minuscola frequentemente legati a "disconferme" nella relazione.

b) Rispetto all'osservazione degli aspetti del non verbale, l'applicazione dell'EMDR rende ancora più evidente la loro significanza e il loro ruolo nel processo di ipotizzazione, in quanto favorendo espressioni di abreazione, attraverso i cicli di alternanza dei set di stimolazione bilaterale e dei feedback dati dal paziente, dà indicazioni rispetto all'integrazione dei vari livelli del Sé, che andranno a confermare e/o riorientare l'intervento terapeutico.

Nella nostra esperienza clinica abbiamo riscontrato, inoltre, che assistere alla rievocazione del materiale traumatico in un contesto di coppia e/o familiare con una tecnica non conversazionale può facilitare nei congiunti una comprensione dello stato mentale ed emotivo dell'altro, che diventa un'esperienza diversa e tangibile rivolta al cambiamento. Secondo quanto afferma Mark D. Moses (2010), "lavorare congiuntamente equilibra il sistema dal momento che nessuno dei due partner viene identificato come problema ed entrambi hanno la possibilità di sperimentare degli insight l'uno nel passato dell'altro".

c) In merito all'uso di tecniche conversazionali, e soprattutto per quanto riguarda gli interventi ristrutturanti tipici del Milan Model (domande circolari, la connotazione positiva, le domande ipotizzanti, le ipotesi ristrutturanti, la "domanda del miracolo" e le domande riflessive), queste sembrano trovare negli "interventi cognitivi integrativi", propri della procedura dell'EMDR, un terreno di

potenziamento reciproco. Altresì, la connotazione positiva, quale uno degli strumenti fondanti per il cambiamento dell'ottica sistemica, diventa un ulteriore arricchimento al protocollo di Installazione delle Risorse dell'EMDR.

Aspetto trasversale a questi tre ambiti che desideriamo, infine, sottolineare, è che l'introduzione del protocollo dell'EMDR all'interno di una relazione terapeutica, determina una variazione di setting legata alla riduzione della vicinanza prossemica tra terapeuta-paziente, che costituisce un'esperienza cognitivo-emozionale correttiva, in termini di ridefinizione e conferma del Sé.

Bibliografia

- Balbo, M. (2006), "Percorsi di integrazione delle psicoterapie", in M. Balbo (a cura di) *Emdr: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*, Milano, McGraw-Hill.
- Fernandez I. (2006), "Emdr: un approccio integrato e integrante", in M. Balbo (a cura di) *Emdr: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*, Milano, McGraw-Hill.
- Kaslow, F.W. (2011), "Teorie sui sistemi familiari e applicazioni terapeutiche una panoramica", in Shapiro F., Kaslow F., W., Maxfield L., (a cura di), *Manuale di Emdr e terapia familiare*, Ed. Ferrari Sinibaldi, Milano.
- Lebow, J. L. (2005), "Handbook of clinical family therapy", Hoboken, NJ:Wiley.
- Mosconi, A. (2008), "Terapia relazionale-sistemica con l'individuo: Il Quadrilatero Sistemico come riferimento per la costruzione di un'ipotesi ben formata e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro, ovvero: fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi", in *Connessioni*, n. 20, pp. 55-82.
- Mosconi, A. (2014), "Identità e Identità Sistemica", in Mosconi, A. Pezzolo, M. Racerro, G. (a cura di) *Identità Sistemiche*, Ultimabooks, disponibile su www.ultimabooks.it/identita-sistem.
- Mosconi, A. Pezzolo, M. Trotta, B. (2012), "EMDR as an unblocking manoeuvre and a possibility to install new resources into the systemic-relational approach", Poster alla 13th EMDR European Conference Assotiation 15-17 giugno, Madrid, Spagna.
- Mosconi, A. Pezzolo, M. Trotta, B. (2013), "Systemic-Relational Therapy and EMDR: Integrations and Connections Points Within the Hypothesizing Process", in *Human Systems Vol.24*.
- Mosconi, A. Neglia, V. (2013), "Il Quadrilatero Sistemico: una storia per narrare altre storie. Il caso di una supervisione sistemica in un day hospital territoriale", in *Terapia Familiare*, n.101, pp. 67-93.
- Moses R. (2010), "Migliorare gli attaccamenti: terapia congiunta di coppia", in *Newsletter Emdr Italia*, n.19.
- Pedone, E. (2010), "Terapia familiare con l'ausilio dell'EMDR: uno strumento forte per elaborare piccoli e grandi traumi vissuti dai bambini e dagli adulti", in *Ecologia della mente*, vol. 33, n.1, pp. 37-48.
- Shapiro, F. (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols*, New York, Guilford Press.
- Shilligo, P. (1997), "L'appoggio integrato alla psicoterapia", in *Psicologia Psicoterapia e salute*, Vol.3, n.2, 195267.
- Tomm, K. (1991), "Contributi Interventive Interviewing: Parte terza. Intendi

porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?", in *Il Bollettino*, n.24, pp. 1-14, in *Family Process* 27:1-15, 1988 (originale inglese).

- n.24, pp. 1-14, in *Family Process* 27:1-15, 1988 (originale inglese).

Presupposti di ricerca: il vissuto del terapeuta nell'utilizzo degli oggetti fluttuanti

V.G. Biafora, C. Donati Marellò. (Istituto Emmeci, Torino)

La ricerca nasce dalla necessità di conoscere attraverso lo studio degli oggetti fluttuanti, la percezione delle emozioni e dei vissuti del terapeuta che li utilizza. Gli oggetti fluttuanti e i processi che si sviluppano attorno al loro uso hanno sollevato in noi la curiosità di apprendere quali fossero i vissuti del terapeuta. Tale desiderio di conoscenza ci ha mosso verso un primo approfondimento che ci desse gli strumenti per cogliere nei nostri colleghi le emozioni e il grado di soddisfazione nell'applicarli. Non per ultimo, l'interesse si muove verso la comprensione di come si possano presentare gli oggetti fluttuanti ai clienti/pazienti per l'elaborazione di alcuni aspetti dei vissuti personali e famigliari. I presupposti teorici dai quali siamo partite fanno riferimento agli studi e ai contributi di Philippe Caillé e Yveline Rey (*Gli oggetti fluttuanti* 2005), Edith Goldbeter-Merinfeld (*Il lutto impossibile* 2014) Mony Elkaim (1993). Spazio di lavoro intermedio che viene co-costruito fra il terapeuta (che stimola il cambiamento del quale lui stesso fa parte) e chi chiede aiuto.

L'oggetto fluttuante è come un quadro che introduce tempo e spazio, nel quale poter riscrivere nuove mappe, all'interno delle quali è possibile inventare nuovi comportamenti per scoprire orizzonti del sé non ancora esplorati. I punti di forza sono l'utilizzo di una forma diversa di linguaggi analogici, con uno spostamento sulla creatività e sulla libera espressione. Uscendo dal convenzionale si dà modo di creare uno spazio di libertà che neutralizza il potere della parola. È come un luogo di passaggio dove è immaginabile un nuovo racconto di sé al presente, dove passato e futuro si fondono e creano uno spazio possibile.

Riferendoci alla cibernetica di second'ordine, riteniamo che non vi sia neutralità di chi osserva un processo quando opera all'interno di un sistema. Il terapeuta co-costruisce attraverso l'incontro di vissuti e risonanze, un'immagine sistemica condivisa. Goldbeter (2005) ricorda che le risonanze del terapeuta e le attese della famiglia, s'incontrano sul campo della psicoterapia, per un incontro fatto di confronto e di cambiamento. La relazione terapeutica è l'evento dinamico che promuove il cambiamento.

