

COLOPHON

PSICOBIEETTIVO

ISSN 0392-2952

AMMINISTRAZIONE E DISTRIBUZIONE

Viale Monza 106 - 20127 Milano - tel. 022837141 – Casella Postale
17175 - 20100 Milano
web: www.francoangeli.it

REDAZIONE

(invio materiali, corrispondenza con gli autori ...)
Marta Criconia, via Macherio 311 - 00188 Roma
email: cmarta@iol.it

AUTORIZZAZIONE

Tribunale di Milano n. 219 del 29 marzo 2004 - Quadrimestrale
Direttore responsabile: Luigi Onnis
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L.
27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano

ABBONAMENTO 2006

ITALIA: privati € 42,00
istituzioni € 52,00

ESTERO: € 63,00

Ufficio abbonamenti - viale Monza 106, 20127 Milano
Tel. 022895762

VERSAMENTI

sul conto corrente postale n. 17562208 intestato a:
Franco Angeli s.r.l. - Viale Monza 106 - 20127 Milano

© COPYRIGHT

2006 by Franco Angeli s.r.l. - Stampa Tipomonza, via Merano 18,
Milano

1° quadrimestre 2006 - Finito di stampare nel ??????? 2006

PSICOBIEETTIVO

La psicoterapia sta attraversando, e non solo nel nostro paese, un'interessante fase di evoluzione. Alle drastiche contrapposizioni concettuali e pratiche tra modelli psicoterapeutici differenti, si è sostituita una più attenta ricerca di punti di contatto e di convergenza, nel rispetto delle reciproche diversità. Anche la rigida chiusura entro gli "steccati" di scuola sembra aprirsi a una possibile coabitazione nella grande "casa comune" della psicoterapia, fatta di confronti critici e non di omologazioni riduttive. Siamo in presenza di un fenomeno fecondo, che ha ragioni storiche precise, di cui due sembrano essere le principali. La prima, di ordine teorico, consiste nella diffusione interdisciplinare di paradigmi culturali riferiti al concetto di "complessità". Tali paradigmi, proponendo la necessaria molteplicità di punti di vista per la comprensione di un fenomeno, sottolineano l'esigenza di una metodologia di lavoro non più centrata su modelli univoci, arbitrariamente ritenuti esaustivi, ma articolata in una proficua integrazione di approcci, tutti ugualmente utili e mai sovrapponibili. La seconda ragione, di ordine pratico, consiste nell'espansione della domanda di psicoterapia.

In questi anni si è assistito alla progressiva, anche se lenta, trasformazione della cultura con cui sono state affrontate, nei servizi o altrove, le tematiche della sofferenza psichica.

L'espansione della domanda, mettendo gli operatori nella necessità di confrontarsi con una pluralità di manifestazioni del disagio umano, richiede una molteplicità di risposte. E pone l'esigenza, per chi lavora nel campo, di un arricchimento del proprio patrimonio di strumenti culturali e operativi. Entrambe le ragioni spingono dunque verso terreni di confronto. Entrambe stimolano mutamenti di metodo nel pensare come nell'agire. È proprio alla costruzione di questo terreno di incontro che Psicobiiettivo intende contribuire destinando il suo spazio.

INDICE

EDITORIALE

00



CONFRONTO

BURNOUT E PSICOTERAPIA

Stefano Bolognini e Giancarlo Trombini

BURNOUT: UNA PROSPETTIVA PSICOANALITICA

00

Nicola Butera e Maria Antonietta Cosentini

**IL PRIMATO DELLA RELAZIONE.
COME VENIRNE FUORI PER STARCI DENTRO**

00

Sergio Cingolani

**L'USURA PROFESSIONALE DEL TERAPEUTA
DA UNA PROSPETTIVA COGNITIVISTA.
RISULTATI DI UN'INDAGINE ESPLORATIVA**

00



ARGOMENTI

Richard W. Thoreson, Marinell Miller, Charles J. Krauskopf

**CONSIDERAZIONI SULLA PREVALENZA
ED IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO
DELLO PSICOTERAPEUTA**

00

(traduzione a cura di Benedetta Menenti)



ESPERIENZE

Massimo Pelli

LE SITUAZIONI DI NON COLLABORAZIONE

00

CASI CLINICI



00

Antonella Ivaldi
COSA DICONO I TUOI OCCHI

00

Walther Galluzzo
ALLA RICERCA DELL'IDENTITÀ

00

Antonio L.S. Fazio
**LA SFIDA DEL PAZIENTE DIFFICILE,
TRA CLASSICITÀ E INNOVAZIONE**

DOCUMENTI



00

Roberto Pereira Tercero
UN APPROCCIO SISTEMICO AL LUTTO
(traduzione a cura di Rosa Celeste Dentale)

PSICHE&CINEMA



00

Ignazio Senatore
CERTI BAMBINI

RUBRICHE



000

LIBRI

000

OSSERVATORIO RIVISTE

000

CONVEGNI

000

NOTIZIE

000

SITI WEB

PSICOBIEETTIVO

DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi Onnis

COMITATO DIRETTIVO

Marta Criconia, Luigi Onnis

COMITATO DI REDAZIONE

Fabrizio Alfani, Francesca Aveni, Sergio Cingolani, Marta Criconia, Anna Cotugno, Massimo Cuzzolaro, Rosa Celeste Dentale, Simona De Simone, Lavinia Figà Talamanca, Walther Galluzzo, Cecilia La Rosa, Giovanni Liotti, Benedetta Menenti, Luigi Onnis, Antonio Onofri, Alberto Scavo.

COMITATO SCIENTIFICO NAZIONALE

Paolo Aite (Roma), Maurizio Andolfi (Roma), Luigi Aversa (Roma), Bruno G. Bara (Firenze-Milano), Massimo Biondi (Roma), Sergio Bordi (Roma), Luigi Boscolo (Milano), Luigi Cancrini (Roma), Alfredo Canevaro (Macerata, Buenos Aires), Paola Carbone (Roma), Mauro Ceruti (Firenze), Marcello Cesa-Bianchi (Milano), Vittorio Cigoli (Milano), Maurizio Coletti (Roma), Maria Antonietta Cosentini (Roma), Nino Dazzi (Roma), Rodolfo De Bernart (Firenze), Piero De Giacomo (Bari), Laura Fruggeri (Parma), Pier Francesco Galli (Bologna), Vincenzo Guidetti (Roma), Giovanni Jervis (Roma), Nicola Lalli (Roma), Francesco Mancini (Roma), Mario Mazzetti di Pietralata (Roma), Luisa Mele (Roma), Paolo Migone (Parma), Anna Nicolò Corigliano (Roma), Adolfo Pazzagli (Firenze), Alessandro Petrilli (Roma), Giampaolo Pierri (Bari), Mario Reda (Siena), Gabriella Ripa di Meana (Roma), Giangiacomo Rovera (Torino), Matteo Selvini (Milano), Antonio Semerari (Roma), Roberto Tatarelli (Roma), Mario Trevi (Roma), Gaspare Vella (Roma), Giuseppe Vetrone (Roma), Vittorio Volterra (Bologna), Giuseppe Zanda (Lucca).

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE

Lucio Bizzini (Ginevra), Philippe Caillé (Nizza), Pura Cancina (Buenos Aires - Rosario), Marco Antonio Coutinho (Rio de Janeiro), Mony Elkaim (Bruxelles), Paul Gilbert (Derby UK), Vincent Jadoulle (Bruxelles), Jean Knox (London), Marie Christine Laznik (Parigi), Juan Luis Linares (Barcellona), Paola Mieli (New York), Salvador Minuchin (Boston), Robert Neuburger (Parigi), Claus Dieter Rath (Berlino), Yveline Rey (Grenoble), Andrea Sabbadini (Londra), Jeremy Safran (New York), Carlos Sluzki (Washington), Manuel Villegas (Barcellona).

AUTORI

di questo numero

- Stefano Bolognini** Psichiatra, Psicoanalista SPI, Presidente del Centro Psicoanalitico di Bologna
- Giancarlo Trombini** Psicoanalista SPI, Professore Ordinario di Psicologia Clinica nella Facoltà di Medicina, Direttore del Centro Interdipartimentale per i Disturbi Psicosomatici, Università di Bologna
- Sergio Cingolani** Psichiatra e psicoterapeuta cognitivista e sistemico-relazionale. Didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva. Centro di Psicoterapia "Albedo", Via Crescenzo 54, 00194 Roma – e-mail: sercing3@tiscali.it
- Nicola Butera** Psichiatra, Psicoterapeuta, Formatore. Dipartimento di Salute Mentale della ASL Rm/C. II° Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via degli Scipioni 237, 00192 Roma – e-mail: nic.but@tin.it
- Maria Antonietta Cosentini** Psichiatra, Psicoterapeuta, Formatrice. Dipartimento di Salute Mentale della ASL Rm/C; Centro di Psicoterapia "Albedo", Via Crescenzo 54, 00192 Roma – e-mail: coop.albedo@tiscali.it
- Marinell Miller** Department of Educational and Counseling Psychology, University of Missouri, Columbia, USA
- Richard W. Thoreson** Department of Educational and Counseling Psychology, University of Missouri, Columbia, USA
- Charles J. Krauskopf** Ohio State University, USA
- Massimo Pelli** Psichiatra ??????????????
- Antonella Ivaldi** ?????????????? IV° Centro di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma
- Walther Galluzzo** Psichiatra, Psicoterapeuta relazionale, Didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale ??????????????????, Didatta Istituto Europeo di Formazione Consulenza Sistemica e Terapia Relazionale, Via Lovanio 11, Roma
- Antonio L.S. Fazio** Psicoanalista, Psicologo/Psicoterapeuta, Società Psicoanalitiche Britannica & Italiana (SPI & BPAS), Specialista in Psicoanalisi infantile e dell'adolescenza (SPI & IPA), Professore a contratto Università dell'Aquila, Facoltà di Psicologia, Comitato Direttivo de Il Cerchio (Ass. Ric. sui Gruppi, Roma), Group Analytic Society (GAS, Londra), COIRAG, ARGO (Ass. Ric. Gruppi Omogenei) & EATGA (European Assoc. Trans-Cultural Group Analys.), già Presidente dell'Associazione Britannica degli Psicoterapeuti di Gruppo (BAGP) e Associato Clinico in Psicoterapia all'University College Hospital di Londra

Roberto Pereira Tercero

Psichiatra, Direttore della EVNTF, Presidente della FEATE,
Membro del Consiglio Direttivo dell'EFTA

Ignazio Senatore

Psichiatra e psicoterapeuta, fondatore della rivista EIDOS-
Cinema, psiche ed arti visive, Tel. 081/5566498
Salita Petraio 21,80127 Napoli

Il tema affrontato da questo numero di *Psicobiettivo*, è oggi uno dei più fecondi nel campo della ricerca in psicologia, psicopatologia, psicoterapia. La “trasmissione della vita psichica attraverso le generazioni” propone, infatti, l’esistenza di una eredità che va al di là del biologico, che non si trasmette lungo le vie della genetica, ma che utilizza come canale privilegiato e specificamente umano il “legame sociale”, come base e matrice della psicologia individuale. Ma che cosa si trasmette? Non solo gli elementi “costruttivi” che diventano parte integrante della costituzione dell’apparato psichico nelle sue dinamiche interne e nelle sue espressioni relazionali, ma anche le “lacune”, le “mancanze”, insieme ai contenuti traumatici che le sottendono, da cui spesso originano i percorsi della psicopatologia.

L’interesse per questo campo di ricerca estremamente fertile di stimoli attraversa i vari orientamenti psicoterapeutici: dal rilievo dato alla dimensione familiare trigenerazionale in ambito sistemico, agli studi sul concetto di “trasmissione psichica” nel campo psicoanalitico; alla valorizzazione degli stili di attaccamento e alla possibilità che si tramandino da una generazione all’altra, nell’area cognitivista.

Il dialogo a più voci su questo tema è perciò particolarmente fecondo.

Vittorio Cigoli, per l’orientamento sistemico, presenta un suggestivo contributo al centro del quale propone il tema simbolico dell’“albero della discendenza”; prendendo spunto da due storie familiari, egli sottolinea come nella trasmissione (transfert) generazionale possono avvenire forme generative e degenerative del passaggio. Spetta al clinico, nel lavoro con i membri della famiglia, il compito di ricercare sia gli indizi della patologia relazionale (il “melo secco”), sia la linfa (la “vite”) che passa attraverso gli scambi generazionali.

Per l’indirizzo psicoanalitico, Barbara Massimilla sottolinea come il discorso dell’ “eredità psichica” rimanda sempre a quella

“trama” fondamentale che l'uomo contiene in sé, costituita sia dalla propria natura individuale, sia da un senso di appartenenza al collettivo. Nella catena della trasmissione transgenerazionale, in cui nulla viene disperso, passano i “buchi”, e i traumi che li sottendono, che si ritrovano distorti e confusi nelle storie cliniche dei pazienti.

Infine S. Pallini, M. Amann Gainotti e C. Tabasso, di orientamento cognitivista, mettono in evidenza come i meccanismi di trasmissione intergenerazionale patogeni sono particolarmente evidenti nelle situazioni traumatiche di lutto o di abuso, ove la dimensione emotiva assume una preponderanza nel vissuto psichico individuale; propongono come riferimento concettuale la teoria dell'attaccamento di Bowlby e riferiscono, come esempio, una ricerca sulle dinamiche dei comportamenti violenti che tendono a riprodursi da genitori a figli.

La Sezione *Argomenti*, proseguendo, come di consueto, il tema monografico, presenta un importante articolo inedito di Jean José Baranes che, pur sottolineando l'importanza della visione transgenerazionale (specialmente nella terapia dei pazienti psichiatrici gravi o psicotici), mette in guardia dal rischio di utilizzare tale lettura in maniera automatica e ripetitiva, cercando di imputare alle generazioni precedenti la responsabilità dei problemi dei pazienti.

Nella Sezione *Esperienze*, Patrizia Mattioli descrive l'attività di un Centro di ascolto (C.I.C.: Centro di Informazione e Consulenza) di una scuola superiore di Roma. Il caso di una studentessa che soffre di apatia scolastica offre lo spunto per illustrare le metodologie di lavoro e le strategie di intervento che caratterizzano l'operatività del Centro.

La Sezione *Casi clinici* ospita un contributo di Luigi Onnis e Arianna Mancini che descrive il caso di una adolescente affetta da anoressia mentale iniziata in coincidenza con la morte improvvisa del padre. L'articolo presenta dapprima una disamina degli

studi sulle correlazioni tra disturbi del comportamento alimentare e eventi di perdita, e descrive poi le fasi della terapia familiare con cui è stato affrontato il problema, una terapia centrata soprattutto sulla elaborazione del lutto che ha permesso una risignificazione e una scomparsa del sintomo.

I commenti sono di Camilla Albini Bravo di indirizzo psicomodinamico, e di Cristiano Ardochini di orientamento cognitivista.

Nella Sezione *Documenti*, viene presentato un articolo di Monica De Marchis e Roberta Zaratti che affronta il tema della costituzione dell'identità personale nell'epoca contemporanea. In particolare l'attenzione è posta su come, nell'era tecnologica, l'essere umano produca conoscenza su di sé e sul mondo e come, in questo processo, si possa andare incontro a disagio psichico.

La Sezione *Psiche e Cinema*, infine, propone un saggio di Caterina Selvaggi che verte su un'analisi dell'ultimo film di I. Bergman, "Sarabanda" che conferma quella che è l'eredità del grande regista svedese: il problema, mai risolto in modo definitivo, del rapporto tra individuo e maschera sociale, tra vincolo del ruolo e ricerca di sé; si tratta, sottolinea l'Autrice, del problema bergmaniano dell'autenticità, da cui la musica, nel deserto della razionalità, sembra offrire un linguaggio più umano.

Ben tornati, cari lettori, dalla pausa estiva – speriamo che questo numero di *Psicobiattivo*, così ricco di stimoli e di riflessioni, possa rendere più lieve la fatica della ripresa.

CONFRONTO

**BURNOUT: UNA PROSPETTIVA
PSICOANALITICA**

*di Stefano Bolognini e
Giancarlo Trombini*

**BURNOUT E
PSICOTERAPIA**

**IL PRIMATO DELLA RELAZIONE.
COME VENIRNE FUORI PER
STARCI DENTRO**

*di Nicola Butera e
Maria Antonietta Cosentiini*

**L'USURA PROFESSIONALE
DEL TERAPEUTA DA UNA
PROSPETTIVA COGNITIVISTA.
RISULTATI DI UN'INDAGINE
ESPLORATIVA**

di Sergio Cingolani



PSICOBIETTIVO

RIVISTA QUADRIMESTRALE DI PSICOTERAPIE A CONFRONTO

Psicobiettivo si propone di stimolare un confronto tra modelli psicoterapeutici differenti nella convinzione che:

- stia oggi maturando una più attenta ricerca di punti di contatto, piuttosto che di contrapposizione rigida, fra orientamenti psicoterapeutici differenti, nel rispetto delle reciproche diversità;
- sia utile e necessario che ogni fenomeno umano, in quanto realtà complessa, sia esplorato da una molteplicità di punti di vista.

