

S.I.P.P.R. *News*

NOTIZIARIO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA RELAZIONALE

a cura del Comitato di Redazione

**PRIMI PASSI
VERSO
ORIZZONTI
DA
ESPLORARE!**





Nuovi orizzonti S.I.P.P.R. (e miei...) dopo il congresso di Prato 2016

Un lavoro allucinante, una grande soddisfazione: così riassumerei l'esperienza del mio ultimo congresso da Presidente S.I.P.P.R..

Il ricordo delle centinaia di mail a cui rispondere, dei contatti con decine di tecnici, fornitori, rappresentanti del Comune e della Provincia, commercialisti, operatori delle televisioni, giornalisti, portati avanti in orari rubati alle visite e alle lezioni e protratti fino a tarda sera ancora mi terrorizza; ma quello del teatro Politeama, uno dei più grandi della Toscana, pieno in tutti i suoi 1000 posti, della platea che si riempiva progressivamente fino a non lasciare spazi vuoti, della partecipazione appassionata di tanti terapeuti giovani e meno giovani, mi inorgoglisce e tira su di morale. Come pure mi ha dato grande gioia vedere finalmente la SIPPR sui giornali e nelle televisioni, almeno del Centro Italia, e crescere ogni giorno il numero dei contatti per i nostri video su youtube e facebook. Per la S.I.P.P.R. questo congresso ha rappresentato un riconoscimento pubblico: il modello relazionale, sia pure nella realtà locale pratese e toscana per cominciare, è diventato noto a tutti, almeno di nome, superando il divario che ci separa dal "cognitivo comportamentale" che ormai impera, quasi indispensabile aggiunta al termine "psicoterapia", sui giornali e sui bugiardini dei farmaci. Abbiamo visto che appellandoci alla gente veniamo compresi, riconosciuti, accolti con simpatia: i tecnici stessi del teatro seguivano e commentavano gli interventi dei relatori, e ci chiedevano perché non ci fossero con maggiore frequenza incontri come il nostro. Di relazioni siamo esperti tutti, chi più chi meno, molti da dilettanti e qualcuno da professionista, in quanto esseri umani: abbiamo una formazione sociale comune a garantire un significato condiviso a quello che succede, a costruire una realtà comprensibile a cui dare tutti lo stesso senso, più o meno. Condividiamo però anche altre sfere di realtà alternative, possiamo capire anche chi esce dai parametri più ristretti della banalità quotidiana. Siamo tutti uniti dallo sforzo di dare un senso, una stabilità, una prevedibilità alle nostre vite condizionate dal caso, eppure più facili da condurre se ci riferiamo a modelli socialmente condivisi e fondati sulle relazioni interpersonali.

Un'altra grande soddisfazione è stata quella di vedere il congresso coinvolgere tutta la città. La scelta di non chiuderci in un moderno centro congressi dalle sale tutte uguali, ma di portare gli iscritti nei palazzi storici di Prato ha consentito

loro di conoscere una città nascosta, ma anche ai pratesi di veder circolare per le strade, invece di restare in un più confortevole ma oscuro anonimato, una quantità di persone con il badge all'occhiello e una cartellina colorata sotto il braccio. Mi faceva una paziente, qualche giorno fa, barista in un locale prossimo al teatro: "Quanto abbiamo lavorato in quei tre o quattro giorni all'inizio del mese, c'era un congresso, venivano tantissimi al bar con il cartellino, ma che bello, era tutta gente nuova, c'era la piazza piena!"

Mi sono intenerito tanto, davanti ai suoi occhi sgranati quando le ho detto che eravamo noi gli organizzatori, che le ho regalato una cartellina completa del congresso: è andata via che sembrava una bambina con il regalo di Natale.

Ecco, questa è la lezione del congresso 2016 per il futuro della SIPPR: occorre tornare tra la gente, farci vedere e conoscere direttamente non solo dai nostri pazienti, ma dalla società, dobbiamo ottenere da essa quel riconoscimento che ci viene costantemente lesinato da tante istituzioni o dai mezzi di comunicazione. Dobbiamo esservi più presenti, coinvolgere le persone in numero sempre maggiore, anche attraverso i nuovi mezzi di comunicazione. Abbiamo avuto un larghissimo seguito su facebook, dove si succedevano in diretta le notizie e le fotografie dal congresso: questo vuol dire anche fare spazio ai nostri giovani, coinvolgerli, lanciarli, perché sono loro quelli più capaci di aprire la SIPPR alla società.

Coerentemente, io da vecchiotto lascio senza rimpianti la presidenza della S.I.P.P.R., confortato dal fatto che essa passi a una delle nostre colleghe di animo più giovane, Rossella Aurilio, una che della capacità di fare gruppo e squadra dà prova quotidianamente. Lei è rimasta la ragazzetta brillante che ho conosciuto tanti anni fa, di una intelligenza, energia e iniziativa fantastiche.

So che è attaccata alla S.I.P.P.R. quanto me, che combatterà per il nostro modello con tutte le sue straordinarie capacità.

Chi mi ha visto incerottato e con il viso tumefatto per un incidente occorso poco prima del congresso può stare tranquillo: le cicatrici si sono rimarginate e, anche se ne avrei fatto a meno, in fondo rappresenteranno un ricordo costante di questa straordinaria esperienza, una testimonianza di quanto...ci ho messo la fronte, se non la faccia! Come un tatuaggio, per tutta la vita mi ricorderanno il congresso Prato 2016.

L'ultima parola è per ringraziare tutti i partecipanti al congresso, i capiscuola che hanno iscritto i loro allievi, il direttivo che mi ha dato fiducia,



e soprattutto tre persone con cui in quei mesi ho condiviso tanto, non solo in termini di tempo, della mia vita: Marzia Donati e Alessandra Bondi, segretarie SIPPR da soli 5 mesi, instancabili, entusiaste, ottimiste, sempre incoraggianti, e mia moglie Erica Eisenberg, psicoterapeuta e socia S.I.P.P.R., non soltanto come è consuetudine per la pazienza che ha avuto e per il sostegno che mi ha dato, ma per il lavoro enorme che ha personalmente e con-

cretamente svolto promuovendo con un fantastico successo senza precedenti le relazioni pubbliche e l'immagine del congresso, attraverso logoranti contatti con lo sfuggente mondo dei media. Arrivederci a tutti, amici e soci della S.I.P.P.R.! Resto con voi, andiamo avanti insieme, oltre le stanze di terapia, verso i nuovi orizzonti di una società fondata su una cultura relazionale consapevole e condivisa, di cui noi dobbiamo essere il lievito.

Gianmarco Manfreda

Rossella Aurilio

Nuovo Presidente della S.I.P.P.R.



Carissimi,

eccoci partiti per la navigazione e, ispirati ancora dal grande successo dell'ultimo convegno, facciamo rotta verso nuove dimensioni del nostro stare insieme. In questi due brevi,

ma intensi mesi di presidenza, ho sperimentato un'operatività delle Commissioni e del Direttivo della nostra Società, perfettamente sintonica al raggiungimento di una prima tappa: investire produttivamente i frutti del grande lavoro che Gianmarco e i precedenti presidenti ci hanno lasciato. Mi ha entusiasmato l'impegno e l'energia profusa dai colleghi, neo eletti alle cariche societarie, nell'incontro tenutosi a Napoli l'otto Luglio scorso.

L'esperienza di lavorare per tante ore in sinergia e cooperazione su progetti comuni e da realizzare in tempi brevi, ha rafforzato il mio convincimento che la modalità "fare squadra" è vincente.

Dobbiamo immaginare di poter costituire squadre diversificate affinché più energie possano convergere nel raggiungimento degli obiettivi prescelti. Coinvolgere i soci, ben al di là dell'ufficialità della carica ricoperta, significa aver chiaro che abbiamo bisogno delle competenze e della creatività di ciascuno, ricordando che nei gruppi di qualsiasi dimensione la disomogeneità è ricchezza.

Questa la motivazione per cui abbiamo già coinvolto diversi Colleghi ed Istituti nella collaborazione di queste prime iniziative e continueremo in questa direzione.

In questo numero, accanto alla sintesi delle relazioni plenarie del convegno di Prato, saranno illustrati i progetti già in essere.

La comunicazione, di cui siamo instancabili studiosi e maestri, deve costituire la nostra forza!

Anche per questo abbiamo creato una pagina

Facebook denominata Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale. Postate le vostre idee, i vostri commenti e foto di attività che vi vedono coinvolti nella nostra Società e soprattutto sollecitate gli studenti a visitarla. Ho già sponsorizzato la pagina in diverse occasioni, cosa che, come voi sapete, consente di accrescere le visualizzazioni e dunque la diffusione a macchia di leopardo.

Stiamo programmando una ristrutturazione del nostro sito che implica obbligatoriamente tempi più lunghi per necessità tecniche e contrattuali.

Il passaggio burocratico della Società nella città di Napoli procede alacremente grazie all'efficiente coordinazione con l'equipe di Gianmarco.

Oltre agli indirizzi ufficiali della Società, vi ricordo la mia mail personale: rossella.aurilio@gmail.com Scrivetemi per qualsiasi questione inerente la S.I.P.P.R. e per qualsiasi idea, suggerimento, progetto grande o piccolo vogliate mettere al servizio di quella che io ritengo la nostra "Casa Comune."

Dicono i Ching: "E' propizio avere ove recarsi". Sono certa che ciascuno di noi saprà interpretare al meglio questa opportunità e farne un volano di crescita personale e collettivo.

Grazie per il vostro tempo.

Rossella Aurilio



INIZIATIVE S.I.P.P.R. APPROVATE DAL DIRETTIVO IN DATA 8 LUGLIO 2016

• **È stata attivata una convenzione a titolo gratuito tra la S.I.P.P.R. e il Network editoriale di comunicazione Pre-Sa** - Prevenzione e Salute che riserva alla nostra Società uno spazio dedicato alla salute psicologica. Questo Network gestisce una piattaforma online in collaborazione con le più importanti realtà giornalistiche dal Messaggero al Corriere della Sera; in particolare con quest'ultimo edita in cartaceo, con cadenza mensile, un ampio spazio sui temi della salute dove è inserita anche l'area psicologica, pubblicato nel Corriere della Sera di tutta l'area del Sud Italia. Sempre con il Corriere della Sera, edita in cartaceo sei numeri annui di un inserto monotematico "Focus-Prevenzione" che tratterà di varie patologie in modo specifico. La nostra Società verrà interpellata sulle componenti psicologiche da tenere presenti nella patologia trattata e nei protocolli di cura. La distribuzione sarà su tutto il territorio nazionale.

Tutti i soci SIPPR, in regola con i pagamenti, potranno scrivere sulla piattaforma online articoli di carattere informativo e divulgativo su tematiche scelte e articolate in coerenza da un comitato di redazione già istituito nel nostro Direttivo. Ciascun articolo dovrà essere firmato col nome cognome e professione di chi lo scrive e **rigorosamente** dovrà inserire la dicitura di socio della **Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale** senza la sigla abbreviata.

Membri del Direttivo a cui rivolgersi per la raccolta articoli e qualsiasi altra informazione riguardo l'iniziativa:

- **Daniela Tortorelli** (tortorellidaniela@libero.it) e **Monica Pezzolo** (monica.pezzolo@gmail.com) per i Soci del Nord Italia.
- **Francesco Canevelli** (francesco.canevelli@gmail.com) e **Luca Chianura** (luca.chianura@fastwebnet.it) per i Soci del Centro Italia.
- **Rossella Aurilio** (rossella.aurilio@gmail.com), in collaborazione con la segretaria **Mariarosa Menafro**, per i Soci del Sud Italia.

• **Rilanciare il modello sistemico all'interno delle Facoltà di Psicologia.**

Tutti noi abbiamo sempre ritenuto importante perseguire questo obiettivo. La Società ha in progetto di prendere contatto con le Università Italiane per proporre seminari su diverse tematiche psicologiche viste dalla prospettiva del nostro paradigma.

È un progetto ambizioso ma di grande utilità e di difficile realizzazione. Siamo consapevoli che potremmo procedere molto a rilento e trovare molti ostacoli.

È stato attivato un primo contatto con **l'Università di Chieti** e stiamo concordando un seminario esperienziale da svolgersi nel mese di Novembre.

È fondamentale che, la struttura dei workshop che la Società propone sia di tipo esperienziale, che possa mantenere un format fluido e capace di coinvolgere i partecipanti in un'esperienza del nostro modello chiara e diretta. Anche le Commissioni Didattica e Ricerca stanno lavorando per realizzare al meglio questo programma. Tutti i Soci verranno aggiornati sui programmi dei seminari futuri e sui criteri per la scelta dei Soci da coinvolgere.

• **Abbiamo deciso di attuare una campagna promozionale per le nuove iscrizioni.** I nuovi Soci pagheranno per il primo anno di iscrizione 42,00€ invece di 84,00€.



SOMMARIO

LUGLIO 2016

7

MANUALIZZAZIONE E PSICOTERAPIA SISTEMICA: UNA RICERCA ISCR

MAURO MARIOTTI (Coordinatore della Commissione Ricerca)

9

"IL PROGETTO HOME: UNO SPAZIO DI CONSULENZA NEL "TERRITORIO" LGBT"

LUCA CHIANURA (Coordinatore della Commissione Clinico Didattica), **FEDERICA MANGILLI**,
MARIA ALLEGRA MANCUSI, **VALERIA TUCCI**

11

SE UNA NOTTE D'INVERNO UN VIAGGIATORE...

IGNAZIO SENATORE

13

**STORIA DELL'ARTE E SCIENZE COGNITIVE. COME ORIENTARE UN DIALOGO
TRANSDISCIPLINARE A VENIRE?**

MICHELE DANTINI

14

**IL VIAGGIO DEL MONDO SISTEMICO:
TERRITORI E ORIZZONTI DA RECUPERARE IN PSICOTERAPIA RELAZIONALE**

PASQUALE CHIANURA

15

**RETHINKING SYSTEMS THINKING
RIPENSARE IL PENSIERO SISTEMICO NEL SECOLO DELLA COMPLESSITÀ**

CAMILLO LORIEDO

17

SEMANTICHE FAMILIARI E RELAZIONE TERAPEUTICA

VALERIA UGAZIO

19

"ORIENTARSI NELLE TERRE D'INFANZIA"

LUIGI CANCRINI

20

**'QUEL PICCOLO MONDO PERFETTO' PERDUTO.
SCENARI DEL TRAUMA NEL LAVORO CLINICO CON BAMBINI E ADOLESCENTI**

ISABELLA LAPI

22

INTERVENTI NARRATIVI ORIGINALI IN TERAPIA RELAZIONALE INDIVIDUALE

GIANMARCO MANFRIDA

24

**RITORNO AL FUTURO
RIFLESSIONE SUI POTENZIALI ORIZZONTI DELLA PSICOTERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE**

VALENTINA ALBERTINI

26

**L'EVOLUZIONE DELLE TRE LINEE-GUIDA DELL'APPROCCIO MILANESE (IPOTIZZAZIONE,
CIRCULARITÀ E NEUTRALITÀ) : ESPLOR-AZIONI NEL CAMPO DELLA TERAPIA FAMILIARE CON
I BAMBINI**

IGINO BOZZETTO

28

A CASA DOPO L'URAGANO. PSICOTERAPIA RELAZIONALE E PSICOLOGIA DEL SÉ

STEFANO RAMELLA BENNA

30

**I NUOVI ORIZZONTI DELLA TERAPIA FAMILIARE: APRIRE IL SETTING AL MACROSISTEMA,
VERSO UNA TERZA CIBERNETICA**

LUCA VALLARIO

32

INTERNI E DINTORNI DEL MODELLO SISTEMICO: UNA LONELY PLANET AGGIORNATA

GIUSEPPE RUGGIERO

34

**LA PSICOTERAPIA DELLA GESTALT: LO SGUARDO FENOMENOLOGICO ED ESTETICO
ALLA RELAZIONE**

MARGHERITA SPAGNUOLO LOBB



Società Italiana
di Psicologia
e Psicoterapia
Relazionale

Presidente:

Rossella Aurilio

Segretaria:

Mariarosaria Menafro

Consiglio Direttivo:

Francesco Canevelli

Luca Chianura

Monica Pezzolo

Daniela Tortorelli

Sede Legale:

Via Riviera di Chiaia, 105
80122 - NAPOLI

Tel. 081669195

www.sippr.it
e-mail: info@sippr.it



SOMMARIO

LUGLIO 2016

- 37** IL TEMPO NUOVO AL CENTRO MILANESE DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA
PIETRO BARBETTA
- 39** EMOZIONI
PAOLO BERTRANDO
- 41** TRIGENERAZIONALITÀ E TERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE
CORRADO BOGLIOLO
- 43** ALL'ESPLORAZIONE DI TERRE DI CONFINE
MATTEO SELVINI
- 44** PROBLEMI NELLA CLINICA E NELLA FORMAZIONE RELAZIONALE EUROPEA
PHILIPPE CAILLÉ
- 45** IL LAVORO DIRETTO CON LE FAMIGLIE D'ORIGINE DEI TERAPEUTI IN
FORMAZIONE NUOVI SVILUPPI
ALFREDO CANEVARO
- 47** SOME RESEARCH-DRIVEN CONSIDERATIONS FOR RELATIONAL TRAINING
AND PRACTICE IN EUROPE
PETER STRATTON
- 51** L'ADOZIONE AI TEMPI DI FACEBOOK: RISCHI E PROSPETTIVE
CHIARA BENINI
- 53** IL DIRITTO AL FUTURO: NUOVI SISTEMI DI CURA E DI TUTELA
STEFANO CIRILLO
- 54** GENITORIALITÀ COMPLESSE: MADRI E PADRI IN CARCERE
LAURA FRUGGERI
- 56** LA FORMAZIONE CLINICA DEL TERAPEUTA FAMILIARE MULTIGENERAZIONALE
ANNA MASCELLANI



Società Italiana
di Psicologia
e Psicoterapia
Relazionale

Presidente:

Rossella Aurilio

Segretaria:

Mariarosaria Menafro

Consiglio Direttivo:

Francesco Canevelli

Luca Chianura

Monica Pezzolo

Daniela Tortorelli

Sede Legale:

Via Riviera di Chiaia, 105
80122 - NAPOLI

Tel. 081669195

www.sippr.it
e-mail: info@sippr.it



MANUALIZZAZIONE E PSICOTERAPIA SISTEMICA: UNA RICERCA ISCRA



di Mauro Mariotti



La vaccinazione relazionale



La manualizzazione rappresenta uno degli aspetti fondamentali relativi alla ricerca empirica in psicoterapia, ossia quell'ambito volto a fornire informazioni sulla capacità di un certo tipo di trattamento di indurre miglioramenti nel funzionamento generale del paziente e renderle chiare e fruibili a chiunque.

In particolare la manualizzazione consiste nella specificazione dei principi di un trattamento psicoterapeutico in modo che quanto viene fatto possa essere verificato e riprodotto.

Il modello sistemico-relazionale, caratterizzato nei principi e nelle tecniche dall'attenzione verso la complessità del funzionamento umano, è ancor più difficilmente compatibile con i criteri rigorosi e lineari della ricerca scientifica. Sia a livello italiano che internazionale, gli studiosi che afferiscono a questo modello si stanno confrontando con la necessità di creare nuovi sentieri che connettano l'ambito clinico e quello della ricerca, ancora tra loro molto distanti. Ed è all'interno di questa cornice che nasce la necessità di manualizzare un percorso di psicoterapia sistemica-relazionale, fornendo delle linee guida coerenti con i principi sistemici e che si avvalga di strumenti che ne rispettino la complessità e la relazionalità.

Nel 2010 è iniziato lo sviluppo di un protocollo di terapia manualizzata in sei sedute più una di follow-up con cardine lo strumento RSP-c. Il protocollo si avvarrà dell'uso, oltre che di RSP-c, anche di altri due strumenti, anch'essi da validare, nati all'interno della scuola: il "genogramma tridimensionale" e la "storia per immagini". L'obiettivo della ricerca è sviluppare un percorso di consulenza/terapia utilizzabile con coppie e famiglie centrato sull'accrescere la consapevolezza delle dinamiche che avvengono all'interno delle relazioni.

Lo scopo della ricerca è dimostrare che l'uso di una terapia sistemica breve, in cui la coppia è esposta ai tre approcci principali afferenti al modello sistemico (approccio triadico e riflessivo, approccio strutturale e approccio narrativo), aumenta i processi di auto percezione e di resilienza di coppia. L'obiettivo principale è favorire una diversa percezione del sintomo mentre, quello secondario è agevolare la diminuzione o la scomparsa del sintomo riferito.

Lo schema dell'intervento è il seguente:

Questo disegno di manualizzazione è stato presentato in vari congressi ed è tuttora oggetto di studio e sviluppo. Gli sviluppi futuri prevedono la sommi-

nistrazione del percorso nei seguenti contesti: corsi prematrimoniali; prevenzione disturbi alimentari; percorsi alla genitorialità; conflittualità coniugale; problematiche di coppie; tematiche conflittuali famiglia estesa e conflittualità figli genitori. Sono stati presentati diversi disegni di ricerca su varie linee Europee (Horizon, 2020) e una nuova proposta sta per essere effettuata nel luglio del 2016.

Bibliografia

- Andolfi M., Angelo C. (1988). Tempo e mito nella psicoterapia familiare. Torino: Bollati Boringhieri.
- Andolfi M. (2003). Manuale di psicologia relazionale. Roma: A. P. F.
- Bateson G. (1976). Verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi.
- Boscolo L., Bertrando P. (1993). I tempi del tempo. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowen M. (1979). Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare. Roma: Astrolabio.
- Brody H. (1973). The systems view of man: implications for medicine, science, and ethics. Perspectives in biology and medicine. 17: 71-92.
- Cigoli V., Mariotti M., a cura di (2002). Il medico, la famiglia e la comunità. Milano: Franco Angeli.
- Cigoli V. (1989). Prefazione. In Montagano S., Pazzagli A., Il genogramma. Teatro di alchimie familiari. Milano: Franco Angeli.
- Cronen V., Johnson K., Lannaman J. (1983). Paradossi, doppi legami e circuiti riflessivi. Una prospettiva teorica alternativa. Terapia familiare, n. 14.

- De Bernart R. (2006). Immagine e implicito. *Maieutica*, n. 27-28-29-30. Engel G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, n. 196.
- Gurman A.S., Kniskern D.P. (1995). *Manuale di terapia della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Haddon M. (2003). *Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte*. Torino: Einaudi.
- Haley J. (1983). *Il distacco dalla famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Haley J. (1973). *Terapie non comuni*. Roma: Astrolabio.
- Hill R. (1970). *Family Development in Three Generations*. Cambridge: Shenk-man.
- Loriedo C., Picardi A. (2000). *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento*. Milano: Franco Angeli.
- Malagoli Togliatti M., Lubrano Lavadera A. (2002). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna: Il Mulino.
- Malagoli Togliatti M., Telfener U. (1991). *Dall'individuo al sistema*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mariotti M., Bassoli F., Frison R. (2004). *Manuale di psicoterapia sistemica e re-lazionale*. Padova: Edizioni Sapere.
- McGoldrick M., Carter E. (1982). *The family life cycle*. In Walsh F. (ed.), *Normal family processes*, New York: Guilford Publications.
- Minuchin S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Montagano S., Pazzagli, A. (1989). *Il genogramma. Teatro di alchimie familiari*. Milano, Franco Angeli.
- Montomoli E., project work, www.iscra.it
- Parisi S., Pes P. (2003). *Rortutor. Manuale Rorschach*. Roma: Ed. Centro H. Rorschach srl.
- Pes P., Parisi S., Fiumara R., Caporali M., Ciani N. (1984). *Strategia diagnostica e terapeutica con il Rorschach Sistemico in malati Psicosomatici in terapia Grup-po-Analitica. Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, Vol. III/2.
- Cigoli V., Mariotti M., a cura di. *Il medico, la famiglia e la comunità*. Milano: Franco Angeli.
- Schützenberger A. A. (1993). *La sindrome degli antenati*. Roma: Di Renzo.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. (1975). *Paradosso e contro-paradosso*. Milano: Feltrinelli.
- Sluzky C. E. (1992). *La trasformazione terapeutica delle trame narrative. Terapia familiare*, n. 36.
- Sluzky C. E. (1993). *La rete sociale: frontiera della terapia sistemica. Therapie Familiare*, Geneve, 14(3), pp. 239-251.
- Telfener U., Casadio L., a cura di (2003). *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- von Bertalanffy L. (1950). *An Outline of General System Theory. The British Journal for the Philosophy of Science*, Vol. 1, No. 2, pp. 134-165.
- Walsh F. (2000). *Ciclo di vita e dinamiche familiari tra ricerca e pratica clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Walsh F. a cura di (1976). *Stili di funzionamento familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
- Wynne L.C., Shields C.G., Sirkin M.I. (1992). citati in Montomoli E., project-work, www.iscra.it



“IL PROGETTO HOME: UNO SPAZIO DI CONSULENZA NEL “TERRITORIO” LGBT”



di Luca Chianura
Federica Mangilli
Maria Allegra Mancusi
Valeria Tucci

In tale relazione, in primo luogo, si è proposto un excursus terminologico inerente all'area LGBT con particolare attenzione al costrutto di Minority Stress (Mayer, 1995), nonché il riferimento teorico alla base del progetto presentato. In secondo luogo, si è illustrato il “Progetto HoMe”: le motivazioni che hanno stimolato l'équipe alla creazione del progetto stesso, gli obiettivi sui quali si fonda, gli ambiti nei quali opera, e come gli interventi psicoterapeutici o di sostegno, ad orientamento sistemico-relazionale, possano costituire una risorsa nel contesto di famiglie LGBT. Oltremodo, sono stati messi in luce i differenti setting familiari con i quali lo psicoterapeuta, che opera nell'area LGBT, si trova a lavorare, come questi setting differiscano tra loro e quali sono le sfide ed i compiti del sistema terapeutico.

“Progetto HoMe” è uno spazio concepito come accogliente e sicuro, così da risultare una risorsa ed un sostegno per il singolo o il sistema che si appropria. Poter usufruire di un ambiente di sostegno o di terapia, percepito come affidabile, nel momento in cui questa percezione manca nell'ambiente domestico o sociale, non può che costituire la risorsa attraverso la quale sperimentare e/o rafforzare la propria identità e fiducia in se stessi, la base da cui potersi muovere nel mondo in maniera sicura. Per poter offrire tale condizione è necessario conoscere le sfide che il sistema si trova ad affrontare.