Nell'incontro tra terapeuta e pazienti gli oggetti occupano uno spazio intermedio, stimolando la creatività nell'interazione. Per oggetti terapeutici s'intendono gli strumenti, le attività, i "giochi" (che introducono nello spazio del "come se"), che arricchiscono il dialogo facendo riferimento a un mondo "iconico" più vicino all'espressione artistica, alla metafora, ai sogni (Bruni & Defilippi, 2009, 2011).

L'incrocio tra il vissuto della famiglia e quello del terapeuta si condensa nella risonanza esperita dal terapeuta rispetto ai vissuti e alle emozioni portate in seduta. Questi vissuti devono incontrarsi ma non confondersi, affinché l'incontro sia arricchente. Gli oggetti fluttuanti occupano il posto dell'incontro, ne sono il simbolo e restano come traccia.

È un momento co-costruito tra il vissuto del terapeuta e quello della famiglia. L'oggetto permette di creare uno spazio che è definibile come incontro, ma non sovrapposizione o eccessiva distanza. L'oggetto è fluttuante proprio perché allarga il campo, consente l'emersione di contenuti oscuri rivelando le risonanze senza forzare il contesto. L'introduzione degli oggetti fluttuanti, offre un rinnovamento delle mappe personali e condivise, restituendo un proprio potere creativo, senza forzare il cambiamento, e offrendo la possibilità di rinnovamento del sistema, rispettando tempi e modalità di chi chiede aiuto.

La ricerca si propone di sondare attraverso un questionario quanto gli oggetti fluttuanti, che arricchiscono la psicoterapia e in particolare ridefiniscono la relazione terapeutica, siano conosciuti dal mondo sistemico e come siano utilizzati nelle relazioni di aiuto.

L'indagine si prefigge di studiare con quali aspettative vengano applicati e conseguentemente rilevare il grado di soddisfazione che ne deriva per il terapeuta e per chi chiede aiuto, considerando che nel lavoro clinico ci si avvale di oggetti transazionali che occupano sempre maggiore spazio nella pratica psicoterapeutica.

Il questionario si presenta con una prima parte generale, seguita da un approfondimento sull'eventuale utilizzo degli oggetti fluttuanti. In particolare ci soffermiamo su due oggetti: il gioco dell'oca di Caillé e le carte dei destini incrociati di Bruni. Focus centrale di tutta la ricerca è l'approfondimento della funzione che essi svolgono nel corso della psicoterapia e come vengono utilizzati dai terapeuti, insieme alla comprensione delle emozioni provate nella relazione di aiuto. Nella parte finale del questionario, le domande sono mirate a conoscere i diversi strumenti di cui si avvalgono i nostri colleghi per l'elaborazione del trauma e del lutto e rilevare se per questo si ricorre agli oggetti fluttuanti e in particolare al gioco dell'oca o le carte dei destini incrociati.

Nel gioco dell'oca, il movimento terapeutico è di tipo fenomenologico con l'introduzione di una serie di simboli che consentono ai partecipanti di fare emerge le emozioni riguardanti eventi importanti della loro storia, appropriarsi di uno spazio personale e al contempo di appartenenza. È così data dignità pari ai ricordi importanti che confluiscono in una storia familiare, senza confondersi e venirse offuscati.

Nelle carte dei destini incrociati, (Bruni e al. 2007; Bruni 2008) il processo terapeutico è invece di tipo mitico, dove s'incontrano lo sviluppo dell'identità e quello dell'appartenenza, senza che uno impedisca all'altro di coesistere (Onnis, 2004). Ricordiamo brevemente cosa sono i miti e la loro funzione.

Il mito, nell'antichità indica un racconto fiabesco, lontano dalla realtà. Poi, acquista senso come progetto, finalità da raggiungere. Levi-Strauss ricorda, in tempi più recenti, le funzioni del mito, con le sue regole ferree e precise, su cui si fonda l'organizzazione sociale. Il mito assume così un volto reale, razionale e assolutamente coinvolgente. Ferreira (1963) lo considera inizialmente una distorsione patologica ma in seguito lo rivaluta come una funzione normale e fondatrice della famiglia, senza il quale essa cesserebbe di esistere.

Onnis (1994) considera il mito nella sua evoluzione, come un insieme di contenuti, che favoriscono il superamento della prima cibernetica, per approdare a quella di second'ordine, sottolineando che nessuna descrizione della realtà è neutra, perché è inseparabilmente influenzata da chi osserva. La terapia sistemica familiare concepisce la realtà complessa che si articola tra più livelli, compreso quello mitico (Caillé, 1990). Il mito è considerato così come un insieme di rappresentazioni e di valori condivisi, che organizza i ruoli e li collega tra loro. Il mito iscrive la famiglia nella storia e quindi anche i suoi membri. Il mito familiare, affonda le sue radici nel mito sociale, donando identità alla storia delle persone.

Le carte dei destini incrociati lavorano proprio a questo livello, offrendo opportunità d'identificazione e soprattutto di narrazione della propria esistenza e degli eventi vissuti, dove una dialettica aperta, accoglie le storie legate al mito e all'identità della famiglia e dell'individuo.

Il racconto è una rappresentazione spesso ricca che favorisce una ri-lettura delle cose successe, del senso e significato che hanno per la persona

La nostra ricerca inizia proprio dal vissuto del terapeuta, chiamato a partecipare, attraverso le suggestioni che questi due oggetti fluttuanti offrono, con le sue ricchezze e preziosità, nell'intento di rendere il lavoro terapeutico più creativo e attento al possibile. La conoscenza delle risonanze e delle emozioni del professionista è fattore importante per non essere accolto, studiato e approfondito. Nell'intento di utilizzare al meglio le risorse e le competenze, per un lavoro etico e ricco di soddisfazioni.

BIBLIOGRAFIA

Edith Goldbeter-Merinfeld. Il lutto impossibile. Il modello del terzo pesante in terapia familiare. Franco Angeli, 2014. Milano

Francesco Bruni, Pier Giuseppe Defilippi, Ritorno al futuro: verso un'euristica della terapia di coppia, in Ecologia della Mente, n.1, 2009

Luigi Onnis, Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società. Franco Angeli, 2004. Milano

Philippe Caillé, Yveline Rey. Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche. Armando Editore, 2005. Roma

Philippe Caillé, Uno e uno fanno tre. Quale psicoterapia per la coppia di oggi. Armando Editore, 2007. Roma

Francesco Bruni, Sabrina Caruso, Sabrina Caspani, Angelo Polimeno, Stefano Ramella Benna (2007), I destini incrociati e la psicoterapia. Una suggestione analogica, in PSICOBIEETTIVO n. 1, pp. 135-163

Francesco Bruni (2008), Psicoterapeuta e famiglie: destini incrociati. In P. Chianura, L. Schepisi, A. C. Dellarosa, M. Menafrio, P. Peruzzi, La relazione e la cura. Viaggio nel modello della psicoterapia relazionale, Angeli, Milano 2008

Vito A., a cura di (2014). *Psicologi in ospedale. Percorsi operativi per la cura globale della persona.*

F. Di Paola

Il volume affronta il problema di come conciliare la ricerca dell'efficienza e lo sforzo di *umanizzazione* della struttura ospedaliera, approfondendo il tema con contributi multidisciplinari e una vasta rassegna di riflessioni e di proposte operative, presentate in un'ottica sistemica. Il valore aggiunto di questo volume, oltre a quello di proporre iniziative riproducibili in altre strutture sanitarie e trasferibili ad altri contesti operativi, risiede nello sforzo di operare un cambiamento culturale, orientato alla realizzazione di un servizio diretto alla persona intesa nella sua globalità e al soddisfacimento dei suoi bisogni, attraverso la formazione del personale e una comunicazione costante tra le varie figure professionali coinvolte nel processo di cura. Ciò è reso possibile grazie ad un lavoro di rete sinergico e collaborativo, in cui ciascun soggetto offre il contributo legato alla propria specifica competenza, in grado di offrire utili indici che permettono una valutazione della qualità della vita del paziente.