In ogni numero:

- una sezione monografica in cui, intorno al tema, teorico o clinico, intervengono con i loro contributi Autori di differente orientamento psicoterapeutico (psicodinamico, sistemico, cognitivista...);
- una o più traduzioni di articoli stranieri significativi, attinenti al tema e allo spirito della Rivista;
- uno spazio di documentazione e ricerca sulle esperienze psicoterapeutiche nei servizi pubblici;
- una sezione documenti "aperta" ai contributi che i lettori vorranno inviarci
- una sezione dedicata al cinema in cui verranno presentati films in cui sono evidenziabili implicazioni psicologiche che stimolino una riflessione
- un osservatorio delle principali riviste internazionali di psicoterapia, dei diversi indirizzi;
- recensioni di libri o resoconti e notizie di convegni; segnalazione di siti web

Abbonamento 2006

Periodicità quadrimestrale (3 numeri l'anno)

Italia: privati € 42,00 - Istituzioni € 52,00

Esteri: € 63,00

Versamenti

sul conto corrente postale n. 17562208 intestato a:
Franco Angeli s.r.l., viale Monza 106 - 20127 Milano

Stefano Bolognini e Giancarlo Trombini

BURNOUT: UNA PROSPETTIVA PSICOANALITICA

INTRODUZIONE

Il nostro contributo al presente numero della rivista, dedicata al burnout dello psicoterapeuta, intende descrivere aspetti intrapsichici peculiari di tale fenomeno colti in una ricerca condotta in ambito sanitario. Si vuole così, innanzitutto, offrire una conoscenza dell'approccio psicoanalitico al fenomeno burnout, e mostrare come i processi intrapsichici evidenziati si trasferiscono nelle relazioni professionali e quindi pure in quelle dello psicoterapeuta.

Riteniamo inoltre che lo psicoterapeuta, che lavora a stretto contatto con l'ambito sanitario, possa giovare dell'acquisizione dei dati emersi dalla nostra ricerca in questo ambito.

Infine pensiamo che i vissuti di esaurimento professionale evidenziati e le dinamiche psicologiche sottese siano aspetti generali del fenomeno burnout. Possono perciò presentarsi anche nello psicoterapeuta e quindi assumere validità per questa specifica attività professionale.

Profondi sommovimenti tecnici, culturali e sociali stanno modificando nell'Occidente avanzato la filosofia e l'organizzazione complessiva dei sistemi di cura.

In Medicina l'avvenuto spostamento del baricentro terapeutico dal concetto radicale di "guarigione" a quello articolato e progressivo di "cura" ha reso tra l'altro più evidente che non si combatte soltanto la morte biologica, ma anche la mortificazione psichica che è connessa alla condizione di malattia.

Di conseguenza, si è affermato con vigore il tema della qualità della vita; e si è rivelato indispensabile occuparsi non solo della sofferenza psicologica del malato, ma pure di quella di colui che cura, avendo egli scelto di condividere – sia pure parzialmente, e con assetto professionale – il dolore altrui nel tentativo di alleviarlo.

*La professione di medico può logorare e si è scoperto che lo stress lavorativo può manifestarsi con la specifica *sindrome del burnout*.*

Fino dagli anni settanta fu introdotto con successo il termine burnout (= bruciato, esaurito, scoppiato) per indicare appunto lo stato di esaurimento psicosomatico derivante dalle condizioni di lavoro di professionisti entrati in crisi dopo un certo periodo di attività che pure avevano iniziato con entusiasmo e motivazione.

Oggi il burnout è considerato un fenomeno multidimensionale, sostenuto dall'interazione di fattori individuali e socio-ambientali.

Esprime il disagio di chi ha scelto di occuparsi della sofferenza altrui, e comunica che pure chi "dà aiuto" si trova nella condizione di "avere bisogno di aiuto".

Ma la spiegazione più profonda e convincente della realtà e delle proporzioni del logoramento del curante discende dall'individuazione dei processi intrapsichici che si trasferiscono poi nelle relazioni interpersonali che si sviluppano durante l'attività clinica.

A tal fine, l'ottica psicoanalitica permette di evidenziare le dinamiche psicologiche collegate alle fantasie di onnipotenza, alle difese psichiche, al rapporto Io/Super Io/Ideale di Sé, e alla confusione fra sé e l'altro, che si nascondono dietro il fenomeno burnout.

La professione medica, quale professione di aiuto, comporta un approccio relazionale in cui è fondamentale intervenire con buon equilibrio tra sincerità nel dire e tatto e rispetto per la condizione patologica e lo stato psicologico del paziente.

Insieme al senso di responsabilità per il compito da svolgere, sono quindi necessari sensibilità per i tempi di intervento e capacità di pazienza clinica; è essenziale, insomma, non cadere in una cieca collusione con richieste inappropriate dei pazienti, o in un gelido distacco nei loro confronti.

L'eventuale mancato sviluppo di una gratificante relazione terapeutica interpersonale, fruttuosa per la salute del malato e per l'autostima del professionista, comporta conseguenze negative per entrambi. Purtroppo, il costo emotivo sostenuto dal professionista e i rischi conseguenti per la sua economia psichica complessiva, spesso vengono sottovalutati.

Certamente la sindrome del burnout non ha ricevuto finora tutta l'attenzione che merita: ciò è purtroppo frequentemente dimostrato, tra l'altro, dalla scarsa o nulla considerazione in cui vengono tenute le valutazioni sulle condizioni di lavoro dei medici e del personale curante quando si tratta di pianificare progetti (anche molto sofisticati) di riorganizzazione assistenziale.

Il buon medico sente il desiderio di alleviare la sofferenza del malato e investe psicologicamente il proprio lavoro, per cui si possono realizzare nella relazione clinica profondi coinvolgimenti.

Il terapeuta esperto, d'altra parte, conosce bene il proprio coinvolgimento interno che nasce e si sviluppa durante la cura.

Le reazioni emotive sono infatti presenti fin dall'approccio iniziale: si è dimostrato che i primi dieci minuti del primo incontro sono già sufficienti a indurre nel curante atteggiamenti adeguati o inadeguati all'ascolto e quindi alla valutazione globale della persona malata (Trombini, Chattat, 2000; 2002).

Talvolta il coinvolgimento emotivo nella relazione non si mantiene nei limiti del dovuto equilibrio, e ciò può dare adito a comportamenti estremi e di caratteristiche opposte, come l'*accanimento terapeutico* sostenuto dall'ansia di ottenere il successo, oppure il disimpegno fino al rifiuto per evitare la disperazione dell'impotenza.

Tale processo di coinvolgimento affettivo sbilanciato spesso si svolge in modo occulto, se non addirittura segreto agli occhi del soggetto stesso, e può restare confinato nell'intimità della persona.

Le manifestazioni evidenti compaiono quindi tardive rispetto alla loro nascosta insorgenza.

IL BURNOUT

Una manifestazione tipica è appunto la sindrome del burnout. Essa è caratterizzata da tre dimensioni caratteristiche (Maslach e Jackson, 1981):

1. *esaurimento emotivo*, cioè lo svuotamento delle risorse emotive e personali e la sensazione di essere inaridito;
2. *depersonalizzazione*, espressa attraverso atteggiamenti di distacco, cinismo ed ostilità;
3. *ridotta realizzazione personale*, cioè la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, associata a caduta dell'autostima e del desiderio di successo.

Per la misurazione del burnout è stato costruito uno specifico strumento psicometrico adattato anche in versione italiana (Sirigatti, 1994).

Negli anni Settanta, quando i fenomeni di burnout furono individuati, l'accento cadde prevalentemente sui fattori di tipo individuale, mentre negli anni '80 vi è stata un'enfasi specifica sui processi socio-psicologici e organizzativi.

I fenomeni socio-ambientali, relativi agli aspetti fisici e organizzativi del luogo di lavoro (quali la configurazione dei ruoli, le caratteristiche del compito lavorativo e le modalità con cui vengono svolti i processi decisionali), possono infatti rivelare carenze e inadeguatezze nell'organizzazione, e quindi costituire una condizione di rischio per l'insorgenza del burnout.

Ma oggi vi è generale accordo circa il fatto che il burnout deve essere sempre analizzato quale *fenomeno multidimensionale* in cui l'individualità del

curante interagisce, in un dato momento della propria vita, con un preciso contesto sanitario.

Nella nostra esposizione non ci soffermeremo sull'approccio organizzativo, pur così rilevante, ma piuttosto su quello individualistico.

Non sono infatti le caratteristiche lavorative del contesto di per sé, ma le strategie personali messe in atto di fronte allo stress, le difese patologiche dalla sofferenza interna, che spiegano maggiormente le dimensioni del logoramento del curante (Zani e Cicognani, 2000).

Per la comprensione della dinamica psicologica dei fenomeni di burnout è importante individuare il ruolo dei processi intrapsichici che si trasferiscono nei rapporti interpersonali e da questi sono influenzati.

Dovremo quindi considerare le situazioni conflittuali nascoste che richiedono un cospicuo impegno di energie per fronteggiare ciò che è doloroso o che suscita paura, e comprendere le frustrazioni della motivazione a curare, cioè a condividere la sofferenza altrui.

Riguardo alla *motivazione a curare*, concordiamo con Searles (1994) circa il fatto che la tendenza a comportarsi come terapeuta con i propri simili caratterizza in modo costitutivo gli esseri umani.

In ciò si può osservare la sorgente della speranza altruistica riguardo al mettersi in una relazione curativa che sia creativa e rigenerante.

Ogni scelta professionale ha tuttavia, fra le sue origini, le relazioni affettive dell'infanzia. Quindi la vocazione terapeutica rimanda anche ai precoci momenti personali di sofferenza. Conosciamo la propensione del bambino a giocare al dottore per non essere malato, poiché nell'assumere il ruolo dell'adulto attivo (il medico), il ruolo penoso della sopportazione viene assegnato alla bambola o al bimbo più piccolo (Simmel, 1926).

Ma è stato anche sottolineato che la "scelta" di condividere la sofferenza altrui può essere ricondotta a momenti di sofferenza che il figlio ha vissuto nel rapporto con i genitori in quanto lo hanno scelto quale sostegno per il loro precario equilibrio emotivo (Carloni, 1982).

Di conseguenza il figlio sacrifica aspetti di sé vitali e originali per conformarsi ai loro desideri, per assicurarsi il loro amore, garanzia della sua sopravvivenza.

In ciò può avere origine una vocazione a curare, a interessarsi ai travagli altrui o addirittura sorgerà la costrizione interiore a farsi precocemente psicoterapeuta degli adulti che spaventano con i loro litigi e traumatizzano con il terrorismo delle loro sofferenze (Ferenczi, 1932).

Possiamo allora intravedere il pericolo che si sviluppi un individuo acquiescente e compiacente, una persona dal falso Sé che potrà travestirsi anche da terapeuta e che nella professione ricercherà nel paziente l'adulto dei propri rinnegati desideri infantili.

Dovrà allora conquistarlo ancora una volta con prestazioni di successo, con il rischio, in caso contrario, di sentirsi colpevolizzato dal paziente, vissuto inconsciamente come genitore esigente.

Ne emergerà una vulnerabilità professionale tanto maggiore quanto più perdura nel medico il Sé grandioso dell'onnipotenza infantile che non si è sciolto nel processo maturativo.

È un Sé alla ricerca di una compensazione per le sue lacune che nel suo bisogno coatto di valorizzazione andrà facilmente incontro a frustrazioni, specialmente nel rapporto con quei malati che, a causa della reale, protratta e frustrante dipendenza totale dalle strutture di cura, tendono pressoché inesorabilmente a manifestare protesta, apparente ingratitudine e contestazione, come è tipico ad esempio degli utenti emodialitici.

L'attività professionale del medico può quindi conoscere crisi in cui l'affaticamento e il malessere non risultano collegabili con i normali fattori di impegno (ad esempio, un periodo di superlavoro per avere sostituito colleghi assenti).

Sono crisi dovute ad un elevato dispendio energetico legato all'esistenza di conflitti interni alla persona, per cui non vi è sintonia tra le varie parti del Sé.

Questo aspetto della sintonia tra le parti del Sé, che riguarda i rapporti profondi tra Io, Es e Super-Io e l'eventuale armonia o disarmonia delle loro relazioni, è di estrema importanza ai fini dell'argomento burnout.

Per comprendere i vissuti di esaurimento professionale cercando di coglierne il senso e l'origine, anche al di là di ciò che è manifesto, adotteremo una prospettiva psicoanalitica. Tale ottica consente di interpretare il burnout alla luce:

- a. delle *fantasie di onnipotenza*;
- b. delle *difese psichiche*;
- c. del *rapporto Io/Super-Io* nella professione;
- d. della *relazione tra immagine ideale di Sé e Io reale* quale dinamica fondamentale per l'insorgenza della "patologia della velleità" nella pratica clinica;
- e. della *confusione tra sé e l'altro* conseguente a processi proiettivi che attribuiscono al paziente aspetti inaccettabili e quindi profondamente nascosti di chi cura;
- f. dell'*assetto di lavoro* e del *rifornimento emotivo*.

LE FANTASIE DI ONNIPOTENZA

Quando si configura la scena terapeutica il paziente regredisce in qualche misura ad una condizione di dipendenza e di bisogno infantili: egli sof-

fre di qualcosa che non conosce e necessita di trattamenti che non può procurarsi da solo.

Il dispiacere della dipendenza è compensato dal piacere della speranza e dal sollievo del potersi affidare a qualcuno che "sa" e "può".

Dipendenza e speranza favoriscono la comparsa nel vissuto del paziente di *fantasie di onnipotenza* attribuite al curante, che si desidera sia dotato di risorse in misura tale da compensare l'insufficienza e la sprovvedutezza che il malato sente in sé.

Questa fantasia di onnipotenza del curante ha molto spesso una funzione altamente benefica: un alto grado di fiducia nel potere terapeutico di un medico costituisce un potente fattore positivo, perlomeno in certe fasi, nell'ambito della dinamica del trattamento.

E una buona dose di fiducia nelle proprie possibilità terapeutiche è assolutamente necessaria ai curanti per svolgere con successo e con soddisfazione il lavoro quotidiano.

È utile disporre di un "quantum" ottimale e controllato di illusione di onnipotenza per poter creare un'atmosfera di lavoro fiduciosamente germinativa e per sfruttare al massimo le possibilità emotive della coppia curante-curato.

Nelle supervisioni a gruppi di lavoro può capitare di imbattersi in équipes depresse, sfiduciate fino all'irrealismo nel proprio vissuto di impotenza terapeutica, con un effetto "bassa marea" certamente comunicato ai pazienti, con prevedibili risonanze negative.

Ma assai più spesso, in verità, i problemi sorgono a partire dal polo opposto, quello di un *ecceso di collusione, nel curante, con le fantasie di onnipotenza coltivate dal paziente nei suoi confronti*.

Ovviamente non stiamo parlando di un'immagine realisticamente fiduciosa della propria professionalità e del proprio potere terapeutico.

Il vissuto di onnipotenza è in realtà una pessima base di partenza per il lavoro di un operatore sanitario.

Il pericolo maggiore a cui lo espone è quello del *rimbalzo depressivo*, inevitabile quando l'illusione di onnipotenza viene sconfessata dagli eventi: per esempio, pazienti che non guariscono o che non mostrano deferenza e gratitudine nella misura auspicata.

Si deve quindi porre attenzione all'*onnipotenza inconscia come fattore predisponente al burnout*: per il disinvestimento da delusione che essa provoca e che comporta la perdita del piacere di lavorare e di una soddisfacente immagine professionale di sé; oppure per la sottovalutazione del dispendio di energie profuse senza riguardo, allo scopo di mantenere appunto un'illusione grandiosa di onnipotenza.

LE DIFESE PSICHICHE

Il *transfert* si ripropone immancabilmente nel vissuto istituzionale dell'operatore che rivivrà (per lo più senza saperlo) molti dei momenti tipici della sua esperienza infantile: la nascita/assunzione in servizio, con le trepidazioni, le paure del nuovo, le speranze e i segreti sogni di onnipotenza; la formazione/nutrizione, con la necessaria dipendenza da chi può farlo crescere insegnandogli il mestiere, e con le inevitabili ambivalenze che sono suscitate dal dover tollerare tale dipendenza nutritiva; la convivenza con gli altri fratelli/operatori, ulteriore attacco al proprio narcisismo personale e fonte di gelosie laceranti così come di amicizie, di sentimenti di solidarietà e di appoggi vicendevoli; l'adolescenza/"quasi indipendenza" professionale, allorché l'operatore si scopre capace di punti di vista e di iniziative realmente autonomi, che gli consentono le prime esperienze professionali autenticamente originali, vera farina del suo sacco; e così via, fino all'assunzione definitiva di una compiuta identità lavorativa, come professionista maturo.

In tutte queste tappe evolutive l'individuo tenderà a ripetere transferalmente i modi, i passaggi e le soluzioni che hanno caratterizzato e segnato il suo destino infantile, riproducendoli in situazioni lavorative per qualche verso *equivalenti* agli scenari dell'esperienza infantile.

Oggetto del *transfert* saranno dunque di volta in volta il capo-servizio, gli utenti, i colleghi, gli amministratori, l'istituzione nel suo complesso.

Tutto questo sarà per lo più ben poco logico, perché un primario non è un padre, gli utenti non sono dei figli, i colleghi non sono dei fratelli, gli amministratori non sono degli zii, l'istituzione non è una grande madre.

Eppure tutto questo può essere vissuto come vero in senso psicologico nell'esperienza intima del singolo individuo e potrà essere fonte di situazioni conflittuali interiori.

Quando, a causa di tali conflitti, la sofferenza interna (non chiaramente documentabile all'esterno perché "poco logica" e quindi percepita come poco avvalorabile agli occhi del prossimo) si fa troppo forte, scattano le *difese patologiche* che a volte conducono l'operatore sanitario ad un vero e proprio burnout: le difese di distacco, disaffezione, fastidio, intolleranza, ostilità di cui dicevamo prima.

Tale atteggiamento dovrebbe difenderlo, proteggerlo dallo stress, ma la strategia adottata, per evitare la sofferenza psichica attraverso una postura mentale "antalgica", si rivela poco produttiva.

Nell'*isolamento affettivo* l'operatore disinveste emotivamente la situazione terapeutica, lavorando come se avesse inserito una specie di "pilota automatico".

Nell'*identificazione proiettiva* il medico, che reca in sé un profondo senso di inferiorità e di svalorizzazione, procura inconsapevolmente di trasferire questo sentimento all'interno di qualcun altro, attraverso comportamenti o parole atte allo scopo, in una sorta di scaricabarile inconscio.

Ciò contribuisce a rendere progressivamente invivibile il campo di lavoro e la rete delle relazioni personali, rivelandosi alla lunga un pessimo affare.