L'avvenimento che, nel migliore dei casi, accomuna le famiglie nelle quali vi è un individuo omosessuale, bisessuale o transessuale, è il coming-out, un evento che destabilizza l'intero microsistema familiare. Il momento della confusione emotiva che la famiglia vive in tale occasione, rappresenta il momento in cui si può ricreare un rapporto valido, basato sul riconoscimento tra i membri del sistema, un momento costruttivo. Una delle parole chiave per l'accesso al lavoro psichico con questi pazienti è “accettazione”; le modalità con le quali la famiglia cerca questa “chiave” risultano essere strettamente collegate alle dinamiche relazionali già esistenti nel sistema familiare. Tanto più grandi sono le difficoltà a condividere la condizione LGBT di un membro del sistema, tanto più questa difficoltà si rifletterà, indebolendo le risorse personali, sul membro in questione. Questo riflesso, tra famiglia e individuo, risulta valido anche tra ambiente culturale, individui e famiglie; infatti, tanto più il contesto culturale è portato a ridefinire la differenza in termini di “diversità” e “pericolo”,

stereotipizzando gli individui LGBT, tanto più le famiglie risulteranno rigide al cambiamento e all'accettazione.

L'obiettivo generale, dell'intervento supportivo o terapeutico, consta quindi nel sostenere la famiglia nell'affrontare la fase di disorganizzazione che si accompagna al cambiamento. Stimolare la ricerca e l'attivazione di risorse e potenzialità del sistema familiare aiuta la famiglia a diventare essa stessa artefice del cambiamento utilizzando le proprie risorse.

A proposito di “sfide” individuali e familiari, si vogliono proporre diversi modelli esplicativi. Tra questi, per quanto riguarda le “sfide” individuali, il modello di coming-out omosessuale di Vivienne Cass (1979-1984) traccia le sei fasi che l'individuo omosessuale vive in relazione alla sua identità sessuale, partendo da una “confusione di identità” per concludersi con la “sintesi” di questa, passando per il “confronto”, la “tolleranza”, l’“accettazione” e l’“orgoglio”.

I cinque stati del dolore postulati da Kubler-Ross (1969) invece, tracciano il percorso emotivo dei familiari dinanzi alla “confessione” del figlio omosessuale, infine le fasi individuate di De Vine (1984) sempre in relazione alla scoperta, da parte del sistema familiare, dell'omosessualità di un individuo del sistema, illustrano le “reazioni” di questo nei confronti del individuo omosessuale. In merito a quest'ultima teorizzazione è stata presentata la proposta di L. Chianura (2006), relativamente alle fasi che si osservano nel panorama delle famiglie con un individuo transessuale, tre fasi che poggiano appunto sui presupposti teorici di De Vine (1984) e che sono rispettivamente: il “segreto”, lo “svelamento” e la “differenziazione”. Dagli studi proposti risulta ancora più evidente l'esigenza di costruire setting specifici a seconda delle situazioni cliniche che si affrontano.

I genitori di una persona LGBT possono avere problematicità ad accettare la rivelazione del proprio figlio, percependo tale condizione come in grado di danneggiare l'equilibrio familiare e di metterne in crisi l'immagine che fino a quel momento hanno avuto del proprio figlio e gli eventuali progetti di vita che hanno immaginato per questo. Lo psicologo che si muove in questo contesto ha il compito di: sostenere il genitore aiutandolo a credere di poter essere una buona guida, liberandosi dai sensi di colpa e di fallimento, puntando su quelle risorse che servono al figlio per poter accogliere se stesso così come si sente di essere; non sostituirsi ai genitori ma affiancarli nello sviluppare le proprie potenzialità, ricchez-



ze e peculiarità tenendo sempre presente che il genitore rimane una risorsa educativa imprescindibile per il figlio, tanto più se questo vive una situazione di difficoltà, pregiudizio e discriminazione. Infine è necessario aiutare il ragazzo nell'esplorazione e co-costruzione della dimensione identitaria e della sfera affettivo-sessuale, compiendo un percorso di scoperta di sé a confronto con gli stereotipi sociali e con le reazioni emotive che la sua identità comporta. L'individuo LGBT non è però sempre e solo il figlio, questo è il caso delle "famiglie arcobaleno", ovvero sia situazioni di genitori che si scoprono omosessuali avendo alle spalle una famiglia eterosessuale in cui sono diventati padri/madri, sia coppie omogenitoriali dal principio della loro costituzione. Facendo riferimento alle prime, lo psicologo che si muove in questo contesto ha il compito di: agevolare le relazioni familiari in modo che i genitori, esprimendo pienamente la propria identità, possano continuare ad essere valido ed insostituibile punto di riferimento per i figli gestendo quei compiti di sviluppo cui sono chiamati; condurre il genitore in un'esplorazione e co-costruzione della dimensione identitaria e della sfera affettivo-sessuale, compiendo un percor-

so di scoperta di sé a confronto con gli stereotipi sociali e con le reazioni emotive che la sua nuova identità comporta; sostenere il genitore che compie il suo percorso e sostenere l'intero nucleo familiare (figli, ex coniuge, nuovo partner). In riferimento al secondo tipo di "famiglie arcobaleno" invece, le ricerche degli ultimi anni (Biblarz e Stacey 2010, Tasker 2010) concordano a proposito del fatto che molti dei problemi di queste siano effetti secondari del pregiudizio. La stigmatizzazione che i bambini con due mamme o due papà e le loro famiglie possono subire è un aspetto importante che influisce sul loro sviluppo, andando sempre a discapito dell'armonia e del buon funzionamento della famiglia. Il benessere psicologico personale del genitore omosessuale ha impatto immediato su quello del figlio, ed è ovviamente correlato al grado di dichiarabilità e di accettazione della propria identità nell'ambito della famiglia d'origine, sociale e lavorativo e, come per le famiglie monopa-rentali, al grado di sostegno familiare e sociale su cui può contare.

SE UNA NOTTE D'INVERNO UN VIAGGIATORE...



di Ignazio Senatore

"La vita è un viaggio scosso dalla tempesta" (Van Gogh)

Skipper: Me ne vado, cambio aria. Mi rimetto in viaggio, come una volta. A te non piacerebbe partire?

Yuri: Un posto vale l'altro, tanto dentro resti quello che sei (Nessuno mi pettina bene come il vento di Peter del Monte)

Il titolo di questo intervento, che verrà corredato da un blob cinematografico sul tema del Congresso, è chiaramente un omaggio al mirabolante romanzo di Italo Calvino. Mi auguro che il grande scrittore cubano (di nascita), ma torinese d'adozione, possa guidarmi nel sottolineare la netta distinzione tra due termini, "turista" e "viaggiatore", spesso considerati sovrapponibili, ma fondamentalmente dissimili tra loro.

Se il vagabondare è il viaggiare senza meta di chi non ha una casa e può mettere in moto fantasie ramminghe, la parola turista, deriva dal francese "tour" (giro), ed evoca, specie nell'accezione corrente, un nonché di negativo.

Il turista, generalmente, è considerato colui che visita distrattamente una città o un paese straniero ed, invece, di "uscire da sé" e lasciarsi travolgere dal fascino dell'estraneo e dell'insolito, si limita, frettolosamente, a scattare qualche foto, a comprare qualche souvenir ed a spedire qualche cartolina. Con superficialità, osserva usi, i costumi di un popolo a lui distante, presta orecchio a leggende, tradizioni e miti locali a lui sconosciuti, ma nulla lo attraversa, lo perfora e liquida ciò che per lui è estraneo, come superfluo, banale ed insignificante.

Nel magico *Il the nel deserto* di Bernardo Bertolucci (1990), nelle prime battute del film, Kit, la giovane protagonista propone all'amico George un'illuminante sottolineatura: *"Noi non siamo turisti, siamo viaggiatori. Un turista è quello che pensa il ritorno a casa fino dal momento che arriva, laddove un viaggiatore può anche non tornare affatto."*

Il grande regista parmense, nel trasportare sullo schermo l'omonimo romanzo di Paul Bowles, ci mette così di fronte a due diverse concezioni mentali; quella del turista, sbrigativa e superficiale, e quella del viaggiatore, desiderosa di essere sorpreso e disposta ad accogliere il nuovo. Come, infatti, afferma Robert Walser, *"il viaggio presuppone una scoperta, un conoscere. Senza una trasformazione non c'è viaggio, senza un distacco, un lasciare da ciò che si ha. Il viaggio presuppone la libertà di permettere al*

mondo di entrare dentro noi stessi."

Queste riflessioni preliminari sui termini di "turista" e "viaggiatore" sono prese a pretesto per rimarcare uno dei rischi più diffusi della nostra professione; per non rimettere in gioco le nostre certezze ormai acquisite nel tempo, vestiti i panni del "turista", lasciamo spesso che l'impenetrabile, l'indecifrabile, l'inesplicabile resti fuori la stanza della terapia.

In *Turista* per caso, capolavoro del regista Lawrence Kasdan (1988), Macon Leary, il protagonista della pellicola, interpretato da un monumentale William Hurt è uno scrittore di guide turistiche ed il suo obiettivo è quello di suggerire, a chi è in viaggio per affari, come affrontare, con i minori contraccolpi emotivi possibili, gli imprevisti cui va incontro mentre si sposta da un capo all'altro degli States. Non a caso, l'incipit del film si apre con la voce off del protagonista che snocciola alcuni preziosi consigli: *"Chi viaggia per affari dovrebbe portarsi dietro solo quello che entra in una borsa a mano perché dire bagaglio significa andare in cerca di guai. Portatevi anche qualche bustina di detersivo formato viaggio, così non cadrete nelle mani di lavanderie sconosciute. Sono poche a questo mondo le cose che non esistono in formato viaggio. Un vestito è sufficiente, se vi portate dietro qualche confezione formato viaggio di smacchiatore. Il vestito dovrà essere grigio; il grigio non solo nasconde lo sporco ma è perfetto per un funerale imprevisto. Mettetevi sempre in borsa un libro per proteggervi dagli estranei; le riviste finiscono subito ed i quotidiani stranieri vi ricorderebbero che non siete a casa, ma non vi portate più di un libro. E' un errore assai comune sopravvalutare l'eventuale tempo libero e caricarsi più del necessario. In viaggio, come d'altronde nella vita, il meno è quasi sempre meglio. Ah, la cosa più importante; non vi portate in viaggio niente di così prezioso o a voi così caro che la sola perdita possa gettarvi nella disperazione."*

Lontano mille miglia da quegli approcci improvvisati, pittoreschi e sensazionalistici che spesso sono utilizzati impropriamente in seduta e, fedele all'idea che bisogna ispirarsi ad un modello rigoroso, disciplinato e scientificamente validato, frutto di una consolidata esperienza clinica, credo che all'opposto di Macon Leary, il nostro obiettivo debba aderire il più possibile a quanto suggerito dal grande regista Jean Renoir: *"lasciare sempre una porta aperta sul set perché è attraverso quello che l'inatteso arriverà."*

Seguendo questa scia, ancora una volta il cinema ci

viene in soccorso, nelle ultime battute del film *Un tocco di zenzero* di Tassos Boulmetis (2003), il protagonista ci fornisce un altro prezioso elemento di riflessione: *"Nella vita esistono due tipi di viaggiatori: quelli che guardano le carte nautiche e quelli che invece gli specchi. Chi guarda le carte nautiche è in partenza; quelli che guardano lo specchio stanno tornando a casa."*

Che tipo di terapeuti siamo? Siamo disposti a "prendere il largo" e ad affrontare insieme alla famiglia nuove avventure o con le nostre domandine standard ed i nostri seriali interventi, stiamo frettolosamente facendo rotta verso lidi affollati fin troppo poco suggestivi?

Il blob che proporrò avrà come fil rouge il film *Fitzcarraldo* di Werner Herzog (1982). Interpretato da un superlativo Klaus Kinski, narra di Fitzcarraldo, grande amante della lirica che, accecato dall'idea di voler costruire un teatro dell'Opera in Amazzonia, individuata una regione ricca di piante caucciù, s'imbarca in un'impresa da tutti definita folle; scendere con una nave lungo le rapide di un fiume, popolato

da indigeni, trasportarla sulla vetta di una montagna e farla ridiscendere dal lato opposto del fiume, così da poter caricare il caucciù.. Giocando su una vecchia leggenda, cara agli indigeni, che narrava di un dio biondo che sarebbe apparso loro e, grazie all'incanto della voce di Enrico Caruso, Fitzcarraldo convince gli indigeni a compiere la "folle" impresa. Un film che ci ricorda come ogni terapeuta, quando è in seduta, al pari di Fitzcarraldo, deve essere un po' "visionario" e percorrere, con la famiglia (senza mai metterla a rischio) sentieri e percorsi mai esplorati prima. Un film dedicato a quei "folli" che credono nelle imprese impossibili ed a chi, pur facendo riferimento a bussole, a cartine nautiche e ad altri collaudati strumenti di navigazione, crede, come affermava Patrick Brydone, viaggiatore e scrittore inglese del Settecento, che *"un viaggio per mare non vale nulla senza una tempesta."* Sono certo che i presenti in sala, "veri" viaggiatori, abbandonati gli ormeggi, sono pronti a salpare per nuove avventure terapeutiche. Nel congedarmi, vi lascio al mio blob cinematografico sul tema. Buona visione a tutti.



STORIA DELL'ARTE E SCIENZE COGNITIVE. COME ORIENTARE UN DIALOGO TRANSDISCIPLINARE A VENIRE?



di Michele Dantini

Quali sono i nutrimenti di cui il "talento" ha più bisogno, e da quali istituzioni sociali e culturali può trarre vantaggio? Cosa ci insegna a questo riguardo la storia dell'arte, e come possiamo immaginare un dialogo proficuo tra saperi tramandati e nuovi saperi, come i "creativity studies" o la neuroestetica?

Per Wittgenstein, che riflette a lungo sul residuo "metafisico" delle scienze della mente, queste corrono talvolta il rischio di aggirarsi in un territorio solipsistico, presuppongono cioè - o meglio "descrivono" - un Sé astorico e desocializzato che di fatto non esiste. E' un'obiezione valida ancora oggi? Di recente Mihaly Csikszentmihalyi ha suggerito che l'innovazione cognitiva (estetica o teorica) si muove per (o risponde a) "logiche interne". Questa definizione è del tutto attendibile, stando alle conoscenze della storia dell'arte, o risulta aporetica?

In *Frames of Mind* (1983) Howard Gardner sviluppa un paragone tra Cézanne e Picasso che risulta cruciale per la sua stessa teoria delle "intelligenze multiple". Nel far questo si appoggia tuttavia a punti di vista storico-artistici di carattere formalistico cui le ricerche più recenti sui due artisti hanno negato in gran parte validità. Cosa possiamo osservare in proposito? E ancora: le semplificazioni introdotte in pittura dalle avanguardie del primo Novecento sono davvero una sorta di *neuroimaging* "spontaneo" e "naturale", tale da mostrare in trasparenza il processo creativo? Questa sembra essere l'opzione interpretativa soggiacente alla prospettiva "neuroestetica" di scienziati come Samir Zeki, Vilayanur Ramachandran o (forse con maggiore sottigliezza) Eric Kandel (in *L'età dell'inconscio*, 2012).

Se unilaterale, l'orientamento alla riduzione tende a separare in modo troppo rigido "creatività" e "pensiero critico"; "sfera pratica" e "sfera estetica". In realtà il processo creativo non appare facilmente riconducibile a una "logica" di tipo lineare, non è *tout court* "endogeno" né matura al riparo di "impurità" storiche e sociali; di casualità e contingenza. Esistono certo "campi disciplinari", secondo la brillante indicazione di Csikszentmihalyi, che ci permette di distinguere l'innovazione dalla semplice atipicità o bizzarria: ma simili "campi" non sono ambiti segregati né (per così dire) stagni. Considerate in concreto le "logiche formali" si intrecciano e rinviando sempre

di nuovo al complesso gioco delle emozioni; a relazioni di appartenenza che travalicano di gran lunga gli ambiti disciplinari e altresì alle molteplici vicissitudini delle "contese per il riconoscimento", cui la Grande Creatività (o "creatività esperta") non è in nessun modo estranea.



IL VIAGGIO DEL MONDO SISTEMICO: TERRITORI E ORIZZONTI DA RECUPERARE IN PSICOTERAPIA RELAZIONALE



di Pasquale Chianura

L'intervento del Prof Pasquale Chianura era inserito nella Tavola Rotonda in Plenaria del 6 Maggio "Viaggio nei territori e nelle mappe della terapia relazionale sistemica" insieme con Camillo Loredio, Marisa Malagoli Togliatti, Valeria Ugazio, Pasquale Chianura ha affrontato i mutamenti del disagio psichico in un'epoca di crisi economica evidenziando come la famiglia, mai come oggi, costituisce un polo di solidarietà intergenerazionale che tiene uniti genitori, figli, nonni e per questo rappresenta sempre più un vero ammortizzatore sociale. In questa crisi la psicoterapia relazionale sistemica ha costituito certamente una valida risorsa modificando il suo campo d'applicazione con un ritorno al sociale: alle patologie psichiatriche maggiori (schizofrenia ecc.) dei decenni passati si sono sostituite problematiche tipiche della vita familiare: conflitti di coppia, violenza, l'abuso infantile nelle sue varie manifestazioni, le profonde disgregazioni familiari i disturbi collegati alla crescita dei figli, le famiglie adottive, il crescente disagio degli adolescenti e i loro rischi psicopatologici, ecc... Successivamente ha trattato il tema dei territori da recuperare in psicoterapia sistemica evidenziando le aree di "eccellenza" dell'orientamento sistemico a cominciare dall'area delle psicosi fino alle psicopatologie gravi e complesse come la depressione maggiore e il disturbo borderline, (dove è particolarmente efficace un intervento simultaneo, integrato a livello individuale e familiare) non tralasciando altre aree come la psicoterapia in età evolutiva e la psicoterapia di coppia. Infine il relatore si è soffermato su alcuni nodi della psicoterapia; a cominciare dall'individuare un linguaggio e un sentire comune da affiancare alle competenze specifiche in una ricerca continua nell'integrazione dei modelli di psicoterapia. (costruire cioè valori comuni). Questo significa una maggiore attenzione alla formazione degli psicoterapeuti che sappiano affrontare sia un lavoro individuale che un lavoro familiare acquisendo le competenze e la capacità nel convocare le famiglie o allargare il setting individuale ai familiari significativi. Infatti la famiglia e il mondo sociale che la circonda non appartengono a nessuna "scuola" e a nessun modello e la conoscenza di come si è cresciuti in famiglia non può essere un sapere per pochi esperti. Infatti nella pratica clinica si ripercuotono le notevoli trasformazioni avvenute nella composizione delle famiglie. Rispetto alla formazione, la responsabilità oggi è di formare bravi psicoterapeuti, tenendo conto che il loro futuro non potrà essere nei

servizi come un tempo, ma che è ancora da disegnare, certamente privilegiando il campo psicosociale come un ambito di formazione fondamentale. In conclusione si deve evidenziare che oggi la terapia familiare funziona prevalentemente nel privato: con l'avanzare sempre più rilevante delle nuove forme di famiglia, questa resta un essenziale punto di equilibrio, qualunque sia la forma che potrà assumere. Forse il trattamento d'elezione, in particolare nel settore pubblico, potrà essere quello del gruppo multifamiliare inserito all'interno di un modello sistemico-relazionale: inteso come incontro di gruppo di persone unite da vincoli familiari legati ad un membro sintomatico. Secondo McFarlane questo è il migliore intervento psicoterapeutico per la schizofrenia e si può utilizzare in popolazioni non psicotiche, con pazienti organici (diabetici, ecc.), con tossicodipendenti e nei disturbi del comportamento alimentare.

RETHINKING SYSTEMS THINKING

RIPENSARE IL PENSIERO SISTEMICO NEL SECOLO DELLA COMPLESSITÀ



di Camillo Loredi

A Barry Richmond, System Scientist americano, si deve il termine SYSTEMS THINKING, ma anche il merito di aver percepito per primo la irresistibile crescita della complessità sistemica che caratterizza il tempo presente, tale da indurlo a definire il secolo attuale come secolo della complessità. Richmond ha anche indicato i fattori che continuano ad alimentare questa crescita: globalizzazione, interconnessione, effetto farfalla, interdipendenza delle economie mondiali, per indicare soltanto quelli che svolgono un ruolo più evidente.

Queste osservazioni spiegano a sufficienza come mai nella letteratura internazionale scientifica, ma anche in quella sociale, economica, politica, tecnologica e persino in quella divulgativa si avverta un bisogno crescente di sviluppo del pensiero sistemico che consenta di comprendere la realtà complessa di cui facciamo parte, di prevedere l'andamento apparentemente inspiegabile ed incoerente dei comportamenti individuali e strutturali, di migliorare i risultati che a dispetto degli sforzi e degli investimenti prodotti risultano sempre più scarsi.

Mentre sono in molti, e in discipline diverse, a ritenere il systems thinking addirittura necessario per garantire la stessa sopravvivenza dell'intero sistema, a credere che questo modo di pensare si affermerà più di ogni altro nel prossimo futuro e che ci sarà un crescente bisogno di insegnanti sistemici, assistiamo ad un lento ma progressivo aumento di distanza tra paradigma sistemico e le scienze del comportamento. Non solo nelle pubblicazioni di orientamento psicologico e psichiatrico l'argomento si incontra sempre più di rado, ma anche la teorizzazione della patogenesi dei disturbi e la stessa prassi di intervento sembrano più propense a riconnettersi ad altri modelli, come Teoria dell'Attaccamento, Mindfulness o EMDR, a cui si arriva anche a chiedere di assumere improbabili sembianze sistemiche.

Vista la paradossale situazione che vede i pensatori sistemici riluttanti ad investire sul "thinking about systems", proprio mentre il resto del mondo (scientifico e non) si muove verso una visione sempre più profondamente sistemica, mi è sembrato utile proporre un re-thinking del systems thinking facendo leva sulle più recenti acquisizioni delle discipline più disparate.

La stessa definizione di systems thinking è molto meno ovvia di quanto si possa pensare. La definizione di Dominici (2012) "un sistema di pensiero relativo ai sistem" è fin troppo riduzionistica e, come è

noto, il riduzionismo è in pratica considerato come l'antitesi dello stesso pensiero sistemico.

Maggiore coerenza sistemica si può trovare in una delle definizioni più recenti e condivise, che è quella degli ingegneri sistemici Arnold e Wade (2015): l'insieme di abilità analitiche sinergiche utilizzate per migliorare la capacità di identificare e comprendere sistemi, di prevedere i loro comportamenti, e di introdurre in essi cambiamenti per produrre gli effetti desiderati. Queste abilità interagiscono tra loro come un sistema.

Evidentemente si tratta di una definizione che non può ritenersi completa, anche se può dimostrarsi utile sul piano più strettamente operativo. Nella frase finale della definizione, gli autori indicano la necessità che il systems thinking possieda la capacità autoriflessiva di essere applicabile a se stesso. Nella frase precedente mettono invece in evidenza le tre componenti del pensiero sistemico che considerano essenziali: a) gli elementi che lo compongono, b) l'interconnessione e, c) la finalità. Anche se non sempre i sistemi hanno specifiche finalità, gli autori sottolineano che il pensiero sistemico deve essere sempre considerato finalistico (goal oriented system). Ma la stessa definizione, viene in conclusione considerata da Arnold e Wade semplicemente un test di coerenza sistemica per valutare altre definizioni e, comunque, un insieme di requisiti necessari, ma non sufficienti a spiegare nel suo complesso il systems thinking.

In questo breve resoconto ci limitiamo ad evidenziare le componenti del pensiero sistemico, richiamate dalla letteratura sistemica più recente e/o dalla pratica clinica che rispettano i principi di coerenza sistemica e ne costituiscono la struttura.

1. Riconoscere le interconnessioni tra le diverse parti del sistema e tra sistemi diversi. Nella letteratura sul systems thinking questo è il criterio più condiviso (Plate & Monroe, 2014).
2. Identificare e comprendere i meccanismi di Feedback: individuare le interconnessioni che producono cicli di retroazione reciproca ed hanno effetto sul comportamento del sistema (Hopper & Stave, 2008).
3. Comprendere la struttura del sistema: individuare le caratteristiche strutturali tipiche di un dato sistema (Ossimitz, 2000; Richmond, 1994).
4. Vedere sia la foresta che l'albero: la classica definizione di Richmond (1994) ricorda che il pensiero sistemico considera l'insieme, ma senza mai trascurarne le parti e i componenti.

5. Valutare le relazioni secondo modelli non lineari: comprendere le relazioni interne al sistema, o tra sistemi, sulla base di modelli di causalità reciproca.
6. Comprendere il sistema tenendo conto dei suoi livelli: considerare i sotto sistemi ed i sistemi di sistemi, in altri termini valutare i livelli di complessità del sistema.
7. Considerare la Complessità, ma ricondurla alla Semplicità: riuscire a concepire, e possibilmente utilizzare, la complessità come ponte verso la Semplicità: in tal modo molte situazioni complicate o disorganizzate e caotiche potranno dimostrarsi risolubili. Sono metodi per ricondurre la complessità alla semplicità: la riduzione, la trasformazione, l'astrazione, e l'omogenizzazione (Wade, 2011).
8. Produrre il Cambiamento Sistemico che riguarda: a) i componenti e le parti del sistema, b) l'intero sistema, c) lo stesso osservatore che interviene per produrre il cambiamento.

Perché il cambiamento sistemico possa prodursi è necessario fare affidamento sulle qualità che caratterizzano i sistemi complessi a partire dal momento stesso della loro formazione. Si tratta di derivate sistemiche che il systems thinking non può ignorare sia perché su di esse poggia la differenza con altre epistemologie, sia perché il loro riconoscimento consente di considerare il sistema complesso e non complicato.

Le DERIVATE che il pensiero sistemico considera alla base del cambiamento complesso sono:

a) Le Qualità Emergenti. Costituiscono uno degli elementi più qualificanti, ma anche meno esplorati della prospettiva sistemica: quando si forma una nuova relazione o un nuovo sistema, nascono anche queste nuove proprietà, che in precedenza non esistevano, così come possono sparire altre (qualità emergenti negative), denominate anche vincoli, la cui sparizione viene imposta dalla organizzazione stessa del sistema.