Ai progressi tecno-scientifici della medicina non sempre si accompagna un analogo sviluppo del senso etico e dell'attenzione verso i bisogni emotivi della persona e, di conseguenza, non sempre corrisponde un analogo aumento della soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari. Il paziente si trova, spesso, a sentirsi soltanto una anonima macchina da riparare. Si crea, così, la *medicalizzazione dei servizi*, tanto lamentata quanto subita senza alternative.

Sull'ospedale gravano sempre più richieste, spesso tra loro contraddittorie, di elevazione degli standard di produttività e insieme di miglioramento delle condizioni dei degenti.

Inoltre, a livello della programmazione sanitaria nazionale e regionale, troviamo uno degli ambiti decisionali più complessi per il sistema politico-amministrativo: il tema della soppressione e della diversa utilizzazione di strutture ospedaliere sotto utilizzate o sotto dimensionate, inteso in termini di management budgetario, di contrattazioni politico sindacali o, nel migliore dei casi, di aggiornamento tecnologico degli impianti. L'attenzione, invece, deve essere posta anche a temi quali l'umanizzazione degli ospedali e il rapporto fra sistema ospedaliero ed

ambiente. Il termine *umanizzazione*, però, può essere anche ambiguo e riduttivo facilitando equivoci di significato, anche nella sua applicazione, e rischiando di mettere in ombra la scientificità, nonché la specificità dei diversi professionisti. Con *umanizzazione*, infatti, non si intende una semplice disponibilità d'animo e sensibilità di un professionista che più o meno idealisticamente opera in questa direzione.

La psicologia ospedaliera non è riducibile ad un generico e occasionale sostegno psicologico al paziente, quasi una sorta di conforto religioso, nè ad intervento di emergenza di uno psicologo chiamato in corsia per sedare un'ansia improvvisa di un paziente. In questo senso l'*umanizzazione della medicina* finirebbe per essere qualcosa di simile ad un volontariato. La psicologia ospedaliera deve avere una precisa identità culturale, scientifica e metodologica. Le proposte operative devono riguardare la sofferenza del paziente e dei suoi familiari, la formazione degli operatori e l'organizzazione del lavoro. L'intera organizzazione ospedaliera ne trae così vantaggi: la compliance sia del paziente che dei familiari migliora e, quindi, aumenta anche l'efficacia delle cure; gli operatori sanitari, più formati e sostenuti, lavorano meglio e sono meno a rischio di burnout. Tutto ciò produce nel tempo un miglioramento del clima organizzativo e dell'efficacia complessiva dell'assistenza e della cura e, nel lungo termine, anche una riduzione complessiva dei costi. Ciò comporta il superamento del modello bio-medico a favore del più complesso modello bio-psico-sociale, che riconosce l'interazione dei fattori psico-sociali con quelli bio-chimici alla base del benessere dell'individuo, con un atteggiamento centrato e attento alla persona, le sue idee, i suoi vissuti, le sue paure ed i suoi diritti.

Perchè si possa parlare di *umanizzazione* delle strutture sanitarie, è necessario un coinvolgimento sistemico a tutti i livelli, amministrativi e sanitari: amministratori, medici, infermieri, personale ausiliario e tutte le figure che, a qualsiasi titolo, operano negli ospedali. E' possibile dare una risposta adeguata alla varietà e complessità dei bisogni solo se, a livello di direzione generale, sanitaria e di équipe, esistono una condivisione e un consenso reale sui modelli e sulle pratiche promosse.

L'assistenza psicologica deve essere parte di un complessivo cambiamento culturale e organizzativo, altrimenti non si fa "psicologia" ma, ridipingendo le vecchie pareti delle corsie, si effettua solo un cambiamento di facciata senza che in realtà cambi niente; proprio come noi terapeuti sistemico relazionali vediamo spesso nella pratica clinica con le famiglie che ci chiedono "di stare meglio senza cambiare niente", oppure di apportare qualche modifica ad un solo membro *paziente designato*, senza alcuna condivisione di obiettivi. Scrive Vito: «Tutta la psicologia moderna è una psicologia relazionale, in quanto tutta la nostra psicologia si costruisce sui rapporti. Di conseguenza, anche quando il malato entra in ospedale occorre prendersi cura di tutte le dinamiche relazionali in cui è inserito» (p. 36).

Il modello sistemico permette di intervenire sul sistema individuo e sui suoi sovrasistemi (famiglia, gruppo) e sottosistemi (mente/corpo) e di uscire, così, da una visione lineare semplicistica della realtà, rifiutando ogni tentativo di riduzionismo della complessità. Promuove e valorizza le risorse individuali e familiari presenti, restituendo centralità alla persona e al suo specifico contesto,

in un'ottica di welfare comunitario.

Vito è molto chiaro: l'approccio sistemico appare necessario per governare il processo di umanizzazione delle strutture sanitarie. Il modello sistemico è coerente con le definizioni attuali di salute e di *medicina della complessità*; offre, inoltre, gli strumenti per occuparsi dell'organizzazione del sistema, nella difficile gestione dell'integrazione delle diverse competenze (accompagnata spesso dal terrore di perdere il proprio potere), delle relazioni, delle interdipendenze tra i livelli, riconoscendo ad ognuno la propria specificità.

L'attività di psicologia clinica in ospedale è analizzata come punto d'incrocio fra soggettività del paziente e dell'equipe, oggettività della malattia e aspetti economici e culturali delle istituzioni.

Vito non è qui solo un tecnico ma un clinico che conosce la sofferenza che si accompagna alla malattia. Con grande competenza e umanità traccia un interessante e innovativo percorso di integrazione nell'ambito poco conosciuto della psicologia ospedaliera, tra interventi psicologici, medici, sanitari, sociali e relazionali, atti a garantire una reale presa in carico globale dei bisogni del malato: al centro del processo di cura vi è sempre il paziente.

In genere, è difficile trovare in un testo proposte di cui vengano messi in evidenza i successi e le potenzialità ma anche i limiti operativi, in una prospettiva non idealistica ma percorribile, mediante la creazione di una rete di servizi, a testimonianza

che sia possibile costruire, abitare e far evolvere contesti professionali dove clinica e ricerca convivono entro modelli coerenti e credibili, come nelle esperienze dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli di Napoli.

Un testo non banale, consigliato non solo agli psicologi ma a tutti gli attori del sistema ospedale, nella prospettiva di un complessivo cambiamento culturale.

E' impossibile non trarne suggestione per il lavoro clinico di ogni giorno, in ospedale ma anche fuori, proprio perchè la malattia è qualcosa con cui tutti noi, a livello professionale o personale, prima o poi dobbiamo confrontarci.

Sistemic a confronto:

“Un ponte tra nord e sud Europa”

Incontro tra lo staff del Diakonhjemmet Institut di Oslo e didatti e allievi del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato, 4 Aprile 2014

V. Aletti e D. Fierro

La cultura ha sempre influenzato il modo di pensare e di agire delle persone, contribuendo a costituire i loro sottomondi sociologici. Siamo dipendenti da essa, anche quando nel lavoro di terapeuti seguiamo delle linee guida, che talvolta restano le medesime pur mutando il contesto, mentre altre volte devono necessariamente deviare per agganciarsi alla cultura di appartenenza. E' questo ciò che è avvenuto nell'incontro dello scorso 4 Aprile al Centro Studi di Prato, quando abbiamo avuto l'onore di essere parti attive di un meeting atto a

mettere a confronto differenze e somiglianze tra la terapia sistemica italiana e quella norvegese.