I RAPPORTI IO/SUPER-IO NELLA PROFESSIONE

"Impossibilia non debemus" (non siamo tenuti, obbligati a realizzare cose impossibili): questo antico principio conventuale poneva saggiamente e benignamente un limite alle richieste del Super-Io (religioso, a quel tempo) nei confronti di un Io tendenzialmente soggiogato, vincolato e minacciato di dannazione.

Una minaccia fondamentale per l'equilibrio psichico di ogni essere umano è il *fantasma della perdita d'amore* (o della perdita di stima e di apprezzamento, il che nell'inconscio equivale).

E questo fantasma, che nel profondo è omologo a quello di dannazione, può sospingere una persona a grandi sovraccarichi d'impegno per considerarsi all'altezza delle presunte aspettative dell'equivalente genitoriale attuale.

L'*Ideale del Super-Io* è lo standard cui deve spasmodicamente adeguarsi, a qualunque prezzo, chi è terrorizzato dalla prospettiva di non essere più amato ed apprezzato dai genitori, e dai loro replicanti in ambito professionale: capi-servizio e amministratori, nei confronti dei quali un'eventuale componente rancorosa rimossa dell'ambivalenza genera ulteriore obbligo d'impegno come formazione reattiva.

I RAPPORTI TRA IMMAGINI IDEALI DI SÉ E IO REALE

"Impossibilia non possumus": questo potrebbe essere l'esito ridimensionatorio di tutta quella "patologia della velleità" che si sviluppa da un'*ipertrofia delle strutture ideali* (*Io ideale, Ideale dell'io, Sé grandioso, istanze megalomane*), oltre che delle voragini dell'avidità.

L'individuo dà più di quanto potrebbe, per sostenere un'illusione di onnipotenza che deve proteggerlo da profonde angosce di insufficienza, di morte o di follia (paura della morte psichica).

Paradossalmente, anche fantasie di sostegno come la richiesta di "supervisioni" e di consulenze psicologiche di équipe contengono a volte una componente larvata di ricerca di onnipotenza (nel senso che l'esperto convocato apporterà elementi non solo migliorativi, bensì magicamente risolutivi), che ostacola le reali possibilità elaborative e che conduce di fatto a

cocenti delusioni dal momento che uno dei primi frutti di tale lavoro – quando le cose procedono sufficientemente bene – è proprio l’amaro decadere delle residue illusioni di onnipotenza.

Esiste però anche una *patologia da scarsità di Ideale*: dove la guida di un gruppo di lavoro è condotta con atteggiamento rinunciatario, povertà tecnica e culturale, scarsa presenza e ridotta considerazione per il malato, la sciatteria dell’ambiente e il “*laissez-faire*” permeano anche il vissuto individuale, con un disinvestimento nei riguardi del lavoro e di sé.

Per quanto possa apparire paradossale, “*avere un posto*”, occupandolo neghittosamente, può essere più frustrante e faticoso che “*svolgere un lavoro*”.

LA CONFUSIONE TRA SÉ E L’ALTRO

È noto che chi cura un paziente pone in essere un insieme di processi di *proiezione* (cioè di inconsapevole attribuzione all’altro di vissuti o caratteristiche proprie) che, a seconda della loro qualità e quantità, possono costituire un aiuto o un ostacolo alla buona riuscita dell’atto terapeutico.

Particolare importanza assume la proiezione nell’altro di parti di sé malate e bisognose. Quando questa proiezione non avviene almeno un po’, il procedere del medico si fa routinario e distratto; quando viceversa essa avviene in maniera massiccia, il curante può distanziarsi ancora di più dal paziente per contromisura difensiva (ad esempio, con un rallentamento o con una sorta di avarizia nel fornire indicazioni terapeutiche appropriate ed esaustive); oppure può, al contrario, iperattivarsi nei suoi confronti in modo accorato e impulsivo: l’eccesso di proiezioni di parti di sé conduce ad una percezione distorta dei reali bisogni dell’altro, che non vengono intesi per quel che sono.

La consapevolezza di aver cura, curando gli altri, anche di qualcosa che pertiene a noi o ai nostri cari diminuisce la confusione fra sé e l’altro.

Una confusione che induce a fraintendimenti diagnostici, con conseguenze disturbanti la condotta terapeutica più adeguata, può nascere quando vengono attribuiti al paziente aspetti di sé profondamente nascosti perché inaccettabili alla propria coscienza.

Tipico è il seguente caso clinico, osservato in passato e già riferito altrove (Bolognini, Trombini, 1994).

Un giovane di 26 anni si reca ripetutamente dal gastroenterologo lamentando la persistenza di una stipsi che gli impedisce di defecare anche per dieci giorni. È angosciato perché teme che gli sforzi fatti per defecare possano aver provocato “rotture interne”.

Il gastroenterologo parte dal presupposto del tutto arbitrario che il paziente abbia desideri omosessuali latenti che gli fanno richiedere con insistenza esami ret-

toscopici; per “non rinforzare” questi desideri, non vorrebbe più vederlo, e gli consiglia una consultazione psicologica.

In tale consultazione emerge che il padre di questo giovane ha abbandonato la famiglia, dopo venticinque anni, affermando che il “suo compito educativo” era finito.

Il paziente è rimasto, all'improvviso, senza un padre in casa; per di più il lavoro che ha trovato lo ha fatto sentire svalorizzato: infatti non richiede le competenze acquisite nella sua formazione professionale.

Si è trovato solo, sgomento, senza un sostegno affettivo essenziale e con l'angoscia di non reggere in tale situazione.

Ma questi pensieri non possono essere formulati: la coscienza deve restare libera dall'ansia di non sopportare l'urto degli eventi stressanti.

Solo il corpo può esprimere tale sofferenza.

È in questo momento che compare una stipsi ostinata, a cui poi si accompagna l'angoscia che si siano determinate “rottture interne”, ma del corpo, non della mente.

Purtroppo il gastroenterologo non riesce a cogliere la fragilità che si nasconde dietro questa somatizzazione.

L'ipotesi che siano attivi nel paziente desideri omosessuali latenti è solo il frutto di una sua erronea elaborazione mentale).

Infatti la clinica psicologica non ne rivela la presenza attiva in quel momento nel malato, per cui l'errata valutazione è piuttosto la probabile conseguenza di una proiezione del medico stesso.

Tale perdita di lucidità impedisce l'adozione di una condotta terapeutica adeguata.

La confusione inconscia fra sé e l'altro che è avvenuta nella mente del gastroenterologo non consente l'accoglimento delle necessità di sostegno del paziente, scambiate invece per desideri erotici.

Non è stata dunque rispettata l'esigenza del malato di ottenere sostegno innanzitutto dal medico del corpo: un'esigenza derivante da una realtà clinica precisa.

Infatti in quel momento le angosce del giovane di non reggere psichicamente erano così intense da minacciare la sua salute mentale: non potevano quindi essere pensate e di conseguenza neanche riferite a chi cura psicologicamente. La richiesta di aiuto poteva essere formulata soltanto per il corpo.

Quando i processi proiettivi di colui che cura si fanno consci possono favorire invece un'utile *immedesimazione*, nella quale distinzione e separatezza sono ben conservate. Egli non pretende più di curare i propri problemi e bisogni nell'altro, ma cura meglio l'altro rendendosi conto delle analogie con propri problemi e bisogni, così come delle differenze.

L'ASSETTO DI LAVORO E IL RIFORNIMENTO EMOTIVO

Il curante può essere in condizione di lavorare bene se protetto, sostenuto e confermato da un Super-Io benevolo e apprezzativo; se ispirato da

un Ideale dell'Io abbastanza elevato da invogliarlo al progresso, ma non così stratosferico da scoraggiarlo o umiliarlo con un senso di irraggiungibilità; se il funzionamento nel contatto con gli altri prevede una buona capacità di immedesimazione empatica, senza che si verifichi confusione tra sé e l'altro.

Sarà l'elemento di accordo o disaccordo interiore a determinare, insieme agli elementi di "ingranamento" con la realtà esterna, un dispendio di energie intrapsichiche più o meno oneroso.

Per *dispendio* si intende un utilizzo di energie psichiche a scopo principalmente difensivo: volto cioè a tenere a bada angosce e conflitti.

Il *burnout da dispendio* oltre ad essere poco comprensibile all'esterno nella sua genesi, si presenta spesso con sensazioni soggettive poco e male differenziate, quali tensione, svuotamento, negatività, noia, malessere generico, indebolimento, perdita di prospettiva. L'energia psichica individuale in questi casi si infossa e sparisce in maniera apparentemente misteriosa.

Aldilà di questa complessa economia intrapsichica, si estende lo sterminato campo potenziale dei rapporti interpersonali, anch'esso di cruciale importanza per il vissuto lavorativo dell'individuo.

Nell'alternarsi di separatezze e fusionalità, di contatti e di distanziamenti, di solitudini e di gruppalità, di conferme e di frustrazioni, di scambi e di chiusure, i vari individui si rapportano tra loro provvedendo più o meno consapevolmente al *rifornimento libidico* e all'*equilibrio narcisistico* che sono necessari per vivere.

Un tempo, si poteva cogliere ad esempio la presenza di una vita libidica in ambienti sanitari dal profumato gorgogliare della macchinetta del caffè all'inizio della giornata di lavoro.

Era un profumo che accomunava i membri dell'équipe, e segnalava l'esistenza di un'atmosfera di preconsua familiarità al di sotto degli aseptici camici bianchi.

Oggi i colleghi si concedono un attimo di pausa facendo la fila alle meno poetiche macchinette distributrici di bevande calde, ma la sostanza è la stessa: possono essere momenti preziosi di incontro e di scambio intra-lavorativo.

A volte si commentano i fatti della giornata, ci si scambiano commenti ed informazioni personali, e compaiono anche le fotografie dei figli.

Sono modesti aspetti di quotidianità, che in effetti connotano la qualità più o meno umanizzata della vita relazionale in un ambiente di lavoro.

Quando, più specificamente, i curanti hanno occasione di parlare insieme e con qualche profondità di ciò che fanno nella loro pratica professionale, possono *metabolizzare ed elaborare le loro esperienze indigerite e mentalmente non ancora ben rappresentate*.

Di qui allora l'importanza vitale di organizzare spazi per pensare, e in particolare per pensare insieme.

Spazi che “possano interrompere la frenetica corsa di chi cura verso il fare: fare diagnosi, fare terapia, fare controlli” (Scarponi, Trombini, Paolucci, 2000).

Nelle équipes meglio organizzate, tali spazi possono avere una loro struttura e collocazione regolare e periodica: i colleghi possono così contare su una situazione adatta allo scambio di informazioni utili e di pareri operativi.

Le riunioni così istituite possono diventare un oggetto condiviso comune, sul quale fare affidamento.

Quando nel contesto di lavoro si realizzano e si consolidano dispositivi di questo genere, diviene più agevole quel rifornimento emotivo che consente poi il risultato pratico di *potersi occupare di chi soffre – impegnandosi – senza per questo logorarsi*.

BIBLIOGRAFIA

- Bolognini S., Trombini G.** (1994) Due psicoanalisti riflettono su come logora curare. In G. Trombini (a cura di), *Come logora curare*. Bologna, Zanichelli
- Carlone G.** (1982) Sofferenza psichica e vocazione terapeutica. In G. Di Chiara (a cura di), *Itinerari della psicoanalisi*, Torino, Loescher
- Ferenczi S.** (1932) Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. III, Firenze, Guaraldi
- Maslach C., Jackson S.E.** (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, pp. 99-113
- Scarponi D., Trombini G., Paolucci G.** (2000) I presupposti per una comunicazione possibile in Oncologia Pediatrica: descrizione di un'esperienza. *L'Ospedale Maggiore*, 94, 3, 286-291
- Searles H.F.** (1994) *Il controtransfert*, Torino, Bollati Boringhieri
- Simmel E.** (1926) Il gioco del dottore, la malattia e la professione del medico. In R. Fliess (a cura di), *Lettere di psicoanalisi*, Torino, Boringhieri
- Sirigatti S.** (1994) Burnout: concetto, misurazione, correlati. In G. Trombini (a cura di), *Come logora curare*. Bologna, Zanichelli
- Trombini G., Chattat R.** (2000) Approccio globale alla diagnosi e formazione del medico. In G. Galli (a cura di), *Interpretazione e diagnosi*, Pisa-Roma, Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali
- (2002) Educare alla relazione in Medicina. *Medic*, 10, 3, 128-132
- Zani B., Cicognani E.** (2000) *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino

RIASSUNTO. La prospettiva contemporanea sulle professioni di cura tiene conto del costo emotivo richiesto ai curanti nell'esercizio del loro lavoro.

Il burnout è la sindrome da esaurimento energetico del curante, ed è stato studiato a partire dagli anni '70.

In questo lavoro gli autori se ne occupano dal punto di vista psicoanalitico, descrivendo il ruolo di alcuni aspetti intrapsichici specificamente implicati, come ad esempio: le fantasie inconse di onnipotenza; le difese psichiche; il rapporto Io/Super-Io e quello tra Ideale ed Io reale nella pratica professionale; la proiezione, e la confusione fra sé e l'altro.

Parole chiave: burnout, dispendio energetico, impegno emotivo, assetto di lavoro.

SUMMARY. A contemporary perspective on health-professions takes in account emotional costs payed by caregivers during their work.

"Burnout" is a syndrom of wasting energetic expenditure in caregivers. Such phenomenon was studied since '70ties.

The authors study it from a psychoanalytic perspective, describing the the role of some specifically implied intrapsychic factors, like: unconscious omnipotent fantasies; psychic defenses; the relationship between Ego and Super-Ego, and between Ideal and real Ego in professional practice; projection, and confusion between self and other.

Key Words: *Burn Out, Energetic Expenditure, Emotional Investment, Working Attitude.*

Nicola Butera, Maria Antonietta Cosentini

IL PRIMATO DELLA RELAZIONE. COME VENIRNE FUORI PER STARCI DENTRO

INTRODUZIONE

Una volta supposto che i mestieri d'aiuto, se svolti per un lungo periodo di tempo e con una certa intensità e frequenza, possano avere effetti di usura, ci siamo chiesti quali potessero essere i fattori di rischio più significativi, nella professione di psicoterapeuta, eventuali responsabili di tale fenomeno.

Un solo sentimento, un solo moto del cuore
ha più potere sull'anima di tutte le sentenze dei filosofi
(B. Craveri, *La civiltà della conversazione*)

In questo articolo, prenderemo in considerazione alcuni *componenti dell'agire psicoterapeutico* i quali sono da ritenersi di una certa rilevanza per l'efficacia della stessa azione terapeutica ma, al tempo stesso, possono rivelarsi, *veri e propri fattori di rischio*.

Fattori di rischio vengono definiti quegli elementi o condizioni presenti nell'agire professionale che, in determinate condizioni, possono dar luogo a conseguenze dannose e/o a malattie.

La legge 626/94 individua, in ogni attività lavorativa, come "fattori di rischio psicologici" quelli relativi all'*intensità emotiva* correlata all'esecuzione dell'attività, la *monotonia* con la quale la si svolge, la *solitudine*, la *ripetitività* del lavoro.

Non prenderemo in considerazione questi fattori di rischio anche se possiamo ragionevolmente immaginare che, nella professione di psicoterapeuta e, più in generale, nelle professioni d'aiuto, abbiano una rilevanza particolare. Vogliamo, invece, indirizzare la nostra attenzione sulla relazione terapeutica (nella sua inevitabile asimmetria) come strumento di lavoro e a due possibili conseguenze del suo utilizzo: l'indurimento emotivo o rigidità affettiva ed il decentramento cognitivo.

Nella prima parte dell'articolo, proporremo, all'interno del modello sistemico-processuale, un approfondimento della dimensione "relazione terapeutica" vista dalla parte dell'osservatore che osserva sé stesso e ci occuperemo del fenomeno che chiameremo *consapevolezza "vicaria"*, termine con il quale si definisce quella quota di *emozioni* del terapeuta che insorgono in riferimento alle *tematiche personali*, non coerenti con lo scopo della relazione terapeutica.

Accenneremo, quindi, a cosa può succedere nel contesto della terapia familiare dove il terapeuta ha il compito complesso di gestire (talvolta serialmente, talaltra, parallelamente) più relazioni con coloro che costituiscono il gruppo familiare, nel tentativo di mantenere una coerenza nell'intervento e costruire una strategia che li coinvolga nel loro insieme.

Nella seconda parte, formuleremo un'ipotesi di processo formativo, secondo l'approccio narrativo, come possibile azione preventiva e/o curativa degli effetti iatrogeni della professione di psicoterapeuta.

Formazione, quindi, come luogo di prevenzione e di cura degli effetti iatrogeni a lungo termine della pratica psicoterapeutica, nel quale individuare gli scambi tra esperienza e sue spiegazioni, dove costruire, elaborare/rielaborare teorie sul mondo e su sé stessi.

Formazione come tempo durante il quale riesaminare l'esperienza "del dover essere" nella relazione con l'altro, con l'obiettivo di mantenere un'osmosi tra la relazione terapeutica e le altre relazioni affettive.

LA RELAZIONE: L'ACCADERE NEL TERAPEUTA

L'ipotesi che le professioni d'aiuto possano interferire nella vita emotiva degli individui che le esercitano e nelle loro relazioni interpersonali al di fuori del contesto lavorativo, sembra aver ottenuto credito ormai da qualche tempo.

La pratica psicoterapeutica non sembra, in questo, differenziarsi.

Seppure in un ruolo rigido, predefinito e rigoroso, trovarsi nella posizione di chi aiuta ed "ascolta" fa sentire immersi in un'esperienza emotiva significativa e coinvolgente.

L'esperienza in terapia travalica i confini del mestiere. La prassi continuativa del coinvolgimento emotivo e l'allenarsi al distacco impongono, progressivamente, una ri-confrontazione con la motivazione della scelta di svolgere questa professione. Una soluzione potrebbe essere la stessa follia. Ma per fare questo mestiere non è sufficiente soltanto la follia: ne può essere "l'anima" ma non la "mente".