In terapia le qualità emergenti sono il frutto spontaneo della complessità che deriva dall'incontro tra due sistemi che ne formano uno nuovo. Rappresentano altrettante aree critiche al cui interno il nuovo sistema è disposto ad evolvere con minore resistenza ed in cui il cambiamento riesce più facilmente a verificarsi.

b) L'Incertezza. Il cambiamento complesso si propone di ingenerare il dubbio nelle interpretazioni e nelle letture consolidate degli eventi, così che divenga possibile smontare e rimontare le attribuzioni di significato in modo più flessibile e funzionale. Nel pensiero sistemico non vi è spazio per l'idea di una conoscenza perfetta, completa ed esaustiva, in quanto questo si basa sui concetti di incompletezza e di incertezza.

c) La Compatibilità. Dalla incertezza e dalla rinuncia agli assoluti deriva lo spazio, necessario nella pro-

spettiva sistemica, che potrà consentire a ciascuno dei partecipanti di esprimere la molteplicità e la diversità dei propri punti di vista. Ma per quanto divergenti, conflittuali o addirittura opposti siano tali punti di vista, la complessità ha la proprietà di consentire la loro coesistenza e di renderli addirittura compatibili. Posizioni che in una prospettiva lineare apparirebbero inconciliabili, grazie alla molteplicità dei livelli che possono essere considerati in una visione complessa, acquistano il valore degli innumerevoli angoli di prospettiva con cui si può osservare una stessa scena. La tendenza iniziale di ogni singolo individuo è quella di considerare unicamente il proprio punto di vista, quindi, la compatibilità che non può essere considerata una qualità intuitiva dei componenti del sistema, diventa uno dei fondamentali cambiamenti di visuale che vengono richiesti ai partecipanti di una terapia sistemica.

In conclusione, per risolvere una complicazione disfunzionale tramite un cambiamento terapeutico complesso basato sul systems thinking, sono necessari fattori emergenti in grado di accrescere la complessità del sistema. Tale complessità può poi essere ricondotta ad una migliore semplicità funzionale attivando le derivate della complessità (incertezza e compatibilità) e riuscendo a produrre una modificazione delle aree critiche del sistema stesso, compresa quella del sintomo, grazie alla trasformazione delle qualità emergenti in qualità ristrutturanti.

Bibliografia

- Arnold R D, Wade J P (2015), A Definition of Systems Thinking: A Systems Approach, *Procedia Computer Science* 44, 669 – 678.
- Dominici G. (2012), Why Does Systems Thinking Matter? *Business Systems Review*, 1(1), 1–2. doi:10.7350/ bsr. a02.2012
- Ossimitz, G. (2000). Teaching System Dynamics and Systems Thinking in Austria and Germany. In *The 18th International Conference of the Systems Dynamics Society* (pp. 1–17). Bergen, Norway.
- Plate, R., & Monroe, M. (2014). A Structure for Assessing Systems Thinking. In *The 2014 Creative Learning Exchange*.
- Richmond, B. (1994). Systems Dynamics/Systems Thinking: Let's Just Get On With It. In *International Systems Dynamics Conference*. Sterling, Scotland.
- Stave, K. A., & Hopper, M. (2007). What Constitutes Systems Thinking? A Proposed Taxonomy. In *25th International Conference of the System Dynamics Society*. Boston, MA.
- Sweeney, L. B., & Sterman, J. D. (2000). Bathtub dynamics: initial results of a systems thinking inventory. *System Dynamics Review*, 16(4), 249–286. doi:10.1002/sdr.198
- Wade, J. (2011). Systems Engineering: At the Crossroads of Complexity. In *Kongsberg Systems Engineering Event*.

SEMANTICHE FAMILIARI E RELAZIONE TERAPEUTICA

(European Institute of Systemic-relational Therapies, Milano)



di Valeria Ugazio

E' possibile avanzare linee guida che aiutino il terapeuta a scegliere quali fra le molte strategie e tecniche elaborate dall'approccio sistemico è opportuno seguire con la famiglia, la coppia o l'individuo che ci chiedono la terapia? E quali aspetti della dinamica familiare sono cruciali nella scelta della strategia da privilegiare?

Secondo l'Autrice ciò che è determinante per la scelta della strategia da adottare sono i significati dominanti nella conversazione familiare. Una delle ipotesi della teoria delle polarità semantiche, elaborata dall'Autrice (Ugazio, 1998, 2012), ormai confermata da diverse ricerche (Castiglioni et al. 1913; 1914; Ugazio et al., 2015; Varonesi et al., 2013), prevede che la conversazione dei pazienti e delle loro famiglie sia organizzata intorno a significati specifici, alimentati da altrettanto specifiche emozioni; di conseguenza il terapeuta, lo voglia o no, finisce inevitabilmente per con-porsi nella semantica della famiglia. L'esito è che "non avremo un unico modo di costruire la relazione terapeutica ma tanti modi diversi quanti sono le semantiche" (Ugazio, 2012, p.303). Se la relazione terapeutica è diversa, anche l'approccio terapeutico non potrà essere lo stesso perché "alcune storie possibili entro una semantica, nel senso di produttive, facili da attuare, capaci di stimolare il cambiamento, sono proibite per un'altra, nel senso che sono difficili da sviluppare, incapaci di promuovere le risorse, destinate a sollecitare drop-out o circuiti disfunzionali" (ibidem, 314-15). Ma quali differenze presentano la posizione del terapeuta e più in generale la relazione terapeutica nella semantica della libertà, del potere, della bontà, dell'appartenenza le quattro semantiche delle quali la teoria delle polarità semantiche si è finora occupata?

E' questo il tema su cui si è centrato l'intervento.

Quando la semantica del potere e le emozioni che la caratterizzano - vergogna e vanto - prevalgono, come di regola accade nei disturbi alimentari, l'esperienza terapeutica oscilla fra essere percepita dai membri della famiglia come una sorta di allenamento per vincere e un confronto asimmetrico in cui sei destinato a perdere perché non sei tu che stabilisci le regole del gioco. Il terapeuta diventa quindi per la famiglia un rivale che ti umilia o un alleato che ti può aiutare a riscattarti dalla posizione di perdente nei tuoi contesti vitali o a mantenere una posizione vincente sempre minacciata all'interno e all'esterno del nucleo. L'asimmetria della relazione terapeutica è di regola interpretata attraverso la metafora del

potere. Queste famiglie, che per di più sono inclini a scegliere terapeuti con una posizione professionale prestigiosa, si sentono spesso umiliate dai loro terapeuti; cionondimeno possono stringere un'alleanza temporanea con il terapeuta per riuscire ad uscire da una situazione - quella che le ha indotte a chiedere la terapia - che ha reso la famiglia o alcuni suoi membri perdenti o ne ha peggiorato lo status. Certamente la posizione di alleato è più promettente di quella di rivale, ma non è senza rischi. L'alleanza che generalmente cercano i membri della famiglia, quando domina la semantica del potere, è contro altri membri anziché per qualche obiettivo condivisibile dagli altri partner conversazionali.

Coloro che appartengono a contesti conversazionali caratterizzati dalla semantica della libertà, tra cui rientrano di regola le famiglie in cui si sviluppano i disturbi fobici, difficilmente vivono l'esperienza terapeutica come umiliante. Alimentata da paura e coraggio e caratterizzata da due polarità principali, libertà/dipendenza, esplorazione/attaccamento, la semantica della libertà è per lo più estranea ai confronti competitivi soprattutto nel contesto terapeutico, così frequenti invece nella semantica del potere. Il mondo è costruito come troppo pericoloso dai membri di queste famiglie per lasciare spazio a conflitti con figure protettive e potenzialmente in grado di aiutare il gruppo come i terapeuti. Chi corre rischi in questa semantica lo fa per esplorare, per essere libero, per affermare la propria autonomia, di regola non per prevalere su altri o per affermare la propria superiorità. La terapia oscilla qui tra l'essere concepita come una base sicura da cui prendere le mosse per esplorare nuovi positioning e a cui far ritorno, o come una piattaforma di lancio capace di gettarti in una realtà nuova attraente e atterrente nello stesso tempo. Il terapeuta, generalmente considerato libero e indipendente, può di conseguenza essere visto come una guida che può stimolare il paziente e la sua famiglia a sperimentare esperienze ed emozioni nuove, ad allontanarsi da legami protettivi, a cimentarsi in esplorazioni che non sono in grado di affrontare. Insomma, soprattutto nelle fasi iniziali della terapia, può diventare una guida spericolata che genera paura soprattutto nei membri della famiglia che si collocano nel polo "dipendenza, bisogno di protezione". Questa posizione, che il terapeuta finisce per assumere, spesso inconsapevolmente, soprattutto nelle prime fasi del trattamento, può esse-

re sostituita da quella di tutore prudente al quale il paziente e la sua famiglia può affidarsi.

Al centro della semantica della bontà, ricorrente nelle famiglie in cui si sviluppano i disturbi ossessivo-compulsivi, troviamo le polarità bene-male e vivo-morto alimentate da colpa e purezza. In queste famiglie la vita sta dalla parte del male. Chi è buono è tale perché si astiene dal male e non per la sua generosità e per la sua capacità di rendere felici chi gli sta intorno, mentre chi è cattivo esprime la sua sessualità o afferma se stesso in modo egoista ma vitale. Per questo i membri della famiglia "cattivi", pur essendo giudicati negativamente, esercitano su tutta la famiglia un fascino sinistro, ma pur sempre un fascino. Quando questa semantica prevale il paziente e la famiglia vedono la terapia come una sorta di liberazione dalla colpa che grava non solo sui membri "cattivi" della famiglia e dagli scrupoli e dai dilemma morali che attanagliano il paziente e spesso i familiari che si posizionano nel polo positivo di questa semantica. La terapia è spesso vista anche come fonte di corruzione. La percezione sociale della psicoterapia come un'esperienza che favorisce la libera espressione sessuale spesso conduce il paziente e la sua famiglia a collocare la terapia nel polo vitale ma anche proibito di questa semantica. Il terapeuta, se non proprio immorale, è sospettato di essere troppo permissivo, il che può piacere ad alcuni membri della famiglia ma allarma altri. In virtù di questi significati che qualificano l'esperienza terapeutica, il terapeuta oscilla fra la posizione di giudice e di complice. Entrambe queste posizioni sono rischiose, ma la seconda è più insidiosa della prima perché è difficile che il terapeuta si lasci porre nella posizione di giudice, mentre può facilmente, a sua insaputa, trovarsi in quella di complice.

Rabbia/disperazione e gioia/gratitudine sono le emozioni che alimentano la semantica dell'appartenenza, che spesso ritroviamo nelle depressioni croniche e in alcuni disturbi dell'umore. Qui i significati dominanti sono esclusione/inclusione e onore/onta. Appartenere alla propria famiglia, alla propria comunità, alla parentela, alla stirpe è ciò che più conta. L'espulsione dal gruppo familiare è vista come un'irreparabile disgrazia, ma altrettanto importante è l'onore perché un'appartenenza ambita può essere rifiutata in suo nome. L'esperienza terapeutica, di cui gli unici protagonisti, specialmente nelle fasi iniziali del trattamento, sono spesso paziente e terapeuta, perché il paziente ha fatto terra bruciata intorno a sé, oscilla tra l'essere un'oasi felice dove il paziente può finalmente condividere il suo mondo con qualcuno e uno spazio illusorio che sollecita crudelmente speranze destinate ad essere deluse. Il terapeuta è conseguentemente collocato nella posizione di compagno ideale ma anche di impostore che rimette in gioco emozioni, desideri che saranno frustrati

lasciando il paziente ancora più disperato.

Queste differenze nella relazione terapeutica aprono possibilità e vincoli molto diversi per il processo terapeutico. Gli stessi obiettivi della terapia, sui quali l'Autrice si è soffermata nella fase finale del suo intervento, sono diversi nelle quattro semantiche. Ciò che può diventare una meta per una semantica è improponibile per un'altra. Anche le consonanze che proprio in tema di obiettivi terapeutici possono crearsi fra paziente e terapeuta sono diverse nelle quattro semantiche e tutte da evitare.

Bibliografia

- Castiglioni, M.; Faccio, E.; Veronese, G. & Bell, R. C. (2013). The semantics of power among people with eating disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 26, 62-76.
- Castiglioni, M.; Veronese, G.; Pepe, A. & Villegas, M. (2014). The semantics of freedom in agoraphobic patients: an empirical study. *Journal of Constructivist Psychology*, 27, 120-136.
- Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Edizione ampliata, aggiornata e rivista, Torino: Bollati Boringhieri. Prima edizione 1998.
- Ugazio, V. & Castelli D. (2015). The Semantics Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship (SG-DTR). TPM. Testing, Psychometrics and Methodology in Applied Psychology, 22, 135-159.
- Ugazio, V.; Negri, A. & Fellin, L. (2015). Freedom, Goodness, Power, and Belonging: The Semantics of Phobic, Obsessive-Compulsive, Eating, and Mood Disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 28, 293-315.
- Ugazio, V. (2016). Family semantic polarities as a guide for the therapeutic process. In: McCarthy, Imelda & Simon, Gail (Eds.) (2016). *Systemic Therapy as Transformative Practice*. Farnhill: ECP, 368-391.
- Ugazio, V. & Fellin, L. (2016) Family Semantic Polarities and Positionings. A semantic analysis. In Rober, P. & Borcsa M. (eds.) *Research perspectives in couple therapy: Discursive* Veronese, G.; Procaccia, R.; Romaioli, D. & Barola, G. (2013). Psychopathological organizations and attachment styles in patients with fear of flying: a case study. *Open Psychology Journal*, 6, 20-27.

“ORIENTARSI NELLE TERRE D'INFANZIA”



di Luigi Cancrini

(Questa relazione è estrapolata dalla registrazione del discorso del Prof. Luigi Cancrini. Ci scusiamo per eventuali errori o imprecisioni che non sono di responsabilità del Relatore).

Ho scelto di iniziare la mia relazione da un manifesto che ho fotografato a Genova: sulla destra c'è un circo e c'è una donna che sta pedalando con i piedi e fa volare i bambini uno dopo l'altro, come dei bastoncini, e sulla sinistra c'è un avviso ai genitori "Attenzione i bambini lasciati soli saranno venduti al circo!" Questa immagine mi ha colpito tanto, perché in tanti anni di terapia con le famiglie i bambini lasciati soli finiscono male in tanti modi e le cronache sono piene di queste storie.

Nella pratica di questi anni a Roma, nel Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia, abbiamo visto che i bambini sono lasciati soli in tante altre situazioni: le più terribili, da un punto di vista professionale, sono quando i bambini vengono visti da professionisti che si occupano del solo bambino; lì l'essere lasciati soli non corrisponde solo ad una negligenza della famiglia ma anche ad una ottusità e mancanza di professionalità degli operatori. Quando su un bambino che viene ricoverato in casa famiglia a 8 anni si scrive che ha un disturbo oppositivo e poi si vedono nella storia le vicende a cui è stato sottoposto e la drammaticità delle condizioni da cui viene è facile chiedere ai neuropsichiatri "Voi ve lo siete chiesto a cosa si opponeva questo bambino? A chi si opponeva?" Perché badate bene questo bambino il giorno dopo che è entrato in casa famiglia non si è opposto più a niente, era collaborativo, tranquillo, con una grande tristezza dentro, perché certamente non è facile, ma proprio di oppositivo non aveva nulla. Il disturbo oppositivo va inquadrato in un contesto.

Il disturbo oppositivo esiste ancora nel DSM IV e noi dovremmo fare opposizione ad disturbo oppositivo scritto in un manuale diagnostico, perché a me sembra molto grave che quando si parla di un bambino, si prenda un suo comportamento sintomatico e lo si trasformi in un segno di malattia o addirittura in una malattia solo perché il disturbo oppositivo è una diagnosi secondo il DSM. L'immagine che i bambini lasciati soli possono essere presi e portati via nel circo a me fa venire in mente che vengano portati in un circo dove girano tanti medici e infermieri e tanti farmaci, un circo come tante strutture in cui si fa neuropsichiatria infantile violenta e di sopraffazione sul bambino. Questa è una cosa grave. Noi siamo

terapeuti familiari, pensate ad uno dei precetti di base di Mara Selvini o di Minuchin; quando lavorate con un bambino o un adolescente con una diagnosi di malattia il primo precetto è di "dargli voce" di permettergli di esprimersi di fronte alla sua famiglia. Ma lo sapete come si fa la cartella clinica al Bambin Gesù o alla neuropsichiatria infantile? Si fa raccogliendo i dati forniti dai genitori che seguono un questionario. Se nelle principali istituzioni si lavora così, dove andremo a finire? Possiamo dire ai genitori di non lasciarli soli nel momento in cui stanno male e chiedono aiuto. Ho passato questi ultimi due anni rileggendo Winnicott, che trovo uno straordinario terapeuta sistemico. Molte della terapie brevi di Winnicott potrebbero stare in Change di Palo Alto. Ciò che è importante è che l'occhio di chi cerca di capire il bambino è un occhio che immediatamente esplora il contesto familiare, è un occhio che vede come si pone il bambino in rapporto a, perché nasce tutto da lì; è chiaro che il bambino può reagire male, ma la sua reazione sbagliata deve essere modificata cambiando il contesto. Se il bambino viene preso, isolato, ingabbiato in una coltre di farmaci, come spesso succede, la sua realtà non può essere pienamente compresa. Questo terribile ADHD! Un bambino a 9 anni inizia ad essere disattento a scuola, lo mandano dagli psicologi che diagnosticano ADHD, senza pensare che è un disturbo che o c'è dall'inizio e storicamente o non esiste. Non si pensa che quel bambino possa avere qualcosa in mente o essere soprapensiero, preoccupato, perché magari i genitori si stanno separando, perché è successo qualcosa in famiglia. Nessuno lo chiede al bambino direttamente e allora io dico che oltre ai medici anche tanti psicologi diventano un circo in cui il bambino viene sballottato, perché ci vanno gli spettatori che pagano il biglietto, medici e psicologi si fanno pagare per tante prestazioni totalmente inutili. Questa è una battaglia culturale che noi terapeuti familiari, relazionali, sistemici dobbiamo fare, perché abbiamo una responsabilità immensa nei confronti di un mondo medico, psicologico, di istituzioni formative: le università in cui si dovrebbe insegnare quello che è vero. Devo dire che sono 50 anni che mi occupo di questo lavoro, ho conosciuto le prime cose della terapia familiare, devo dire che sento una grande amarezza perché mi sembra che il potenziale di verità di questo discorso sui bambini va avanti così piano, è come se l'interesse del circo fosse talmente prevalente da fare in modo che alla fine il nostro rimanga un lavoro quasi pionieristico.

'QUEL PICCOLO MONDO PERFETTO' PERDUTO. SCENARI DEL TRAUMA NEL LAVORO CLINICO CON BAMBINI E ADOLESCENTI



di Isabella Lapi

Il 'piccolo mondo perfetto' dell'infanzia - come la definisce con rabbia e dolore un giovane che ha vissuto un'infanzia di grave trascuratezza - può non toccare a certi bambini.

Per altri, invece, il trauma arriva all'improvviso e quel piccolo mondo di perfezione, vissuto accanto alla persona che prestava amore e cura, è perduto insieme alla perdita di questa persona cara.

Sono traumi diversi, sofferenze diverse, ma sempre, una grave minaccia per il Sè, la relazione, lo sviluppo. Il trauma, forse più di ogni altra situazione clinica, ci fa accostare in modo diretto, immediato e profondo al dolore psichico dell'infanzia, e ci rimanda a quello stato di sconforto originario proprio della condizione umana.

Prototipo dello stato di sconforto originario umano, inteso come inermità e vulnerabilità fisiche e psichiche, è la condizione del neonato alla nascita che non può sostentarsi senza aiuto esterno di un Altro che, grazie al moto psichico della compassione suscitato dallo sconforto, percepisce la sua sofferenza e il suo bisogno, e ne è spinto a dare tutto l'aiuto necessario per sopravvivere. Sconforto e compassione sono complementari, fanno parte del legame intrinseco alla vita e sono il modello della relazione materna e di ogni relazione di cura.

Nella relazione di cura Bion vedeva la compassione e la tensione verso la verità, intesa come spinta alla conoscenza, come i moti psichici funzionali e indispensabili allo sviluppo e alla salute della mente e delle relazioni; nel loro realizzarsi nella cura, trovo fondamentale la funzione del discernimento: il prendersi cura della mente del bambino/paziente aiutandolo a distinguere i fatti esterni dai fatti interni, e a dare nome alle cose psichiche.

Il vissuto dello sconforto originario si ripresenta nella vita ogni qual volta eventi esterni traumatici ci rimandano a un'esperienza soggettiva d'impotenza, associata al venir meno dell'aiuto esterno, o alla sensazione dell'impossibilità di averlo. E' quello che accade ai bambini traumatizzati che non hanno avuto, o è venuta loro a mancare, la persona accanto che poteva offrire compassione e aiuto, mostrare la verità e discernere i fatti e le emozioni ad essi legati: sono bambini che sono rimasti, o sono riprecipitati, nello stato di sconforto originario.

Sconforto e compassione investono, intensamente, anche noi operatori quando lavoriamo con il trauma - perché esso ci rimanda inevitabilmente alle nostre fragilità, alle nostre perdite, alle nostre impotenze.

La compassione terapeutica è difficile e dolorosa, e sul piano tecnico presenta particolari problemi, in termini di stress e di reazioni controtransferali problematiche, che possono oscurare le nostre funzioni terapeutiche di verità e discernimento.

Con questi pensieri e questi rischi, incontro il trauma dei bambini nell'area dell'Azienda Sanitaria dove lavoro, soprattutto in due ambiti: quello della cd. Tutela minorile e quello del progetto di sostegno al lutto, chiamato A.L.B.A.

I bambini della 'tutela' sono i bambini delle infanzie infelici e ferite - come le ha chiamate il prof. Cancrini: vittime di trascuratezza, maltrattamenti, abusi, violenza assistita; figli di separazioni ferocemente conflittuali; figli di genitori con gravi patologie psichiche. Si tratta molto spesso di traumi hanno la caratteristica terribile di far perdere al bambino il senso di esistere per qualcuno e la capacità di stringere legami autentici di fiducia e amore, sono 'assassini dell'anima' (soul murder, Shengold).

Per affrontare queste situazioni, abbiamo creato dei gruppi multidisciplinari composti da psicologi e assistenti sociali con la collaborazione di tutti gli altri operatori eventualmente presenti nella gestione del caso, e delle autorità giudiziarie. Nei 'Gruppi tutela' analizziamo e progettiamo insieme gli interventi in modo integrato, per non scindere l'intervento di protezione dall'intervento psicologico: in gruppo tentiamo di leggere i fatti della realtà esterna anche alla luce della realtà interna, di vedere le emozioni sottostanti agli agiti, di non trascurare i vissuti psicologici e gli effetti relazionali che producono i nostri interventi. La Psicologia si pone così non come un sapere 'altro' o uno spazio a lato del sociale ma come dimensione di un progetto unico di aiuto.

Anche i bambini che subiscono la morte di un genitore, di un fratello, di una persona significativa per la propria crescita sono fortemente a rischio perché il trauma che hanno subito è così grave che può determinare alterazioni psichiche importanti. Il lutto è il trauma inatteso profondamente disorganizzante, che attualizza tutte le parti fragili e vulnerabili, tutte le perdite e i dolori pregressi, minaccia le relazioni che rimangono, e devia il futuro corso della vita. Specie in tenera età, si colloca per la sua pericolosità molto vicino ai traumi precoci e al soul murder.

Per sostenere il processo del lutto e prevenire il disagio e la sua possibile evoluzione patologica e cronica, abbiamo attivato ormai da una decina di anni, il progetto A.L.B.A., che offre consultazioni brevi (per-

ché cruciale è sapersi ritirare al momento giusto per non medicalizzare il dolore e far restare bambini e genitori nel ruolo di vittima) rivolte ai bambini e al genitore che rimane e agli altri adulti significativi fin dal primo momento del processo di lutto, che è momento di alta vulnerabilità. Nell'immediato del lutto, infatti, al dolore per il genitore perduto, il figlio avverte che è a rischio la perdita anche della relazione con il genitore che rimane, non solo perché l'evento della morte la rende possibile e concreta, estendibile a tutti gli affetti, ma anche perché il genitore che rimane è anche lui 'morto dentro' e la sua mente rischia di non esserci per il bambino.

Per questo nella consultazione terapeutica del progetto ALBA proponiamo sempre sedute congiunte genitore-bambino alternate a colloqui solo con il genitore per dare uno spazio adulto dove recuperare la funzionalità come genitore.

Dal trauma abbiamo ancora tanto da imparare.

Sappiamo già molto sul piano teorico-clinico, dove interessante e significativa è la convergenza di studi provenienti da indirizzi e ambiti scientifici diversi, ma non basta: anche per gli strumenti di cura è interessante attivare un confronto ampio da ambiti diversi, per trovare, forse, la stessa ampia convergenza – magari partendo proprio dal riflettere sulle caratteristiche dello scenario terapeutico e dell'assetto mentale di base dello psicoterapeuta.

La mia esperienza mi dice che non può esistere un unico scenario terapeutico ma tanti scenari che pos-

sono portare modificazioni terapeutiche: integrare sempre il pensiero psicologico nelle azioni di tutela (anche con interventi indiretti, come per es. la supervisione degli operatori sociali); attivare consultazioni psicoterapeutiche anche brevi ma tempestive (come nel lutto); usare la psicoterapia classica se serve, ma anche, vorrei dire 'soprattutto', inventarsi nuovi settings che sappiano cogliere con flessibilità il punto emergente del bisogno.

In questi scenari lo psicoterapeuta si porrà con un assetto mentale di disponibilità a osservare, ascoltare, condividere, e co-narrare la storia del trauma – tessendola con i ricordi, le percezioni sensoriali e le emozioni, sui fili dell'ordito dei disegni, dei giochi, delle storie costruite insieme o proposte dal terapeuta.

Dentro un nuovo legame, quello terapeutico, fatto di compassione, verità, discernimento, la storia narrata potrà diventare la storia di una vita che si apre alla speranza del futuro.

Ringrazio gli autori le cui opere mi hanno ispirata: W. Bion, L. Cancrini, A. Correale, S. Ferenczi, A. Ferro, S. Freud, H. Gurevich, G. Liotti, P. Migone, R. Williams, C. Saottini, A. Schniewind, L. Shengold, D. Vallino.

INTERVENTI NARRATIVI ORIGINALI IN TERAPIA RELAZIONALE INDIVIDUALE



di Gianmarco Manfredi

Mi occupo da tempo di tecniche di comunicazione persuasiva in psicoterapia, ma la mia predilezione va a quelle puntiformi, che si esauriscono nel giro di una seduta e non implicano il rischio di sostituire la terapia.

In questa occasione presenterò alcune delle tecniche che ho sviluppato per un lavoro sistemico relazionale individuale di tipo narrativo costruzionista sociale. Si tratta di una situazione in cui, rivolgendoci ad un singolo, è necessario coinvolgerlo rapidamente e profondamente in una nuova storia e in un nuovo modo di vedersi, perché di essa possa convincere anche altre persone significative, determinanti per confermare il cambiamento, a cui noi non possiamo avere accesso diretto.