È quando pensi di conoscere a fondo il tuo modello che ti rendi conto di quante varianti possa avere e di come si adatti plasmandosi ai contesti di riferimento. E, d'altronde, la teoria sistemico-relazionale ci insegna a tenere sempre in alta considerazione il contesto... ed è stato proprio il confronto sui differenti contesti sociali, teorici e terapeutici, che ha guidato il nostro incontro con il gruppo dei norvegesi.

Durante il meeting il direttore della scuola Prof. Gianmarco Manfreda e la Dott.ssa Valentina Albertini hanno introdotto ai colleghi norvegesi il metodo sistemico italiano di fare terapia. In particolare si sono soffermati sul Modello delle Realtà condivise, di cui il professor Manfreda è autore, secondo il quale non basta una semplice narrativa affinché una nuova storia sia terapeutica. Per favorire il cambiamento, è infatti utile restituire ai pazienti una versione alternativa a quella da loro presentata, seguendo regole riprese dalla tradizione retorica che rendano la nuova storia *plausibile, convincente ed esteticamente valida*.

Storie dunque accettabili dal paziente e dalle sue figure di riferimento (plausibilità) e storie sostenute da tecniche volte a modificare razionalmente ed emotivamente radicate convinzioni (convincenti). Fin qui tutto sembra essere abbastanza chiaro anche per i colleghi norvegesi, mentre sull'*esteticamente valide* le differenze culturali emergono in maniera più netta. Secondo il modello italiano lo scopo della storia è "*coinvolgere le persone, restituendo loro una visione della vita quotidiana più varia ed emozionante e meno restrittiva e banale*". Un concetto risultato di difficile comprensione ai nostri colleghi norvegesi, tanto da dover ricorrere ad un esempio pratico.

Per spiegare meglio il contesto, Il Prof Manfreda si è improvvisato vigile urbano in una simulata, e ha finto di fermare una collega norvegese per eccesso di velocità; la collega, davanti all'intervento dell'autorità, ha ammesso prontamente con aria affranta il proprio sbaglio, recitando il mea culpa ed accettando senza discutere la multa. Ma... Se l'autista spericolata fosse stata italiana? Con molta probabilità avrebbe cercato di convincere il vigile a non farsi multare inventando una serie di scuse per giustificare la sua violazione, cercando in ogni modo di coinvolgerlo emotivamente. Questa differente reazione ad un banale episodio quotidiano in realtà ha colpito molto i colleghi norvegesi e ha posto le basi di una profonda riflessione su quanto le differenze culturali influenzino i modi di agire e di pensare delle persone.

A seguito di un sentito scambio verbale la giornata è proseguita con un confronto pratico fatto di due simulate. Nella prima i colleghi italiani sono stati terapeuti di una famiglia norvegese per poi prendere le parti, nella seconda, di una tipica famiglia italiana in seduta con un terapeuta norvegese.

In linea di massima la conduzione del colloquio, in quanto a vicinanza emotiva e tipologia di domande per indagare la situazione, seguiva le stesse fila in entrambi i casi, ma il setting utilizzato si diversificava. Presso il nostro centro italiano si lavora in due, un terapeuta sta nella stanza con la famiglia, l'altro (il supervisore o co-terapeuta) sta dietro lo specchio unidirezionale in una stanza adiacente. Questo con lo scopo di avere due punti di vista della famiglia, uno più interno e coinvolto e uno più esterno e meta. I due terapeuti comunicano in seduta attraverso un citofono e alla fine si riuniscono per discutere privatamente

riguardo le proprie sensazioni e per scrivere una restituzione da leggere alla famiglia. Scopo della terapia e della restituzione è fornire alla famiglia una storia alternativa, che da una parte è sembrata spiazzare i colleghi nelle parti di una tipica famiglia norvegese ma dall'altra non ha mancato di colpirli, coinvolgerli, agganciarli.

Il punto di forza dei terapeuti norvegesi è invece il "reflecting team" con cui avevamo già avuto modo di confrontarci in passato in un incontro con il Dottor Michaelsen ed altri colleghi di Oslo. Qui è solo un terapeuta a relazionarsi con la famiglia mentre poco distante siedono altri terapeuti, in numero variabile, che in silenzio ascoltano la seduta (reflecting team). A fine seduta, su richiesta del terapeuta, comunicano tra loro esprimendo le proprie impressioni di fronte alla famiglia che ascolta senza poter intervenire. Solo successivamente è il terapeuta a chiedere ai membri della famiglia se hanno riscontrato nelle parole dei colleghi qualcosa che li ha particolarmente toccati, dando il via a una serie di riflessioni.

Seppur con setting diversi sembra che i terapeuti sistemici europei lavorino con il primo scopo di permettere ai pazienti di "pensarsi diversamente", di ripensare alla loro storia in modo diverso come se ad un tratto si provasse a raccontare la solita favola mantenendo la trama e i personaggi invariati ma facendo emergere aspetti e intenzioni diverse degli stessi. Chissà cosa penseremmo della matrigna di Cenerentola se nella prima parte della storia ci avessero raccontato che è cresciuta orfana di padre, con una madre molto severa e anaffettiva e poi abbandonata dal marito ha dovuto crescere due figlie da sola? Chissà quali sono i suoi sottomondi sociologici di partenza? Chissà quali parole plausibili, convincenti ed esteticamente valide l'avrebbero potuta agganciare per una terapia familiare...

L'approccio sistemico relazionale al servizio del mental training: recupero ed ottimizzazione della performance in un motociclista

D. Tortorelli

L'approccio sistemico-relazionale è un paradigma fondamentale per la gestione di situazioni complesse, utile ad impostare e monitorare un lavoro che poi può essere svolto con i parametri tecnici specifici, di matrice non necessariamente relazionale. In tal senso la psicologia applicata allo sport che si avvale dell'ottica sistemica può arricchire ed ampliare le sue possibilità di intervento (Tortorelli, 2005). Quando un atleta fa una richiesta d'aiuto ad un preparatore mentale, è possibile che tale domanda si leghi, magari ad un livello inconsapevole, a quanto sta avvenendo nel gruppo, cioè alle relazioni in cui l'atleta è immerso e dalle quali non è possibile prescindere. Aiutare un atleta significa, oltre che rafforzarlo a livello individuale attraverso tecniche psico-educative e programmi specifici di mental training (Cei, 1987; 1998), sostenerlo nel contesto in cui vive.

In ogni caso, il malessere veicola un messaggio nel contesto in cui si manifesta (Haley, 1976), nel nostro caso, quello sportivo. Da un lato "denuncia" quindi una

necessità di cambiamento (non stiamo più bene in questa situazione), dall'altro "protegge" il sistema dal cambiamento stesso, in quanto tende a mantenere l'omeostasi. Il fine ultimo è quello di garantire la sopravvivenza del sistema stesso, minacciato dalla novità.

Di seguito viene proposto un lavoro con un giovane atleta. Nonostante la richiesta di aiuto esplicita sia legata alla possibilità di migliorare la performance, l'intervento prevede un inquadramento di tipo relazionale, fondamentale per sbloccare una situazione al confine fra psicologia dello sport e intervento psicoterapeutico¹.