Il paziente, dal suo punto di vista, quando percepisce il cambiamento come spontaneo e svincolato da un rapporto diretto con l'intervento psicoterapeutico, sembra riconoscerlo come migliore per sé.

Quest'ultimo, per certi aspetti, può essere messo da parte come soggetto-oggetto di studio ed osservazione; l'attenzione può essere spostata su ciò che rischia il terapeuta in relazione all'aspettativa, delusa, di sentirsi allenato a gestire i propri rapporti interpersonali e sul conseguente equilibrio tra vita personale-vita professionale, spesso lateralizzato (irrigidito) sulla seconda polarità, proprio nel rispetto di quella fatale asimmetria nella relazione d'aiuto, riconducibile all'anima dell'assioma del "dover essere".

Risulta necessario, dunque, un approfondimento della relazione terapeutica vista dalla parte del terapeuta il quale, in maniera ricorsiva, osserva sé stesso, con lo scopo di riconoscere gli eventi emotivi correlati alla propria esperienza.

Su questo spostamento di ottica si impone una scomposizione descrittiva, didattica, delle emozioni vissute in relazione a sé, al rapporto con il paziente, alle tematiche affrontate. Una ricomprensione esplicativa dei meccanismi che si sviluppano all'interno del sistema d'aiuto (avente per oggetto l'affettività) e, più nello specifico, all'interno della stessa relazione vista come spazio, dove si ha l'opportunità di conoscersi-riconoscersi (per il paziente ma anche per il terapeuta) in termini cognitivo-emotivi.

La terapia per il terapeuta può essere un evento di vita sul quale riflettere e dal quale trarre informazioni utili alla propria riorganizzazione dell'esperienza. Come il paziente ha la possibilità di riordinare la propria esperienza, seguendo un tempo dettato dalla stessa terapia, il terapeuta si trova, in seduta, di fronte a materiale personale sul quale può lavorare al di fuori del contesto terapeutico.

Anche la terapia, come altri momenti di vita, può essere considerata un evento, un'esperienza da utilizzare per la conoscenza di sé; essa può portare ad un riordinamento della propria immagine, secondo lo schema della coerenza del sistema cui si riferisce.

La relazione terapeutica, quindi, può essere bidirezionale; può essere utilizzata dal paziente per sé ma anche dal terapeuta per sé.

Quest'ultimo, oltre che sul paziente, assume informazioni su di sé; ciò produce un aumento del proprio livello di consapevolezza ed una crescita del suo coinvolgimento nella relazione.

La *consapevolezza*, però, può rivelarsi un *effetto negativo* dell'esperienza terapeutica sia perché *esperienza vicaria*, non maturata nella propria vita personale, sia perché si sviluppa *al di là di un timing* dettato dalla terapia (in terapia, la perturbazione operata dal terapeuta deve essere in relazione al livello di consapevolezza che il/i paziente/i mano mano raggiunge/ono).

In altri termini, può essere vista come *effetto* dell'esposizione al *fattore di rischio* della psicoterapia, che abbiamo chiamato asimmetria della relazione terapeutica, sempre presente ogni volta che vi è una richiesta d'aiuto.

Il nostro punto di vista nell'affrontare l'argomento della asimmetria nella relazione d'aiuto è riconducibile ad un'ottica epistemologica sistemico-processuale.

In un'ottica cognitivista (che si occupa di conoscenza) sistemico-processuale, per la costruzione della realtà ad opera dell'osservatore e dell'osservato insieme, si enfatizza la relazione tra chi conosce e cosa viene conosciuto.

Valore determinante assume la soggettività dell'individuo nel modo di elaborare la realtà esterna /interna (intersoggettiva/intrasoggettiva) attraverso la capacità di attribuire un significato, costruire un contesto, seppure personale ed unilaterale, che consenta una stabilità del *sensu di sé e del proprio essere nel mondo*.

L'individuo o un sistema interpersonale stabile che si accinge ad esperire si propone, nell'atto di conoscenza, da una prospettiva limitata e limitante che permette, comunque, nel tempo, l'elaborazione e la rielaborazione di significato, fino al raggiungimento della consapevolezza del limite del proprio significato e, quindi, del riconoscimento di altre unilateralità coesistenti.

L'applicazione di questo approccio ci permette di affrontare la relazione d'aiuto come relazione di conoscenza che si avvale, quindi, di metodi procedurali-esperienziali-esplicativi-teorici.

Tali metodi sono riconducibili *al pensiero narrativo*, proteso a cogliere le esperienze innovative, ed *al pensiero paradigmatico*, attento alle spiegazioni, alle teorie stabili, nell'uso di *un linguaggio tematico*, che propone sequenze di esperienza (*sensu*), ed un *linguaggio esplicativo* capace di attribuire *significato* al senso dell'esperienza vissuta.

Per portare avanti l'ipotesi dell'usura da mestiere, analizzeremo ciò che accade al terapeuta in una relazione dove *essere* si confonde con il *dover essere* e dove si possono individuare due soggetti fondamentali del conoscere: il *comprendere*, nel senso di identificare gli elementi di realtà osservata, lo *spiegare*, nel significato di costruire correlazioni stabili tra questi elementi.

Lo psicoterapeuta vive e sperimenta sé stesso, contemporaneamente coinvolgendosi e obbligandosi a dare aiuto, in una realtà condivisa sul piano delle intenzioni-azioni ma non su quello emotivo; sperimenta, così, un irriducibile scollamento tra la sua affettività e la sua emotività, ciò che spiega l'affermazione *l'essere nel dover essere*.

Dal punto di vista dell'esperienza macroscopica, nella asimmetria della relazione si può osservare come il terapeuta, sollecitato dai temi del paziente, in una funzione di stratega del cambiamento, debba mettere in gioco parti di sé stesso su richiesta dell'altro, a comando, come un juke-box: dalla monetina inserita, la canzone prescelta.

Questo produce un vero addestramento alla comprensione e spiegazione di sé ed all'esplorazione del mondo esterno.

Nello stesso tempo, però, queste scoperte, attraverso il rapporto e il materiale personale del paziente o la fase di vita del sistema, comportano oltre che una risorsa sul piano personale, una fatica senza finalità affettive reciproche ed un rischio di sollecitazione di zone calde ed inesplorate di sé stessi, in tempi non prescritti dalle esigenze proprie bensì da quelle professionali.

In sintesi, l'individuo persona è assoggettato all'individuo psicoterapeuta.

Si espone, quindi, ad una possibile usura, data dalla conoscenza, molto da vicino, di storie di vita senza poter intervenire, in esse, spontaneamente ma, sempre, con una finalità prescritta, terapeutica; con un sentire costretto ad un unico significato (relazionale), la cura ed il cambiamento dell'altro.

Il contesto, all'interno del quale si verrebbe a "determinare" la possibilità/probabilità di ammalarsi è, dunque, la relazione terapeutica; gli esiti della malattia prospettati sarebbero uno sbilanciamento relazionale verso una regolazione affettiva rigida, stereotipata, deludente sul piano dei risultati personali, in quanto non favorente la flessibilità, necessaria in ogni rapporto di reciprocità (apertura ad uno scambio bidirezionale con varie opportunità, sperimentarsi nella molteplicità dei ruoli).

La relazione terapeutica è un luogo in cui anche il terapeuta vive un'esperienza emotiva dotata di tonalità ed intensità proprie e di specifiche qualità.

Tale esperienza si organizza e si modula sulle caratteristiche personali dell'individuo-terapeuta, nel suo modo di essere e vedersi nel mondo e sul carattere particolare del "luogo" dove questa esperienza viene vissuta. Egli ha una configurazione affettiva fortemente vincolata all'obiettivo predefinito della "cura" e del cambiamento del paziente.

Nonostante ciò, come in ogni altra relazione significativa, le emozioni evocate e/o vissute sollecitano perturbazioni le quali destabilizzano il precedente equilibrio creatosi tra esperire e decodificare una vicenda emotiva qualsiasi; ne sono interessati il contenuto ed il rapporto tra esperienza immediata e riordinamento di essa, fino ad interferire con il senso di sé.

In terapia, (non solo il paziente ma anche) il terapeuta sentirà e riordinerà le emozioni uniformandosi al proprio "modo" di farlo, attraverso l'uso di meccanismi di modulazione utili alla rielaborazione sia in senso affettivo (capacità di stare nella relazione) sia in senso riflessivo-autoreferenziale (consapevolezza-immagine di sé).

Nella relazione terapeutica, l'individuo-terapeuta prova tante emozioni, alcune destabilizzanti, utilizzabili nel contesto terapeutico, altre destabilizzanti ed inutilizzabili, non condivisibili ai fini del presupposto terapeutico.

Le prime, innescate dal materiale personale del paziente e dai suoi atteggiamenti relazionali dai temi e dalla fase familiare, seppur *a fatica*, potranno essere convertite in emozioni terapeutiche.

Le seconde, le quali fanno più riferimento alla storia personale, non ancora “modulate”, possono essere di fastidio non solo nella relazione ma anche e, soprattutto, nel processo di consapevolezza dell’individuo terapeuta su di sé, come individuo-persona.

Queste ultime sono solo parzialmente in relazione ai bisogni ed ai tempi soggettivi del terapeuta il quale è chiamato ad elaborarle, indipendentemente dal contesto nel quale si sono attivate e danno luogo ad una consapevolezza cosiddetta “vicaria”.

Per questa ragione, le possiamo ritenere le più iatrogene perché non trovano riscontro in ciò che sta accadendo: diventano un *evento* non condivisibile.

Pertanto, nella rigida funzione d’aiuto, la finalità del rapporto terapeutico, che accompagna da presso la modulazione affettiva del paziente, espone al rischio di ciò che chiameremo indurimento emotivo o rigidità affettiva. Ovvero, al rischio di perdita della spontaneità al “fare quello che piace” che lascia il posto al “fare strumentale-strategico”, orientato su un obiettivo: il benessere dell’altro.

Il rapporto tra il senso di continuità (medesimezza = tratti emotivi) ed il senso dell’accadere (ipseità = episodi emotivi) può rischiare di sbilanciarsi o solo in un senso o solo nell’altro.

Il terapeuta può divenire, quindi, insensibile agli episodi emotivi, enfatizzando i tratti emotivi oppure ipersensibile all’accadere e frammentarsi sui singoli avvenimenti.

In entrambi i casi, può manifestarsi un irrigidimento emotivo.

Al costante lavoro di decentramento cognitivo, indispensabile per consentire al sistema-paziente una visione policentrica dell’esperienza, corrisponde, nel terapeuta, uno splitting forzato che dà luogo ad una sorta di coscienza forzata (inazione): la capacità che ognuno ha di vedersi dal di fuori, la capacità riflessiva, evidente nella dialettica tra il sé narratore e il sé protagonista.

Questo fenomeno si verifica di continuo. Nel “mentre” si vive qualcosa, c’è uno splitting tra il sé narratore e il sé protagonista che produce un notevole senso di coscienza di sé e di controllo però, allo stesso tempo, consente di sperimentare una scissione al centro di sé, una separazione.

Quanto più lo si riesce a fare, tanto più si è ad un passo al di fuori del sé che si vede mentre sente.

Il sé protagonista che esperisce, che sente l’esperienza immediata, si trova assoggettato al sé narratore che deve (non per i suoi fini) ordinare la propria esperienza sempre per perseguire l’obiettivo dell’aiuto.

Il senso di estraneità da sé stessi è in relazione a questo processo continuo, esperire/avere coscienza dell'esperire.

Il senso di immobilità è all'interno di questo processo che si svuota di significato.

Nell'operare progressivo di far sviluppare esperienze e teoria al paziente su di sé e sul mondo, il terapeuta può, quindi, arrivare ad un indurimento emotivo, ad una perdita di significato (splitting) che è in grado di generare una consapevolezza iatrogena per cui può incominciare ad operare una scelta di confine tra sé e altro da sé, sbilanciata verso l'interno (un vero e proprio ritiro dalla realtà). Socialmente una forma d'isolamento

Il perdurare dell'esposizione di sé all'esperienza emotiva rigidamente vissuta, può far sì che la realtà esterna perda d'interesse per l'osservatore che può indirizzare la sua attenzione verso la realtà interna, dando luogo ad un vero e proprio isolamento, isolamento solipsistico, con cancellazione dei confini tra la realtà esterna e la realtà interna.

Si potrebbe dire che, in questo caso, si assiste ad un certo tipo di introspezione senza oggetto, di attività riflessiva senza soggetto, fine a sé stessa, in cui la percezione diventa l'oggetto del percepire e l'esperienza diventa oggetto dell'esperienza. Questo porta ad una frammentazione della coscienza e, come già detto, alla confusione tra realtà esterna e interna.

UNA CIRCOSTANZA PARTICOLARE: LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON LA FAMIGLIA

I fattori di rischio da noi precedentemente individuati, rivisitati all'interno della dimensione terapeutica familiare, evidenziano un ulteriore aspetto della problematiche del terapeuta il quale è sincronicamente esposto in diretta ad una relazione che si esprime come sociale, estesa, superficiale, finalizzata allo scambio di informazioni per confrontarsi, che assume valore se permette di veicolare emozioni, substrato per la creazione della confidenza necessaria ad avviare una conoscenza profonda, utile al cambiamento o quanto meno in grado di ridefinire un sintomo.

Di fatto, egli si trova in un paradosso emotivo che, sebbene promuova l'armonizzazione dei temi familiari lungo un processo di socializzazione, grava su di sé non solo attraverso la rapidità delle interazioni ma anche attraverso la modulazione affettiva sulla molteplicità dei tempi individuali dei singoli componenti della famiglia.

Si muove attraverso il necessario meccanismo delle alleanze e l'individuazione di appartenenze e affinità subito superate dallo scopo metacontestuale di non poter/dover scegliere ma, piuttosto, di favorire lo scambio senza farne parte; tentando, da una parte, di costruire un senso etico delle relazioni senza proporre il proprio e, dall'altra, di accedere all'appartenenza

attraverso i propri modelli senza interferire con quelli esistenti, vivendo all'interno ciò che gli altri propongono e proponendo metodi che hanno per contenuto l'esperienza stessa.

In breve, nella rapidità delle sequenze, si trova nella difficoltà del distinguo tra sé e gli altri contenendo le reazioni proprie ed altrui e armonizzandole in un significato.

A causa dell'alta frequenza e della varietà delle emozioni, che si sostituiscono prima ancora di modificarsi e consumarsi, e della non parzialità richiesta della relazione "prendendo le parti di qualcuno" (disvalore aggiunto alla terapia individuale dove, almeno simbolicamente, "si sta" soltanto dalla parte del paziente), ci si ritrova, spesso, con un "malloppo" emotivo difficile da decodificare e che porta sia alla scelta della coterapia sia a quella della supervisione.

Diacronicamente, infine, il terapeuta può arrivare alla scoperta "dell'universalità della differenza" rendendosi conto che esistono molte diverse vie per raggiungerla.

Attraverso la facilitazione di esperienza in contesti culturali distanti, approda ad una sorta di sacralità (unicità/immutabilità) frammentata del sentire seppure "deve" continuare a mantenere il senso di sé come intero nel tempo (divenire) e nello spazio (qui e ora) dando luogo alla costante alternanza tra continuità e discontinuità di sé.

EFFETTI PERSONALI

L'acquisizione di un relativismo culturale, che colloca l'individuo, idealmente, in una posizione di sempre crescente flessibilità (nelle più disparate circostanze) e tollerante (nei confronti delle sempre più evidenti differenti modalità di esistere), si sostanzia, sicuramente, di un'esperienza personale emotiva ed etica (di scelta nel modo di agire) di rilievo.

In quanto egli si trova esposto, nel percorso di vita, ad un rimaneggiamento quasi sostanziale del proprio punto di vista a vantaggio della conoscenza e dell'interazione con l'altro, con le parti oscure di sé e l'altro da sé.

Come sempre, il valore per una crescita o l'espressione di uno svantaggio, nello sviluppo personale, è nel rapporto che si viene a creare tra le parti dell'esistenza: il vivere, il sentirsi vivere e la sua riacquisizione come propria.

In altre parole: come queste acquisizioni diventano un patrimonio individuale, l'importanza che hanno l'intensità e l'utilità al momento in cui si vive, la durata dell'esposizione allo stimolo, gli strumenti di cui si dispone per poterli esperire come fluidi, spontanei, senza attivare il necessario circolo ermeneutica dell'interpretazione, qualora gli eventi fossero riconosciuti dissonanti dalla continuità dell'accadere.

Non si può certo dire che quello del terapeuta, per ciò che abbiamo fin qui tracciato, sia, almeno per alcuni aspetti, un viver facile.

A questo proposito, volevamo sottolineare ulteriormente come, nello specifico del sistema terapeutico familiare, possa annidarsi il rischio di un'alterata condivisione sociale che porrebbe il terapeuta usurato in una condizione di dislocazione relazionale-sociale afferibile ad un sentire nichilista¹ che percepisce l'inafferrabilità della realtà, l'irrazionalità delle origini e la possibilità di controllare esclusivamente i meccanismi e la costruzione delle norme.

Oppure, piuttosto, in una posizione edonistica², fondata sulla necessità di collocarsi costantemente anche nella vita personale ad un livello meta-contestuale, con difficoltà alle scelte delle proprie posizioni e conseguente capacità di agire (ipseità-splitting-inazione-non individuazione etica).

In questo mestiere, in definitiva, il terapeuta, esponendosi all'irriducibilità dell'esperienza umana come sofferenza, trova un punto di convergenza nel dolore che se per alcuni può sfociare in poesia per altri potrebbe rivelarsi un contributo alla trama dell'infelicità.

LA FORMAZIONE: CONTESTO DI RELAZIONI

La struttura sociale umana implica che il significato basilare dell'essere "esseri umani" risulti fondato sulle emozioni suscitate dalle interazioni reciproche con gli altri, volte a mantenere la coordinazione e il mutuo consenso tra le persone.