Secondo il modello delle Realtà Condivise (1998), nelle narrazioni dei pazienti, sommerse in un mare di banalità confermatrici, compaiono a tratti, in modo incongruo, mascherato e sorprendente, delle discrepanze, squarci di racconti alternativi provenienti dai sottomondi sociologici, sfere di dati e di significati anch'essi socialmente condivisi e confermati, ma minoritari e relegati nell'ombra della consapevolezza. Organizzate intorno a queste discrepanze identificate dal terapeuta, le storie terapeutiche devono essere:

- **PLAUSIBILI**, cioè condivisibili sia dal cliente che da altre persone significative, in modo da consentire di costruire una struttura sociale di conferma della nuova storia
- **CONVINCENTI**, cioè promosse e sostenute dal terapeuta con tecniche atte a sovvertire sul piano logico e su quello emotivo le precedenti opinioni del cliente e delle sue persone di riferimento;
- **ESTETICAMENTE VALIDE**, tali da coinvolgere le persone, rendendone più varia ed emozionante e meno restrittivamente banale la vita quotidiana.

Ma queste discrepanze, che in terapia di coppia o familiare possiamo rintracciare nelle modalità relazionali del sistema, in un lavoro di terapia individuale dove si trovano?

- Nella persona del cliente, come si presenta
- Nella storia raccontata
- Nella relazione tra il cliente e il terapeuta

Anche il carico di persuasione emotiva è molto più sulle spalle del terapeuta: se c'è da drammatizzare tocca a lui farlo in assenza di altri, tocca a lui giocare gli aspetti persuasivi. In terapia individuale relazionale viene quindi esaltato il coinvolgimento del terapeuta nella relazione...

Alcuni esempi di interventi già al primo colloquio, fondati sul rilievo di discrepanze:

Giuseppina: T.: "Lei frega 4 gocce di minias al giorno a sua madre da 15 anni...ma perché non se lo fa segnare dal suo medico?"

Sara: T.: "Lei non ricorda il nome della terapeuta precedente dove è andata per tre anni e vuol sapere da me se vale la pena di fare un'altra terapia per la sua colite cronicizzata. Cosa ne pensa di aver suonato quel campanello una volta alla settimana per tre anni e non ricordarsi ora il cognome della terapeuta? Arrabbiata per non esser stata riaccolta, si ringoia la rabbia...stasera dopo che è stata da me prevedo una scarica di colite."

Alcune nuove tecniche di terapia relazionale individuale

a) INTERVENTO SUI MODO DI PRESENTARSI DEL CLIENTE in prime sedute individuali.

Serve a dare subito una caratterizzazione al paziente, e una dimostrazione di comprensione e di determinazione terapeutica.

Antonio grande e goffo: T.: "Assomiglierebbe a Steve Reeves, Superman, inclusa la pettinatura a banana, se non guardasse sempre altrove e avesse un'aria goffa che la fa piuttosto sembrare Shrek...Prima di volere la compagna di classe, dovrebbe voler essere lei qualcosa di più definito."

Silvio sempre a metà: T.: "Lei ha fatto dell'indefinità la sua fonte di sicurezza nella vita...frustra gli altri per affermare la sua autonomia, perché educato ad essere responsabile si sente sacrificato e non riesce ad ammetterlo."

Vanessa insoddisfatta: "E' S. Valentino e a 36 anni son sola..sono una delusione per tutti!" T.: "Ha cominciato presto ad essere una delusione, avrebbe dovuto essere un maschio...questo è difficile da rimediare, se non va a Casablanca. Torni da me ben curata per dimostrare che vuole una vera psicoterapia!"

b) TRE DOMANDE INASPETTATE

Immanuel Kant, da Risposta alla domanda: che cos'è l'Illuminismo? (1784)

« L'Illuminismo è l'uscita dell'uomo dallo stato di minorità che egli deve imputare a se stesso. Minorità è l'incapacità di valersi del proprio intelletto senza la guida di un altro. Imputabile a se stesso è questa minorità, se la causa di essa non dipende da difetto d'intelligenza, ma dalla mancanza di decisione e del



coraggio di far uso del proprio intelletto senza essere guidati da un altro. »

Sono utili nei disturbi di personalità, caratterizzati da aspetti di scissione, generalmente la li evidenziano bene fornendo materiale riutilizzabile nel corso della terapia.

Non bisogna mai commentarle una per una, sempre insieme, cercando un carattere unificante, per somiglianza o differenza, e fornendo un collegamento. E' una tecnica che richiede per essere applicata che vi sia un contratto, una buona conoscenza della storia del cliente e un rapporto terapeutico stabilizzato. Difficilmente quindi è utile prima della quinta o sesta seduta.

Le domande vengono fatte una per volta, in questa forma:

T.: Ora le farò tre domande un pò strane, vediamo che cosa mi risponde.

A) Mi racconti la più gran cavolata (ca....) che pensa di aver fatto in vita sua.

B) Mi racconti ora quello che ritiene il suo più gran successo

C) Ha mai rubato la marmellata? Fatto cioè qualcosa che altri non avrebbero approvato ma lei è contenta di aver fatto?

Vanessa il maschio mancato: A) "Non dovevo cominciare università (tutti laureati i familiari...), potevo scegliere di fare periodo all'estero. Mi sono iscritta per le aspettative di casa, anche se non espresse direttamente. Ho fatto università fino a 3 esami dalla fine poi ho interrotto. Le mie amiche erano più avanti...di mezzo semestre!" Insuccesso quando deve rispondere ad aspettative altrui

B) "Esser ritenuta persona corretta, buona ascoltatrice, confidente delle amiche, onesta, pulita. Mi consultano tutti. Penso che un uomo che mi prendesse sarebbe fortunato." Vale per le sue qualità, che la rendono sposabile: basteranno per trovare un uomo date le delusioni a catena?

C) "Una volta non andai al pranzo di Natale di famiglia, dove c'erano tutti. Grande sforzo...a 23 anni (epoca prossima a abbandono università). Abitavo a casa, pranzai con un amico che era solo, su suggerimento di mia sorella psicologa." Fece un rifiuto esplicito

c) SCELTA DI NOMIGNOLI PER PARTI SCISSE E LORO RIPROPOSIZIONE

Dopo aver lavorato sulla scissione alla base di molti disturbi di personalità identificando gli estremi della medesima, si può dare loro un nome, di iniziativa del terapeuta o in collaborazione con il cliente. Questi due nomi verranno usati in terapia per ricordare immediatamente la storia alternativa fondata sulla scissione.

- Si scopre alla ventesima seduta che il vero nome della cliente non è Paola ma Paola Rebecca: da allora Paola la brava seria impegnata e Rebecca la trasgressiva

- Topino dai denti aguzzi (ora squittisce ora mostra i denti...)

- Santa/Incazzata

- Suorina sì ma in calze a rete

- Simona/Simina

- Diavoletto/Angioletto

- Dal film della Disney: Re Leone coraggioso e responsabile pronto ai sacrifici estremi/Hakuna Matata (senza pensieri), facocero mangiatore di scarafaggi, che si nutre di lombrichi per non dare noia agli altri e vivere tranquillo.

Bibliografia

Kant I. , "Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?" , Berlinische Monatsschrift, Dicembre 1784; tr. it. "Saggio su che cos'è l'illuminismo", in: I. Kant: Che cos'è l'illuminismo , Editori Riuniti, Roma, 1991

Manfrida G., "La narrazione psicoterapeutica. Invenzione, persuasione e tecniche retoriche in terapia relazionale", nuova edizione arricchita, FrancoAngeli, Milano, 2014

RITORNO AL FUTURO RIFLESSIONE SUI POTENZIALI ORIZZONTI DELLA PSICOTERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE



di Valentina Albertini

Partendo dal titolo della sessione "Nuovi orizzonti", il contributo presentato ha voluto essere una piccola riflessione intorno al futuro, e soprattutto al passato, dell'approccio sistemico relazionale.

Ci troviamo oggi ad affrontare grandi cambiamenti sociali e politici: lo scenario demografico che cambia, i flussi migratori che da un lato vengono ancora trattati come "emergenza" dalle agende politiche e dall'altro sono realtà strutturate delle nostre comunità, le famiglie che cambiano le loro strutture (famiglie monoparentali, famiglie ricostituite, famiglie arcobaleno...), una società dove viene esasperata la centralità delle relazioni "virtuali" forse a discapito di quelle "reali".

Fin dalla sua nascita il paradigma sistemico relazionale si è distinto dagli altri approcci proprio per la grande attenzione riposta nell'analisi dei mesosistemi e macrosistemi in cui vive l'individuo, e questa è stata la sua grande ricchezza. La sensazione è che la spinta sociale e politica che, al momento della sua nascita, ha fatto del mondo sistemico relazionale una voce nuova non solo dentro i setting terapeutici, si sia affievolita proprio in un momento in cui sarebbe necessario che certe riflessioni venissero approfondite e diffuse pubblicamente. "Ritorno al futuro" quindi perché i nuovi orizzonti non possono non partire dal recupero delle radici: l'anima più comunitaria, sociale e politica della nostra realtà relazionale.

Al congresso SIPPR Giovani organizzato a Milano nel 2014, al quale parteciparono molti under quaranta della nostra società con interessanti lavori e spunti di riflessione, una cosa che mi colpì molto fu il gran numero di interventi fondati sul ricorso alle tecniche; molti dei giovani presenti si confrontarono infatti su aggiornamenti delle vecchie o nuove tecniche da applicare in psicoterapia. La domanda che allora mi venne in mente fu "perché?", e con alcuni colleghi provammo a rispondere per scritto attraverso un breve articolo per "Terapia Familiare" e uno per la newsletter interna al nostro Centro: "I giovani, si sa, cercano sicurezze, e cosa può metterci più al sicuro di un protocollo? E poi viviamo in un contesto dove impera l'idea che la tecnica ci salverà". E' il governo "tecnico" che tira fuori i paesi dai guai; l'Europa ci propone regole tecniche come risposta a una crisi; sui giornali leggiamo nei giornali che il futuro è dei lavori "tecnici"... Insomma, come ci insegnano i colleghi della Psicologia Sociale, è nei momenti critici che i gruppi richiedono l'intervento salvifico di

leader tecnici a discapito di quelli socio-emozionali! Dall'altro lato, l'approccio sistemico-relazionale non ha alla base una singola teoria, ma è figlio dell'incontro di molteplici e differenti approcci teorici. Forse la richiesta di tecniche è anche una ricerca identitaria dei giovani terapeuti, che interrogandosi sui contesti di intervento si chiedono anche "cosa vuol dire ESSERE sistemici?" (Albertini, Mattei, Rontini 2014). Questo ricorso alle tecniche mi è nuovamente tornato in mente al momento di dover preparare un intervento sui nuovi orizzonti... eppure qualcosa non mi convinceva. Non può essere il progresso tecnico che fa procedere un paradigma, non può essere che, ad oggi, si possa apportare solo questo al dibattito sistemico relazionale. Anche Bertrando sottolinea come la differenziazione per tecniche, orientamenti e idee ha caratterizzato negli ultimi anni il composito mondo della psicoterapia sistemico relazionale. Nel 1998, scriveva: "La storia delle terapie familiari è una storia discontinua, che procede per salti.

A partire dalla sua nascita negli anni cinquanta, sono costantemente emersi orientamenti nuovi. Circa a ogni decennio, qualcuno di essi ha preso il centro della scena, portando in secondo piano i precedenti. Ogni volta, i sostenitori del nuovo hanno scomodato Thomas Kuhn per parlare di "cambiamento di paradigma". Ci sono diversi motivi per questo stato di cose, non tutti di stretta pertinenza teorica. Il più importante è probabilmente la necessità, per ogni nuovo modello, di differenziarsi quanto più possibile dagli altri, quella che Framo (1996) chiama the battle of brand names, "la battaglia dei marchi depositati". C'è, in questo, una grande differenza fra terapeuti della famiglia e psicoanalisti. Gli analisti, che concepiscono la propria disciplina come continuità, insistono a citare Freud a cent'anni dai suoi primi articoli. I terapeuti della famiglia, che vedono la propria disciplina come costantemente rifondata, hanno difficoltà a citare articoli più vecchi di dieci-quindici anni. Sta di fatto che, nell'evoluzione delle terapie familiari, la continuità è rintracciabile soltanto al prezzo di qualche sforzo di attenzione." (Bertrando 1998).

Il futuro della psicoterapia sistemico relazionale è quindi quello di parcellizzarsi in decine di paradigmi diversi, che hanno in comune solo il richiamo (più o meno esplicito) ai sistemi e alla cibernetica?

Gianmarco Manfredi nel 2009 scriveva "Il modello terapeutico familiare-sistemico-relazionale è riconosciuto tra quelli fondamentali in Italia e in molti paesi ma... non sono sicuro che il popolo dei terapeuti re-

lazionali si sia effettivamente costituito in una sicura identità. Dice Juan Luis Linares che, inizialmente, eravamo uniti da una posizione alternativa, iconoclasta, di innovatori del settore terapeutico e della salute mentale, ma che basarsi su una identità rivoluzionaria dopo quaranta anni, con capelli bianchi pancette e acciacchi vari, ci rende preoccupatamente simili agli irriducibili nostalgici dell'ideologia comunista, che però almeno la loro rivoluzione l'hanno portata avanti più di noi..."

I giovani terapeuti sistemici appaiono abbastanza disorientati, e rispondo al disorientamento in maniera anche costruttiva. Al convegno Giovani Sippr di Milano del 2014 le nuove generazioni hanno apportato contributi teorici incentrati alla scoperta, implementazione prova e conferma di nuove tecniche. Sembra però mancare fra i "nuovi orizzonti" uno spazio di riflessione sul paradigma, e sui nuovi linguaggi.

Siamo proprio sicuri che le tecniche porteranno il nostro paradigma a nuove fasi di crescita? Che lo renderanno adattabile alle nuove sfide che i cambiamenti socio politici e culturali ci mettono di fronte? Sinceramente non credo, e prendo a prestito le parole dell'artista Enrico Castellani: "Io non credo alla tecnica come lievito per nuove idee, come provocatrice di cose nuove: sarà sempre subordinata dalla volontà dell'artista. Quando avessi in mente un progetto che fosse una invenzione di linguaggio, in questo caso troverei anche la tecnica esatta. La tecnica viene automaticamente dopo l'idea, ma come fatto spontaneo" (Enrico Castellani, in "Autoritratto" di Carla Lonzi, corsivo mio).

Il paradigma sistemico relazionale ci insegna che non c'è futuro senza un passato, senza una storia. I nuovi orizzonti quindi non possono che prendere spunto dalle radici, da quelle più antiche, per recuperare ciò che ha reso l'approccio sistemico così differente e speciale rispetto a tutti gli altri paradigmi.

"Ad inventare mode e sviluppare linguaggi esoterici noi terapeuti relazionali siamo sempre stati anche troppo bravi, al punto di vivere in una allegra anarchia in cui tante scuole e sottoscuole parlano idiomi e dialetti non sempre del tutto comprensibili; se abbiamo peccato, non è stato nel senso di una volgarizzazione e perdita di specificità all'americana, ma in quello della chiusura e, peggio, della scelta della instabilità di idee per sfuggire alla banalizzazione" (Manfrida, 2004).

Il rischio di adottare idee instabili per sottolineare la specificità di tecniche e teorie mi sembra del resto quello più "in linea" con la società moderna, che chiede soluzioni rapide a problemi complessi e aumenta l'incertezza personale, culturale e sociale. Dall'altro lato, una risposta a questa precarietà incentrata su aspetti esclusivamente tecnici rischia di rendere ancora più instabili le idee di base, e quindi aumentare l'angoscia che guida chi cerca risposte, ad esempio i pazienti nella psicoterapia... o i tera-

peuti stessi.

Cosa recuperare quindi, che ci dia maggiore stabilità e che possa illuminare il nostro futuro? Cosa, al di là delle differenze, rende le persone che hanno partecipato al Congresso SIPPR "simili"?

Forse per prima cosa si dovrebbe partire dalle due parole alle quali difficilmente rinunciavo, che sono "relazione" e "sistema".

L'idea di relazione, oltre a impedire la separazione fra individuo e contesto, ci permette di guardare al contesto stesso come un sistema di relazioni più ampio di quello interpersonale. Il modello ecologico proposto da Urie Brofenbrenner chiama il microsistema quello composto dai rapporti interpersonali diretti; il mesosistema è quello che definisce i rapporti fra diversi microsistemi (ad esempio la relazione fra sistema-famiglia e sistema-scuola). Inoltre, viene teorizzato un esosistema, un sistema a cui l'individuo non partecipa direttamente ma che influisce su di lui (ad esempio per i figli, l'insieme delle relazioni nell'ufficio della madre), ed un macrosistema di culture e organizzazioni più ampie, credenze, norme politiche ideologie.

Il ricorso alle tecniche di cui parlavamo appartiene ad un intervento a livello di microsistema, che avrà poi effetti e ricadute sugli altri livelli. Ma l'intervento nel microsistema rischia di diventare l'unico intervento, una modalità terapeutica che ci differenzia da altri approcci solo per i linguaggi utilizzati e le tecniche (appunto), e non per una visione teorica differente alla base. Perché, per partire, non recuperare la ricchezza della complessità dei sistemi ricordandoci che "occuparsi solo di famiglia è arbitrario e i primi teorici dei sistemi lo sanno benissimo: i sistemi umani in cui ci muoviamo sono virtualmente infiniti"? (Bertrando Toffanetti 2000).

Cosa oggi, nel 2016, può invece essere recuperato come aspetto radicale ma anche profondamente innovativo dell'approccio sistemico relazionale?

Sembra che le direzioni siano due: una prima parte, incentrata sul recupero dell'intrapsichico, rispetto al quale ci sono interessanti progetti di attività e ricerca in corso (penso ad esempio ai lavori di Luigi Cancrini sulla cura delle infanzie infelici); la seconda direzione è il recupero dell'ottica "macro", della capacità del nostro paradigma di leggere sintomi, motivazioni, comportamenti non solo all'interno del sistema arbitrario, ma anche all'interno di una visione di comunità e società più ampia, che oggi come ieri ha bisogno di una lettura sistemica dei propri fenomeni; d'altronde "Applicare al piccolo gruppo spontaneo [...] i principi di intervento mediati dalla utilizzazione del metodo relazionale porta ad una sorta di saldatura [...] fra le linee proprie della prassi socio-politica (livello dei grandi gruppi) e quelle proprie della prassi interpersonale (livello dei piccoli gruppi) in cui più direttamente si determina la richiesta di aiuto psichiatrico" (Cancrini, Malagoli Togliatti, 1976).

L'EVOLUZIONE DELLE TRE LINEE-GUIDA DELL'APPROCCIO MILANESE (IPOTIZZAZIONE, CIRCOLARITÀ E NEUTRALITÀ): ESPLOR-AZIONI NEL CAMPO DELLA TERAPIA FAMILIARE CON I BAMBINI



di Igino Bozzetto

Le tre linee-guida descritte dall'équipe di Via Leopardi nell'articolo del 1981 continuano a costituire l'ordito del Milan Approach. L'ipotesi è il processo attraverso cui il terapeuta distingue/descrive/spiega il fenomeno, la circolarità è la tecnica che permette di creare ipotesi sistemiche e la neutralità è la posizione che assume il terapeuta nel portare avanti l'intero processo.

Nel lavoro del 1980, l'équipe milanese definiva l'ipotesi come un processo organizzativo dei fatti empirici osservati che aiutava a formulare una sorta di possibile spiegazione provvisoria, in seguito da validare o confutare. Permetteva inoltre l'operatività del terapeuta e la possibilità di mappare e rilevare i pattern relazionali del sistema, introducendovi nuove informazioni in grado di perturbarlo a livello del suo funzionamento e pertanto potenzialmente aiutarlo a cambiare.

Particolare attenzione veniva data alle domande circolari utili per superare il paradigma della causalità lineare e alla neutralità come una posizione del terapeuta equidistante da ogni membro della famiglia e quindi meno sollecitato ad alleanze o collusioni.

A 36 anni di distanza, scombuscolate dal terremoto della cibernetica di second'ordine, sferzate dai venti del sociocostruzionismo, del postmodernismo, della narrativa e, passatemi il termine, attualmente innervate dalle neuroscienze, le tre linee guida hanno subito delle transizioni interessanti per cui oggi mi sentirei di affermare che la costruzione di un'ipotesi è un processo continuativo, centrifugo, esplorativo delle diverse dimensioni del sistema significativo organizzato dal problema visto come un evento comunicativo hic et nunc. Il metodo centrifugo (lo potremmo chiamare anche circolare) prevede un'indagine su qual è il problema e come è connesso alle altre persone, su come la famiglia si pone nei confronti del contesto più ampio (parenti, clan, strutture...), sulla modalità con cui il sistema familiare è collegato con il sistema terapeutico o di consulenza. L'indagine è caratterizzata dal porre domande sul comportamento, sulle idee, sulle spiegazioni, sulle emozioni sul futuro.

A dar man forte a questa evoluzione ci ha pensato anche Andrea Mosconi con i suoi contributi sul quadrilatero sistemico inteso come un "riferimento per la costruzione di un'ipotesi ben formata e l'integrazione di diverse ottiche di lavoro: il lato sinistro illumina le dimensioni individuali del problema e il lato destro quelle relazionali. La parte superiore

descrive la dimensione fenomenologica (il problema vissuto e le incongruenze comunicative) mentre la parte inferiore (il conflitto intrapsichico e il conflitto relazionale) quella generatrice. E' una struttura che ci permette di coordinare sui quattro livelli aspetti diversi della terapia quali: i temi dell'intervista con il sistema, l'analisi del problema e la costruzione dell'ipotesi, la costruzione della struttura narrativa intrinseca alla restituzione dell'ipotesi che decideremo di fare al sistema, la scelta e la scansione dei livelli di intervento che decideremo di mettere in atto avendo anche la possibilità di articolare sulle diverse dimensioni anche interventi derivati da ottiche diverse.

Lavorare con i bambini e non solo sui bambini.

Per poter meglio comprendere la narrazione del fare quando in terapia ci sono famiglie con bambini, occorre mettere in rilievo alcune premesse teoriche che da molti anni guidano il mio lavoro. Di fondamentale importanza è stato lo studio della psicologia dello sviluppo ad indirizzo interazionista di cui cito i contributi di Bruner, Brazelton, Camaioni, Kaye, Schaffer, Sameroff, Emde, Viaro e infine Valeria Ugazio che ha avuto cura di raccogliere i migliori contributi sull'argomento.

In sintesi, la complessità di questa galassia si riduce a due assiomi:

- I°: il comportamento individuale è inscindibile da quello sociale. Gli individui non possono mai essere separati dai loro contesti. Nessun individuo può essere compreso al di fuori delle relazioni in cui vive.
- II°: ogni individuo cresce in un contesto dominato da regole. I due più importanti sistemi di regolazione sono quello biologico e quello sociale: il GENOTIPO è l'organizzazione biologica che regola l'esito fisico di ogni individuo e l'ECOTIPO è l'organizzazione sociale che regola come gli individui interagiscono con la società attraverso codici culturali - credenze, precetti morali, usanze, norme, mode - codici familiari - rituali, storie, miti. Paradigmi - codici genitoriali - ogni genitore interpreta in modo individuale il codice culturale e quello familiare che regolano il proprio comportamento relativamente alla nutrizione, sonno, addestramento alla pulizia, punizioni... Nel lavoro con le famiglie con bambini ho posto particolare attenzione alla circolarità sia in termini di attivare "azioni" circolari che nel prestare grande attenzione al feedback dei membri della famiglia. Ho chiamato tale paradigma "La terapia familiare pop-up." Come un libro pop-up, libro-giostra o



libro-magico, che mentre si apre fa apparire il castello in tre dimensioni permettendo al bambino di entrare immediatamente e autonomamente nella storia senza aver bisogno delle parole lette dall'adulto, così la terapia pop-up gli permette di partecipare direttamente alla costruzione del significato dando il proprio contributo, qualsiasi sia il momento della sua evoluzione.

Inserire il bambino all'interno del processo terapeutico è la conseguenza inevitabile di alcune idee:

i bambini sono predisposti geneticamente alle relazioni sociali; lo sviluppo delle loro capacità interattive è il frutto dell'incontro con le attività genitoriali che hanno il compito di semplificare l'esperienza del figlio e di attrarne l'attenzione sugli aspetti essenziali, rendendoli comprensibili; le prime parole, e pertanto le prime descrizioni del mondo, sono strettamente collegate all'interazione e al contesto; la famiglia è il gruppo con storia che codifica esperienze e tradizioni, le quali diventano comportamenti coordinati che danno continuità e unicità; ogni individuo racconta storie ad altri allo scopo sia di collegarli alla propria intimità e ai propri segreti, sia di definire l'immagine di sé; ogni individuo ha la possibilità di mettere insieme storie nuove e di rivedere quelle già raccontate.

La conseguente traduzione operativa comporta: osservare le relazioni tra il bambino e i genitori, registrare e descrivere gli aspetti formali delle relazioni, stimolare nei genitori il processo di attribuzione di significato a ciò che il bambino fa con loro e pensa della loro interazione con lui, porre particolare attenzione alle coincidenze tra l'emergere di alcuni temi particolari raccontati dai genitori e il verificarsi di relazioni corrispondenti tra il bambino e gli altri membri, alla luce della considerazione che, anche se piccolo, il bambino è capace di partecipare attivamente alla narrazione.

Dal punto di vista della tecnica terapeutica, oltre alla struttura standard dell'intervista circolare, ho trovato utile attivare alcuni strumenti che, se pur appartenenti ad altri paradigmi, si sono rivelati preziosi per costruire ipotesi e attivare cambiamenti sfruttando l'azione concreta e la dimensione ludica nell'attivare la partecipazione dei familiari e ponendosi quasi naturalmente come strumenti d'elezione dei bambini. Mi riferisco al Disegno Congiunto della Famiglia, allo Sceno-test familiare, a quello che ho ridefinito il Bestiagramma (un'interpretazione della Famiglia Incantata), alla Doppia Luna, all' L.T.P.c., ed infine al C.A.T.

A CASA DOPO L'URAGANO. PSICOTERAPIA RELAZIONALE E PSICOLOGIA DEL SÉ



di Stefano
Ramella Benna

Questo lavoro si concentra sull'uso del concetto di Sé nella psicoterapia relazionale sistemica. Attraverso tale concetto, possiamo raggiungere l'idea di noi stessi come soggetti e come oggetti, al contempo, avvicinandoci all'esperienza dell'empatia. Solo attraverso la conoscenza e l'utilizzo clinico del concetto di Sé possiamo dunque comprendere il senso di un modello autenticamente relazionale.