Fui contattata al telefono da Maria, madre di Filippo, un motociclista di 15 anni. Maria mi spiegò che il figlio era in crisi "di testa". Al momento della telefonata, Filippo era al decimo posto nel ranking italiano, ma proprio nell'anno in cui avrebbe potuto fare il "salto di qualità" collocandosi fra i primi 3, si era bloccato, perdendo ulteriori posizioni. Filippo si era sempre allenato con il padre, Carlo, ex motociclista e grande appassionato, fino a quando quest'ultimo era stato costretto ad incrementare le ore lavorative per motivi economici. Dall'inizio di quella stagione agonistica, Filippo era seguito da Gerry, presidente del team e sponsor principale. In realtà, il team non aveva un allenatore definito, anche se era Gerry ad allenare la maggior parte degli atleti. Durante la telefonata, mi colpì il sospiro finale di Maria: "Va beh!", che connotai come discrepanza (Manfrida, 1998) da approfondire. Della mia chiamata erano al corrente tutti i familiari, mentre Gerry non ne era a conoscenza. Anche questa era una discrepanza, così decisi di convocare esclusivamente il nucleo familiare stretto (Filippo, il diretto interessato; Carlo, direttamente coinvolto nella gestione della moto e degli allenamenti; Maria, che seguiva regolarmente il figlio agli allenamenti ed alle gare, supportandolo sotto ogni punto di vista), assecondando l'omeostasi del sistema. La convocazione familiare fu decisa perché avevo a che fare con un minore e serviva il consenso informato per il trattamento del figlio da parte dei genitori. Inoltre, entrambi i genitori erano molto coinvolti nell'attività sportiva del figlio. Infine, il primo richiedente era la madre: partendo dal presupposto che chi chiama è colui che nel gruppo è più in difficoltà e spesso ha anche un certo potere rispetto al sistema considerato, era evidente la necessità di sentire anche Maria, per non risultare controsistemica.

Nel primo incontro emerse che Filippo, ormai da alcuni mesi, era in uno stato di continua tensione: in moto aveva perso fluidità, era rigido e si stancava più del normale. Tutto ciò, unitamente a delle gare andate male, aveva fatto sì che Filippo accumulasse sfiducia. La spiegazione data la famiglia a questa situazione era quella della realtà dominante della vita quotidiana (Manfrida, 1998): "ha paura di vincere"... che non spiega un bel niente. Tale ipotesi, a loro avviso, era suffragata dal fatto che in allenamento Filippo girava perfettamente, mentre in gara si trasformava...in negativo. Filippo era praticamente nato in moto: fin da piccolo aveva mostrato un talento sorprendente. La sua principale caratteristica era la naturalezza del gesto tecnico, "le cose gli vengono da sole". Aveva imparato in fretta e rapidamente erano arrivati anche i risultati, fino a quel

¹ L'intervento è stato proposto dall'autore come relazione orale al XX Congresso Nazionale AIPS 2014, "Tradizione ed innovazione. Sfide per la psicologia dello sport e dell'esercizio". 23-24-25 maggio 2014.

momento. Recentemente, inoltre, era caduto alla partenza e da allora aveva paura. Anche a scuola, non stava andando molto bene. Quando fu sottolineata la connessione *caduta di moto* e *caduta a scuola*, i genitori e Filippo stesso si illuminarono. I sistemi di appartenenza di un atleta sono interconnessi e si influenzano a vicenda. Nessuno aveva pensato ad una situazione più ampia e la famiglia iniziò a chiedersi cosa stesse succedendo davvero, predisponendosi alla costruzione di una realtà alternativa (Manfrida, 1998). In effetti, concordarono, Filippo non era sereno.

L'impressione che ricavai da questo primo incontro in cui cercavo informazioni relative alla pratica sportiva, ma anche alla situazione familiare dalla quale, soprattutto in questa fase, era impossibile prescindere, era che Filippo stesse parlando attraverso il comportamento in pista di un malessere anche familiare. Infatti molte cose erano cambiate per tutti. Carlo era meno presente nella quotidianità del figlio: la scelta di far seguire Filippo da Gerry era maturata sia per motivi di tempo e di lavoro, sia perché Carlo riteneva che era arrivato il momento per Filippo di crescere e di "staccarsi" da lui. Carlo ammetteva che ultimamente si era arrabbiato spesso con Filippo, perché troppo coinvolto. Fare un passo indietro rispetto alla gestione quotidiana del figlio, a suo avviso, avrebbe allentato la tensione. Maria mediava, accompagnava, sosteneva e si curava dei suoi cari. Sebbene tutti riconoscessero le qualità tecniche di Gerry, nei fatti Maria lo tollerava poco. A suo dire, Gerry non era adatto all'educazione di Filippo: "lo conosco mio figlio, ha bisogno di altro! Lui lo carica d'ansia e non lo motiva in modo adeguato! Come quando gli ha promesso che se vinceva, gli avrebbe dato 300 euro!". Carlo, di fronte a questi sfoghi, rimaneva perplesso, sforzandosi di giustificare Gerry. A parole lo sosteneva, a livello non verbale era sofferente. Filippo si allineava al padre, ma anche il suo non verbale tradiva tensione. Non capiva se Gerry lo migliorava, ma sottolineava che lui era cresciuto come pilota con il padre, che gli aveva insegnato molto. Filippo era sicuro che Gerry non fosse più bravo di Carlo, solo più disponibile.

Durante le gare, Carlo continuava a seguire il figlio. In particolare, alla partenza lui e Gerry erano insieme. Il primo avrebbe dovuto fare da spalla al secondo, ma nei fatti emergeva un atteggiamento ambivalente. Gerry dava a Filippo consigli tecnici; Carlo, non riuscendo a delegare fino in fondo, spesso diceva la sua opinione, non necessariamente simile a quella di Gerry. Filippo poi avrebbe dovuto scegliere. Mentre mi veniva raccontata questa dinamica, la madre scuoteva la testa, in faccia aveva dipinto il disappunto. La donna era molto legata al marito ed alla sua famiglia, che si muoveva spesso compatta, in gara e fuori. Il sistema familiare contava anche un fratello, Paolo, di 20 anni, studente universitario.

Da un punto di vista tecnico, Filippo aveva perso il suo punto forte: la partenza. Una delle sue capacità migliori era anticipare gli avversari al *via*. Tale capacità risultava fondamentale, visto che strutturalmente Filippo era esile e partire dietro per poi recuperare, gli risultava troppo faticoso. Gerry pareva non prestare attenzione a questa caratteristica. Soprattutto, dopo la caduta avvenuta alla partenza, aveva preferito cambiare una strategia che fino a quel momento aveva funzionato, piuttosto che capire cosa fosse successo e ricostruire la fiducia. Partendo dietro ed essendo dominato dall'ansia, durante i giri in pista, Filippo era contratto e sprecava molta energia. Filippo non aveva mai fatto nulla

di consapevole a livello mentale; appariva ben predisposto alla visualizzazione ideomotoria² e riusciva a focalizzare l'attenzione su caratteristiche utilissime ad anticipare gli avversari al via.

In gara, Carlo pareva in competizione con Gerry, con cui discuteva rispetto alla strategia. Questa situazione creava verosimilmente confusione in Filippo, che, dovendo scegliere ogni volta cosa, fare allungava i tempi decisionali e aumentava l'incertezza. Carlo, tuttavia, conosceva meglio Filippo e tutti erano d'accordo che strategicamente lo avrebbe seguito meglio di Gerry. Ad un'analisi approfondita, inoltre, Carlo dava al figlio indicazioni *in negativo*, ad esempio "non piegare troppo...". Questa modalità comunicativa affatica il processo di pensiero e decisionale dell'atleta che durante la gara necessita di comandi chiari, da seguire in tempi strettissimi. La rappresentazione mentale immediata del comando, infatti, era quella del gesto da non fare; Filippo avrebbe dovuto poi cercare la rappresentazione dell'azione giusta.