Pertanto, la ricerca umana del significato consiste nella costruzione di una comprensione in grado di rendere progettuale il futuro, a partire da un insieme di vincoli intersoggettivi specifici (relazione genitore-bambino, legami affettivi, coesione di gruppo ecc.) i quali definiscono una gamma di emozioni prototipiche (attaccamento e amore, lutto e dolore ecc.), finalizzate alla condivisione di significati, secondo una dimensione simbolico-linguistica comune (Guidano).

¹ Distruzione teorica e pratica dei valori tradizionali che annuncia il tramonto dell'uomo. Dissolversi della sostanza il suo perdersi nell'esperienza puntuale sensitivamente vissuta (per sé e in sé) che vanifica il senso dell'agire umano (espressionismo)

² Termine con il quale si indica sia la ricerca indiscriminata del piacere attuale e presente non calcolato, goduto momento per momento, in quanto da un bene futuro la speranza è sempre unita all'inquietudine causata dall'incertezza del destino sia la dottrina filosofica che considera il piacere come l'unico bene possibile e quindi come fondamento della vita morale. Dottrina sostenuta da una scuola socratica e poi da Epicureo.

Anche se nella psicologia il piacere è considerato come valore in funzione dello sviluppo armonico (dilettevole).

Identificare strumenti formativi utili alla gestione degli effetti disturbanti che si organizzano nell'esercizio della professione ed hanno un effetto a distanza nelle relazioni interpersonali e nel rapporto con sé stessi, significa tenere conto di alcuni aspetti del nostro modo di procedere (modello).

A partire dall'autoreferenzialità dei sistemi, la ricorsività della conoscenza e l'incompletezza di essa, nella comprensione della realtà che scegliamo di osservare, il modello prevede una costruzione, un edificio capace di rivedere gli esiti in ragione della loro modificabilità, seppure nel mantenimento della loro irriducibilità.

La psicoterapia ed anche la formazione hanno a che fare con la capacità umana di costruire storie.

La psicoterapia, e così pure la formazione, sono contesti di esperienza.

Abbiamo detto che nella struttura sociale e, quindi, anche in un setting formativo, il significato basilare degli esseri umani si fonda sulle emozioni suscitate dalle interazioni reciproche con gli altri le quali sono finalizzate alla coordinazione-consenso.

Pertanto, la ricerca di significato diventa una costruzione con un fine progettuale, a partenza da vincoli specifici, unilaterali, parziali, nella quale si vivono delle emozioni (prototipiche) allo scopo di creare condivisioni, in una dimensione linguistica simbolica.

In tale contesto a vincoli specifici, la ricerca di significato innesca un processo finalizzato alla *costruzione di comprensione* il quale, nel creare condizioni simbolico linguistiche, permette di convogliare il sistema verso una complessificazione.

All'interno dello stesso sistema di significati, la capacità di integrare gli eventi emotivi favorisce la specializzazione in settori piuttosto che la specializzazione parcellizzata dell'esperienza a discapito, quindi, del sé-identità e delle sue funzioni (essere agente nel mondo, mantenimento del senso di sé, apertura al mondo esterno, autoreferenzialità).

Va da sé, quindi, che quando si parla di formazione in psicoterapia corre l'obbligo di porre l'accento sulle eventuali conseguenze della professione sotto il profilo umano-esistenziale e che il formatore non può trascurarle ma deve tenerle in debito conto nella sua azione didattica.

Riteniamo, come già inizialmente sostenuto, che la formazione possa essere il luogo dove affrontare il fattore di rischio "asimmetria della relazione" e renderlo meno nocivo, luogo, pertanto, di prevenzione e di cura degli effetti iatrogeni della pratica psicoterapeutica, ambito nel quale si acquisisce la competenza di individuare gli scambi tra esperienza e sue spiegazioni, di costruire teorie sul mondo e su sé stessi.

Ma anche, formazione come un tempo nel quale rielaborare l'esperienza "del dover essere" nella relazione, nei termini di esperienza affettiva la quale

può favorire un'articolazione maggiore della conoscenza immediata stessa. Processo che consente di mantenere un'osmosi tra la relazione terapeutica e le altre relazioni affettive, con il duplice fine di "conoscerle" e di "migliorarle", ritenendole un unico modo che l'individuo ha di costruire un "rapporto fisso" tra sé e l'altro da sé seppure nel mantenimento della specificità e separatezza dei contesti d'azione del lavoro e della vita personale.

È utile che la formazione si soffermi sui processi di auto-osservazione (polarità del sistema osservatore-osservato che spesso privilegia l'eterosservazione e sviluppo della propria trama narrativa), di negoziazione (costruzione e condivisione dei significati che dà voce agli aspetti narrativi e paradigmatici dell'esperienza, condivisione di contesti/esperienza estesa all'altro), di reciprocità (equilibrio dinamico tra il professionale ed il personale).

Tali processi, opportunamente trattati e presidiati, possono diventare dei veri e propri strumenti di gestione per l'aspirante psicoterapeuta, se imparerà ad adoperarli in maniera adeguata e pertinente.

L'auto-osservazione può contribuire a rendere più flessibile la propria trama narrativa; ciò promuove, nel terapeuta, una più vantaggiosa articolazione della conoscenza tacita grazie alla quale viene resa possibile una migliore presa d'atto delle sfumature emotive, mantenendole al di sotto della soglia della tollerabilità. Ne consegue una maggiore stabilità emotiva.

La negoziazione è finalizzata alla creazione di un contesto di comprensione e spiegazione della realtà nel quale l'ambito di appartenenza può essere messo a confronto con altri ambiti esterni e con il mondo della "cultura" in senso lato.

La reciprocità va intesa come relazione indirizzata al recupero di un equilibrio dinamico tra il personale ed il professionale. Il "professionale" assume significato all'interno del "personale". Si stabilisce, quindi, la priorità del personale (individuale) rispetto al professionale (funzionale) facilitando, in un certo senso, l'interesse per il mondo esterno (p. es., il ruolo dell'esperienza come terapeuta). Migliora, in questo modo, l'attitudine verso sé stessi passando attraverso l'esame di realtà/relazione con la realtà, favorendo l'appartenenza, la contestualizzazione (anti-solipsismo).

In altri termini, riteniamo che l'idea di senso comune secondo cui un terapeuta, in virtù del semplice svolgimento della sua peculiare attività professionale, dovrebbe essere allenato a gestire i propri stati emotivi ed i rapporti interpersonali non corrisponda a verità.

Per raggiungere questo traguardo, occorre un'attenzione continua alle insidie che si annidano fra le pieghe della professione le quali, non sempre, risultano prevedibili ad occhi non sufficientemente allenati ad individuarle. Ancor più quando, pregiudizialmente, non solo per senso comune ma anche per profonda convinzione, l'aspirante terapeuta arroga a sé una capa-

cità quasi innata o, se non tale, che viene acquisita (e, quindi, intrinseca) con la pratica quotidiana.

Questo pregiudizio è la strada più breve per raggiungere l'indurimento emotivo/rigidità affettiva, il decentramento cognitivo, il ritiro/solipsismo.

Una maggiore conoscenza di sé, dei temi di fondo personali, delle proprie trame narrative, del proprio stile affettivo, dei significati personali può dar luogo non più a processi imprevedibili ed inaspettati bensì a processi di riconoscimento grazie ai quali esplorare settori di sé, con successiva riorganizzazione del proprio senso di continuità e complessità.

Interessante, altresì, potrebbe rivelarsi anche la risorsa "socialità". L'importanza delle relazioni sociali e l'impegno volto a mantenerle ci ricorda la conversazione gioviale nel dibattito settecentesco concepita come un'attività di gruppo che voleva favorire il progresso della ragione, offrendo un metodo d'indagine aperto e attento ai migliori argomenti e inteso sia ad assicurare concretamente la coesione sociale sia a rafforzare l'interesse per il bene pubblico.

La conversazione, in primo luogo, un metodo di pensiero.

Il processo formativo, quindi, si estende al sistema osservatore-osservato focalizzando l'attenzione su entrambe le polarità.

L'epistemologia sistemico-processuale, che prevede come sistemi di conoscenza l'interdipendenza, appunto, tra osservatore ed osservato, enfatizza, in modo determinante, il valore della soggettività. L'individuo, da questa prospettiva, accede, nel tempo, ad elaborazioni e rielaborazioni di ciò che sperimenta dentro e fuori di sé, fino ed oltre il raggiungimento di una consapevolezza del limite del proprio punto di vista del conoscere e, quindi, del riconoscimento di altre unilaterali-soggettività coesistenti e cointeragenti. Recupera l'opportunità della reciprocità/idiosincronicità, perde il senso dell'assoluto.

CONCLUSIONI

Lontani dal credere che i danni derivanti dalla pratica della psicoterapia debbano essere sempre così gravi, come una rottura del senso di sé o dell'agire, pur tuttavia, possiamo immaginare gradi di sofferenza dovuti, come abbiamo visto, alla necessità di dover lavorare sulla modulazione emotiva in senso affettivo e di consapevolezza (effetto disturbante per quantità).

In un sistema concettuale che prevede l'autoreferenzialità, la pratica psicoterapeutica non può non essere vista come un'esperienza significativa che, per qualità e tempi, rischia di creare disordine nel senso dell'affettività e dell'immagine di sé dell'individuo-terapeuta nonché produrre una sorta di dislocazione sociale (intesa come difficoltà di collocarsi socialmente, nelle relazioni sociali).

Secondo l'orientamento olistico, seppure nella differenza delle posizioni, l'approccio alla conoscenza e, quindi, all'esistenza, è una costante. Se l'individuo, per mantenere stabile il senso di sé e la sua continuità, può accedere alla comprensione di alcuni elementi della realtà e stabilire "affetti" in modo che questi non diventino di rottura con la sua immagine, siamo portati a credere che anche l'ambito formativo sia tenuto a puntare alto.

Siamo portati a convenire con l'assunto che il riordinamento del mondo è inseparabile dal nostro esserci ovvero che la conoscenza può essere equiparata all'esistenza (Maturana).

Riteniamo che

- le teorie hanno a che fare con le emozioni previste;
- i nostri racconti, le nostre storie sono le condizioni delle nostre esperienze;
- le realtà sostenute sono quelle che abbiamo previsto ed hanno trovato la via per essere espresse;
- per comunicare abbiamo bisogno di temi per noi significativi per poterli rendere comprensibili ad altri;
- nel nostro modo di stare nel tempo tramiamo, spesso, per poterci soffermare a creare opportunità di nuovi eventi, in un gioco alternato di stabilire relazioni e ritrovarsi più compatti e individui che mai.

Per concludere, quindi, riteniamo che il processo formativo debba essere in grado di sviluppare la capacità di mettere in sequenza gli eventi e le trame narrative e di poterli ricombinare tra loro, in una forma stabile che restituisca senso all'esperienza, all'interno del sistema di riferimento-osservatore.

Esso potenzia un'attitudine verso di sé che consente un'immagine di sé (consapevolezza) articolata al punto da sostenere l'esperienza nel miglior modo possibile, inserendo-escludendo trame e teorie possibili.

Tale modello formativo prevede un approccio esperienziale-esistenziale, puntato sui contesti piuttosto che sui contenuti. Le azioni formative non sono viste come comportamenti bensì come costruzione coerente, seppur discontinua, con i significati.

Questo contesto favorisce gli eventi e fornisce un metodo di lettura dell'esperienza e, nell'atto stesso di farlo, promuove esperienza. Altresì, diventa un crocevia di identità e dissonanze utile allo scopo di attivare emozioni-destabilizzazioni-relazioni e/o consapevolezza e a costruire obiettivi coerenti ai singoli-molteplicità e ai gruppi-unicità.

Così impostata, potrebbero esserci buoni margini di probabilità che la formazione in psicoterapia possa contribuire alla prevenzione ed alla cura degli effetti iatrogeni della pratica psicoterapeutica.

BIBLIOGRAFIA

- Agemben G. (1978) *Infanzia e storia*, Edizioni Einaudi, Torino
- Ambrosi E. (a cura di) (2005) *Il bello del relativismo* Marsilio Editori, Venezia
- Antiseri D. (2005) *Relativismo, nichilismo, individualismo*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli
- Borgna E. (2005) *Lattesa e la speranza*, Feltrinelli Editore Milano
- Bruner J. (1986), *Actual Minds, Possible Worlds*, Harvard University Press, Cambridge (Mass) – London [Ed. It. (1988), *La Mente a più dimensioni*, Edizioni Laterza, Bari]
- Cacciari M. (1990) *Dell'Inizio*, Adelphi Edizioni, Milano
- Czarniawska B. (1997), *Narrating the Organization. Dramas of Institutional Identity*, by The University of Chicago [Ed. It. (2000), *Narrare l'organizzazione, La costruzione dell'identità istituzionale*, edizioni di Comunità, Torino]
- Damasio A.R. (1999), *The Feelings of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, [Ed. It. (2000), *Emozione e Coscienza*, Adelphi Edizioni s.p.a., Milano]
- De Benoist A. (2003) *Le sfide della post-modernità*, Arianna Editrice
- Guidano V.F. (1987), *Complexity of the Self*, Guilford Press, New York [Ed. It. (1988), *La Complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino]
- Guidano V.F. (1991) *The Self in Process. Toward a Post-Rationalism Cognitive Therapy*, Guilford Press, New York [Ed. It. (1992), *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino]
- Kaneklin C., Scaratti G. (a cura di) (1998), *Formazione e Narrazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Kuhn T.S. (2000), *Dogma contro critica*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Lichtner M. (1999), *La qualità delle azioni formative*, FrancoAngeli s.r.l., Milano
- Lyotard J.F. (1979), *La Condition Postmoderne*, Le Editions de Minuit, Pars [Ed. It. (2000), *La condizione postmoderna*, 13^a ed., Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano]
- Petronio G., Spina M. (1999) *Postmoderno?*, Gamberetti Editrice, Roma
- Rorty R. (1989), *Contingency, irony, and solidarity*, Cambridge University Press, ed. It. 1989, Edizioni Laterza, Bari
- Vattimo G. (1980), *Le avventure della differenza*, Ed. Garzanti
- Vattimo G. (1987), *Filosofia* 86, Edizioni Laterza, Bari
- Volpi F. (1996) *Il Nichilismo*, Editori Laterza, Bari

RIASSUNTO: Il mestiere di psicoterapeuta (soprattutto per la durata e le specifiche caratteristiche della rapporto terapeutico) implica sia la capacità di entrare ed uscire dalla relazione con il paziente sia, di conseguenza, l'abilità di gestire gli stati emotivi che vengono espressi in quel contesto: quelli dei pazienti e quelli del terapeuta. È necessario, quindi, che que-

st'ultimo abbia l'accortezza di non confondere i primi con i secondi e che cerchi, conoscendoli, di non farsi ferire dagli effetti che la scarsa considerazione dei fattori di rischio, che verranno presi in considerazione in questo lavoro, potrebbe produrre.

Parole chiave: asimmetria, attesa, disincanto, edonismo, evento, etica, flessibilità, formazione, immutabilità, irrigidimento, nichilismo, relazione, rischio, sacro, sociale.

SUMMARY: Being a psychotherapist means to be able to be in and out the relationship with the patient and, consequently, to be able to manage the emotional states expressed in that context: both the patient's and the therapist's emotional states. Therefore, the therapist must pay attention not to confuse the first with the second and not to be wounded by his job's risk factors – that will be described in this article.

Key Words: asymmetry, disenchantment, edonism, ethics, event, flexibility, nihilism, relationship, risk, sacred, social, stiffening, training, unchanging, waiting.

Sergio Cingolani

L'USURA PROFESSIONALE DEL TERAPEUTA DA UNA PROSPETTIVA COGNITIVISTA. Risultati di un'indagine esplorativa

INTRODUZIONE

A d ogni categoria professionale spetterebbe il compito di commissionare studi sulle patologie legate all'esercizio delle rispettive professioni, di analizzarne i risultati e di pubblicizzarne i rimedi. Il mondo della psicoterapia è però, da questo punto di vista, ancora molto indietro. La letteratura specialistica è colma di dati sugli effetti della psicoterapia sui pazienti ma sappiamo ancora pochissimo degli effetti su chi la pratica. Eppure in Italia ci avviamo verso la cifra dei 40.000 praticanti mentre negli Stati Uniti è stata già da tempo varcata la soglia dei 200.000. Si tratta di numeri di interesse sociale: che ne sarà di costoro tra venti, trent'anni? Si può fare qualcosa per aiutarli a prevenire eventuali rischi professionali?

Qualche risposta la possiamo trovare in alcuni studi, statunitensi per lo più, che però hanno interessato popolazioni spurie, non composte cioè né da soli psicoterapeuti né tanto meno da soli psicoterapeuti di un particolare orientamento ma bensì da generici "helping professionals" che per definizione includono – insieme agli psicoterapeuti professionisti – operatori di comunità, assistenti sociali, infermieri, psicologi, medici di pronto soccorso, psichiatri, ecc., impegnati in generiche relazioni "terapeutiche" con altrettanto generiche popolazioni di pazienti.