Nel 1977, Heinz Kohut pubblicava, all'interno del suo saggio *The restoration of the Self*, un articolo dal titolo *Ha bisogno la psicoanalisi di una psicologia del Sé?* In tale articolo, si sottolineava che una terapia può considerarsi conclusa quando, pur senza aver trattato e curato integralmente, è riuscita a restituire all'individuo (o, aggiungo io, al sistema) la capacità di far circolare le proprie ambizioni, i propri scopi e le proprie risorse in modo da generare una buona capacità creativa, da rivolgersi cioè al futuro con una certa fiducia e curiosità. Inoltre, lo sguardo teorico e clinico è posto non su una psicologia del conflitto, ma sulla psicologia del Sé: ogni esperienza interna o comportamento dei membri in famiglia verso gli altri, anche nel qui e ora, può cioè essere osservato e compreso alla luce dell'esperienza che tale individuo ha fatto della relazione tra sé e i suoi oggetti-sé, come notoriamente vengono definiti da Kohut (1971, 1977). Ma, ci si può domandare, ha bisogno la psicoterapia relazionale sistemica di una psicologia del Sé? La risposta, da un punto di vista integrato, è decisamente affermativa. E su questo territorio si colloca il possibile ampliamento che una comprensione sistemica può e deve avere verso i destini interpersonali e intrapsichici delle relazioni con cui ogni individuo si interfaccia, a cui ogni bambino è o è stato esposto, nel corso della sua prima e seconda infanzia.

La circolarità presente all'interno dei sistemi implica un influenzamento continuo tra i membri dei sottosistemi e tra i sottosistemi stessi, in relazione fra di loro. Ma come tutto ciò si iscrive e forgia il Sé del bambino e del futuro adulto? La struttura bipolare del Sé, come concepita da Kohut e Wolf (1978), permette infatti di comprendere, retrospettivamente, l'esistenza di un polo prevalentemente materno, legato alle ambizioni e al desiderio, e di un polo prevalentemente paterno, focalizzato sugli ideali e sul raggiungimento di scopi. I due poli, inoltre, sono collegati da un ponte, rappresentato dall'arco di tensione tra desiderio e progetto, che racchiude le risorse

e i talenti della persona (cfr. anche Siani, 1992). L'osservazione di un giovane paziente in seduta, specie in presenza dei suoi familiari, porterà con una certa immediatezza alla luce quale sia il copione standard, quale l'assetto relazionale tra i membri, ma una lettura integrata con i concetti della psicologia del Sé ci permetterà di comprendere le origini e le ragioni, in un tentativo compensatorio, del suo comportamento o della sua struttura. Potranno così emergere le differenze tra un Sé sottostimolato (di solito più frequente fra i figli delle famiglie disimpegnate, per dirla con il linguaggio strutturale di Minuchin, 1974), nelle quali manca la capacità di vedere l'altro, di riconoscerlo, con gravi carenze sul polo delle ambizioni), un Sé sovraccaricato (più tipico delle famiglie invischiate, in cui mancano adulti idealizzabili e solidi, cui appoggiarsi) e un Sé sovrastimolato (che riscontriamo ad esempio in famiglie in cui domina il potere e in cui contano soprattutto l'appartenenza a modelli e la rispondenza ad immagini di adeguatezza miticamente create o trasmesse).

In un'ottica di coniugazione tra psicologia del Sé e psicoterapia familiare, l'idea della circolarità non si limiterà allora a una dimensione orizzontale, bensì terrà conto di come le patologie delle passate dinamiche familiari possano influenzare il qui e ora, rappresentando un "antecedente genetico". Per questo, appare essenziale lavorare sulla storia emozionale del singolo componente, anche nella seduta congiunta. Tale aspetto differenzia sostanzialmente la conduzione della terapia, rispetto ad una visione intergenerazionale già ben nota (con Boszormenyi-Nagy e Framo, 1965, e Boszormenyi-Nagy e Spark, 1973), oppure rispetto a ciò che si sviluppa dall'uso di un genogramma boweniano (Bowen, 1979), ma anche rispetto a protocolli strategici o a un certo tipo di tecniche di intervento. Le relazioni familiari disturbate dell'oggi possono essere viste alla luce di ciò che, strutturalmente e nella formazione del Sé, è accaduto ad uno o più membri, e al contempo le relazioni familiari patologiche del passato possono essere viste come antecedente che ha influenzato lo sbilanciamento nelle strutture del Sé del paziente attualmente in terapia, individuale o congiunta, cosicché egli è stato costretto a cercare elementi di natura compensatoria, talvolta patologica.

È implicito, in questa prospettiva, tenere presente, da parte del terapeuta, la presenza di una dimensione inconscia nella mente e nelle relazioni, quin-

di anche di un inconscio sistemico. Ad esempio, una cosa è mostrare ad un partner che tratta l'altro come se fosse un genitore, altro è far emergere che lo stesso partner lo vive come genitore, cioè attiva, in un rapporto traslativo con lui o con lei, la ricerca compensatoria di lacune presenti nel Sé, le cui radici diventano comprensibili alla luce delle antiche relazioni della persona con i propri oggetti-Sé presenti nella prima e nella seconda infanzia.

In questa prospettiva, è indispensabile porre massima cura nel riconoscere, ad ogni persona che chiede aiuto, il suo status di essere umano nel mondo, concepandone i bisogni come legittimi, anche quando espressi o tradotti in comportamenti critici. La ricerca più antica di ogni individuo, nella relazione con noi terapeuti, è infatti quella di essere rispecchiato, di essere raggiunto empaticamente, anche quando non è ancora pronto ad accogliere l'aiuto che, in fondo, sta chiedendo. Nulla può allora essere comunicato, in terapia, se non dopo aver restituito alle persone almeno una parte di quella dignità che, per effetto dei loro problemi o dei loro traumi, piccoli o grandi che siano, spesso hanno la sensazione di aver perduto. La gemellarità, o twinship, di cui Kohut parla studiando le diverse tipologie di transfert possibili, è anche espressione del nostro bisogno di appartenenza e di sentirsi a casa (Kohut, 1984). Proprio il bisogno di rispecchiamento e di solidarietà - che altro non è se non il rispecchiamento declinato nel sociale, verso chi si trova in uno stato di necessità, ad esempio verso chi fugge dal proprio paese, o verso

chi è inghiottito da una crisi che toglie ogni dignità alle persone (Togashi & Kottler, 2015; Ramella Benna, 2016) - sia quanto di più relazionale la nostra realtà ci stia dando l'occasione di vivere.

Bibliografia

- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- Boszormenyi-Nagy, L., & Framo, J.L. (a cura di) (1965). *Psicoterapia intensiva della famiglia. Aspetti teorici e pratici*. Torino: Boringhieri, 1969.
- Boszormenyi-Nagy, L., & Spark, G. (1973). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio, 1988.
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Kohut, H. (1977). *La guarigione del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1980.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1984.
- Kohut, H., & Wolf, E.S. (1978). *Profilo riassuntivo dei disturbi del Sé e del loro trattamento*. In H. Kohut (1978), *La ricerca del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1982.
- Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio, 1976.
- Ramella Benna, S. (2016). *Psicologia sociale del Sé. Il contributo teorico di Heinz Kohut per le professioni educative e socio-assistenziali*. Torino: Trauben.
- Siani, R. (1992). *Psicologia del Sé. Da Kohut alle nuove applicazioni cliniche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Togashi, K., & Kottler, A. (2015). *Kohut's Twinship Across Cultures. The Psychology of Being Human*. New York: Routledge.

I NUOVI ORIZZONTI DELLA TERAPIA FAMILIARE: APRIRE IL SETTING AL MACROSISTEMA, VERSO UNA TERZA CIBERNETICA



di Luca Vallario

La Terapia Familiare trae i suoi sistemi di significato e la sua ragione d'essere da un passato, la prima generazione dei pionieri, che, aprendo una modalità nuova di osservazione dell'umano che ha avuto alcuni chiari punti cardinali nel sistema, nella relazione, nel contesto, ha definito una mitologia coesiva identitaria, connotata in senso civile, con riferimento alla sua matrice sociale, e progressista, con riferimento alla complessità come antidoto al riduzionismo biologizzante e come occasione per rivoluzionare la tradizione (Cancrini, 2004; Vallario, 2009).

La seconda generazione, quella odierna, ha raccolto e sviluppato la testimonianza dei pionieri: in tal senso, possiamo parlare della definizione di una mitopoiesi progressista che, consolidando e rilanciando l'esperienza e la riflessione sulla narrazione mitica originaria, dà senso al nostro agire in una continua ripresa, aggiornamento e ricomprensione delle narrazioni costitutive.

E' necessario evidenziare come questa seconda generazione proponga, allo stesso tempo, l'affermazione di una mitopoiesi conservatrice, che, appiattendosi sul mito fondativo, evita spazi di elaborazione e di riflessione, rendendolo uno scudo che difende dai cambiamenti.

Pensiamo, a questo proposito, ai tre principali crinali identitari del paradigma sistemico-relazionale.

La formazione, dopo l'introduzione di nuove potenzialità con il riconoscimento delle Scuole, sembra declinare verso una balcanizzazione, sostenuta dalla proliferazione di teorizzazioni chiuse in se stesse e non inclini al confronto, con Scuole "gelose della loro autonomia e spesso in competizione reciproca per numero di allievi e per organizzazione di eventi" (Manfrida et al, 2013, p. 11).

La clinica registra una chiusura epistemologica ed etica che non fornisce nuove occasioni di incontro con le profonde mutazioni dell'individuo, della famiglia, della sofferenza. Il primo attraversa dei mutamenti epocali, definendosi come un ipo-uomo, ipo nel senso di "poco", "sotto" la soglia di quello che generalmente consideriamo umano, che non vede l'altro, è supraligente (Vallario, 2008), è senza capacità di parola, ha smarrito il suo orizzonte etico. Per quanto attiene alla seconda, al "tempo della famiglia" è oggi subentrato il "tempo delle famiglie", intese come intrecci proteiformi di storie, affetti, legami, corpi e progetti: pensiamo, ad esempio, ad alcune tipologie familiari fino a qualche tempo fa

poco o per niente diffuse, come le ricomposte, le monogenitoriali, le interculturali, le migranti, le omoparentali (Andolfi, 2015). La sofferenza, infine, vede i mutamenti precedenti declinare nuove forme della psicopatologia.

La ricerca, infine, appare poco rigorosa e coraggiosa, stretta in una sorta di "patto di non belligeranza" dove la sottolineatura dei punti comuni rassicura, ma l'ignoranza delle differenze rende la competenza tecnica fine a se stessa e potenzialmente distruttiva. Parlare della terza generazione significa riflettere sul futuro, a partire da questa fase interstiziale nella quale, come l'asino di Buridano, rischiamo di paralizzarci, non sapendo scegliere tra la sacca della mitopoiesi progressista e la sacca della mitopoiesi conservatrice.

La riflessione deve partire dalla capacità di fornire risposte alle domande necessarie poste dai crinali identitari su richiamati: risposte "al passo coi tempi", che l'approccio sistemico-relazionale è chiamato a fornire in una realtà sempre più liquida, confusa in una perdita di codici uniformi.

Per quanto riguarda la formazione, il campo sistemico-relazionale deve ricostruire un recinto identitario di idee comuni, senza rinunciare a guardare dentro un quadro composito e variegato, interno ed esterno, puntare sulla qualità più che sulla quantità dei Centri di formazione, deve aiutare l'integrazione delle diverse prospettive, non consolidare "guerre da pollaio", deve essere in grado di cogliere la sfida di una sua "de specializzazione" (Pontalti, 2013), sapere intercettare i cambiamenti, fondandosi su una capacità basica di pensare sistemico.

Sul versante della clinica, c'è la necessità di rivedere alcuni punti fermi relativi, per esempio, a setting, tempi delle singole sedute, cadenze del processo terapeutico, tecniche e metodi. La clinica deve sapere cogliere l'inevitabile circolarità che deve esserci tra psicoterapia e dinamiche sociali, intercettare le nuove narrative dell'ipoumano, del familiare, della sofferenza psichica, definendo nuove narrative terapeutiche.

La ricerca deve essere considerata il motore dell'evoluzione di qualsiasi argomentazione scientifica: il suo ruolo deve essere centrale, non periferico, nell'incontro con il nuovo, con la realtà che ci circonda: deve sapere cogliere quella dimensione che unisca la logica del pieno, l'universalità, e la "logica del vuoto, la specificità" (Caillé, 2016). Deve sapere muoversi alla ricerca dei punti comuni, ma, anche e

soprattutto, delle differenze, evidenziandole con coraggio: la competenza tecnica senza confronto con se stessi e con l'altro diventa potenzialmente distruttiva.

Conclusioni

Lo stare al passo con i tempi costituisce per la Terapia Familiare la condicio sine qua non per raggiungere nuovi orizzonti credibili. Come sul piano operativo la terapia "ha la funzione di riaprire le porte che si sono chiuse" (Andolfi, 2014, p. 91), così sul piano epistemologico il modello sistemico-relazionale ha l'obbligo di costruire nuovi orizzonti che aprano quelle porte che ci hanno visti negli ultimi anni spesso separati tra di noi e, soprattutto, dalla dimensione sociale che ci circonda. Dopo avere osservato il sistema terapeutico dal di fuori, dopo essere entrati nel sistema terapeutico, è il momento di allargare il nostro punto di osservazione e di azione dal sistema terapeutico alla realtà più estesa che lo circonda, al macrosistema, per approdare a una Cibernetica di terz'ordine.

Quello della Cibernetica di terz'ordine non costituisce un suggerimento pretenzioso, ma, al momento, una suggestione.

Un'idea fondata sulla relazione tra modello sistemico-relazionale e macrosistema, tra setting e mondo circostante, per "andare oltre la siepe" (Bruni, 2015, p. 62), per superare un processo autoreferenziale, che, negando i propri limiti, il confronto, la trasparenza, il rigore, rischia di inabissarsi come la colomba di Kant che pensava di potere volare facendo a meno dell'aria.

Quella di una terza cibernetica, è un'idea fondata sul ritorno e sulla rielaborazione dello spirito intelligente dei pionieri, la nostra matrice sociale. La Terapia Familiare della Cibernetica di terzo ordine deve operare forte di una mitopoiesi che non eviti ma ricerchi i crolli, gli eventi critici, i cambiamenti, scalzando difese illusorie e protettive. Deve essere capace di andare dentro e oltre il mito fondativo, trasformarlo in logos, trasformare i prigionieri in custodi del mito, i conservatori in progressisti.

Occorre considerarsi, come terapeuti, sempre di più parte di una circolarità più ampia, attori protagonisti di una mutua interazione nella circolarità delle relazioni umane, sostenuti da un forte senso etico che ci spinga non alla perfezione ma alla completezza e alla complessità.

Gli orizzonti futuri devono definire confini nuovi ma coerenti, sfidare il limite restando nei confini, non rinunciare al piacere dell'infinito restando ancorati alla realtà del limite.

Non dobbiamo ritrovarci in una sorta di favola del re nudo, dove la parte del bambino sia giocata dall'opinione pubblica o, peggio, dalla fuga dei pazienti. Sarebbe l'ora della nostra fine dentro quel "corporativismo della terapia" (Hillman, Ventura, 1992, p.

90), inteso come attenzione degli psicoterapeuti agli interessi propri e non a quelli dei pazienti, legati alla sofferenza. Sarebbe l'ora di vedere abiurato uno dei principi della Terapia Familiare, che ognuno di noi dovrebbe gridare: "Il nostro obiettivo è di operare un cambiamento nei pazienti in modo da poter cambiare anche noi" (Whitaker, Keith, 1982, p. 112).

Bibliografia

- Andolfi M. (2014), Dove sta andando la terapia familiare? *Terapia Familiare*, n. 104, marzo 2014, APF, Roma;
- Andolfi M. (2015), La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse del terapeuta, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Bruni F. (2015), A proposito delle Conversazioni sulla psicoterapia, *Ecologia della mente*, Volume 38, n. 1, giugno 2015, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma;
- Caillé, Problemi nella clinica e nella formazione relazionale europea, p. 3, *SIPPR NEWS*, dicembre '15- gennaio '16;
- Cancrini L. (2004), Passato e futuro della Terapia Familiare, *Ecologia della mente*, 2004; 2: 113-5.
- Hillman J., Ventura M. (1992), 100 anni di psicoterapia. E il mondo va sempre peggio, Garzanti, Milano, 1993;
- Manfrida G., Giachi E., Eisenberg E. (2013), Steps to a Therapy of Human Relationships: The Evolution of Family Therapy in Italy, in *Contemporary Family Therapy, An International Journal*, vol 35, n. 1, marzo 2013; Springer;
- Pontalti (2013) Dove sta andando la terapia familiare nel mondo? *Terapia Familiare*, n. 103, novembre 2013, APF, Roma;
- Vallario L. (2008), Naufraghi nella rete. Adolescenti e abusi mediatici, Franco Angeli, Milano;
- Vallario L. (2009), Inciviltà e conservatorismo della psicoterapia: il rischio involutivo, *Ecologia della Mente*, n. 2, pp. 147-155, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma;
- Whitaker C. A., Keith D., (1982), Terapia Simbolico-Esperienziale, *Terapia Familiare*, n. 11, giugno 1982;

INTERNI E DINTORNI DEL MODELLO SISTEMICO: UNA LONELY PLANET AGGIORNATA



di Giuseppe Ruggiero

Sarebbe interessante costruire una guida per viaggiatori nell'universo sistemico! Metterci dentro luoghi, città, strade, scuole, la geografia di un pensiero incarnato in un modello e raccontato attraverso i viaggi da Palo Alto a Milano, da Roma a Firenze, a Napoli, nelle stanze con gli specchi, fluttuando tra giocattoli e metafore, tra sentimenti e storie.

E provare ad aggiornarla di tanto in tanto, soprattutto nei momenti di svolta, quando i paradigmi cominciano a rendere elastici i propri confini, avvertendo stimoli nuovi che arrivano da esperienze cliniche diverse e da tutte le svariate forme in cui si configura la sofferenza umana.

Mi riferisco alla clinica del disamore e del vuoto, di cui parla Recalcati, all'epoca delle passioni tristi di Benyasag, alle infanzie infelici e all'oceano borderline di Cancrini, fino alle nuove patologie del legame di coppia, ai modi sempre più specifici in cui si declina la vulnerabilità dei nostri adolescenti, ai mutamenti di struttura familiare che aprono nuovi scenari sulla genitorialità, all'esplosione panica che caratterizza il modo di essere al mondo dell'uomo contemporaneo, ai disturbi legati al trauma, alle narrazioni del corpo violato, quello delle donne e dei bambini. Come orientarci in queste nuove mappe del disagio individuale e relazionale, procedendo tra gli "interni" del modello sistemico, che rimandano a costrutti consolidati e condivisi, qualcosa di familiare in cui poter riconoscere la propria appartenenza, e i "dintorni", meno conosciuti e proprio per questo più intriganti, che consentono di allargare i confini del proprio orizzonte conoscitivo?

Se noi assumiamo consapevolmente l'impurità del mondo, la sua inestirpabile ambiguità, il nostro stesso essere continuamente «contagiati» e «alterati» dagli altri, la nostra natura molteplice, diversificata, ambigua, se abbracciamo questa visione filosofica che invita a demitizzare l'idea di una purezza assoluta del mondo, di noi stessi e dei nostri modelli di conoscenza, allora risulterà più agevole condividere una posizione clinica, in cui sia possibile assumere consapevolmente l'impurità di ciascun modello, la sua incompletezza, per aprirsi al dialogo con altri approcci, teorie, esperienze, lasciandosi «contagiare» e «alterare» cercando la purezza della propria visione teorica nell'impurità e nella ricchezza polisemica della relazione terapeutica.

La psicoterapia sta andando proprio nella direzione di una contaminazione dei modelli e delle pratiche.

L'idea di una contaminazione rimanda alla ricerca di punti di contatto e nuove connessioni tra teorie sistemiche, psicodinamiche e neurobiologiche.

Diamo per scontato che ormai le neuroscienze costituiscono un contributo fondamentale per i clinici di qualsiasi orientamento teorico, pertanto riteniamo che non sia più possibile prescindere dallo studio e dalla ricerca in ambito neurobiologico. Come coniugare, dunque, il discorso delle neuroscienze con quello della psicoterapia evitando trappole riduzionistiche?

Le neuroscienze, cognitive, emotive e sociali, ci dicono che la mente è: embodied, embedded, enacted, extended. La mente, cioè, è incarnata, spalmata in un contesto, estesa, emergente da continue interazioni. Essa va indagata nelle relazioni essenziali che intrattiene con il corpo e l'ambiente biologico, sociale e culturale in cui l'organismo è situato.

Ci raccontano che ogni individuo sarebbe programmato per connettersi, empatizzare e sincronizzarsi con gli altri, avrebbe, cioè, la capacità di creare una vera e propria rete neurale senza fili. Ci parlano di plasticità sinaptica, di epigenesi, della coscienza come una grandiosa opera sinfonica, dell'emergere del Sé dall'incontro con l'Altro da sé. Ci confermano, quindi, l'ipotesi che in principio è la relazione, restituendo valore e senso alla relazione terapeutica come luogo elettivo del cambiamento. Le neuroscienze, infine, sostengono in modo esplicito che la psicoterapia è una terapia biologica, un'esperienza di apprendimento che si basa su processi di auto ed etero regolazione emotiva, un'esperienza relazionale che passa ineludibilmente attraverso il movimento, la ritmicità, la comunicazione tra corpi, in sintesi, un'esperienza incarnata, viva, fatta di momenti di intimità e sintonizzazione, ma anche di rottura e disconnessione, di ombre e di penombre, che contribuiscono a rendere autentici e vitali gli scambi emozionali che animano l'incontro terapeutico.

La cosiddetta "svolta relazionale" può essere descritta come una vera e propria contaminazione tra pensieri diversi, che ruotano intorno ad un punto centrale: la spinta a creare e mantenere relazioni è una disposizione umana fondamentale per organizzare l'esperienza; la mente, pertanto, per svilupparsi e crescere in modo sano, ha bisogno di altre menti, quindi di relazioni, di legami, di affetti. Una nuova sensibilità clinica relazionale, una sensibilità intersoggettiva, ci spinge dunque ad indagare con sempre maggiore rigore scientifico il funzionamen-



to della mente, chiedendoci come funziona e cos'è che la fa ammalare, per poi passare ad occuparci, ma solo dopo aver cercato di rispondere a questi due interrogativi, dei metodi di cura e dei fattori di cambiamento.

Questi, dunque, gli abiti nuovi del terapeuta sistemico! Questi i nuovi orizzonti della Psicoterapia Sistemica: dialogo con le neuroscienze e con l'infant research; introduzione nel setting dei linguaggi impliciti della relazione (immagini, corpo, musica, mindfulness, ecc); il lavoro con il Trauma che includa la dimensione familiare; la cura delle patologie somatiche croniche secondo una visione bio-psicosociale (medicina sistemica).

Un'ultima considerazione critica.

La psicoterapia individuale, nel suo essere inscindibilmente uno spazio a due, è sicuramente uno spazio relazionale atipico per la maggioranza degli individui, che vivono per lo più immersi in dimensioni collettive da cui "entrano ed escono" di continuo. Gli esseri umani vanno più facilmente a costituire gruppi che diadi, dove i processi di appartenenza e individuazione passano per una pluralità di processi di apprendimento e cambiamento aventi natura più

di processi di ri-organizzazione, che di rispecchiamento. E' in questa direzione che va a nostro avviso collocato l'ultimo prezioso lascito di Stern, la nozione di Forma Vitale. Si tratta del costrutto teorico introdotto per denotare ciò che viene scambiato tra adulto e bambino nell'interazione diadica precoce (protoconversazione). Nella stessa età adulta essa resta a fondamento delle relazioni espressive e comunicative non verbali, rivelandosi elemento cruciale per raggiungere una sintonizzazione e, con essa, la sensazione di vivere insieme un'esperienza.

Il nostro viaggio si conclude qui. La Loney planet aspetta di essere ancora aggiornata.

Vorrei chiudere con una suggestione sul quello che è il denominatore comune di tutti i modelli di psicoterapia: la mente, il suo funzionamento, la sua cura. Ecco allora la mia idea, riprendendo Hillman, è che la mente ha una natura poetica, si nutre di bellezza e di armonia. Assomiglia ad un giardino. E come l'anima va fatta, va coltivata, nutrendola di silenzio, intimità, concentrazione, cultura, sensibilità.

Mi sembrano buoni strumenti da mettere nel nostro bagaglio, rigorosamente a mano.



LA PSICOTERAPIA DELLA GESTALT: LO SGUARDO FENOMENOLOGICO ED ESTETICO ALLA RELAZIONE



di Margherita Spagnuolo Lobb

Inserita nella attuale corrente fenomenologico-relazionale, la psicoterapia della Gestalt vede la relazione terapeutica come l'accadere, il rivelarsi di una co-creazione tra paziente e terapeuta (Spagnuolo Lobb, 2006, 22; Francesetti, 2014). Il valore dell'esperienza (Erlebnis) viene opposto al valore della conoscenza, la forza creativa dell'organismo (creative adjustment) alla sublimazione come unica possibilità di adattamento alle esigenze della comunità, l'autoregolazione dell'organismo e l'olismo alla necessità del controllo dell'io sull'es.

Questa co-creazione dell'esperienza terapeutica è motivata – sostenuta e diretta – da un'intenzionalità, che per l'approccio gestaltico è sempre un'intenzionalità di contatto con l'altro. Il termine "contatto" implica la considerazione della fisiologia nell'esperienza: l'interesse per i vissuti mentalizzati è decisamente sostituito dall'interesse per l'esperienza generata dalla concretezza dei sensi. In psicoterapia della Gestalt si parla di "eccitazione", intendendo quella energia avvertita nella fisiologia dell'esperienza di relazione (Frank, 2001; Kepner, 1997). L'eccitazione sostiene l'esperienza organismica di andare verso l'altro, ma può anche bloccare tale movimento, nel caso in cui si trasforma in ansia. L'ansia è infatti definita come eccitazione senza il sostegno dell'ossigeno. Dunque il concetto di "intenzionalità di contatto" ha a che fare anche con la considerazione della unicità e unitarietà dell'esperienza. La psicoterapia della Gestalt, che notoriamente lavora sul processo, osserva principalmente gli schemi relazionali impliciti con cui la persona entra in contatto con l'ambiente (il "come" della relazione terapeutica più che il contenuto), a cominciare dalla respirazione e tutti i processi corporei di relazione, fino al significato relazionale dei sogni raccontati al terapeuta. Per esempio: il paziente racconta al terapeuta di avere sognato un muro insormontabile la notte precedente la seduta. Il terapeuta si chiede: "Come io sono stato un muro insormontabile per questo paziente durante la seduta precedente?".