Considerazioni

Tutto è andato bene fino a quando Carlo ha avuto necessità di incrementare le entrate economiche familiari ed ha deciso che Filippo dovesse differenziarsi da lui. La fase di ciclo di vita che stavano attraversando Filippo e la sua famiglia, da un punto di vista relazionale, è quella dell'individuazione e dello svincolo dei figli (Cancrini, La Rosa, 1991): indubbiamente, Filippo doveva acquisire progressivamente maggiore autonomia dai genitori e stava iniziando a fare le proprie scelte. Il fratello maggiore, Paolo, si stava organizzando fuori casa. La famiglia deve, in questa fase, dare spazio ai figli affinché possano esprimersi senza farli sentire abbandonati e gestendo a sua volta le proprie angosce abbandoniche. In tal senso, da un punto di vista sportivo, Filippo, di colpo, è passato da una famiglia particolarmente unita nella vita e nello sport, ad una situazione di grande tensione e dispersione. E' risaputo, che quando la figura paterna riveste anche il ruolo di allenatore può risultare ingombrante per il figlio, soprattutto durante la sua adolescenza; anche se, in questo caso, Filippo non si era mai lamentato della presenza paterna. Carlo era stato molto attento a questa esigenza dei figli, infatti non sembrava gravare su di essi. Poi, era praticamente scomparso dalla quotidianità degli allenamenti di Filippo. Ciò che traspariva dal non verbale del padre era una specie di tormento: Carlo ammetteva di aver preso questa decisione per il figlio, ma appariva frustrato. La madre era molto contrariata: se a parole accettava questo cambiamento, nei fatti non sembrava convinta. E Filippo era completamente disorientato. Tutto questo aveva ripercussioni nel sistema sportivo, ma anche in quello scolastico. Non era una semplice fase transitoria di adattamento da un allenatore ad un altro: i cambiamenti effettuati investivano Filippo e tutta una famiglia da sempre compatta ed unita. Indubbiamente emergevano elementi tecnici da gestire (dare comandi in gara univoci e *in positivo*, indicando ciò che deve essere fatto; recuperare la fiducia nella partenza anticipata ed ottimizzarla; lavorare sul senso di efficacia percepita di Filippo), ma prima di avviare un programma di mental training ragionai con la famiglia sul grande cambiamento di inizio stagione,

² A tale proposito, l'atleta riusciva a rappresentarsi in moto fin dalla prima volta in maniera interna (come se si trovasse in una realtà virtuale), polisensoriale e con un grande controllo dell'immagine e dei tempi di percorrenza del circuito. In quest'ultimo caso, riusciva a visualizzare un giro di pista nel tempo pressappoco esatto in cui era solito eseguirlo dal vero (Robazza e coll., 1994).

ponendo il dubbio che il distacco dal padre fosse stato troppo repentino. Cercai di chiarire, inoltre, se la fiducia riposta su Gerry fosse stata completa, cosa fondamentale affinché i genitori gli affidassero il figlio. La questione della modalità usata da Gerry per motivare Filippo (il compenso economico), che tanto dava fastidio alla madre, in qualche maniera sembrava umiliare dei genitori che facevano enormi sacrifici e sottolineava la supremazia di Gerry su Carlo.

Di fatto, Filippo si trovava in un grande conflitto di lealtà: era come se sbagliando in gara sabotasse Gerry per salvare il padre, dimostrando che il primo in fondo "non è così bravo!". Sembra che Filippo si stesse *sacrificando* per rimanere fedele al padre ed al mito familiare di unione di cui la madre era paladina. Fu connotato positivamente il comportamento di Filippo (difficoltà mostrate in gara come sacrificio per il padre e supporto alla madre), di Carlo (si tira indietro per il bene del figlio) e di Maria (accetta di seguire il figlio agli allenamenti per liberare il marito e supportare il Filippo). Inoltre, fu sottolineato che era giusto lasciare spazio a Filippo per gestirsi nella vita e nello sport, ma questo andava fatto progressivamente, in particolare in una famiglia così unita. Il figlio non poteva accettare di *ferire* la madre e il padre. La famiglia decise di ridefinire i ruoli in direzione del cambiamento (autonomia di Filippo), ma non in maniera repentina: Maria avrebbe continuato ad accompagnare Filippo agli allenamenti, effettuati con la supervisione di Gerry. In gara, Carlo avrebbe ripreso il proprio posto di prima guida del figlio, elaborando la strategia di gara e la messa a punto della moto con lui. Tutto questo fu successivamente concordato con Gerry.

Una volta riorganizzato il contesto relazionale intorno a Filippo, fu messo a punto un programma di mental training, che partendo dal goal setting³, avrebbe coinvolto anche le figure significative per l'atleta.

Conclusioni

Non appena fu riorganizzato il contesto relazionale di Filippo, la tensione mostrata negli ultimi mesi scomparve. Altrettanto rapidamente, Filippo riprese ad effettuare partenze eccezionali, mostrando una fluidità ed una concentrazione in gara nettamente sopra i suoi standard consueti. Le capacità di riprendersi dall'errore e di recupero migliorarono notevolmente. In generale, ci fu un'*impennata* del senso di efficacia percepito. Migliorò anche il rendimento scolastico.

Filippo iniziò anche a ritagliarsi piccoli spazi per uscire con gli amici, senza compromettere la preparazione e la dedizione sportiva. Carlo cessò le paternali. I risultati non tardarono ad arrivare: podio e primi posti in gare nazionali ed internazionali, immediata ascesa nel ranking e gare di livello mondiale. Grande attenzione da parte di team importanti.

Tempo dopo, Filippo mi raccontò che Carlo e Gerry si conoscevano fin da ragazzi. Il padre era stato un ottimo motociclista; avendo un carattere appassionato ed esuberante, talvolta, non riusciva a gestire i suoi impeti. Gerry aveva iniziato più tardi ad andare in moto, era meno brillante, ma grazie un carattere più calcolatore ed a risorse economiche diverse, faceva più risultati. Immaginali gli sforzi fatti da Carlo in quei mesi di delega, per amore del figlio

³ Il goal setting o formulazione degli obiettivi è la prima tappa di un progetto di mental training. E' considerata un'importante strategia motivazionale capace di orientare l'attività del soggetto (Tamorri, 1999).

Filippo parlò di un'antica rivalità fra Carlo e Gerry: "Gerry è sempre stato quello che arriva ultimo e prende la torta!"...come sarebbe accaduto anche in questo caso, se Filippo glielo avesse permesso.

BIBLIOGRAFIA

Cancrini L., La Rosa C., *Il vaso di pandora*. NIS, Roma, 1991.

Cei A., *Mental training*. Luigi Pozzi, Roma, 1987.

Cei A., *Psicologia dello sport*. Il Mulino, Bologna, 1998.

Haley J., (1976), *La terapia del problem-solving*. Nuove strategie per una terapia familiare efficace. Tr. It. Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.

Manfrida G., *La narrazione psicoterapeutica*. Franco Angeli, Milano, 1998.

Robazza C., Bortoli L., Gramaccioni G., *La preparazione mentale nello sport*. Luigi Pozzi, Roma, 1994.

Tortorelli D., *Atleti, allenatori e squadre. La psicologia dello sport in una prospettiva relazionale*. *Ecologia della mente*, 2005, 1, pp. 61-82.

Tamorri S., *Neuroscienze e sport*. UTET, Torino, 1999.

Congresso Devoto 2015 un evento ECM di studio e approfondimento di metodi, sperimentazioni, riflessioni culturali

F. Safina

Promuovere salute, fare rete, dare voce, promuovere cambiamenti. Questo è ciò che la Fondazione Andrea Devoto Onlus ha costruito in vent'anni di lavoro e di azioni portate avanti sul territorio toscano e italiano in continua sinergia con associazioni e istituzioni del terzo settore. Una strada lasciata aperta dallo studioso cui deve il suo nome, Andrea Devoto, che negli anni della psichiatria imperante, dell'impoverimento dei legami e della pronta risposta medica a qualsiasi problema continuava a credere nella gente. Andrea Devoto insegnava ad ascoltare la voce dell'altro, a rispettarlo e a coglierne le risorse. Fu proprio lui a portare in Italia la metodica dell'Auto Aiuto, come presa in carico del proprio benessere e riappropriazione della propria cura. Andrea Devoto credeva nelle persone e nella capacità di lavorare insieme. Vedeva il positivo e trovava un senso relazionale alle difficoltà: attraverso l'incontro con l'altro e il rispetto del dolore era possibile condividere e alleggerirsi, e queste erano per lui la base di tutto.