Fatta salva questa premessa c'è da dire comunque che non si tratta di risposte incoraggianti. Nelle tre più importanti ricerche tese a verificare l'impatto di una professione di aiuto sulla vita di relazione extralavorativa di chi la pratica – ricerche condotte su scala nazionale negli Stati Uniti sotto l'egida dell'American Psychological Association – troviamo cifre tutt'altro che rassicuranti: Deutsch (1985) rileva che il 75% dei terapeuti intervistati denuncia problemi di varia natura nella vita di relazione extralavorativa; Norcross e Prochaska (1986a,b) segnalano che un terzo del campio-

ne esaminato identifica nei problemi coniugali una delle maggiori cause di difficoltà personale. Gli stessi risultati li troviamo anche nella ricerca condotta da Guy e Liaboe nel 1986. Questi dati andavano oltretutto a confermare quelli già descritti in tre studi precedenti (Ford, 1963; Looney e coll., 1980; Schofield, 1964), e troveranno riscontro in due importanti articoli successivi (Freudenberger, 1990; Norcross e Guy, 1989). In molti dei lavori citati si è inoltre accertato che i terapisti con maggiore anzianità di servizio e più abili nella gestione delle relazioni terapeutiche erano afflitti da problemi nei rapporti non-professionali in misura significativamente maggiore rispetto al resto del campione – pur risentendo di questi problemi, nello svolgimento delle loro mansioni lavorative, significativamente di meno dei loro colleghi professionalmente più giovani ed evidentemente meno capaci di fare filtro per lasciare certe pressioni emotive fuori dalla stanza di terapia.

Si tratta di dati abbastanza sorprendenti. Anche ammesso infatti che questo deterioramento poggi su un generale (e generico) naturale, progressivo complessificarsi della vita di relazione degli individui a prescindere dalla loro professione, resterebbe comunque delusa aspettativa ben radicata nel senso comune e cioè che l'affinamento professionale delle capacità di gestione di una relazione possa garantire di per sé una migliore qualità della vita di relazione *tout court*, anche fuori dal set terapeutico. Come già accennato inoltre, alcuni studi (cfr. p. es. Norcross e Guy, 1989) evidenziano come i dati sulla evoluzione dei rapporti interpersonali dei terapisti risultano alla lunga profondamente divaricati: da un lato c'è l'evoluzione positiva nel modo di stare in terapia e di sentirsi in rapporto ai pazienti e dall'altro quella negativa che riguarda i rapporti extralavorativi. Eppure la materia che viene gestita sempre meglio nella situazione terapeutica è la stessa che invece finisce per problematizzarsi nella vita di tutti i giorni: si tratta pur sempre di relazioni significative nella quali si è direttamente coinvolti.

Molti autori segnalano infine come l'impatto negativo dei mestieri di aiuto sulla vita di relazione extralavorativa possa sfociare in vissuti di profondo isolamento psicologico ed emotivo accentuato per di più dall'isolamento fisico che nella maggioranza dei casi caratterizza l'organizzazione del setting terapeutico. Thorenson e coll. (1983) parlano di un buon 8% di professionisti in forti difficoltà al riguardo, mentre Layne (1978) segnala che anche dopo un breve training in psicologia clinica gli studenti tendono a diventare più introversi e distaccati (cfr. al riguardo anche Bermak, 1977; Chessik, 1978; Deutsch, 1984; Farber, 1983a, 1985a; Goldberg, 1986; Greben, 1975; Guy, 1987; Hellman e coll., 1986; Henry, 1966; Henry e coll., 1973; Kottler, 1986; Tyron, 1983a,b). Per ironia della sorte,

sembra oltretutto che il senso di diversità e di isolamento sia uno dei problemi principali che il giovane aspirante terapeuta pretenderebbe di risolvere scegliendo di impegnarsi in una professione di aiuto. Henry, Sims e Spray (1973) accertarono infatti che su 100 professionisti intervistati, 60 avevano vissuto gli anni precedenti all'ingresso nella professione più isolati della media. In uno studio ormai classico del 1958 (ripreso e confermato nel 1986 da Guy e Liaboe) Wheelis accertò che sono tre gli elementi su cui mediamente poggia la motivazione al diventare terapeuti: un maggior senso di solitudine rispetto alla media; un maggior senso di vulnerabilità che comporta una maggiore difficoltà all'apertura sociale rispetto alla media e, infine, l'attesa e il desiderio di risolvere isolamento e vulnerabilità attraverso la scelta della psicoterapia come professione.

Con il patrocinio e il finanziamento della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC) abbiamo condotto negli scorsi anni – con la collaborazione di Nicola Butera e Maria Antonietta Cosentini – un lavoro di ricerca teso a indagare gli effetti collaterali della psicoterapia sui terapeuti. Alla ricerca hanno partecipato tutti gli 857 soci della SITCC, psicoterapeuti con una formazione coerentemente cognitivista, quasi esclusivamente medici e psicologi, ai quali è stato somministrato un questionario elaborato in collaborazione con gli epidemiologi dell'Istituto Superiore di Sanità¹ e composto da 22 domande. Hanno restituito il questionario in forma anonima e debitamente compilato 232 colleghi. Scopo dello studio era quello di indagare sul se e sul come la pratica della psicoterapia potesse influire sulla vita personale del terapeuta. Più nello specifico, si è voluto indagare su eventuali modificazioni negli assetti emotivi e sociali in rapporto all'esercizio della psicoterapia cognitiva. Coerentemente con gli spunti emersi dalla letteratura citata la ricerca era infatti guidata dall'ipotesi secondo cui l'acquisizione di una maggiore esperienza professionale avrebbe potuto determinare nel corso del tempo – rispetto al periodo precedente l'inizio della carriera – un qualche effetto negativo sullo stato emotivo e sulla gestione dei rapporti extralavorativi dei terapisti.

RISULTATI

Dalla nostra indagine è emersa innanzitutto una generale soddisfazione per la scelta della professione di psicoterapeuta. In particolare sono state sottolineate proprio le ricadute benefiche che il suo esercizio comporta nella vita personale di chi la pratica – tanto nel favorire un miglior rapporto con se stessi che nell'acquisizione di strumenti utili alla gestione delle relazioni interpersonali dentro e fuori dall'ambito lavorativo. Scomponendo il

¹ Un ringraziamento particolare va, in questo senso, al prof. Pier Luigi Morosini.

campione si è però potuto constatare che, a conferma dell'ipotesi di lavoro, al crescere dell'esperienza lavorativa corrispondeva un progressivo ridimensionamento di quel beneficio e addirittura una sua inversione di segno. Fino ad arrivare in una quota piccola ma significativa di casi del sottocampione dei più esperti alla denuncia di un profondo disagio personale causato dall'attività lavorativa e caratterizzato dalla percezione di crescenti difficoltà (rispetto al periodo precedente il debutto lavorativo) sia negli assetti psicoemotivi personali che nei rapporti interpersonali extralavorativi – tanto che paradossalmente è stato proprio dal sottogruppo di coloro che potevano vantare le migliori carriere professionali (per durata di attività e per numero di pazienti) che è arrivato il maggior numero di risposte negative alla domanda “Rifaresti oggi la medesima scelta professionale?”.

Più in particolare, dall'analisi statistica dei dati² è risultata una peggiore influenza della pratica nei rapporti extraterapeutici da quanto più tempo si esercitava la professione e quanto maggiore era il numero di sedute svolte in una settimana³. Nel rispondere ad esempio alla domanda “Nei rapporti extraterapeutici hai l'impressione che la pratica stia contribuendo a farti sentire più...”⁴ costoro in modo statisticamente significativo sceglievano prevalentemente le voci dei fattori Ostile e Difeso. Un alto numero di sedute settimanali correlava inoltre positivamente con la percezione di un maggiore disagio emotivo rispetto al periodo precedente l'inizio dell'attività, mentre tanto la durata della professione che il numero di sedute svolte a settimana correlavano negativamente col desiderio di riscegliere la professione.

I risultati della ricerca ci dicono dunque molto chiaramente alcune cose. In primo luogo che può ingenerarsi un disagio nella vita personale del terapeuta quale diretta conseguenza della sua pratica professionale. In secondo luogo che questo disagio viene avvertito maggiormente dai colleghi che lavorano di più e da più tempo (il che configura più un quadro di “usura” che di generico “stress” professionale). In terzo luogo che questa condizione di usura

² Di cui la ricerca è debitrice alla collega Liuva Capezzani.

³ Valutazioni soggettive su scala Likert a 7 punti bipolari. Correlazioni Spearman, significative per $p < .05$.

⁴ Domanda a risposta multipla. La ricerca deve all'intuito e alla competenza di Roberto Mosticoni, didatta della SITCC, l'accorpamento delle 27 voci di risposta alla domanda in 4 raggruppamenti maggiori: OSTILE (a cui afferiscono le voci *noncurante, distaccato, indifferente, insincero, freddo, critico*); APERTO (*interessato agli altri, partecipe, disponibile per le confidenze altrui, espansivo, coinvolto, tollerante*); EFFICACE (*sicuro, risoluto, disinvolto, spigliato, diretto, schietto*) e DIFESO (*isolato, annoiato, incompreso, diffidente, riservato, chiuso, elusivo, controllato, costruito*).

non sembra comportare di per sé evidenti danni lavorativi dal momento che i soggetti più a rischio compaiono proprio tra coloro che possono vantare le maggiori soddisfazioni professionali tanto per durata di carriera che per quantità di clienti (il che rende inapplicabile anche la definizione stretta di “burnout” visto che una delle tre scale che lo evidenziano è proprio quella della insoddisfazione per mancanza di riconoscimenti professionali).

Preso atto di questi risultati abbiamo cercato specificare meglio quella “maggiore esperienza” dei colleghi più a rischio. Potevamo intenderla ad esempio come sinonimo di una loro “maggiore competenza *attuale*”? Poteva essere valida, in altri termini, l'equivalenza maggiore competenza attuale-maggiore usura professionale?

Abbiamo provato ad incrociare i dati sulle ricadute emotive e relazionali dell'attività nella vita personale dei terapeuti con quelli emersi dalle risposte sulla percezione della loro competenza al momento dell'indagine (quanto ad orientamento diagnostico, controllo delle proprie reazioni emotive in seduta, uso strategico della self-disclosure e tempi di sintonia con i pazienti) ma non è emersa alcuna correlazione significativa: non era nel gruppo di costoro che andavano cercati i soggetti più a rischio, e non era dunque nel senso della maggiore competenza attuale che andava specificata quella “maggiore esperienza” foriera a lungo termine di disagio per il terapeuta.

Ci siamo domandati a questo punto cosa sarebbe accaduto se invece di prendere in esame soltanto la variabile della competenza attuale avessimo preso in considerazione la differenza tra il grado di competenza attuale e quello riferito all'inizio dell'attività e l'avessimo poi messo in relazione con il grado di usura. La variabile significativa diventava così *il guadagno di competenza nel corso della carriera* – un modo per specificare la “maggiore esperienza” professionale nei termini di un “maggiore esercizio-apprendimento” delle competenze terapeutiche *in vivo* nel corso dell'attività.

Questo secondo tentativo si è dimostrato più proficuo: i colleghi che segnalavano i maggiori incrementi di competenza dagli esordi professionali ad oggi (quanto a maggiori capacità di orientamento diagnostico, di tempi minori nel conseguimento di una soddisfacente sintonia con i pazienti, di capacità autocontrollo in seduta e di uso strategico della self-disclosure) erano anche quelli che in modo statisticamente significativo rispetto al resto del campione riferivano:

- (a) carriere più lunghe;
- (b) di svolgere un maggior numero di sedute a settimana;
- (c) una peggiore competenza iniziale (e cioè una minore capacità di orientamento diagnostico e di sintonizzazione con i pazienti e più scarse competenze nel gestire con finalità strategiche tanto le proprie reazioni emotive in seduta che le aperture al paziente sul proprio materiale per-

- sonale: vissuti emergenti in seduta, informazioni sulla propria vita, opinioni personali, ecc.);
- (d) una maggiore competenza attuale su quelle stesse variabili appena descritte, ma anche
 - (e) i peggiori effetti usuranti della pratica sulla propria vita al di fuori delle sedute: una ingravescente sensazione, rispetto agli esordi professionali, di peggioramento nel rapporto con se stessi e con gli altri (sentendosi più “ostili” e “difesi” e meno “aperti” nei rapporti interpersonali extralavorativi) e inoltre una minore propensione a riscegliere la carriera di psicoterapeuta.

L'identikit del terapeuta a rischio che ne è emerso è dunque quello di un terapeuta scarsamente preparato nei primi anni di attività ma che nonostante le prevedibili maggiori difficoltà iniziali decide comunque di proseguire nella professione riuscendo nel corso del tempo a recuperare un buon senso di competenza attraverso l'esercizio della psicoterapia mettendo a frutto l'esperienza diretta che gli deriva dalla pratica clinica; fino ad ottenere i maggiori incrementi di competenza, i migliori riscontri professionali (lunghe carriere e un alto numero di pazienti) ma anche i maggiori effetti usuranti.

DISCUSSIONE

Dei tanti spunti di riflessione che questi risultati sollecitano cercherò qui di mettere in particolare evidenza la funzione preventiva di un buon percorso formativo. A parità di durata di carriera infatti i colleghi che hanno potuto contare fin dall'inizio su una più sicura capacità di gestione delle sedute risultano anche i meno esposti nel tempo al rischio-usura. Sarà bene sottolineare subito, però, che questa maggiore capacità non riguarda soltanto le competenze tecniche frutto esclusivo di studi teorici più o meno approfonditi sulla nosografia, sulle tipologie di intervento, sull'assessment, ecc., ma anche e soprattutto le competenze *relazionali* del terapeuta (come la capacità di stabilire una più sollecita e profonda sintonia con i vissuti e i punti di vista di un altro essere umano, una minore propensione all'acting-out nelle relazioni interpersonali, una più piena consapevolezza dei propri stati emotivi, dei punti di forza e di carenza del proprio repertorio affettivo, dei propri stili di attaccamento, ecc.) competenze che possono metterlo in grado di gestire al meglio fin dai primi passi quell'essenziale strumento di cambiamento in psicoterapia che è la *persona* del terapeuta nella relazione col paziente, attraverso un dosaggio attento e ben orientato strategicamente di sé in funzione delle esigenze di ogni singolo momento terapeutico⁵.

⁵ In una ricerca ormai classica del 1986, Stiles e coll. arrivarono alla conclusione che l'efficacia della psicoterapia debba essere ricercata più in “fattori aspecifici” (ad esempio in

Se ne deduce, e la ricerca lo evidenzia con chiarezza, che non solo per migliorare l'efficacia della pratica ma anche per prevenirne gli effetti usuranti sia indispensabile un lavoro approfondito del trainee su di sé, sul suo modo di essere e sul suo "saper essere" in una relazione interpersonale che alla luce dei fatti è almeno altrettanto importante del suo "sapere" e di quel "saper fare" che gli deriva dalla conoscenza teorica di certe procedure (Cionini, 1996).

Questo lavoro e le consapevolezze che, se ben condotto, ne possono derivare, sono puntelli necessari al mantenimento di un adeguato ancoraggio interno e alla preservazione di una consistenza personale che l'esercizio intenso e prolungato nel tempo delle funzioni terapeutiche rischia inevitabilmente di mettere a repentaglio.

Sarà ora il caso di provare a tratteggiare queste funzioni (da una prospettiva cognitivista) perché solo così potremo capire cosa effettivamente tende ad usurarsi nel corso del tempo.

1. Cominceremo parlando della funzione più prettamente *cognitiva* del terapeuta, che si esercita nella necessità di comprendere e sussumere il punto di vista dei pazienti al fine di concepire interventi in grado di modificarlo.

Perché un processo di distanziamento e di riarticolazione della visione di sé e del mondo del paziente possa aver luogo è indispensabile che egli arrivi a sperimentare alcuni eventi cognitivamente significativi. Per favorire questo esito il terapeuta dovrà costantemente monitorare il rapporto tra l'esperienza immediata di sé del paziente e i suoi schemi di consapevolezza in corso, perché solo muovendosi con cautela su questo delicato equilibrio sarà in grado di provocare un cambiamento a livello cognitivo attraverso interventi (metafore, parole-chiave, ridefinizioni) che siano al contempo "plausibili e incoerenti" (Ugazio, 1984) rispetto agli schemi attuali del paziente – favorendo per questa via quel certo grado di ambiguità necessario ad una riarticolazione evolutiva del suo sistema di significati. Se il terapeuta infatti – nell'aiutare il paziente a concepire e sperimentare da un diverso punto di vista certe relazioni interpersonali significative, certi dati di esperienza o certe memorie riaffioranti – dovesse sottovalutare o, al contrario, sopravvalutare il grado di astrazione e flessibilità degli schemi di consapevolezza in corso del paziente correrebbe il rischio, nel primo caso, di non essere di alcun aiuto, nulla aggiungendo a ciò che il paziente già conosce di sé (l'intervento peccherebbe, da punto di vista del paziente, per eccesso di "plausibilità") e, nel secondo, di formulare interventi incomprensibili o addirittura

certe caratteristiche *personali* del terapeuta) che in "fattori specifici" (direttamente derivati cioè da specifiche teorie della tecnica di specifici orientamenti terapeutici).

tura causa di una vera e propria patologia iatrogena – per l’impatto insostenibile di un intervento troppo “incoerente” con lo status quo e dunque potenzialmente in grado di innescare un riordinamento personale regressivo e sintomatico (Cingolani, 1997).

2. Un’altra funzione fondamentale per un terapeuta (cognitivista, ma non solo) è quella connessa alla sua posizione *emotiva* nella relazione terapeutica, in riferimento alla costruzione di un adeguato clima emotivo e a alla gestione di quegli accadimenti in seduta a forte impronta affettiva che immancabilmente ne costellano l’andamento. In questi casi il cambiamento più che sul versante cognitivo e delle visioni del mondo si gioca su un versante squisitamente relazionale, e la reciprocità emotiva implicata dalla relazione terapeutica ne rappresenta il contesto-principe.