Non si tratta di riferirsi alla logica transferale della proiezione, bensì alla dinamica figura/sfondo. Il terapeuta si chiede: "Come mai tra i tanti possibili stimoli che la mia presenza attuale può fornire, il paziente ne estrapola proprio alcuni e non altri?". L'ipotesi è che quello stimolo particolare si agganci ad un "movimento relazionale" che il paziente è motivato a risolvere. Da quale sfondo esperienziale emerge la figura del muro? Inoltre, ancora più importante, qua-

le intenzionalità di contatto determina la formazione di questa figura? Se lo sfondo dell'esperienza appartiene al campo fenomenologico co-creato dalla presenza del paziente e del terapeuta, la formazione della figura deve avere a che fare con quel contatto. Il terapeuta chiede: "Concentrati sull'esperienza del muro del tuo sogno. Come io sono stato per te un muro insormontabile nella seduta precedente?" Il paziente si concentra, poi: "È stato quando mi sono commosso davanti a te. In quel momento avrei voluto abbracciarti. Tu sei rimasto impassibile. Mi sono sentito come davanti a mio padre da piccolo. Non riuscivo mai a dirgli se avevo un problema o se ero felice. Tutti i miei tentativi di raggiungerlo erano abortiti davanti alla sua severità. Mi sono sentito sbandato con te". Il terapeuta: "Dunque sono stato un muro per te quando non ho accolto la tua commozione. Ti ringrazio per avermi dato l'opportunità di non esserlo adesso. Prova a dirmi ciò che non mi hai detto dalla tua commozione nella scorsa seduta. Ti ascolto". Paziente: "Mi vergogno un pò". Terapeuta: "Sei così abituato ad avere muri insormontabili davanti a te che ti imbarazzi quando non ne hai". Paziente: "Certo, è una cosa nuova per me". Terapeuta: "Respira, guardami e, quando sei pronto, dimmi – durante l'espirazione – la tua commozione. Io ti ascolto". Il paziente respira profondamente, guarda il terapeuta e riesce a dirgli: "Sei importante per me. Mi piace la tua pazienza, il calore che intuisco in te da come mi guardi. Ti ringrazio di esserci con me". Terapeuta: "Come va adesso?" Paziente: "Bene. Sento di aver fatto ciò che volevo. Mi sento leggero e so dove voglio andare. Era importante per me dirtelo".

Definire la figura portata dal paziente (il muro insormontabile) come una proprietà emergente della dinamica figura/sfondo che anima il contatto terapeutico ha consentito al terapeuta di rintracciare l'intenzionalità di contatto del paziente e sostenerla affinché si sviluppasse nel contatto tra loro.

La sfida di stare nella relazione "da dentro"

La nostra anima fenomenologica ci ricorda l'impossibilità di uscire dal campo (o situazione) in cui ci troviamo, e ci dà strumenti per operare pur restando nel limite imposto dall'esperienza "situazionata".

La relazione terapeutica è pertanto vista come un'esperienza reale che nasce e ha una sua storia nello spazio che c'è "tra" paziente e terapeuta, non come il risultato di proiezioni di schemi transferali del passato del paziente. La dimensione relazionale viene

prima della dimensione interiore, o comunque non può essere spiegata dal vissuto individuale.

Possiamo dire allora che la relazione terapeutica rappresenta un modo in cui il paziente implicitamente dà al terapeuta (e a se stesso) l'occasione di rifare una storia, restituendo a certe intenzionalità di contatto rimaste trattenute la possibilità di un pieno e spontaneo sviluppo. È nella relazione terapeutica infatti che accade la possibilità di portare a compimento delle intenzionalità di contatto che consentono al paziente di percepire se stesso e le situazioni diversamente, di sentirsi più libero e capace di dare il proprio contributo alle relazioni e quindi al mondo in cui vive.

Lo sguardo gestaltico sulla famiglia

Tutti noi sviluppiamo la base delle nostre capacità terapeutiche, ossia l'empatia, nella famiglia di origine, sin dalla nascita o addirittura dal concepimento. Come le neuroscienze (Gallese, 2007) e l'infant research (Stern, 2010; Stern et al., 2000) hanno ampiamente dimostrato, intuiamo i movimenti intenzionali dell'altro e facciamo sì che possano essere portati a termine assieme ai nostri. La creatività del nostro adattamento sta proprio in questo continuo vedere forme nuove e possibili affinché il nostro movimento verso l'altro significativo sia per lui/lei "afferrabile".

La capacità intersoggettiva dà al bambino il ground dell'esperienza di intimità. L'"io so che tu sai che io so" ("io sento che tu senti che io sento" in termini gestaltici) è molto più di un sapere cognitivo, è un'esperienza globale, di confluenza sana e di separazione, indescrivibile a parole, su cui poggia il senso di sicurezza personale, la flessibilità nell'accettare la novità, la spontaneità di contatto, in breve la capacità di essere intimi e l'adattamento creativo all'ambiente.

Il nostro cervello funziona dunque intuendo le intenzioni dell'altro. Ne deriva che le relazioni del bambino si strutturano con un attaccamento intelligente e "terapeutico" ai caregivers: il bambino conosce il desiderio dell'adulto significativo e struttura il proprio modo di essere-con per "risolvere" anche il desiderio dell'adulto, e più l'adulto è bisognoso più il bambino deve mettere tra parentesi i propri bisogni e desideri.

Per la psicoterapia della Gestalt, la sofferenza delle relazioni familiari dipende sempre dalla mortificazione dell'intenzionalità di contatto dei membri. Il non essere riconosciuti nella tensione al contatto provoca nei membri della famiglia, e in particolare nei bambini, la perdita del senso di sé (il sé è per la psicoterapia della Gestalt il farsi del contatto, il sé si crea nel contatto): non ci si riconosce nella direzionalità del proprio essere. Questa mancanza di riconoscimento della propria vitalità-verso-l'altro porta alla desensibilizzazione del confine di contatto. Se non si è nel contatto con tutto il sé, è impossibile percepire (e assimilare) la diversità dell'altro.

L'intervento con le famiglie

Se anni fa la psicoterapia della famiglia doveva centrarsi sul sostegno alla separazione da relazioni incastranti, oggi deve centrarsi sul costruire relazioni finora inesistenti. Manca nelle relazioni familiari di oggi la possibilità di costruire il senso della rete di protezione per i membri, la presenza percepita, il sapere che l'altro "è in casa", se pur in modo manipolativo, aggressivo, ma comunque presente. L'obiettivo terapeutico nella società contemporanea non può più essere lo svincolo, o l'individuazione, ma al contrario deve essere l'appartenenza, il radicamento, il senso profondo dell'essere-con.

Per rispondere in modo mirato alla richiesta di terapia, e rimanere fedeli all'epistemologia fenomenologica del qui-e-ora, occorre considerare una variabile processuale e situazionale importante, che è lo strutturarsi della determinazione di andare in terapia.

Detto ciò, possiamo considerare due concetti cardine che riguardano la famiglia come organismo-in-terapia: quello sincronico della co-creazione del confine di contatto come realizzazione (più o meno spontanea) dell'intenzionalità di contatto tra gli individui e con il terapeuta e quello diacronico dello sfondo relazionale dell'esperienza rappresentato dal contesto evolutivo, dal vissuto della famiglia legato alla sua storia (che include sia il ciclo vitale familiare che eventuali fatti traumatici). Ambedue vengono colti nel qui ed ora del contatto della famiglia con il terapeuta. Considerando il setting familiare come un campo situazionale, in senso fenomenologico, tutto ciò che osserviamo è un "darsi" alla relazione, e inoltre consideriamo l'esperienza che i membri della famiglia hanno al confine di contatto, che separa e nello stesso tempo lega le loro individualità nella transitorietà del momento.

Alcuni aspetti fenomenologici ed estetici guidano lo psicoterapeuta gestaltico della famiglia nella diagnosi e nel suo intervento terapeutico: la presenza (vs. desensibilizzazione) al confine di contatto di ciascun membro; la mappa degli intrecci delle modalità di contatto dei singoli membri; la flessibilità/rigidità nell'accogliere la novità; la capacità dei membri di prendersi cura/affidarsi alla cura; il livello di giocosità o depressione che caratterizza il clima generale della famiglia-in-terapia; lo stile di contatto della famiglia come organismo-che-chiede-aiuto al terapeuta.

Viene descritto un caso clinico, che qui non riporto per ragioni di spazio e per il quale rimando a Spagnuolo Lobb (2011, p. 197 ss.)

Bibliografia

Francesetti G. (2014). Dalla sintomatologia individuale ai campi psicopatologici. Verso una prospettiva di campo sulla sofferenza clinica. Quaderni di Gestalt: XXVII, 2: 31-56.

Frank R. (2001). Body of Awareness: a somatic and de-



developmental approach to psychotherapy, Cambridge, MA: Gestalt Press, (trad. it. Il corpo consapevole. Un approccio somatico ed evolutivo alla psicoterapia, Milano: FrancoAngeli, 2005).

Kepner J. I. (1993). Body Process. Working with the Body in Psychotherapy, US: Jossey-Bass Inc., (trad. it. Il lavoro con il corpo in psicoterapia, Milano: FrancoAngeli, 1997).

Gallese V. (2007). "Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività". Rivista di Psicoanalisi, LIII, 1: 197-208.

Stern D. N. (2010). Forms of Vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology and the Arts. USA: Oxford University Press.

Stern D.N., Bruschweiler-Stern N., Harrison A., Lyons-Ruth K., Morgan A., Nahum J., Sander L., Tronick E. (2000). "Lo sviluppo come metafora della relazione". Quaderni di Gestalt, XVII, 30-31: 6-21.

Spagnuolo Lobb M. (2006b). "La psicoterapia tra il dicibile e l'indicibile. Il modello della psicoterapia della Gestalt", in: Spagnuolo Lobb M. (a cura di), L'implicito e l'esplicito in psicoterapia. Atti del Secondo Congresso della Psicoterapia Italiana, DVD allegato, Milano: FrancoAngeli, 19-27.

Spagnuolo Lobb M. (2011). Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna. Milano: FrancoAngeli.



IL TEMPO NUOVO AL CENTRO MILANESE DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA



di Pietro Barbetta

Le origini

Oltre trent'anni fa nacque la Scuola Sistemica del Centro Milanese. La decisione di fare formazione non era banale. Non si trattava di istruire, dall'alto al basso, gli allievi. Si trattava di creare un contesto di apprendimento reciproco. Quando dietro lo specchio bidirezionale vennero messi gli allievi, il focus si spostò dai giochi nella famiglia al gioco della relazione terapeutica. Da lì nacque il motto: non innamorarsi mai delle proprie ipotesi.

Erano anni di grande curiosità e la ricerca sociale era diventata importante, la psicoanalisi (Luigi e Gianfranco erano stati psicoanalisti) usciva dal setting individuale, si passava dalla diade alla triade e dalla triade ai sistemi sociali complessi. I due Maestri si misero a studiare Bateson e, al seguito di Bateson, la Cibernetica del Second'ordine. Che cos'era la Cibernetica del Second'ordine? Si trattava di un nuovo approccio alla ricerca. Uno dei suoi fondamenti era la teoria dell'osservatore, formulata da un collaboratore di Bateson: Heinz von Foerster. L'altro fondamento era il dissenso dal termine "informazione", formulato da Humberto Maturana e Francisco Varela. L'informazione prevede passaggi di unità compatte da emittente a ricevente, computa la quantità di sovrappiù d'informazione che deve essere aggiunta per eliminare o ridurre la dispersione del messaggio. Secondo Maturana e Varela, esistono solo perturbazioni. Ciò che dico o faccio perturba l'altro, non lo informa; è l'altro a decidere che farsene della mia perturbazione.

Per applicare queste ipotesi alla psicoterapia è necessario trovare qualcuno che osservi il terapeuta da un punto diverso, così nacque la formazione. Una rigorosa e creativa metodologia di ricerca. Personalmente, quando entrai alla Scuola, avevo già qualche esperienza lavorativa come psicologo, mi sembrava di avere imparato le cose in maniera dogmatica e accademica, di non riuscire a entrare in relazione, mi mancava ossigeno. Per la prima volta compresi che la terapia non poteva essere una pratica noiosa e autoritaria, doveva essere una pratica creativa e antioppressiva: "Agirò in maniera tale da aumentare il novero delle scelte possibili", suggeriva Heinz von Foerster. La psicoterapia è, in primo luogo, libertà.

Curiosità e contesto

Boscolo e Cecchin hanno creato un paradosso: una delle più vecchie scuole sistemiche deve diventare anche una delle più nuove. Abbiamo accolto le

terapie narrative, l'approccio dialogico, il reflecting team, le nuove aperture della psicoanalisi, lo psicodramma, la Gestalt, ecc. Per noi l'errore consiste nell'essere troppo innamorati di una sola impostazione, l'errore di adorare un vitello d'oro. Mentre i principi di circolarità e ipotizzazione ci hanno sempre appassionati, presto ci siamo stancati del principio di neutralità, che abbiamo sostituito con la curiosità terapeutica. Abbiamo scoperto che, in più di una circostanza, essere neutrali è impossibile o è ipocrita, ce lo hanno insegnato il femminismo, le migrazioni, l'ingiustizia sociale, le esperienze iatrogene (Bianciardi, Telfener, 1998).

Ora la società e le premesse culturali del mondo sono cambiate. Siamo nati nell'era della massima diffusione dei disordini anoressici, nell'epoca della chiusura dei manicomi. Le famiglie che vedevamo a quell'epoca erano affette da queste due esperienze. L'anoressia è una patologia grave, l'anoressica è l'immagine della perfezione che si realizza nella morte (Barbetta, 2004), mette a soqquadro la famiglia in modo strano, attraverso rigorosi digiuni e divieti che investono la cucina, la possibilità di gioire, la necessità di osservare un sacro silenzio domestico, di nascondere o imporre la bilancia, di calcolare la quantità di calorie. Un delirio quantitativo, scientifico. Negli anni Settanta e Ottanta l'anoressia era un paradosso dell'opulenza capitalista. In una società dove non è possibile morire di fame, si presenta il fantasma anoressico.

L'altra grande esperienza di terapia familiare riguarda la schizofrenia. Abbiamo visto, dietro lo specchio unidirezionale, una sfilata di famiglie con paziente designato come schizofrenico, abbiamo visto mutare la schizofrenia. Svanire le schizofrenie ebefreniche e catatoniche, frutto dei manicomi. Aumentare le schizofrenie paranoide, frutto delle dinamiche familiari e della gestione dei segreti.

Abbiamo imparato il concetto di "forza contestuale", che crea significati a partire dall'alto (le istituzioni, le famiglie, le scuole, gli ospedali, i centri di terapia) e il concetto di "forza implicativa", che crea significati dal basso e produce cambiamento. L'enfasi sul contesto ci ha aiutato a depatologizzare la diagnosi attraverso la loro decostruzione. Un paziente schizofrenico può essere una persona che si comporta come uno schizofrenico in contesti determinati. Per esempio, in psichiatria, a quel tempo, era impossibile non comportarsi come uno schizofrenico, era la premessa del contesto, qualsiasi cosa facesse uno

schizofrenico, era interpretata come un atto schizofrenico.

Futuro del Milan Approach

Il presente ci spinge in due direzioni: tornare alle origini e innovare, mantenere l'ortodossia eretica dei due Maestri rimane per noi un impegno. Da alcuni anni le questioni che stanno al centro del nostro interesse sono la ricerca qualitativa, la trascrizione e l'analisi della conversazione terapeutica. Insistiamo con gli allievi a riflettere, in questa nuova epoca storica, sulle migrazioni, i rifugiati politici, i profughi, i richiedenti asilo, da un lato, e le nuove forme di famiglia: multinucleare, monogenitoriale, omogenitoriale, dall'altro (Ferrari, 2016). Con gli allievi didatti facciamo seminari e lavoriamo durante gli incontri clinici e di formazione, sono loro che forniscono le nuove idee e organizzano le nuove pratiche al CMTF. Non insegniamo teorie astratte, incarniamo la cultura dentro la clinica, per noi è poco importante inserire la famiglia dentro qualche forma edipica, qualche gioco, qualche copione, Gestalt, polarità.

Il CMTF sta anche riflettendo sul tema del corpo in terapia. La nostra riflessione cerca le interazioni tra corpi e culture. Sulla scorta di Gregory Bateson conosciamo l'importanza del corpo nella relazione e dunque del linguaggio del corpo, che ha una propria codifica culturale. Tenere presente il corpo in terapia è come partecipare a una danza. Una danza sui generis, in cui chi ci insegna la danza è la famiglia che frequenta la terapia.

È così che, dopo quasi mezzo secolo di esistenza, attraverso un'unità molteplice, che ospita idee e pratiche nuove, con l'attenzione etica affinché le idee

e le pratiche siano non autoritarie e antioppressive, possiamo dire al CMTF: "Ben scavato vecchia talpa". Il nostro prossimo Congresso si intitola "Le leggi dell'ospitalità: epistemologia, ontologia, etica nell'approccio sistemico".

Bibliografia

- Barbetta, P., Anoressia e isteria. Una prospettiva clinico-culturale, Milano, Cortina, 2004.
- Barbetta, P., "Luigi Boscolo e l'arte delle lenti", in Doppiozero, 25 marzo, 2015, <http://www.doppiozero.com/rubriche/336/201503/luigi-boscolo-e-larte-delle-lenti>
- Barbetta, "Irony. A homage to Gianfranco Cecchin", in Metalogos, Atene, 26, 2014.
- Barbetta, P., Casdio, L., Giuliani, M., Margini. Tra sistemica e psicoanalisi, Torino, Antigone, 2012.
- Bateson, G., Verso un'ecologia della mente, Milano, Adelphi, 1976.
- Bateson, G., Questo è un gioco, Milano, Cortina, 1996.
- Bianciardi, M., Telfener, U., Ammalarsi di psicoterapia. Il rischio iatrogeno nella cura, Milano, Angeli, 1998
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P., Milan Systemic Family Therapy, New York, Basic Books, 1984
- Ferrari, F., La famiglia (In)attesa, Milano, Mimesis, 2016
- Foerster, von, H., Sistemi che osservano, Roma, Astrolabio, 1987.
- Maturana, H., Varela, F. Autopoiesi e cognizione, Venezia, Marsilio, 1985
- Pearce, B., Comunicazione e condizione umana, Milano, Angeli, 1993.
- Tirelli, M., Mosconi, A., Gonzo, M. L'intervista nei servizi socio-sanitari, Milano, Cortina, 1999.
- Telfener, U., Casdio, L., Sistemica. Voci e percorsi nella complessità, Torino, Bollati, 2003.

EMOZIONI



di Paolo Bertrando

Forse è eccessivo vedere le emozioni in terapia come terre a di confine: dopo tutto, sono la base e la materia di gran parte della terapia, sia essa sistemica, familiare, o d'altro genere. So benissimo, oltretutto, che i buoni terapeuti sistemici, per non dire i terapeuti familiari non sistemici, hanno sempre fatto grande uso delle emozioni nelle loro sedute. Il punto è (per me è sempre stato): di che tipo di emozione parliamo; o meglio, che tipo di considerazione diamo alle emozioni? Che cos'è un'emozione, dopo tutto? La domanda è tutt'altro che banale, e mi porta a delineare le idee che ho sviluppato sulle emozioni seguendo il modello sistemico-dialogico:

- le emozioni sono bifronti, da un lato funzioni della relazione in cui sono immerse, dall'altro radicate nella persona e nella sua storia;
- al contempo, sono un veicolo di senso, difficile da interpretare, ma rispondente a una sua logica (Bateson, commento la famosa frase di Pascal, "il cuore ha le sue ragioni che la ragione non conosce", osservava come questa implichi che le emozioni costituiscono un corpus logico, ma seguano una logica che non è né formale né computazionale);
- sono anche dialogo costante con la cultura e la società: ogni emozione va letta in dialettica con quel che accade nel mondo e nella cultura, ma anche con altre variabili, come le differenze di genere, e così via. Purché non si entri nello stereotipo (le emozioni latine e la freddezza anglosassone, l'emotività femminile e la razionalità maschile, eccetera);
- ogni emozione, allora è una notizia sulla relazione (fra me e gli altri) più che su me in quanto tale, e soprattutto sull'altro: io non posso dire di conoscere l'altro in sé basandomi sulle mie emozioni (fallacia dell'intuizionismo, o analisi del controtransfert, se si preferisce);
- In questo senso l'emozione che provo è una sorta di ipotesi relazionale istantanea e corporea - ma è un'ipotesi comunque: mi fornisce un'evidenza che ha una sua logica e un suo senso, ma che è comunque provvisoria e fallibile.

Tutto questo significa che lavorare con le (o nelle - sicuramente non "sulle") emozioni non implica necessariamente abbandonare il modello sistemico, oppure pensare le emozioni come "oggetti" collocati fuori dal modello (problema spesso affrontato, ma certo non risolto, immaginando "integrazioni" tra modelli sistemici e modelli altri, dalla psicoanalisi all'attaccamento e così via). Significa piuttosto considerare le emozioni come principi organizzativi dei

sistemi umani, che possiamo perciò leggere come sistemi emotivi. A questo punto, potremo andare a cercare le emozioni che diventano centrali in un sistema (che possiamo chiamare "Emozioni dominanti"), e quelle che invece, pur restando attive, respingono l'attenzione dei partecipanti al sistema (che possiamo definire "emozioni tacite").

Per lavorare sistemicamente con emozioni è necessario ricordarne sempre la natura duplice, in molte accezioni: il fatto che hanno una radice e un impatto tanto in me (nella mia storia, nell'insieme di relazioni che mi costituiscono), quanto nei sistemi di cui faccio parte; e che organizzano il qui e ora della relazione in cui mi trovo immediatamente immerso, ma sono anche in rapporto con le (creano le) reti di relazione più vaste che ci condizionano - nessuna emozione esiste fuori da un contesto - ma nessun contesto è esente da emozioni.

Considerare in questo modo le emozioni conduce a una serie di conseguenza pratiche per il terapeuta sistemico. Una parte importante del lavoro terapeutico concernerà le emozioni. Più in specifico dovrò:

- identificare le emozioni dominanti e tacite entro il sistema umano che mi trovo davanti, oltre che nel particolare sistema terapeutico che creo entrando in rapporto con i miei pazienti;
- riportare il sentimento alla sua natura interpersonale, valutando come le emozioni si muovono entro il sistema in un complesso gioco di scambi affettivi di cui anch'io faccio parte;
- trovare un (possibile) senso per le emozioni viste (negli altri) o percepite (in me), e qual senso deve essere - per il terapeuta sistemico - un senso relazionale prima che individuale;
- ampliare sempre il campo: tutte le emozioni partecipano di un contesto più ampio: anche se spesso non è immediatamente visibile, è sempre possibile ipotizzarlo e indagarlo con domande ad hoc;
- fare ipotesi su questo specifico campo relazionale, tenendo presente che anche le ipotesi fondate sulle emozioni sono ipotesi (rivedibili, provvisorie, incerte) come tutte le altre, a dispetto della loro apparente evidenza;
- rivalutare l'osservazione e la ricerca sul non verbale, sia pure in una nuova chiave.

In conclusione, mi viene alla mente un celebre (e assai citato) verso di Eliot, tratto dai Quattro Quartetti: "Non smetteremo di esplorare
E la fine delle nostre esplorazioni
Sarà arrivare là dove siamo partiti



E conoscerlo per la prima volta".

È quello che ho cercato di fare, ritornando al momento emotivo, e cercare di vederlo e conoscerlo per la (mia) prima volta con occhi sistemici.

Bibliografia

Bertrando, P. (2014) Il terapeuta e le emozioni. Milano, Raffaello Cortina Editore.



TRIGENERAZIONALITÀ E TERAPIA SISTEMICO RELAZIONALE



di Corrado Bogliolo

Molti comportamenti o reazioni delle persone possono essere talora connessi a eventi passati, che hanno riguardato i congiunti di generazioni precedenti. In questo senso una persona potrebbe riprodurre situazioni vissute dai suoi antenati, come se ogni individuo fosse una sorta di mediatore rispetto a esperienze che agiscono su di lui sia in senso orizzontale (intra-generazionale), sia in senso verticale (transgenerazionale). In altre parole, ciascuno sarebbe il depositario di significati provenienti dalla sua esperienza diretta, ma anche espressione di valori che gli sono stati trasmessi da altri. La teoria epigenetica sostiene che possa trattarsi di una forma di memoria genetica dai genitori ai figli che, "imprimendosi nel Dna", influenzerebbe le generazioni successive.

A questo proposito è noto lo studio su cavie condotto alla Emory University di Atlanta, dove Dias e Ressler, sostengono che una ereditarietà epigenetica transgenerazionale può manifestarsi nei mammiferi, e quindi, per estensione, dal topo all'essere umano. In tal modo la memoria di un evento vissuto e poi dimenticato in una data generazione, sarebbe trasmessa alla prole, per poi continuare anche molte generazioni dopo. Questo accadrebbe influenzando lo sviluppo cerebrale ed i comportamenti futuri.

Il tema del transgenerazionale è trasversale a tutte la psicologie del profondo, a partire dalle relazioni che il bambino ha con il mondo nella fase postnatale, ma anche in quella intrauterina. Basti pensare ai contenuti inconsci esistenti nelle menti dei genitori durante la gravidanza: si tratta di un bambino immaginato, non non corrispondente a quello che sarà, configurato in base ad aspettative, sogni, timori, che potranno influenzare le sue caratteristiche psicofisiche. Un genitore è in contatto non solo con il figlio reale, ma anche con ciò che lui stesso porta dalla propria sua storia (Stern 1995). Le modalità con cui il caregiver dà corpo alla relazione di attaccamento riguardano non solo le sue esperienze personali ma anche quelle relative alla sua famiglia d'origine.