La Fondazione Andrea Devoto, seguendo i passi tracciati da Andrea Devoto, ha costruito un *know how* che, nel suo ventennale dalla nascita, ha deciso di condividere con addetti ai lavori e società civile attraverso un congresso di due giorni, nella primavera 2015. Il 7 e 8 maggio saranno due giornate di studio e approfondimento di strumenti di ricerca, metodologie di formazione, strategie per la promozione del self empowerment, tecniche di intervento per la promozione della salute, ma anche riflessione e attualizzazione del pensiero di Andrea Devoto: due giorni di incontri, laboratori, approfondimenti. Il tutto accompagnato da ospiti di spessore come Don Luigi Ciotti e Moni Ovadia, da professori illustri come Patrizia Meringolo (UniFi) e Gianmarco Manfrida (SIPPR), da

personaggi in prima linea nella difesa dei diritti umani come Don Andrea Bigalli referente Libera della Toscana.

La presenza dei crediti ECM permetterà la partecipazione a tutti i professionisti dell'area socio sanitaria, oltre all'importante presenza della società civile e delle istituzioni come promotori dell'iniziativa. I temi del congresso saranno: auto-aiuto, psichiatria e psicoterapia, life skills education, scuola, marginalità estreme, memoria viva, immigrazione.

Per ulteriori informazioni e dettagli dell'evento è possibile consultare la pagina della Fondazione Devoto www.fondazioneandreadevoto.it o contattare Francesca Safina, coordinatrice delle attività, info@fondazioneandreadevoto.it.

VERSO IL CONGRESSO DI CASERTA

Quando il tempo si arresta: un'indagine sul tempo traendo spunto dal tempo nei processi terapeutici.

Hugh Jenkins PhD

SIPPR 28 Marzo 2015

Che il tempo esista o no, l'idea del tempo permea le nostre vite. Il linguaggio che utilizziamo per descrivere il *tempo* è incapace di catturare questo inafferrabile fenomeno e tutte le nostre descrizioni risultano inevitabilmente inadeguate e incompiutamente allusive. Tenendo in mente ciò voglio comunque impegnarmi per un breve spazio di tempo (?) a fare alcune riflessioni su questo fenomeno che come un fuoco fatuo danza sempre, irraggiungibile, al di là della nostra portata. Traendo spunto dalle descrizioni del tempo date da alcuni filosofi e dagli studi antropologici sui rituali sosterrò che la guarigione e quindi il cambiamento hanno luogo in un contesto fuori del tempo o nel momento a-temporale *liminale* descritto da Arnold van Gennep e Victor Turner. Si verifica attraverso l'attività intenzionale, operativa, del terapeuta nel momento terapeutico o attraverso il *linguaggio* specifico del paziente.

In modo alternativo, la guarigione può avvenire quando un trauma del tempo passato che si prospetta di nuovo nel tempo futuro viene ritualmente confinato nel momento presente al tempo passato antecedente al temuto futuro vissuto come costante tempo presente (Sant' Agostino), oltre i confini del momento temporale della sessione di terapia.

Recensione

Hugh Jenkins: Il tempo, ultima frontiera.

A. Mazzeschi

Jenkins ha illustrato il ruolo del tempo in psicoterapia partendo da una visione filosofica e antropologica. Questo ci ha fornito un'opportunità per considerare il potenziale contributo della filosofia e dell'antropologia verso una più ampia comprensione della funzione del tempo in psicoterapia. Sant'Agostino nelle *Confessioni* scriveva che tutti sappiamo che cosa è il tempo, ma ci resta difficile spiegarlo in una maniera chiara ed esaustiva.

E come diceva Milton Erickson nelle *Applicazioni cliniche e terapeutiche della distorsione del tempo*: "l'enfatizzazione del tempo come parte integrante dell'esperienza umana, può essere considerata banale, ma non è banale riconoscere il tempo come un elemento completo e meritevole di investigazione come qualsiasi altro fattore dell'esperienza umana".

Jenkins si è soffermato sull'importanza dell'influenza del passato sul presente; nella nostra storia i confini tra presente passato diventano confusi e la memoria del passato ha degli effetti tangibili nel nostro presente.

Nel tempo e nelle generazioni, le credenze, i significati, i sentimenti, le emozioni, i comportamenti, le azioni e gli eventi, sono diventati storie, e successivamente copioni, quindi un insieme di procedure che indicano come le cose sono state fatte e come le relazioni erano impostate. Il copione si trasforma nel tempo in mito, acquistando veridicità e potere e creando condizionamenti inconsapevoli.

Le storie che ci sono state raccontate, che siano vere oppure no e il clima che abbiamo respirato fatto da emozioni, sentimenti, aspettative, hanno un impatto nella creazione dei nostri modelli interni che ci guidano nelle nostre relazioni sia che ne siamo consapevoli o meno.

Il ripetersi di questi *pattern*, crea un rituale pseudo-adattivo in cui la persona cresce e modella la propria personalità, e data la natura stessa del modello, che di per sé è rigido, le possibilità di scelta si autolimitano, creando condizionamenti sul futuro.

Le conseguenze e l'impatto del passato nel nostro presente sono molte, e si declinano nelle nostre reazioni ad eventi presenti, che talvolta possono rivelarsi sproporzionate agli eventi stessi; ma sicuramente queste reazioni sono proporzionate a qualcosa, a qualcosa del nostro passato che nell'intreccio della matassa del tempo ritorna presente. Tutto questo con una consapevolezza difficile e rara.

E qui entra in gioco il ruolo 'curante' della terapia, collocandosi in uno spazio liminale, in un momento dentro e fuori del tempo dove le dinamiche 'distorte' che accadono nel nostro presente (come memoria inconsapevole del nostro passato) possono essere rivissute. Durante la terapia queste dinamiche

accadono ed è possibile farne esperienza in un modo nuovo e con la possibilità di un esito diverso, creando una nuova memoria e un'opportunità intrinseca di cambiamento del presente con effetti anche sul futuro.

Il setting terapeutico è uno spazio, che acquista la peculiarità dell'essere senza tempo e nel quale auspicabilmente certe dinamiche accadono nell' *hic et nunc*. Nella relazione con il terapeuta entra in gioco il transfert permettendo la messa in atto di modelli relazionali appresi in un contesto in cui i confini del tempo si rivelano estremamente confusi: da un tempo clinico circolare verso un tempo lineare che potrà dare agli eventi una giusta collocazione temporale.

Il peso del passato diventa più chiaro e va verso la consapevolezza, facendoci prendere coscienza del perché delle nostre azioni e da che cosa ci difendiamo così arduamente nel nostro presente. Forse perché la tendenza all'evitamento o alla ripetizione di certe situazioni è volta alla modifica del decorso e a un diverso epilogo.

Il processo di apprendimento che avviene in terapia cura il nostro passato attraverso il nostro presente creando una premessa positiva, o in altre parole adattiva per il nostro futuro. Questo crea una possibilità alternativa di cui non avevamo consapevolezza che potesse essere reale, e quindi una speranza che ha il potere di cambiare anche il nostro futuro.

E come diceva Jenkins, il processo terapeutico dovrebbe 'districare una matassa temporale', in modo da rendere la nostra storia lineare. Qui entra di nuovo in gioco il tempo e la difficoltà di una definizione dello stesso: rinarrare una storia e ricollocare gli eventi in quella linea temporale che inizia addirittura prima della nostra nascita, quando sono iniziate le aspettative su di noi e sulla nostra vita, quando le storie e i miti, che ora hanno acquistato autorità, erano presenti e accadevano nello scorrere delle vite delle generazioni che ci hanno preceduto.