È del resto ormai accertato che l’efficacia di un intervento risulta avvantaggiata dalla presenza di un livello apprezzabile di coinvolgimento emotivo del terapeuta: l’azione terapeutica risulterà più credibile e il clima del rapporto più fiducioso. Ne consegue che il manifestarsi dell’affettività in seduta – lungi dall’essere visto come un ostacolo al processo terapeutico – rappresenta un’opportunità importante sulla strada del cambiamento. Di nuovo però, perché l’intervento sia efficace c’è bisogno che il terapeuta orienti attentamente, oltre alle sue competenze cognitive, anche le sue risposte affettive. Egli non potrà permettersi, in altri termini, di essere genericamente “spontaneo” in seduta, ma sarà tenuto ad esprimere la sua affettività dalla sola prospettiva del vantaggio terapeutico (oltre che del codice deontologico), tenendo sempre ben presente il significato che la sua figura riveste di volta in volta e momento per momento nella costellazione emotiva e negli schemi di attaccamento dei suoi pazienti: comprendendoli al pari delle loro caratteristiche più squisitamente cognitive. In seduta egli dovrà far ricorso non solo alle sue capacità strettamente tecniche ma anche al suo bagaglio personale e relazionale, inclusa la sua affettività: usando-*si* con accentuazioni e toni di volta in volta diversi, dando fondo a tutte le sfumature nelle quali potrà articolarsi la sua affettività; sarà solo in base al successo di questa assidua e responsabile ricerca di complementarietà che si potrà conseguire una buona “alleanza terapeutica” (Horvath e Greenberg, 1994) o un rapporto terapeutico come “base affettivamente sicura” (Bowlby, 1982), piuttosto che come ideale contenitore per un’esperienza emozionale correttiva” (Peterfreund, 1985), ecc.

La più profonda implicazione del ruolo di cambiamento svolto da un terapeuta cognitivista risiede dunque nel paradosso che scaturisce da questa sua duplice e contraddittoria incombenza: *essere* una presenza affettivamente significativa per i pazienti (e dunque una presenza *im*-mediatamente agita nella relazione) e, insieme, *costruire-rappresentare* quella presenza in

modo mediato dalla consapevole finalità di dover salvaguardare e promuovere il benessere dei suoi pazienti. Si potrebbe definire questa condizione come il paradosso dell'“essere-nel-dover-essere” (Butera e Cosentini, 2003).

Se proviamo ora a pensare all'esercizio delle funzioni terapeutiche appena descritte per ognuna delle decine di migliaia di sedute che compongono la carriera di un terapeuta professionista, con la necessità di slittare da un assetto all'altro paziente dopo paziente e da un momento all'altro delle vicende di ogni singolo paziente, si capirà anche come e quanto ad essere abnormemente sollecitata sia soprattutto l'articolazione tra l'esperienza immediata di sé del terapeuta e la consapevolezza che ne filtra e governa la rappresentazione in seduta (articolazione Io/Me nella terminologia di Guidano, 1991). L'usura che questa articolazione fatalmente subisce mette a rischio il terapeuta di due possibili slogature, che possono verificarsi in una doppia direzione: nella direzione di un eccesso di disponibilità di consapevolezza a causa dall'aspezzazione delle sue funzioni cognitive o, al contrario, nella direzione di un eccesso di esperienza immediata, emotivamente densa, vissuta in seduta e non adeguatamente articolata dalla consapevolezza.

Ma vediamo le due opposte slogature una per volta.

1. La prima slogatura può verificarsi per l'iperflessibilizzazione della funzione *cognitiva* a causa di un eccesso di consapevolezza del terapeuta (Me) a scapito dell'esperienza immediata di sé (Io).

L'abilità nella ricostruzione di un punto di vista, di una trama di valori, di un sistema di convinzioni, nel rivedere l'esperienza umana sotto molteplici punti di vista per far sì che possa essere ricombinata in un nuovo punto di vista, dopo averla ben sviluppata come competenza professionale un terapeuta non può non assumerla su di sé. Il risultato è che nel corso del tempo egli diviene sempre più esperto non solo nel far decentrare i pazienti dalla loro esperienza immediata ma anche nel manipolare la *propria* esperienza personale, polverizzandola (per riflesso condizionato o per “vizio professionale”) in una miriade di possibili versioni. Questa iperarticolazione della trame narrative non può non comportare un forte incremento di consapevolezza (e per di più di una consapevolezza “fredda”, desunta e vicariata indirettamente da quella dei pazienti) a scapito dell'immediatezza del sentire. Come in un ricorrente *déjà-vu* c'è il rischio che un velo di scontatezza avvolga l'esperienza, e la capacità di relativizzare e capovolgere ogni punto di vista può svilupparsi fino al punto estremo in cui si rischia, in mancanza di una robusta consapevolezza di sé, di perdere una prospettiva definita anche su se stessi: certi terapeuti impreparati a queste sollecitazioni quasi scompaiono come individui. Diventano persone che stanno lì semplicemente per qualcun'altro, piuttosto che esistere per se stessi (Guy, 1987;

Storr, 1979). E l'inconsistenza cui vanno incontro rappresenta qualcosa di molto vicino ad un fenomeno che uno psicoterapeuta ben conosce e che va sotto il nome di *depersonalizzazione* (il che è abbastanza grottesco, visto che si sceglie questo mestiere proprio per occuparsi di *persone*).

2. La seconda slogatura si verifica in direzione contraria alla precedente ed è quella che può nascere dall'esercizio della funzione *affettiva* del terapeuta, configurandosi come un eccesso di esperienza immediata di sé (Io) non adeguatamente articolata dal sé narrante (Me).

Per un terapeuta la fatica terapeutica dell'essere-nel-dover-essere è costante ma in alcuni momenti si esaspera decisamente, come ad esempio in quei casi in cui deve fare i conti con le emozioni "calde", urgenti e intense derivanti dalla sua vita attuale, dall'andamento della seduta, oppure generate dalle risonanze della sua storia personale con quella del paziente. In uno studio del 1993, Pope e Tabachnick hanno accertato, per esempio, che l'80% dei terapisti interrogati sperimentavano in seduta sentimenti forti e fonte di potenziale intralcio al buon andamento della terapia: paura, rabbia, attrazione per i pazienti, ecc. Hellman e i suoi collaboratori dal canto loro, in un lavoro di ricerca del 1986 hanno identificato, tra le fonti di maggiore stress per il terapeuta, proprio la necessità di gestire con cura le aperture sul materiale personale, per evitarne i riflessi potenzialmente negativi sul paziente (cfr. anche Bermak, 1977; Chessick, 1978; Deutsch, 1984; Greben, 1975; Guy, 1987; Hellman e coll., 1987; Pope, Keith-Spiegel e Tabachnick, 1986). Per quanto infatti in certi momenti sia forte la tentazione di aprirsi con i pazienti, o addirittura quella dell'acting out, un terapeuta ben sa che in terapia l'affidamento è sbilanciato e unilaterale. Tutti gli studi sulla self-disclosure del terapeuta rilevano che una sua apertura non strategicamente orientata può produrre sul paziente cambiamenti radicali di immagine con effetti che quasi sempre finiscono per danneggiarlo e comunque per deteriorare la qualità della relazione terapeutica. Sarà quindi necessario che il terapeuta si distacchi dai propri stati emotivi: trattenendoli oppure esprimendoli, ma solo in modo mediato dalla necessità di aiutare il paziente ad articolare *le sue* trame narrative.

Anche in questi casi rimane tuttavia il fatto che l'espressione e l'elaborazione di certe esperienze emotive non potranno mai essere quelle che il terapeuta avrebbe fatto ad un amico, a un partner oppure semplicemente a se stesso, nella forma di un dialogo interno, se non fosse stato in seduta. In condizioni normali gli ci sarebbe voluto del tempo per analizzare e articolare un'emozione improvvisa e intensa o l'illuminazione di un attimo in una trama narrativa in grado di accoglierla e di spiegarla. Ma in seduta può a stento pensarci: deve continuare a lavorare – e c'è sempre un altro paziente che sta aspettando. Non sempre si avrà la lucidità e il tempo, a fine gior-

nata, di tornare su certi stati d'animo per esplorarne il senso. E la trascuratezza con cui spesso un terapeuta è costretto a trattare le proprie esperienze emotive, lasciandole vaganti e disancorate da un'adeguata elaborazione consapevole in grado di comprenderle, assomiglia molto da vicino a quella che favorisce un fertile substrato alla sofferenza dei suoi pazienti. Ma, di nuovo, tanto più il terapeuta sarà stato in grado nel periodo antecedente il debutto professionale – per inclinazione personale all'introspezione o grazie ad un adeguato lavoro formativo – di portare a consapevolezza i campi di esperienza emotivamente più critici e le proprie vicende personali a maggiore impatto affettivo tanto meno sarà esposto nel corso dell'attività a quel processo di usura che la nostra ricerca ha evidenziato.

APPENDICE: I FATTORI DI RISCHIO PER LO PSICOTERAPEUTA NEL SERVIZIO PUBBLICO

Se entriamo nel rapporto psicoterapia-in-privato verso psicoterapia-nel-pubblico allora un'altra distinzione, a monte di questa, diventa cogente: quella tra l'effetto-usura trattato in questo articolo e gli effetti del burnout vero e proprio (Freudenberger, 1974). Come è noto la sindrome del burnout poggia su tre dimensioni sintomatiche che, molto in breve, sono (Maslach, 1976): (i) l'esaurimento emotivo (e cioè la sensazione di essere messi costantemente sotto pressione su diversi fronti e di perdere disponibilità all'incontro con i pazienti); (ii) la depersonalizzazione (e cioè l'acquisizione di un abito mentale eccessivamente distaccato e autoprotettivo nei confronti dei pazienti che cominciano ad essere visti più come numeri, diagnosi o problemi "del servizio" che come persone delle quali farsi direttamente carico in un rapporto di affidamento privilegiato); (iii) lo scarso senso di realizzazione (e cioè la sensazione di non trarre sufficienti riconoscimenti e compensi per il lavoro che si svolge – in termini economici, di ruolo o di crescita personale).

Chiunque abbia lavorato anche solo pochi giorni in un dipartimento di salute mentale non stenterà a identificare proprio nel burnout il rischio maggiore che in quel contesto si corre. Quanto invece all'effetto-usura, al contrario, il lavoro in un servizio pubblico riserva qualche fattore protettivo in più per lo psicoterapeuta rispetto a quello in uno studio privato. Basti pensare al tessuto sociale in cui è immerso e alla varietà delle funzioni che convivono con il suo ruolo di psicoterapeuta. Svolgere le proprie mansioni all'interno di un gruppo di lavoro, ad esempio, gli consente di poter condividere non solo le proprie esperienze cliniche ma anche i vissuti personali che quelle esperienze sollecitano: un ottimo antidoto all'isolamento che caratterizza il lavoro nel privato e che costituisce terreno fertile per il manifestarsi dell'effetto-usura. Stesso discorso per la complessità delle funzioni e dei ruoli: all'interno del servizio uno psicoterapeuta non è mai *solo* uno psi-

coterapeuta, ma *anche* uno psicoterapeuta. Questa maggiore complessità può senz'altro avvicinarlo al burnout in quanto fonte di maggiore fatica e di esaurimento emotivo (aumentano i fronti che lo fanno sentire sotto pressione) e frustrazione (c'è sempre qualcuno a cui deve rendere conto e che spesso gli fa mancare i giusti riconoscimenti) ma lo aiuta anche a smuovere quella pericolosa, alla lunga usurante fissità della asimmetria relazionale che caratterizza il rapporto terapeutico.

Infine, un ulteriore e non trascurabile fattore protettivo per lo psicoterapeuta che svolge la sua attività in un servizio pubblico è quello costituito dalla maggiore facilità di accesso ad un lavoro di supervisione (che nel privato dovrebbe pagare di tasca propria togliendo per di più tempo alla professione). Vale la pena però di notare che la funzione preventiva della supervisione sugli effetti usuranti della pratica non consiste tanto nel rendere più gestibile un caso difficile quanto, piuttosto, nel fornire un contesto di apprendimento e di elaborazione di quelle parti di sé del terapeuta che il suo lavoro elicitava e che in un setting privato, come abbiamo visto, stentano a trovare i giusti raccordi narrativi per essere adeguatamente metabolizzate ed integrate.

BIBLIOGRAFIA

- Bermak G.E.** (1977) "Do psychiatrists have special emotional problems?", *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 141-146
- Bowlby J.** (1982) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina, Milano
- Burton A.** (1975) "Therapist satisfaction", *American Journal of Psychoanalysis*, 35, 115-122
- Butera N. e Cosentini M.A.** (2003) "La formazione dello psicoterapeuta come luogo in cui possono essere rielaborati 'l'asimmetria' e l'esperienza del 'dover essere' nella relazione terapeutica", relazione presentata al *VIII International Congress on Constructivism in Psychotherapy*, Monopoli (Bari), 14-18 Giugno
- Chessick R.D.** (1978) "The sad soul of the psychiatrist", *Bullettin of Menninger Clinic*, 42, 1-9
- Cionini L.** (1996) "La costruzione del sapere, saper fare, saper essere dello psicoterapeuta cognitivista: analisi di un modello di formazione", *Psicoterapia*, 6/7, 199-214
- Cingolani S.** (1997) "Sull'uso del linguaggio in terapia: la dimensione etica", *Connessioni*, 1, 85-96
- Cray C. e Cray M.** (1977) "Stresses and rewards within the psychiatrist's family", *The American Journal of Psychoanalysis*, 37, 337-341
- Deutsch C. J.** (1984) "Self-reported sources of stress among psychotherapists", *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 833-845

- Deutsch C.J. (1985) "A survey of therapists' personal problems and treatment", *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 305-315
- Dryden W. e Spurling L. (a cura di) (1989) *On becoming a psychotherapist*, Tavistock, Londra
- Farber B.A. (1983a) "Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role", in Farber B.A. (a cura di), *Stress and burnout in the human service professions*, 97-118, Pergamon, N.Y.
- Farber B.A. (1983b) "The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 174-182
- Farber B.A. (1985a) "The genesis, development and implications of psychological mindedness in psychotherapists", *Psychotherapy*, 22, 170-177
- Farber B.A. (1985b) "Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work", *Clinical Psychologist*, 38, 10-13
- Ford E.S. (1963) "Being and becoming a psychotherapist: the search for identity", *American Journal of Psychotherapy*, 17, 472-482
- Freudenberger H.J. (1974) "Staff burn-out", *Journal of Social Issues*, 30, 159-165
- Freudenberger H.J. (1990) "Hazards of psychotherapeutic practice", *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 31-34
- Freudenberger H.J. e Robbins A. (1979) "The hazards of being a psychoanalyst", *Psychoanalytic Review*, 66, 275-295
- Goldberg C. (1986) *On being a psychotherapist: the journey of the healer*, Gardner, N.Y.
- Greben S.E. (1975) "Some difficulties and satisfactions inherent on the practice of psychoanalysis", *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 427-433.
- Guggenbuhl-Craig A. (1979) *Power in the helping professions*, Spring Publ., Irving, Tx
- Guidano V.F. (1991) *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Guy J.D. (1987) *The personal life of the psychotherapist*, Wiley, N.Y.
- Guy J.D. e Liaboe G.P. (1986) "The impact of conducting psychotherapy on the psychotherapists' interpersonal functioning", *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 111-114
- Hellman I.D., Morrison T.L. e Abramowitz S.I. (1986) "The stresses of psychotherapeutic work: a replication and extension", *Journal of Clinical Psychology*, 42, 197-204
- Hellman I.D., Morrison T.L. e Abramowitz S.I. (1987) "Therapist experience and stresses of psychotherapeutic work", *Psychotherapy*, 24, 171-177
- Henry W.E. (1966) "Some observations on the lives of the healers", *Human Development*, 9, 47-56
- Henry W.E., Sims J.H. e Spray S.L. (1973) *Public and private lives of psychotherapists*, Jossey-Bass, S.Francisco

- Horvath A. e Greenberg L.** (1994) *The working alliance: Theory, research and practice*, Wiley & Sons, N.Y.
- Kottler J.A.** (1986) *On being a therapist*, Jossey-Bass, San Francisco
- Layne C.** (1978) "Harmful effects upon students' personalities", *Perceptual and Motor Skills*, 47, 777-778
- Looney J.G., Harding R.K., Blotcky M.J. e Barnhart F.D.** (1980) "Psychiatrists' transition from training to career: stress and mastery", *American Journal of Psychiatry*, 137, 32-35
- Maslach C.** (1976) "Burned-out", *Human Behaviour*, 9, 16-22
- Norcross J.C. e Guy J. D.** (1989) "Ten therapists: the process of becoming and being", in Dryden W. e Spurling L. (a cura di) *On becoming a psychotherapist*, Tavistock, Londra
- Norcross J.C. e Prochaska J.O.** (1986a) "Psychotherapist heal thyself (I). The psychological distress and self-change of psychologists, counselors, and laypersons", *Psychotherapy*, 23, 102-114
- Norcross J.C. e Prochaska J.O.** (1986b) "Psychotherapist heal thyself (II). The self-initiated and therapy-facilitated change of psychological distress", *Psychotherapy*, 23, 155-168
- Peterfreund E.** (1985) *Il processo della psicoterapia psicoanalitica*, Astrolabio, Roma
- Pope K.S., Keith-Spiegel P. e Tabachnick B.G.** (1986) "Sexual attraction to clients: the human therapist and the (sometimes) inhuman training system", *American Psychologist*, 41, 147-158
- Pope K.S. e Tabachnick B.G.** (1993) "Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: national survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints and training", *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 142-152
- Schofield W.** (1964) *Psychotherapy: the purchase of friendship*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Stiles W.B., Shapiro D. e Elliot R.** (1986) "Are all psychotherapies equivalent?", *American Psychologist*, 41, 165-180
- Storr A.** (1979) *The art of psychotherapy*, Methuen, N.Y.
- Thorenson R.W., Nathan P.E., Skorina J.K. e Kilburg R.R.** (1983) "The alcoholic psychologist: issues, problems and implications for the professional", *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 670-684
- Tyron G.S.** (1983a) "The pleasure and displeasure of full-time private practice", *Clinical Psychologist*, 36, 45-48
- Tyron G.S.** (1983b) "Full-time private practice in the United States: results of a national survey", *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 685-696
- Ugazio V.** (1984) "Ipotizzazione e processo terapeutico", *Terapia Familiare*, 16, 27-45
- Wheeler A.** (1958) *The quest for identity*, Norton, N.Y.