La Y. Schützenberger, nel suo libro (La sindrome degli antenati, 1993), propone, tra l'altro, "la sindrome da anniversario", un evento che comparirebbe in occasione di una ricorrenza: ad esempio un tumore emerso alla stessa età in cui colpì un congiunto molto amato, oppure nascite che coincidono con la ricorrenza di una morte violenta. Esempi molto singolari che, per l'A., "è come se l'inconscio avesse una memoria". Sostiene come alla base di certe ripetizioni

vi sia una sorta di lealtà familiare nei confronti di antenati con cui sussista un legame profondo. Come entrare in un tunnel di passato-presente che va e che viene, trasportati da un "alleanza invisibile" ad attuare comportamenti, sintomi. Ipotizza che sofferenze psicofisiche, blocchi evolutivi, o certi "non-detti", certi segreti di famiglia, possono derivare da qualcosa non trasportabile attraverso la parola, ma solo attraverso criptiche espressioni non verbali: i sintomi. Lonnie Athens sociologo e criminologo statunitense, suggerisce la "presenza" virtuale, tra ogni individuo e la sua collettività, di quelli che chiama gli altri significativi. Componenti della famiglia, vivi o scomparsi, connessi in qualche modo al gruppo primario, che risiedono nella mente di ogni persona: questi altri significativi sarebbero "modelli mentali incorporati". Usa il termine "guardia del corpo", ma propone anche un "altro fantasma", un'entità insieme singola e multipla, orizzontale e verticale: può essere una madre, un padre, altri membri della famiglia, e poi, su su, i nonni, i familiari scomparsi, a comporre una comunità fantasma.

L'interesse per la trasmissione transgenerazionale comparve da parte di terapeuti della famiglia che condividevano con la psicoanalisi l'importanza della componente inconscia (Nicolò AM, 1996).

Murray Bowen sosteneva come la sofferenza umana, sia connessa all'essere intrappolati ed incapaci di liberarsi dalla "massa indifferenziata" dell'io familiare. La consapevolezza del passato e il riprendere contatto con quanto è tramandato di generazione in generazione consente la differenziazione, ed è l'unico modo per non rimanerne assorbiti. Whitaker si focalizza sulle aspettative provenienti dalla famiglia di origine e sul ruolo che queste possono avere relativamente allo sviluppo di problematiche individuali e di coppia (1992).

Boszormenyi-Nagy e Spark (1979, 1983), parlano di "fibre invisibili ma solide della trama di lealtà multi-personale" che uniscono passato presente e futuro confermando l'appartenenza di tutte le generazioni ad un unico tempo familiare; temi di lealtà si strutturano tra i membri di una famiglia, e sono il risultato di interiorizzazioni di obblighi e impegni di quella di origine, che si trasmettono di generazione in generazione.

In psicoterapia la prospettiva transgenerazionale prevede di esplorare la storia verso l'evento, o l'"errore", che poi avrebbe viaggiato come "fantasma", o "mito", o "lealtà" etc. In queste famiglie, ad esem-

pio, ci sono segreti che sono condivisi tra la generazione anziana e non esplicitati ai bambini. Questi, che ignorano il contenuto del segreto, ne subiscono le conseguenze senza sapere perché. Il "materiale trasmesso" può essere risvegliato nelle circostanze più varie: che prenda la configurazione astratta di una coscienza collettiva, o di "mandati mitici" trasmessi per vie impalpabili, resta il fatto che sussiste una disponibilità verso queste "coscienze nascoste", capaci di interferire nella vita psicoemotiva di un intero sistema familiare. Con la seconda cibernetica e la complessità si è meglio individuata la articolazione di più livelli: quello dei comportamenti nell'"hic et nunc" e quello diacronico, della storia e dei suoi significati. Le appartenenze d'ogni persona possono riaffiorare nelle circostanze più varie, come il riproporsi di un misterioso contatto con memorie che in qualche modo albergano nella mente del sistema familiare. Senza dubbio il passato può realmente condizionare la vita di ognuno di noi: ciò che è stato sepolto può ricomparire all'improvviso, a distanza di più generazioni, come un materiale inestricabile, fatto di ricordi o di evocazioni che sembrano essersi "incistate" nella famiglia.

Vissuti frammentati invadono il presente, recando sentimenti appartenenti a momenti cruciali dell'esistenza, gioie, o dispiaceri: sopraggiungono ricordi passati attraverso più generazioni, mai detti.

Ecco le appartenenze: idee, valori, modelli di pensiero o comportamentali, ritrovabili intatti, o rielaborati nell'ultima generazione, quella che giunge in terapia. Al terapeuta si rivelano proibizioni condivise e rispettate, modelli educativi per adolescenti etc.. In pratica, retaggi di miti lontani, capaci di condizionare la vita della famiglia; e talvolta la sua. Tutto questo apre a qualche riserva: il non conosciuto, quello che sembra inavvertibile, è pur tuttavia "trasmissibile"? E se sì, attraverso quali canali? Questi passaggi di un "qualche cosa" da "qualcuno" a "qualcun altro", di cui è impossibile, definire un substrato, hanno favorito la spiegazione trans generazionale, dove il tempo familiare contiene una sorta di memoria collettiva, popolata da figure lontane, scene di vita obsolete, talvolta da "odori di casa".

Un passaggio delicato di una psicoterapia familiare può verificarsi quando un terapeuta entri in contatto con un mito che sembra dominare la vita di tutto il sistema, impedendo ai singoli un'autonoma evoluzione. Ad esempio, oggi il ruolo della donna è uno dei punti più dolenti, perché ancorato a credenze non solo familiari, ma anche collettive a configurare "la coscienza" anche di un'intera popolazione. Infine non posso esimermi da una ultima considerazione: in terapia della famiglia la transgenerazionalità, non è la risposta o spiegazione di tutto: giustamente C. Angelo (2003) suggerisce di distinguere tra i comportamenti organizzati nel tempo, che dipendono dalla personalità di ciascuno e dal tipo di relazione

in cui si collocano, e "... un significato o una "intenzione" (cosciente o inconscia), di cui l'individuo sarebbe portatore". Vale a dire che la teoria della "trasmissione" spazia nelle varie epistemologie, ma è sempre prudente difendersi dagli atteggiamenti fideistici, tanto rassicuranti quanto inappropriati.

Molti di noi, negli anni '70 videro nelle tecniche sistemiche la soluzione delle disfunzioni familiari, fino al superamento della patologia psichiatrica. Alla stessa stregua, oggi, si potrebbe corre re un rischio simile. Ossia, che il superamento dell'enpasse evolutiva e trasformativa di una persona o di una famiglia possa essere determinato da una "riedizione" di mandati, o di vissuti obliati, indovati in spazi oscuri della memoria, o chiusi in una proibizione imposta "per lealtà", e trasmessi lungo la discendenza.

Credo che il terapeuta familiare debba aver sempre ben presente la aleatorietà delle interpretazioni e dei costrutti teorici, anche se ne sperimenta direttamente la valenza risolutrice. In ogni caso, che si chiamino miti, tradizioni, altri significativi, comunità fantasma, appartenenze, fantasmi, o altro, nello stesso tempo egli dovrà tener conto di questa dimensione del processo terapeutico.

ALL'ESPLORAZIONE DI TERRE DI CONFINE



di Matteo Selvini

Ho iniziato il mio intervento dichiarando esplicitamente il mio intento di convincere a leggere il nostro libro appena pubblicato *Entrare in terapia*. Le sette porte della terapia sistemica. Perché lo abbiamo scritto?

Ogni volta che incontriamo un paziente, una coppia, una famiglia, dobbiamo preparare la nostra "stanza interna" ad accoglierlo e la nostra mente a pensarlo. La complessità del reale richiede delle strategie per non essere travolti dal caos.

Molte di queste strategie possono essere pericolose. Ad esempio, tenere quasi chiusa la nostra stanza interna, quella che chiamiamo porta delle emozioni, per essere molto tecnici: applichiamo strumenti o tattiche. Oppure possiamo diventare molto bravi a fare una cosa. Ad esempio la diagnosi o ipotesi sistemica e lavoreremo sempre con quella. Ma quando abbiamo in mano un martello ogni cosa può diventare un chiodo. Che fare quando la diagnosi sistemica è tanto evidente quando terapeuticamente inutile?

Ad esempio incontriamo il padre di uno schizofrenico, è pieno di disprezzo per il figlio e la moglie, ma come possiamo modificare la sua totale inconsapevolezza dell'essere così distruttivo?

Oppure possiamo incontrare una buona famiglia, affettiva, riflessiva, empatica, che ci porta un figlio che è un grave paziente. Esperienza comune quando lavoriamo con le famiglie adottive e affidatarie. Oppure abbiamo fatto un'eccellente terapia familiare: Simona è la ragazzina anoressica che dichiarava e agiva odio per la sua mamma: ora si è riconciliata con lei in modo addirittura commovente. Però il suo sintomo non è affatto scomparso!

Il funzionamento individuale è collegato a quello sistemico, ma non in modo meccanico, bensì con una importante autonomia relativa. La dissociazione e tutte le reazioni post traumatiche ne sono la più evidente delle dimostrazioni. Non possiamo fare terapie solo relazionali o sistemiche, servono altre porte, altre valutazioni, a partire da quelle individuali sui sintomi, sullo stile di attaccamento, sulla personalità (le abbiamo chiamate terza, quarta e quinta porta). Il purismo sistemico o il narrativismo che demonizzano la diagnosi individuale hanno provocato anche la "dissociazione" o negazionismo del trauma con effetti deleteri sull'efficacia delle terapie sistemiche. Non possiamo ignorare la depressione post partum della mamma di Simona e le cicatrici che non può non aver lasciato nei modelli operativi interni della fi-

glia: ma i sistemici lo hanno fatto per decenni, e continuano a farlo, arruolati sotto le fuorvianti bandiere della depatologicizzazione! La complessità delle diagnosi guidate dalle sette porte aiuta proprio a distinguere tra quando è necessario depatologicizzare e quando al contrario la priorità è il riconoscimento della sofferenza e del deficit.

Il nostro libro è soprattutto un manuale sulle procedure: dobbiamo sapere cosa si fa (chi si convoca e per fare che cosa) davanti ai diversi tipi di domanda di aiuto (la prima porta).

Abbiamo studiato quattro tipi di domanda:

1. Familiare: chiede un familiare per un familiare "malato";
2. Relazionale: chiede un familiare per una relazione che non va (terapia di coppia, ecc.);
3. Coatta: un terzo obbliga una persona alla terapia;
4. Individuale: una persona chiede aiuto per se stessa.

Ad ogni tipo di domanda corrispondono specifiche procedure per la fase preliminare (primo contatto e primo colloquio), la consultazione (con chi, per quanti incontri, per fare cosa) e la terapia (con quali formati e durata). La nostra proposta è dunque quella di studiare le psicoterapie come procedure sulle tre fasi citate. Nella domanda familiare la fase preliminare è particolarmente cruciale ed apre alla necessità di una vera ricerca su come incontrare bambini ed adolescenti. Nel libro vengono proposte delle linee guida, ma anche possibili varianti da studiare. Ad esempio, vediamo sempre per primi i soli genitori nella domanda per un bambino fino a dieci anni. Ma quando è invece utile convocarlo subito con loro? Una ricerca/riflessione analoga richiede la pratica standard di fare sempre con i genitori, congiuntamente all'adolescente designato come problema, il primo colloquio (lasciando a casa eventuali fratelli). Entrare in terapia è opera collettiva, lavoro d'équipe dei tre autori e dei docenti della Scuola di psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli", celebra il centesimo anniversario della sua nascita, alla quale l'8 ottobre sarà dedicata in Università Cattolica a Milano in un grande convegno, nel luogo simbolico dove Mara iniziò a insegnare psicoterapia nel 1965.

La partecipazione è libera, tutti i soci SIPPR sono invitati.

PROBLEMI NELLA CLINICA E NELLA FORMAZIONE RELAZIONALE EUROPEA



di Philippe Caillé

Penso che il problema prioritario per i terapeutici sia quello di considerare lo spirito con cui ciascun essere umano costruisce il mondo e, di conseguenza, la propria identità, a partire da due logiche, una «logica del pieno», corrispondente al ricorso alla propria coscienza esplicita, e una «logica della mancanza» attraverso cui si manifesta la propria coscienza implicita. Queste due logiche possono considerarsi inseparabili del fenomeno stesso dell'umano.

Da molto tempo fino al contributo essenziale della psicanalisi, avviato da Freud all'inizio dell'ultimo secolo, l'essere umano in genere è considerato sostanza malleabile che deve assumere una forma accettabile nel corso del suo sviluppo verso l'età adulta, sotto l'influenza del suo ambiente, essenzialmente della sua famiglia, ma anche dei suoi educatori e della società. I trattamenti avviati in modo magistrale da Pinel ed Esquirol in psichiatria all'inizio del XIX secolo miravano ad intervenire in modo correttivo sui disturbi accertati con ricompense o punizioni in modo che il malato acquisisse una visione più corretta delle cose e assumesse comportamenti più consoni. In tale ottica, caratteristica della «logica del pieno», gli interventi curativi avevano come scopo quello di completare e rifinire ciò che né la famiglia, né la società, fino a quel momento, erano riusciti a contenere nel malato.

Con l'apporto della psicanalisi, che si può considerare come la prima terapia relazionale, si mette in evidenza una nuova logica, la «logica della mancanza», che allora si chiamerà «inconscio». Come sarà confermato dai più recenti lavori di antropologia di Marcel Mauss o di neurofisiologia di Damasio, Rizzolatti e Sinigaglia (con i neuroni specchi), e di Gallese (con la coscienza incarnata), il nostro concetto di «logica della mancanza» presuppone che ogni individuo, presenti molto presto, prima della comparsa della parola, una struttura psichica unica e specifica con i propri bisogni e le sue attente particolarità.

Tale autenticità, tanto segreta quanto profonda, genera in ciascuno di noi la presenza di una logica parallela alla «logica del pieno», una «logica della mancanza» che ci spinge per tutta la nostra vita a cercare nel nostro ambiente, vicino o lontano, elementi suscettibili di renderci più autentici tanto a noi stessi che agli altri. Una ricerca infruttuosa può condurre a gravi crisi di identità.

In questa ricerca identitaria, i grandi racconti come quelli di Edipo o di Ulisse, per molto tempo, prima

della comprensione introdotta della psicanalisi, sono stati un aiuto nella gestione della «logica della mancanza». Ciò che ha fatto da valore è la necessità nel corso dei secoli di grandi mitologie. Così, dentro l'uomo, queste due logiche coesistono e nessuna di esse sarà completamente esclusa dall'altra. La famiglia come la scuola operano in una certa misura nella «logica del pieno» secondo stimoli formativi favorevoli a un adattamento sociale. Tuttavia, se l'individuo, nella necessaria ricerca di una identità specifica, non assume la sua «logica della mancanza» per scoprirne i suoi riferimenti, resterà in uno stato di carenza emozionale a dispetto delle promesse della «logica del pieno». La creazione artistica è senza dubbio la prova più evidente della «logica della mancanza», ma questa logica è anche, secondo noi, un attore essenziale di ogni autentico e sincero coinvolgimento affettivo o intellettuale.

I diversi approcci sistemici, per la presa in considerazione delle «logiche della mancanza» degli individui o dei sistemi che chiedono aiuto, ci sembrano avere come fine quello di restituire ai nostri pazienti una creatività autentica ed autonoma. L'obiettivo cercato non è solo la scomparsa dei disturbi per cui si chiede l'incontro terapeutico, ma anche la sorpresa della scoperta delle nuove capacità di adattamento che restituiscono una autonomia autentica.

Il pericolo attuale sembra essere che l'attenzione sia posta, per molte ragioni, a domande di standardizzazione in seguito a ricerche comparative, imperativi di sicurezza o di natura economica, in primo luogo sui sintomi portati dall'individuo o dal sistema dove si presentano. Ciò contraddice quello che ha fornito l'ottica sistemica relazionale, a sapere che tutti i sintomi devono necessariamente essere collocati dentro queste due logiche, la «logica del pieno» nella sua universalità e la «logica della mancanza» nella sua specificità caratteristica dell'individuo o del sistema.

Le terapie sistemiche che difendiamo hanno dunque l'importante compito, in una società europea minacciata dalla standardizzazione non solo degli oggetti, ma anche, in nome del principio di evidenza, dei servizi offerti agli umani, di difendere la coesistenza fondamentale nella natura umana sia della «logica della mancanza» che della «logica del pieno».

E per questo che, nel nostro lavoro, la separazione tra operatore e richiedente è utile creando uno spazio intermedio di creazione; mobiliato di danze CREDO SI POSSA ELIMINARE.

IL LAVORO DIRETTO CON LE FAMIGLIE D'ORIGINE DEI TERAPEUTI IN FORMAZIONE NUOVI SVILUPPI



di Alfredo Canevaro

Il Dr. Canevaro ha ripreso il lavoro che ci aveva presentato nel precedente convegno SIPPR in occasione della presentazione del libro curato insieme a Alain Ackermans, prefazione del compianto Prof Luigi Onnis, sugli interventi diretti con le famiglie di origine dei terapeuti in formazione. Ci ha ricordato le scarse esperienze europee e sudamericane su questo tipo di intervento con la presenza reale di familiari significativi. La partecipazione dei familiari arricchisce e rende innovativa la presentazione del genogramma dell'allievo come ricostruzione intrapersonale degli eventi di vita. La loro presenza diretta (senza i parenti acquisiti) completa, sul piano emotivo e delle informazioni trasmesse, i punti di forza e di debolezza dei futuri terapeuti e soprattutto la valenza storica dei motivi che portano alla loro scelta professionale. La partecipazione dei familiari favorisce inoltre la differenziazione dell'allievo dalla sua famiglia di origine, sollevandolo da certi ruoli di paciere o mediatore che lo appesantiscono emotivamente e lo allontanano dalla sua vera appartenenza familiare come figlio/a o fratello/sorella. Canevaro ha illustrato i due modelli formativi paradigmatici rappresentati ai due estremi, da Haley che enfatizzava l'acquisizione di competenze, senza considerare la persona del terapeuta, e da Bowen che enfatizzava l'uso del genogramma e la ricerca dei patterns transgenerazionali e dei familiari dai quali detriangolarsi. L'isomorfismo tra la terapia e il processo formativo fa pensare che conoscendo i familiari e facendoli collaborare, si arricchisca il processo di formazione uscendo dal vicolo cieco del confronto sterile tra due sistemi fondamentali per l'allievo: il sistema primario da cui proviene e il sistema formativo che per molti anni diverrà importante e fondamentale per diventare psicoterapeuta. Con questa mossa strategica i formatori si collocano a fianco degli allievi come coach, limitando gli effetti perturbanti del transfert che inevitabilmente si produrranno, e favorendo il percorso formativo. Quando il formatore lavora a favore di una crescita individuale, sia nella dimensione personale che professionale, aiuta l'allievo a consapevolizzare, integrare ed arricchire queste lealtà invisibili tanto familiari quanto professionali. Canevaro ci dice che l'atteggiamento del politically correct non fa che evitare di vedere il nodo gordiano del training, ovvero la collocazione dei trainer o supervisori come agenti di cambiamento di questa complessità (allievi-FO/gruppo in formazione-famiglie in trattamento) o coach che aiutano, orientano e stimolano

gli allievi come nell'ambito sportivo dove il coach segue l'atleta, accanto alla pista mentre gioca la sua partita e i familiari guardano dalla tribuna incoraggiando i propri congiunti. Uno dei temi più scottanti di un approccio centrato sulla persona dell'allievo è quello che negli USA viene chiamato dual relationships, ossia una doppia relazione tra didatta e allievo, che comporti la terapia personale dell'allievo effettuata dal suo supervisore o dal suo didatta. Harry Aponte (1994) va al nocciolo di questo argomento quando dice: "Uno dovrebbe rispondere alla questione di come si possa essere terapeutici senza essere il terapeuta". Infatti un processo complesso com'è il training, compiuto durante anni, in cui l'allievo cambia il modo di pensare, di sperimentare ed anche di vivere, non può non essere trasformativo, giacché in questa disciplina noi lavoriamo col nostro Sé.» Aponte parla di situazioni di sfruttamento quando si rileva: Abuso di potere, Intento di sfruttamento o danno fatto all'allievo. Il problema serio nelle scuole che non lavorano sulla persona dell'allievo è che paradossalmente i trainer e i supervisori si collocano in una zona transferale e di risonanza molto potente giacché gli allievi rivivono emozioni a volte fortissime legate a relazioni con i loro oggetti primari che non è possibile esplicitare e quindi sottoporre a confronto critico. Questo forma parte del non-detto delle scuole, dove si verificano acting-out di diversa natura che non sono adeguatamente elaborati. (Canevaro, 2013) Canevaro, di seguito, ci ha presentato un formato originale, creato nel 2007, con cui lavora con i terapeuti e le loro famiglie, Sintesi del formato del gruppo multifamiliare con terapeuti in formazione

Obiettivi immediati:

- 1) Capire come funzionano le famiglie e come si rappresentano
- 2) Favorire l'interazione fra le famiglie presenti nel gruppo
- 3) Conoscere le motivazioni della scelta professionale degli allievi e favorire la differenziazione dalle loro FO.
- 4) Armonizzare l'interazione del Sé personale degli allievi con il loro Sé professionale in modo da aumentare le loro competenze

Struttura delle giornate:

- 1) presentazione del coordinatore e spiegazione del senso della giornata (15')

2) "gruppo dentro il gruppo" degli allievi e discussione sulle motivazioni della scelta professionale per 30'

3) partecipazione dei padri nel "gruppo dentro il gruppo" facendo commenti sulla scelta professionale dei loro figli(30')

4) partecipazione delle madri nel "gruppo dentro il gruppo" facendo commenti sulla scelta professionale dei loro figli(30')

5) partecipazione dei fratelli nel "gruppo dentro il gruppo" facendo commenti sulla scelta professionale dei loro fratelli(30')

Pausa, pranzo condiviso tra tutti i partecipanti

Esercizio esperienziale dello zaino con ogni allievo e i suoi genitori sequenzialmente nel "gruppo dentro il gruppo" 2-3 ore commenti liberi ed elaborazione della giornata in gruppo

Programmazione del prossimo incontro di follow-up (tra 6-12 mesi) e distribuzione del questionario da consegnare entro i seguenti 15 giorni

1 Come avete vissuto l'esperienza?

2 Quali sono state le conseguenze personali di questa esperienza?

3 Qual è stata la ripercussione familiare di questa esperienza?

4 Cosa aggiungerebbe o toglierebbe a questa esperienza?

5 Cosa enfatizzerebbe

I risultati sono spettacolari riguardo al sollievo sperimentato dagli allievi in merito al Sé personale con una ricaduta effettiva sul Sé professionale, lavorando con più scioltezza, convocando più familiari in seduta e riuscendo a completare un percorso terapeutico dei pazienti più intenso e in meno tempo.

Il Dr. Canevaro ci ha raccontato che oltre un paio di scuole in Italia che hanno adottato questo metodo, sono previsti per l'anno prossimo incontri con 2 gruppi in Spagna e un gruppo in Svizzera

Essendo un lavoro artigianale la diffusione è lenta ma le scuole che scelgono questo tipo di lavoro con gli allievi no lo abbandonano.

SOME RESEARCH-DRIVEN CONSIDERATIONS FOR RELATIONAL TRAINING AND PRACTICE IN EUROPE



di Peter Stratton

For the International Plenary “La clinica e la formazione relazionale nel panorama europeo” I organised my thoughts into a number of propositions about training and practice in relational therapies with a particular concentration on research issues. The 7 claims are of issues that I have been concerned about, and I intend that the propositions should invite creative responses. In each case I will point to work I have done on the proposition so that each can be followed up in detail. Several have become the subject of initiatives of the European Family Therapy Association (EFTA) research committee and I list these projects when they indicate how we are tackling the challenges. In each case I hope to show how respecting the propositions has implications for training and practice throughout Europe.

The propositions are:

1. We have only weak outcome data.
2. We need Evidence Based Practice
3. We are failing to routinely build measurement of effectiveness into all our training.
4. So those with power regard us with justified suspicion
5. But the EFTA project applying the SCORE indicator of family relational functioning solves many of these difficulties.
6. Systemic therapies have not made good use of current advances in systemic sciences.
7. We need to use current research in learning and creativity to raise the standard of our therapy practice.

Political Context

Governments all claim to recognise the importance of families; and they all are in favour of the wellbeing of their citizens. But they don't seem to see a connection.

In every study, family relationships (and our close private life) are more important than any other single factor in affecting our happiness.” (Layard, 2005, p.63)

Despite the evidence behind this conclusion Lord Layard (Professor of Economics and UK government advisor on wellbeing), and his associates' work is all about individuals. Their service evaluations do not use any measures of family life and so they generate no data on the role of the family in wellbeing. Therefore they assume that treatment must be by taking the individual out of their relationships, 'curing'

them, and sending them back into an unchanged system, predominantly by using cognitive behavioural therapy (CBT).

This presents us with the question: How have we made it so easy for 'the system' to disregard working with families? My seven propositions were constructed in this context.

Proposition 1. We have a large volume of positive outcome data but not much of high quality.

We do have positive meta-analyses by, for example von Sydow's group (e.g. von Sydow et al, 2013), and positive overviews by Alan Carr (2014a, 2014b). Perhaps the best summary was by Shadish & Baldwin (2003) who combined 20 meta-analyses of couple and family therapy. They conclude that 'marriage and family therapy is now an empirically supported therapy in the plain English sense of the phrase - it clearly works, both in general and for a variety of specific problems.' Building on findings such as these we have produced a compilation of research evidence written specifically for political purposes (Stratton, 2011, 2016 in prep). This document is designed so that practitioners can use it to support Systemic Couple and Family Therapy (SCFT).

But we have less research than other therapies, especially those that lend themselves to be researched using the paradigms developed for drug trials. Stratton, et. al. (2015), surveyed the full range of outcome studies in family therapy. We found 225 outcome studies published internationally in English from yr. 2000 to 2009. 72% claimed to be a Randomised Control Trial (RCT) though only 16% met criteria for full randomisation. 65% claimed FT to be effective. Not one study said it was ineffective. The strongest claims were made for adult substance misuse, child behaviour, adult psychosis, child/adolescent eating disorders, and adult psychiatric. The weakest claims were for child and adult mood disorders, with no relevant research between 2000 and 2009 on the elderly, or adults with a learning disability.

We concluded first, that areas of concentration in research were not a good fit to the work of family therapists. Second that the patterns of research concentration reflect the ease of obtaining funding for issues that are problematic for society rather than those that are most problematic for people; and third, that journal publication practices make it less likely that negative results will achieve publication.

Proposition 2. We need Evidence Based Practice even though Randomised Control Trials (RCTs) are not usually appropriate and many Systemic Couple and Family Therapists (SCFTs) reject them.

Problems include that:

- RCTs report efficacy of specialist clinics with specific diagnoses and manualised treatments.
- In the real world SCFT clinics see a great variety of clients many of whom do not have a DSM-type diagnosis.
- We discover the problems during treatment, not at referral.
- We treat relationships, not diagnoses.

However, there are powerful demands on us to adapt our practices according to what evidence shows is effective, and so we should. One solution is to be able to use findings from research carried out in realistic contexts of usual practice, called Practice Based Evidence (PBE). Stratton (2015) explores practical ways that therapists can bring PBE into their practice without losing their autonomy, creativity, and concern for their clients. But this position does require that therapists make good use of PBE and therefore, that it is brought into training from the very start.