Nell'intreccio della matassa del tempo della nostra storia ci siamo noi con la nostra unicità soffocati dalle storie, che si sono trasformate in copioni e miti e che hanno avuto il potere di guidare le nostre vite.

Nelle *Lezioni sulla fenomenologia della coscienza interna del tempo*, Husserl descrive l'analisi del tempo che si svolge a partire dall'esperienza del presente, il punto-tempo qui ed ora, il quale raccoglie in sé la ritenzione del passato e la protensione verso il futuro, in modo da creare una situazione dialettica, mai semplice e definita, tra un *discretum* fra i diversi punti-ora e un continuum fra di essi. Come riportava Jenkins, gli aspetti del passato e del futuro hanno creato un presente "spesso". Nella pratica clinica il terapeuta, come un ricercatore, pone lo sguardo verso l'origine dei contenuti del presente nel passato, cercando di far emergere l'io dal presente "spesso", dove la ritenzione del passato è diventata schiacciante e ha reso la nostra personalità ingabbiata dalle reti degli eventi accaduti nel tempo.

Qui il terapeuta deve sapere aspettare e cercare di accordarsi al tempo e al ritmo della persona o della famiglia e quindi facilitare l'ingresso del processo di cambiamento e accompagnare la persona nello stesso.

Il nostro modo di pensare alla terapia e al cambiamento acquista una nuova luce e una maggiore efficacia assumendo il ruolo del 'tempo' come punto di riferimento, utilizzando lo spazio terapeutico e il tempo stesso come strumenti privilegiati nella lettura delle storie e nei processi di cura e di cambiamento.

Scheda di Iscrizione
da inviare via e-mail:

convegno@sippr2015@gmail.com

Nome e cognome partecipante

Tel/cell. Fax

E-mail

C.F.

P.IVA

Titolo di studio

Professione ed Ente di appartenenza

Cena Sociale

Socio S.I.P.P.R.

Le iscrizioni devono pervenire entro il
28 FEBBRAIO 2015 al seguente indirizzo:

convegno@sippr2015@gmail.com

Responsabile Segreteria Organizzativa
DR. Francesco Ferrara
DR. Cell. 3397683554

Come Raggiungerci:

Per chi arriva dalla stazione di
Caserta

1. Prendi in direzione ovest da Via Viviani direzione Via Isonzo
2. Prendi la 2ª a sinistra e imbocca Viale Carlo III
3. Alla rotonda prendi la 2ª uscita e imbocca Strada Statale 87
4. Svolta/Viale della Libertà
5. Svolta a destra e imbocca Via Fieschi di S. Martino
6. Svolta a sinistra e imbocca Viale Abramo Linceo
7. Prendi e imbocca Via Luigi Einaudi
8. Continua su Via Quasimodo
9. Svolta a destra e imbocca Strada Vitale Pozzillo
10. Alla rotonda, prendi la 2ª uscita
11. Svolta a destra
12. **Hotel Plaza Caserta**

Per chi arriva dall'aeroporto di
Napoli - Capodichino

1. Entra in A56
2. Prendi l'uscita a sinistra e imbocca A1/845 direzione Roma/Bari
3. Prendi l'uscita Caserta Sud/Marcianise direzione Caserta Sud/Marcianise
4. Entra in Strada Statale 87 Sanvitino
5. Svolta leggermente a sinistra direzione Strada Statale 87 Sanvitino
6. Svolta a sinistra e imbocca Strada Statale 87 Sanvitino
7. Svolta a destra e imbocca Largo Botteghe
8. Prendi la 2ª a destra e imbocca Via XX Settembre
9. Svolta a destra in Corso Alcide De Gasperi
10. Svolta leggermente a sinistra e imbocca Via Santi Cosma e Damiano
11. Continua su Via Luigi D'Andrea
12. Svolta a destra per rimanere su Via Luigi D'Andrea
13. Svolta a destra e imbocca Strada Vitale Pozzillo
14. Alla rotonda, prendi la 2ª uscita
15. Svolta a destra
16. **Hotel Plaza Caserta**

Per chi arriva dall'autostrada
seguire le indicazioni da

1. Uscita Caserta Sud/Marcianise direzione Caserta Sud/Marcianise
e seguire come indicato nella scheda sopra riportata

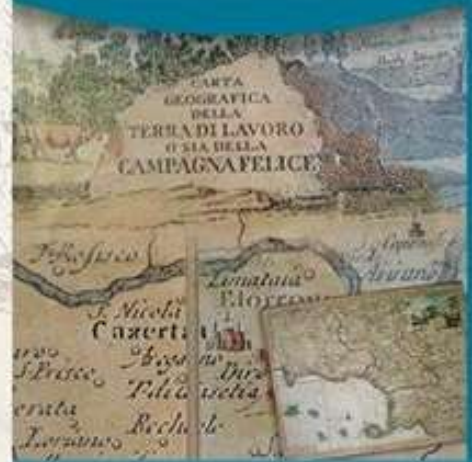
S.I.P.P.R.

Sede Operativa

cd S.I.P.P.R. - V.le Vittorio Veneto, 78 - 59100 Prato
tel. +39 3803813193 - fax +39 0574529075
tel. C.S.A.P.R. +39 0574597662
info@sippr.it - infoconvegno@sippr.it



CONVEGNO INTERNAZIONALE S.I.P.P.R.
Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale



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

Hotel Plaza
Viale Lamberti

27- 28 Marzo 2015
CASERTA

Venerdì 27 Marzo 2015

13.30 - 14.00

Registrazione dei partecipanti

14.00 - 15.00

Apertura dei lavori

Saluti

Gianmarco Manfreda
Presidente S.I.P.P.R.

Introduzione

Antonella Bozzaotra
Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Campania

Considerazioni sul tema del Convegno

Prof. Giorgio Caviglia
Ordinario di Psicologia Clinica e Dinamica e Presidente del corso di Laurea Magistrale in Psicologia della Sanità

15.00 - 15.15

Introduzione ai lavori

Francesco Canevelli

15.15 - 16.15

Lezione magistrale

Aldo Masullo
Filosofo, Professore emerito di Filosofia Morale Università Federico II di Napoli con la presentazione di Francesco Bruni

16.15 - 16.45

Pausa

16.45 - 18.00

Luigi Cancrini
Past President S.I.P.P.R.,
Presidente C.S.T.F.R. - Roma

18.00 - 19.15

Interventi del Pubblico

Modiratore

Rossella Aurilio
Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore I.Te.R. di Napoli e Caserta

Intervento programmato

Pasquale Chianura
Past President S.I.P.P.R.

19.15 - 20.00

Assemblea dei Soci

Cena Sociale su prenotazione

Sabato 28 Marzo 2015

09.15 - 09.30

Introduzione ai lavori

Daniela Tortorelli

09.30 - 11.00

Lezione magistrale di

Hugh Jenkins

Past Director Institute of Family Therapy, Londra
con la presentazione di Andrea Mosconi

11.00 - 12.15

Maria Borca

Presidente E.F.T.A. (European Family Therapy Association)
Professore in Psicologia Clinica Università di Nordhausen - Germania

12.15 - 13.30

Interventi del Pubblico

Modiratore

Gianmarco Manfreda
Presidente S.I.P.P.R.

Intervento programmato

Camillo Loredano
Past President S.I.P.P.R.

13.30

Chiusura lavori

Il Convegno è gratuito

per i soci S.I.P.P.R., Psicologi e Medici,
gli studenti universitari, gli allievi delle
Scuole di Formazione riconosciute.

Sono previsti **9 Crediti ECM gratuiti** per
i primi **150 iscritti** (soci S.I.P.P.R. in regola
con le quote associative).

Cena sociale

a carico dei partecipanti
previa prenotazione.