Proposition 3. We do not always build measurement of effectiveness into our training and practice so we have a profession that regards outcome measures with suspicion while deceiving itself about its effectiveness.

I was recently invited to provide a day workshop on how to use research. It was to be the final event in a four year training programme: prestigious but entirely worthless in terms of having students use research within their training.

We need appropriate research and we need training courses to be able to equip their students to use it though not necessarily to become researchers. I have proposed that a realistic positioning for family therapists is of being engaged with research (Stratton, 2010). We do not know whether European courses are able to provide research in their training so we have a project to find out:

EFTA Project 5 led by Monica Whyte (Ireland): To gather data on the resources and needs of EFTA's 130 training institutes so they enhance their use of research in training.

Once we know how well equipped European courses are for teaching research, and what more they need in order to be able to give their students adequate training, we will be able to consider what kinds of support organisations like EFTA can provide.

Proposition 4. Those with power (politicians, and those who fund psychotherapy) increasingly regard us with suspicion

Although Governments all talk positively about the family, systemic couple and family therapies are un-

der attack in many countries: the US as well as Europe.

In addition to publicising our evidence base for therapy outcomes, we also need to demonstrate that our methods have much wider application. If we can report research showing that our systemic understanding enables us to improve the well-being of family members in a wide variety of contexts, we can hope to improve the perception of SCFT. Major initiatives by EFTA involve applications to an EU funded Horizon 2020 project, and a second project funded by Italian companies aiming to create systemic change in under-resourced communities:

EFTA Project 1, led by Mauro Mariotti (Italy), Improving Children's mental health through the use of core systems theories and techniques

In 6 countries we will provide systemic training for parents in underserved communities and investigate whether there is an improvement of the child-parent interaction, a decreasing of symptoms both of the parents and of the children and a better relational functioning among grandparents and parents.

Proposition 5. A European-wide research project solves many of these difficulties.

One problem identified in our review of outcome research (Proposition 2) was a complete lack of consistency in the measures used. In 2005 a group of us in the UK started to develop an outcome measure specifically designed for therapies for which an improvement in family relationships is important.

- We wanted a measure based on self report, (the family is the only expert on how it lives its life);
- Based on important aspects of relational life at home;
- Relevant for a very wide range of families and referrals;
- Being informative about how family members see their lives together.

It became called the SCORE and the 15 item version, developed through several years of research, has proven acceptability, functionality and validity (Stratton et al, 2014).

SCORE-15 has been adopted by EFTA and we currently have 20 culturally-sensitive translations on the EFTA website available for therapists to use without payment. We are currently surveying usage throughout Europe while encouraging its use by therapists and training courses:

EFTA Project 4. Luigi Schepisi (Italy) et al: Validating and implementing the SCORE indicator of the quality of family relational functioning.

Proposition 6. Systemic therapies have not made good use of current advances in systemic sciences.

The International Society for Systemic Sciences (ISSS) brings together scientists who have develo-

ped systemic approaches in a wide variety of contexts: organisational, ecological, international conflict resolution etc. Despite being influenced by Gregory Bateson since the mid 1950s, it has had little involvement from systemic family therapists (Stratton, 2014). Even more concerning is that SCFT has only brought in a few ideas from 'outside' systemics to develop the basic systemic concepts adopted in its early years. Two examples of systemic developments with much to offer us are:

Soft systems methodology developed by Peter Checkland in the context of organisational consulting. It offers a comprehensive approach to complex organisations in order to help individuals and groups to think through the consequences of their beliefs and preferences.. In these contexts, systems are not precisely defined and the task is to find an accommodation (not necessarily an agreement) between people with different understandings. Which sounds very close to what we are doing in SCFT (Stratton, 2016).

A second exciting approach is Anticipatory Systems Theory (AST). A key figure is Roberto Poli, UNESCO Professor of AST at Trento University. Here the core concept is that living organisms incorporate a model of themselves which they use to envisage themselves in future situations. We create our present by anticipations of ourselves in the future (Stratton, 2003). SCFT has a contribution to offer by building a relational aspect into AST. We would in turn acquire a well-developed set of theories and practices to add to our existing therapeutic repertoires.

The benefit of engaging with other systemic sciences should work in both directions:

"If we start to engage rather more with other systems sciences we might hope not just to be consumers of their advances, but to recruit them to apply their insights to the systemics of families and their contexts." (Stratton & Borcsa, 2016 in press)

Proposition 7. We need to use current advances in learning and creativity to raise the standard of our therapy practice

My final Proposition also draws on developments in other areas, in this case educational theory and practice. One concern in this literature is that professionals achieve a competent level of performance by the end of training, but often remain at this 'pedestrian' level for the remainder of their careers. We cannot claim to have any reliable evidence that most family therapists continue to increase their effectiveness throughout their career so we have to accept that the finding could apply to us as well. Family Therapy is a learning process that demands constant creativity and it is essential that we draw on the best current ideas and practices that are available.. To do this we must use the best available ideas about learning as a creative and relational endeavour. Stratton

and Hanks, (2016) offer a framework which invites the reader to use the principles of learning during the process of discovering them in the Chapter. So the material stays true to research-based concepts of learning as reflective, active and relational.

Conclusion

Systemic couple and family therapy is currently confronted by many challenges. My hope is that in this short article I have been able to identify some of the more significant issues and with the support of work I have already done in each area, show that we are able to tackle every one of them. But as a final comment I would like to stress that in each case, progress depends on our field engaging with research in its many different forms. We need to increasingly engage trainees and therapists in research in order to creatively bring the practice of systemic therapy to a higher level.

References

- Borcsa, M., & Stratton, P. (2016) Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice. Chapter 1 in Maria Borcsa and Peter Stratton (Eds) Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice . Springer
- Carr, A. (2014a). The evidence-base for family therapy and systemic interventions for child focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107–157.
- Carr, A. (2014b). The evidence-base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 158–194.
- Layard, R. (2005) Happiness, Penguin, London
- Shadish, W.R., & Baldwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547–570.
- Stratton, P. (2003) How families and therapists construct meaning through anticipatory schemas. *Human Systems*, 14, 119-130.
- Stratton, P (2010) Realistic research positioning for family therapists *Context* 112, 41-42.
- Stratton, P (2011, 2016 in prep.). The Evidence Base Of Systemic Family and Couples Therapy. Association for Family Therapy, UK. Available at www.aft.org.uk .
- Stratton, P. (2014) Influences on the Evidence Base and the Evidence Base as Political Influence. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation and Training*. 25, 105-113.
- Stratton, P. (2014) Developments in applications of systemic theory and practice over 50 years of Systemic Family Therapy. Keynote presentation to the International Society for Systemic Sciences, Washington University July 2014.
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., and Peppiatt, A. (2014). Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change in detecting therapeutic improvement early in therapy. *Journal of Family Therapy*. 36: 3-19.
- Stratton, P., Silver, E. Nascimento, N. McDonnell L. Powell, G and Nowotny, E. (2015). Couples and Family Therapy in the Previous Decade – What does the evidence tell us? *Contemporary Family Therapy*. 27. 1-12



Stratton, P. (2015). How broader research perspectives can free clients and psychotherapists to optimise their work together. In T. Warneke (Ed.), *The Psyche in the Modern World: Psychotherapy at the crossroads of personal and social space*. London, Karnac Books.

Stratton, P., Moller, N. and Vossler, A. (2015). Next Steps: Building on and using research in training and practice. Chapter 14 in A. Vossler and N. Moller (Eds.), (pp. 257-273). Sage

Stratton, P. and Hanks, H. (2016). Personal and professional development as processes of learning that enable the practitioner to create a self that is equipped for higher levels of professional mastery. Chapter 2 in A. Vetere and P. Stratton (Eds.), *Interacting Selves: Systemic solutions*

for personal and professional development in counselling and psychotherapy. Brunner-Routledge.

Stratton, P. (2016, in press) Integrating current systemic sciences into systemic therapy and training: soft and anticipatory systems theories. *Human Systems*. 27.

Stratton, P. & Borcsa, M (2016, in press) Innovations in family therapy and systemic practice. Chapter 14 in Maria Borcsa and Peter Stratton (Eds) *Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice* Springer.

von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52: 576-618.



L'ADOZIONE AI TEMPI DI FACEBOOK: RISCHI E PROSPETTIVE



di Chiara Benini

La legislazione italiana prevede che l'adozione sia «chiusa» con segretezza dell'identità precedente e rescissione totale e definitiva dei legami con la famiglia di origine. L'attuale legislazione non consente alla famiglia di origine in nessun caso di richiedere i dati dell'adottato e della sua famiglia. Inoltre prevede il raggiungimento dei 25 anni dell'adottato per poter chiedere dati della propria famiglia di origine. Si tratta di procedure spesso lunghe e non sempre utili per la frequente non-tracciabilità del domicilio dei genitori. Ancora più difficile è effettuare la ricerca per fratelli e fratellastri, o addirittura amici o genitori affidatari.

Oggi però i minori adottati sono sempre più spesso bambini in età scolare, consapevoli dell'identità di partenza e con legami familiari e amicali nel Paese di origine. Il bisogno di cercare notizie è spesso precoce e il mondo social è a portata di mano, con la facilità di annullare tempi e distanze, consentendo il mantenimento di contatti con amici in istituto, con le figure di attaccamento in loco, con la famiglia affidataria, ma soprattutto di cercare in modo rapido ed informale, persone della propria famiglia che si ricordano o di cui si sa l'esistenza o di essere ricercati da chi conosce alcuni dei dati dell'adozione, anche tramite passaparola. Immediatezza però vuol dire anche non mediazione. Pensare di cercare un familiare, fantasticare su un contatto e doverlo gestire davvero sono cose molto diverse e spesso le emozioni connesse sono impreviste e deflagranti.

I genitori spesso scoprono solo a questo punto la ricerca del figlio e si sentono minacciati o non sanno come gestire la cosa.

La ricerca dei genitori biologici è un fatto importante: è necessario capirne il significato, anche in relazione all'età del figlio e alla distanza dall'adozione: in alcuni casi si tratta di figure idealizzate di cui si ricorda ben poco e si può incorrere in dolorosi risvegli. I genitori adottivi devono gestire le proprie paure per uscire da pericolose logiche o/o che portano ad inevitabili segreti e li pongono nella continua paura di perdere il figlio che va invece accompagnato in questo frangente così delicato e intenso. Molto frequente è anche la ricerca di fratelli, sia che si tratti di fratelli con cui si è vissuto, sia che siano ricordi vaghi. Spesso la preoccupazione è quella di aiutarli, ora che ci si sente in condizioni più fortunate. La rintracciabilità e gli eventuali rapporti successivi cambiano a seconda che i fratelli siano rimasti nella famiglia (anche

allargata) o si trovino in istituto, affido o adozione (in loco o altro Paese). Inoltre la storia della fratria e altri fattori influenzano dinamiche e peso del rapporto. Talvolta la ricerca si concentra su altri parenti ed anche in questo caso ci sono variabili influenti e cautele peculiari.

Un cenno merita il mantenimento di contatti con amici e personale dell'istituto poiché può costituire un'importante aiuto per la continuità della storia di un adottato. Compito della famiglia è aiutare il figlio a gestire la distanza che aumenta e i possibili sensi di colpa che possono vincolare ad una lealtà pericolosa. Inoltre se i contatti vengono cercati e ripristinati successivamente è prioritario capire se si tratta di legittima nostalgia per un affetto o di una fuga dalla realtà attuale e preparare il ragazzo ad eventuali rifiuti o differenze da quanto ricorda e attende.

Allo stesso modo si può facilmente essere ricercati dal mondo da cui si è partiti: direttamente o tramite passa-parola, persone dell'istituto o della famiglia possono contattare il minore. Possono inoltre mettere in rete foto o altri materiali sensibili di cui sono in possesso, anche in questo caso le tutele legali sono ancora scarse, per cui è importante gestire al meglio queste evenienze.

Ovviamente da chi si viene contattati e come sono aspetti importanti, poiché possono sottendere differenti intenzioni da un lato e dall'altro evocare diversi sentimenti sia nei genitori adottivi che nei figli. Altrettanto importante è il timing di questa irruzione non richiesta, rispetto all'«anzianità» della famiglia e all'età del figlio. Infine non è detto che il contatto arrivi al minore direttamente, è anzi sperabile che ciò non accada; se sono i genitori adottivi a ricevere il contatto devono però scegliere se dirlo al figlio, e come.

Il percorso di ricerca via social, più o meno finalizzato ad un reale contatto, è inevitabile.

Per renderlo una risorsa più che un rischio è necessario che la famiglia conosca i social e le loro funzioni, si senta sicura del legame creatosi (o ci lavori su) e metta il figlio in condizione di accedere a questo percorso con la maggiore consapevolezza possibile, aiutandolo ad ipotizzare cosa accadrà, sostenendolo nel groviglio emotivo di paure e bisogno che ha dentro, cercando insieme la via giusta per lui.

Compito del professionista è quindi preparare i genitori al mondo social, alle sue implicazioni per sé



e per i figli, stimolandoli a documentarsi ma anche a non aspettare che qualcosa sia successo, prevenendo e preparando il terreno; accompagnare la fase intermedia di avvicinamento, «progettazione» e messa in opera di ricerche sulle origini e sostenere le diverse componenti della famiglia nelle vicissitudini che seguono gli eventuali tentativi di contatto, richiesti o subiti. In questo compito il pensare in modo sistemico è di fondamentale aiuto. Solo così

diventa possibile trasmettere una visione meno piatta e polarizzata, in cui non cedere a facili semplificazioni, accettando la sfida inevitabile che la realtà ci sottopone, per guidare il cambiamento riuscendo a vederne conseguenze e sfaccettature e giungere a soluzioni rispettose di tutte le persone coinvolte, dei loro sentimenti e, non ultimo, delle realtà complesse che le coinvolgono.



IL DIRITTO AL FUTURO: NUOVI SISTEMI DI CURA E DI TUTELA



di Stefano Cirillo

Nel 1996, Odette Masson, terapeuta familiare e neuropsichiatra infantile, direttrice del primo centro a Losanna che coniugasse tutela del bambino e cura del genitore maltrattante, pubblicò un'interessantissima analisi sui limiti degli interventi nel campo della protezione all'infanzia.

La Masson, che è stata la formatrice mia e dei miei colleghi con cui ho fondato nel 1984 il Centro per il bambino maltrattato (CbM) di Milano, denuncia le pratiche scorrette che penalizzavano in quell'epoca le famiglie maltrattanti, maltrattate a loro volta dai Servizi che avrebbero dovuto prendersene cura.

Vent'anni più tardi ho voluto a mia volta tracciare uno scenario dei principali limiti del sistema di tutela in Italia. I due articoli, vale a dire la traduzione di quello e il mio, sono usciti sullo stesso numero di *Terapia Familiare* (n. 83, 2007).

La Masson indica due condotte dannose in cui cadevano i colleghi svizzeri negli anni '90: il ritardo nella segnalazione alla Magistratura e la discontinuità delle cure.

Il primo atteggiamento nel nostro panorama italiano è ormai molto più raro, da quando si è radicata la consapevolezza che segnalare precocemente significa instaurare una collaborazione con il Tribunale per i minorenni che rende più efficace la protezione del bambino e favorisce il contatto con i Servizi di genitori bloccati dalla paura della sanzione e dalla vergogna per un comportamento ormai universalmente condannato (Cirillo, 2005). Forse soltanto in alcuni servizi psichiatrici per adulti e più raramente nei Sert resiste il pregiudizio per cui la protezione del minore può rappresentare una catastrofe clinica per il suo genitore paziente del servizio.

La discontinuità delle cure, viceversa condanna anche oggi alla cronicizzazione molti genitori inadeguati nel nostro paese.

Per esaminare questi due fenomeni mi servirò del testo di William Doherty (1995) che sottolinea che un terapeuta, per svolgere al meglio il suo lavoro, deve possedere tre qualità:

- prudenza,
- coraggio,
- partecipazione.

Se trasferiamo la raccomandazione di Doherty al campo della tutela, osserviamo come gli operatori pecchino spesso di mancanza di coraggio.

La denuncia di un reato contro un minore viene a volte eseguita più che altro come autodifesa dallo psicologo che sa che altrimenti correrebbe il rischio di essere

accusato di aver mancato all'obbligo che la legge impone, che come mezzo per aiutare la vittima a ottenere giustizia e il colpevole a entrare in un percorso di riconoscimento e riparazione.

In altro ambito si assiste talvolta a misure indebitamente severe, come interrompere le visite a un minore collocato in comunità: se questa prudenza si impone nei casi in cui una piccola vittima può essere indotta alla ritrattazione dall'essere esposto al contatto con l'abusante, anche in forma protetta, è del tutto fuori luogo riservare lo stesso trattamento ad un bambino allontanato perché gravemente trascurato, che non può che avvantaggiarsi della scelta dei genitori di venirlo a trovare.

Quanto alla partecipazione empatica, Doherty ci ricorda che questa qualità del terapeuta, che sta alla base della sua scelta vocazionale, scatta naturalmente nell'incontro con il paziente, ma a patto che sussistano tre condizioni:

- che il cliente chieda aiuto,
- che riconosca il valore dell'aiuto che gli viene offerto,
- che sussista una certa somiglianza tra cliente e terapeuta.

Se questi requisiti vengono a mancare, la partecipazione naturale non si produce: e Doherty ammonisce che in questi casi deve sostituirla la "partecipazione etica", fondata sulla consapevolezza del diritto che il cliente ha comunque a ricevere il nostro aiuto.

E qui sta la coincidenza con la denuncia della Masson: i genitori maltrattanti non chiedono il nostro aiuto, non ne apprezzano il valore, lo rifiutano, e noi ci difendiamo dal considerarli simili a noi.

Per questo vengono sballottati da un servizio all'altro, da un'indagine a una valutazione, senza che nessun terapeuta si coinvolga autenticamente in un progetto di cura.

Se non vinceremo questa sfida, cercando di smentire la nostra convinzione sull'impossibilità di trattare chi non lo chiede, la scommessa sulla possibilità di restituire ai bambini maltrattati un genitore sufficientemente buono non verrà mai vinta.

Bigliografia

- Cirillo S. (2005), *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano.
 Cirillo S. (2007), "La vittimizzazione secondaria: alcune forme di violenza istituzionale", *Terapia Familiare*, 93, pp. 63-80.
 Doherty W. J. (1995), *Scrutare nell'anima*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1997.
 Odette Masson (2007), "Incidenti e sventure degli interventi sociosanitari". *Terapia Familiare*, n. 83, marzo 2007.

GENITORIALITÀ COMPLESSE: MADRI E PADRI IN CARCERE



di Laura Fruggeri

Mi sono occupata negli ultimi anni di discontinuità strutturali delle famiglie contemporanee e delle implicazioni che esse hanno sul piano clinico-terapeutico (Fruggeri, 2005, 2008). Le discontinuità che riguardano specificatamente le dimensioni strutturali delle famiglie contemporanee sono: la funzione genitoriale non coincide con quella coniugale; genitori allevanti sono diversi da quelli biologici; famiglie si articolano attraverso nuclei diversi; i ruoli familiari non coincidono con quelli di genere. Ho iniziato di recente a occuparmi anche delle discontinuità processuali che alcune famiglie presentano e frangono nella loro quotidianità, quelle discontinuità che riguardano i processi familiari ovvero come si diventa genitori, oppure che riguardano la cultura di riferimento dei componenti la famiglia o il modo di vivere le loro relazioni. Si pensi alle discontinuità che in seguito ai processi migratori si possono riscontrare tra cultura della famiglia e quella della comunità o tra cultura dei genitori e quella dei figli. Oppure alla discontinuità tra sessualità-procreazione-genitorialità che ad esempio caratterizzano la genitorialità delle coppie omosessuali e delle coppie sterili eterosessuali.

Nella relazione che presento, tratto di un'altra discontinuità processuale, quella tra presenza del legame e assenza fisica, quella discontinuità che la Boss (1999) ha definito perdita ambigua (Si veda anche Betz & Thorngren, 2006). Nelle situazioni che rientrano in questo costrutto la persona è percepita come fisicamente assente, ma psicologicamente presente perché può ricomparire oppure la persona è fisicamente presente, ma assente psicologicamente, emotivamente, cognitivamente. La prima accezione include i rapporti tra familiari migrati e familiari rimasti nel paese di origine, e i rapporti tra genitori incarcerati e figli; la seconda accezione fa riferimento ai rapporti con persone affette da malattie degenerative quali l'Alzheimer.

Gli effetti della perdita ambigua possono essere molto dolorosi. Se la perdita si protrae nel tempo, risulta incomprensibile, le persone si trovano in una sorta di limbo, l'ambiguità è persistente e può bloccare la cognizione, le strategie di coping e la ricerca di senso fino a congelare e bloccare le persone che non riescono ad andare avanti con la loro vita, impedendo così la transizione familiare qualunque essa sia (o elaborazione della perdita o ridefinizione delle relazioni).

L'incapacità di fare i conti con queste perdite non

dipende da fattori interni all'individuo o da problematiche interne alle famiglie, ma è generata dalla confusione di ruoli e confini che viene a crearsi rispetto alla famiglia attuale. Le reazioni non sono patologiche ma normali rispetto alla complessità della situazione. Spesso la situazione è complicata dallo stigma, dalla vergogna e dalla segretezza che accompagna certe situazioni. Chi vive la perdita ambigua si isola proprio quando ha più bisogno di supporto.

Nel caso specifico dei rapporti tra genitori in carcere e i loro figli, la situazione di perdita ambigua produce nei genitori 3 possibili outcomes: negazione o rinuncia della genitorialità, congelamento della genitorialità nelle forme precedenti al carcere oppure, facendo un lavoro di sostegno psicologico adeguato, una ridefinizione della genitorialità e, attraverso questa, anche una "redenzione" (Easterling, 2012). I figli manifestano sintomi quali stanchezza, insonnia, mal di testa, mal di stomaco, comportamenti regressivi, distraibilità, difficoltà scolastiche (McCown & Davies, 2001; Opalewski, 2008).

I figli sono solitamente seguiti con interventi psicologici che ne sostengano i processi di fronteggiamento della situazione, ma l'intervento sui figli non è sufficiente se non si interviene anche con programmi a sostegno della genitorialità in carcere.

I temi salienti di un tale intervento sono:

- 1) Analisi delle dinamiche psico-relazionali connesse alla condizione di "perdita ambigua"
- 2) La problematizzazione della rappresentazione socialmente condivisa di maternità e paternità: Quanto le rappresentazioni di madre e padre condivise nel nostro contesto sociale aiutano a definire una genitorialità vissuta in una condizione di perdita ambigua?
- 3) La narrazione del carcere da condividere con i figli ovvero come si racconta e si spiega ai figli dove è il genitore. Come salvare l'immagine del genitore pur educandoli alla giustizia e all'etica?
- 4) La dinamica triangolare intra/extra familiare ovvero la funzione del "terzo" a cui i figli sono affidati (l'altro genitore o persona affidataria)
- 5) Il ritorno a casa. Il rischio è di trattare il periodo della perdita ambigua come una parentesi. La famiglia da cui uno è uscito, non è più la famiglia in cui ritorna

La genitorialità in carcere rappresenta un ambito di



intervento per certi versi nuovo, se visto come un intervento sulle relazioni familiari. L'approccio sistemico può fornire gli strumenti adeguati per aprire questa nuova strada.

Bibliografia

Betz, G., & Thorngren, J. M. (2006). Ambiguous loss and the family grieving process. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 359-365. doi:10.1177/1066480706290052

Boss, P. (1999), *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*, Harvard University Press, Cambridge.

Easterling, Beth Allen, "Parenting Behind Bars: A Qualitative Study of Incarcerated Mothers." PhD diss., University of Tennessee, 2012.

Fruggeri, L. (2005) *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Roma, Carocci.

Fruggeri, L. (2008) *Diverse normalità: discontinuità familiari e modelli di analisi*. In Chianura, P., Schepisi, L., Dalla Rosa, A.C., Menafo, M., Peruzzi, P. (a cura di) *Le relazioni e la cura*. Milano, Edizioni Franco Angeli, pp.235-244.

McCown, D. E., & Davies, B. (1995). Patterns of grief in young children following the death of a sibling. *Death Studies*, 19, 41-53.

Opalewski, D. A. (2008). Understanding and addressing children's grief issues.



LA FORMAZIONE CLINICA DEL TERAPEUTA FAMILIARE MULTIGENERAZIONALE



di Anna Mascellani

L'idea forte del modello multigenerazionale vede la psicopatologia come un blocco evolutivo e ritiene che la competenza sia ancora collocata nella famiglia, seppur atrofizzata all'interno del sintomo di uno dei suoi membri. Inoltre considera la relazione terapeutica tra "persone autentiche" come fondamentale nel processo di costruzione della motivazione congiunta e, quindi, dell'alleanza terapeutica.

Il lavoro di formazione di un terapeuta relazionale che operi secondo il modello multigenerazionale non può non prendere in considerazione che il futuro terapeuta dovrà possedere caratteristiche specifiche che gli consentano di lavorare con una modalità particolare all'interno del sistema terapeutico. In linea di massima, i requisiti personali di un terapeuta familiare di questo tipo sono:

- fiducia nella relazione
- curiosità e ascolto attivo
- flessibilità nelle proprie ambivalenze
- capacità di occupare una posizione mobile e laterale, non centrale
- saper agire come "funzione" all'interno del sistema multigenerazionale

A partire dall'analisi della domanda di formazione,

l'intervento si è basato sulla presentazione di una intervista videoregistrata a tre allieve dell'ultimo anno di formazione, che hanno risposto alle seguenti cinque domande:

1. Quali sono gli elementi fondamentali della formazione di un terapeuta familiare multigenerazionale?
2. A che punto della formazione è utile per l'allievo entrare in terapia?
3. A che punto della tua formazione sei riuscita a sentire il tuo sé professionale?
4. Quale funzione ha ricoperto il gruppo durante il processo terapeutico che hai seguito in Accademia?
5. Com'è cambiato il tuo rapporto con il supervisore e di quest'ultimo con il gruppo nel corso del processo terapeutico che hai seguito in Accademia?

Dall'insieme delle risposte, piuttosto puntuali e circostanziate, il video ha rappresentato un interessante passaggio dal grand'angolo allo zoom sulla posizione del terapeuta durante il percorso formativo. Il grado di complessità aumenta nel tempo, insieme alla relatività dell'esperienza terapeutica: famiglia, terapeuta, supervisore e gruppo procedono insieme verso una reale reciprocità tra esseri umani.