Will O.A. (1979) "Comments on the professional life of the psychotherapist", *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 560-575

RIASSUNTO. Nella prima parte di questo articolo l'autore descrive i risultati di una ricerca condotta per conto e con il finanziamento della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC) sui rischi professionali a lungo termine della pratica della psicoterapia. L'indagine ha coinvolto 857 iscritti della SITCC. 232 sono stati i questionari restituiti debitamente compilati. I risultati hanno evidenziato un fenomeno all'apparenza paradossale, e cioè che all'incrementarsi della sensazione di esperienza e di competenza dei colleghi nella gestione della sedute corrispondeva una crescita del disagio (i) nei loro personali assetti emotivi e (ii) nel modo di vivere le loro relazioni extralavorative – al punto che (iii) da tanto più tempo si praticava la professione e tanto più ci si sentiva esperti e tanto meno la si sarebbe riscalta. All'esplorazione del significato di questo peculiare effetto di "usura" è dedicata la seconda parte dell'articolo.

Parole chiave: ricerca, burnout, rischio professionale, effetto usura, psicoterapeuta, psicoterapia cognitiva.

SUMMARY. In the first part of this article the author describes the results of a research sponsored by the Italian Society of Behavioural and Cognitive Therapy (SITCC) on the long-term risks of the psychotherapy practice. 857 SITCC members were involved in the study. 232 questionnaires were returned. The results showed an apparently paradoxical phenomenon: the colleagues' sensation of progressively gaining more experience and competence in the management of the therapeutic sessions was associated with a growing sensation of discomfort (if compared with the pre-professional period) (i) in their personal psycho-emotive balance and (ii) in their non-working relationships – to such a point that (iii) the more they practiced and feel themselves experienced, the less they would repeat the same professional choice. The second part of the article is dedicated to the exploration of this peculiar 'attrition' effect.

Key Words: *Research, Burnout, Professional Risk, Attrition Effect, Psychotherapist, Cognitive Psychotherapy.*

ARGOMENTI

a cura di Rosa Celeste Dentale e Francesca Aveni

CONSIDERAZIONI SULLA PREVALENZA ED IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO DELLO PSICOTERAPEUTA

*di Richard W. Thoreson, Marinell Miller,
Charles J. Krauskopf*

(traduzione a cura di Benedetta Menenti)



ITACA

COSTRUZIONE DI UN RUOLO TERAPEUTICO NEL CAMPO DELLE DIPENDENZE

INIZIA IL VIAGGIO DI ITACA

LA RIVISTA DELLA DELEGAZIONE ITALIANA DELL'ASSOCIAZIONE EUROPEA
DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI DELLE TOSSICODIPENDENZE

“È PIÙ IMPORTANTE METTERSI IN VIAGGIO, CHE ARRIVARE”

Itaca nasce su iniziativa dell'associazione omonima per accompagnare gli operatori professionali dell'area europea nella loro avventura quotidiana di lotta alle dipendenze.

Obiettivo: realizzare un luogo di scambio e di riflessione.

Punto di partenza: le esperienze professionali maturate in almeno due decenni di impegno.

“SEMPRE DEVI AVERE IN MENTE ITACA...”

Su ogni numero ITACA dedica una sezione monotematica ad un argomento di attualità, con il contributo di esperti italiani ed esteri.

“... CHE LA STRADA SIA LUNGA, FERTILE IN AVVENTURE ED ESPERIENZE”

Nella sezione Teoria e Pratica raccoglie contributi relativi ad esperienze cliniche e di intervento, riflessioni degli operatori, ricerche quantitative e qualitative, azioni preventive.

“I LESTRIGONI E I CICLOPI NON TEMERE”

Affida alla sezione Azione Istituzionale il compito di presentare articoli orientati all'analisi del fenomeno dell'abuso di sostanze, ricerche sociologiche o antropologiche, riflessioni sul rapporto tra abuso di sostanze e società.

E poi: notizie, aggiornamenti, documenti, appuntamenti.

Insieme ad un panorama completo ed aggiornato delle attività svolte dall'associazione ITACA, sia a livello italiano che europeo.

Itaca è una rivista

ALTASTAMPA
DIVISIONE
cedis
EDITRICE

Direttori
Luigi Cancrini e Maurizio Coletti

Abbonamento Periodicità quadrimestrale

Italia: ordinario € 36,00 Enti € 47,00

Etero: ordinario € 49,00 Enti € 60,00

Sostenitore € 125,00 un numero € 17,00

Richard W. Thoreson, Marinell Miller, Charles J. Krauskopf

CONSIDERAZIONI SULLA PREVALENZA ED IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO DELLO PSICOTERAPEUTA

(Traduzione a cura di Benedetta Menenti)

Questo articolo, che viene qui presentato in traduzione italiana, è stato originariamente pubblicato in *The Professional Psychology: Research and Practice*, 1989, vol. 20, n.3, pp. 153-158.

INTRODUZIONE

Da tempo, i tassi di prevalenza sul burn-out tra gli psicoterapeuti sono stati esclusivamente di natura teorica o aneddotica, piuttosto che empirica, e spesso sono basati su statistiche derivanti da altre professioni di aiuto. Per di più, sullo stato di salute generale degli psicoterapeuti, sono stati riportati dati scarsi o non empirici (Nathan, 1986). Il nostro studio che, in collaborazione con l'American Psychological Association ha coinvolto 379 psicoterapeuti di diverso orientamento, è stato elaborato al fine di fornire dati empirici che possano ampliare la nostra conoscenza dei tipi e dei livelli di disagio tra gli psicoterapeuti e tracciare delle linee per interventi primari e secondari.

INCIDENZA DEL DISAGIO

L'imperativo di Socrate "Conosci te stesso", è un principio fondamentale per molte scuole di psicoterapia. La salute emotiva del terapeuta è vista, in numerose teorie, come il sine qua non del suo funzionamento professionale (Ellis, 1973; Freud, 1917/1966; Rogers, 1957). I dati estrapolati da altre professioni relative alla salute mentale suggeriscono che, su tale criterio, gli psicoterapeuti non se la passano tanto bene. I dati relativi alla professione dello psichiatra evidenziano che gli psichiatri sono più inclini di altri al suicidio, all'alcolismo (Knutsen, 1977) e ai disturbi mentali e psicosomatici (Willi, 1983). Mausner e Steppacher (1973) hanno esaminato i suicidi e i tentati suicidi tra i membri dell'APA (American Psychiatric Association) nell'arco temporale di 10 anni. I risultati da questi ottenuti confermano quelli degli studi epidemiologici sui tassi di suicidio, ma presentano una qualche varianza rispetto ai tassi riportati per altre professioni.

I tassi di suicidio tra gli psicoterapeuti di sesso femminile risultavano più alti di quelli della popolazione generale; comunque, i tassi di suicidio tra gli psicoterapeuti di sesso maschile risultano inferiori a quelli della popolazione di sesso maschile in generale.

I rischi e i benefici della pratica psicoterapeutica sono stati documentati (Boice & Myers, 1987; Farber, 1983, 1985; Freudenburger, 1983, 1986; Hellman, Morrison & Abramowitz, 1987). Sul versante positivo, questi studi suggeriscono che, grazie al lavoro psicoterapeutico, i professionisti sperimentano un incremento nell'auto-consepevolezza e nella fiducia in sé stessi (Farber, 1983), più bassi livelli di stress e preoccupazioni legate alla pratica lavorativa se comparati agli accademici (Boyce & Myers, 1987); inoltre, i terapeuti in grado di mantenere confini personali adeguati sembrano risentire meno dei comportamenti stressanti dei pazienti (Hellman et al., 1987). Le influenze negative nella pratica psicoterapeutica includono un incremento dello stress quando i confini sono inadeguati (Hellman et al. 1987), sentimenti di isolamento e solitudine (Freudenburger, 1986), ed un'enfasi eccessiva alle componenti cognitive a scapito dell'affettività e della spontaneità (Farber, 1985). Farber (1985) rileva che, sebbene gli psicoterapeuti che praticano privatamente sono soddisfatti del proprio lavoro, il 2%-6% percepisce un forte stato di stress indotto dalla pratica psicoterapeutica.

Gli psicoterapeuti appartenenti a setting istituzionali e accademici possono sperimentare unicamente lo stress della burocrazia e delle pressioni legate all'aspettativa di una forte produttività (Freudenburger, 1986). Boice e Myers (1987) suggeriscono che gli accademici sperimentano più alti livelli di disagio legato alla pratica lavorativa, alla salute, e disturbi di salute mentale rispetto agli psicoterapeuti che esercitano privatamente. I bassi salari, gli alti livelli di lavoro burocratico e su commissione, la mancanza di riconoscimento professionale e la preoccupazione per il comportamento scorretto dei colleghi contribuiscono a tale disagio. Ulteriori fattori di stress legati alla pratica, per gli accademici, sono identificati nelle preoccupazioni per progetti incompleti, ricerca di accuratezza, e conseguenti problemi di insonnia.

È stato studiato anche il comportamento di ricerca di trattamento tra i professionisti nel campo della salute mentale. Deutsch (1985) esamina gli psicoterapeuti (psicologi, operatori sociali, consulenti accademici) in relazione ai problemi personali percepiti e al comportamento di ricerca di trattamento. Le difficoltà relazionali sono percepite spesso come problematiche ed inducono alla ricerca di una terapia personale. Più della metà del campione riporta difficoltà di tipo depressivo ma solo un quarto ricerca la terapia per tale difficoltà. L'11% del campione presenta comporta-

menti di abuso di sostanze ed il 2% ha tentato il suicidio. Le donne ricercano, più degli uomini, la terapia per difficoltà relazionali e stati depressivi sebbene non siano state rilevate differenziazioni in base al sesso per l'incidenza di questi disturbi. Gli studi di Deutsch evidenziano una certa riluttanza al ricorrere alla terapia dovuta alla mancanza di risorse, al timore di esporsi, alla preoccupazione sulla riservatezza, e alla paura di censure professionali. Il 45% del campione presenta, nei sei mesi precedenti alla rilevazione, problemi di salute fisica correlati principalmente alla depressione ed intende ricorrere alla terapia. Pertanto, tra gli psicoterapeuti, le difficoltà relazionali ed i disturbi dell'affettività costituiscono le aree principali di disagio; per di più, la mancanza di risorse ed il timore nel cercare aiuto costituiscono dei deterrenti alla risoluzione dei problemi.

Il nostro studio è pianificato a) per fornire dati descrittivi relativi alla prevalenza ed alla tipologia di disagio riportato dagli psicoterapeuti in generale; b) per identificare i fattori predittivi di disagio tra gli psicoterapeuti; c) per fornire una correlazione tra la salute, il disagio, la richiesta di aiuto e le risorse impiegate per fronteggiare le problematiche; d) per delineare ulteriormente i fattori intrinseci, le strategie di risoluzione, l'uso di alcool su cui abbiamo posto l'attenzione come un esempio di disagio. È stata utilizzata una metodologia accurata al fine di fornire dati epidemiologici sulle difficoltà percepite dagli psicoterapeuti.

RISULTATI

STATO DI SALUTE GENERALE DEGLI PSICOTERAPEUTI

Salute interpersonale. Il nostro campione di 379 psicoterapeuti di diversa provenienza, in generale, è apparso in uno stato di buona salute; i soggetti hanno inoltre riferito alti livelli di salute affettiva e capacità di adattamento. La maggior parte, ovvero il 70%, ha riferito di essere soddisfatto (spesso-molto spesso) della propria relazione coniugale, sebbene le donne abbiano riportato un livello di insoddisfazione maggiore rispetto agli uomini. Tra quelli che sono genitori (74%), il 64% ha riferito di essere soddisfatto della relazione con i figli.

Salute intrapsichica. La maggior parte del nostro campione ha definito il proprio lavoro come interessante (86%) (spesso-molto spesso) ed ha riferito di sentirsi utile (89%) nel corso degli ultimi anni. In caso di un problema personale, il 27% del campione si rivolge ad uno psicoterapeuta, il 14% ad uno psichiatra o, ancora nel 14% dei casi, ad un medico. Il 3% si rivolge ad un centro di salute mentale ed il 2% ad un programma di assistenza occupazionale.

Salute fisica. I soggetti di riferimento riportano un'incidenza relativamente bassa di malattia fisica negli ultimi anni. Il 10% riferisce di ricorrenti disturbi fisici che vanno dalle allergie al cancro. Più della metà del campione (57%) dichiara di fare esercizio fisico (spesso-molto spesso); soltanto l'11% del campione riferisce di fumare sigarette frequentemente.

IL DISAGIO DEGLI PSICOTERAPEUTI

Sebbene il nostro campione abbia riportato, in generale, alti livelli di soddisfazione, adattamento e salute, circa il 10% ha fatto esperienza di alti livelli di disagio (spesso-molto spesso negli ultimi anni) nelle aree che seguono: depressione (11%), insoddisfazione coniugale (11%), disturbi fisici frequenti (10%), abuso di alcol (9%), e sentimenti di solitudine (8%).

Assunzione di alcol. Il 9% del nostro campione definisce problematica l'assunzione di alcol nel passato ed il 6% come un problema attuale. Tra quelli che definiscono tale assunzione come un problema attuale, il 24% si trova in uno stato di astinenza ed il 76% beve in modo controllato. Abbiamo utilizzato un criterio quantitativo (bere da diverse volte alla settimana a giornalmente, 5 o più birre, 4 o più bicchieri di vino, o mezza pinta o più di liquore) per identificare l'assunzione disfunzionale di alcol; secondo tale criterio il 9% del campione (34 soggetti) fa un uso problematico di alcol. Le caratteristiche che identificano il gruppo che assume l'alcol in modo disfunzionale dal resto del gruppo risultano una più alta percentuale di divorzio (33% versus 18%); minore soddisfazione del rapporto con il partner (23% versus 70%); aumento di stati di malinconia o depressivi (20% versus 11%); incidenza maggiore di disturbi d'ansia (7% versus 1%); tabagismo (27% versus 11%); e frequenti malattie fisiche (13% versus 9%).

Soggetti che assumono alcol in modo controllato. Abbiamo comparato il 76% del sottocampione che riferisce di gestire i problemi legati all'uso di alcol attraverso strategie di controllo (19 soggetti) con il resto del campione (360 soggetti) e sono emersi i seguenti risultati: i soggetti che assumono alcol in modo controllato riportano una più alta incidenza di insoddisfazione coniugale, sentimenti di inutilità, una più alta incidenza di oscillazioni del tono dell'umore, bassa soddisfazione sessuale ed un'alta incidenza di malattie fisiche. Nei valori massimi, i soggetti che riferiscono di assumere alcol in modo controllato risultano bere al di sopra dei livelli di un utilizzo corrente di alcol. I più (80%) riferiscono di fare uso di alcol diverse volte alla settimana fino ad un uso quotidiano.

INCIDENZA DEL DISAGIO

Approssimativamente il 10% del nostro campione riporta un disagio nelle seguenti categorie: depressione, insoddisfazione coniugale, sentimen-

ti di solitudine, frequenti malattie fisiche, e problemi legati all'assunzione di alcol.

DISCUSSIONE

DISAGIO IN GENERALE

Cosa si può affermare sullo stato generale degli psicoterapeuti? Il nostro campione di psicoterapeuti è, in generale, un gruppo sano. I soggetti hanno riportato alti livelli di soddisfazione per la propria professione e per la propria vita. Le donne, risultano maggiormente insoddisfatte delle relazioni interpersonali e familiari e, inoltre, soggette maggiormente a stati depressivi. Comunque, sarebbe prematuro concludere che le psicoterapeute donne vivono un disagio più forte dei colleghi uomini. Tradizionalmente, le ragazze e le donne, nella nostra cultura, sono ritenute propense a svelare le proprie difficoltà con più chiarezza e frequenza. I risultati della ricerca sulle differenze di genere sono equivoci e meglio interpretabili alla luce della situazione, dell'oggetto, e del sesso psicologico del soggetto (Rosenfeld, Civikly & Herron, 1979; Scarr, 1988). Sebbene le differenze di genere siano difficilmente interpretabili alla luce dei dati auto-riferiti, le relazioni interpersonali sembrano presentare un'area più saliente di preoccupazione tra le donne rispetto agli uomini psicoterapeuti.

ASSUNZIONE PROBLEMATICAMENTE ED USO CONTROLLATO DI ALCOL

Quanti psicoterapeuti presentano delle problematiche legate all'abuso di alcol? L'incidenza dell'alcolismo, nel nostro campione, varia tra il 6% ed il 9%. I soggetti che assumono alcol in modo problematico, all'interno del nostro campione, risultano chiaramente a disagio. Questi differiscono dal resto del campione per una più elevata incidenza di difficoltà interpersonali, intrapsichiche e fisiche.

La relazione tra un uso problematico di alcol, un uso controllato ed il disagio non è facilmente interpretabile. Rispetto ai loro pari che non riportano un uso problematico di alcol, gli psicoterapeuti che riferiscono un abuso della sostanza ed un uso controllato attraverso delle strategie risultano più infelici. Presumibilmente, al fine di essere meno infelici, questi soggetti sono riusciti con successo a ridurre il consumo di alcol, ma non il disagio. I nostri dati non forniscono indicazioni su cosa vi sia prima, se il disagio od il consumo di alcol.

I risultati di una ricerca su alcolisti volontari in una situazione di ricovero basato sull'astinenza possono chiarire tale relazione (Miller & Thoreson, 1987; Thoreson et al, 1986). Abbiamo posto a questo gruppo di 102 psicoterapeuti, membri di "Psychologists Helping Psychologists"

(Associazione di auto-aiuto tra psicoterapeuti) una serie di domande in un questionario somministrato via mail relative alle loro esperienze sia al picco dell'assunzione di alcol e sia ad uno stato di sobrietà. L'81% dei soggetti riferisce un uso controllato di alcol in tutte le situazioni. Tali soggetti hanno ridotto sia la quantità sia la frequenza ed hanno limitato l'esposizione ad occasioni facilitanti il comportamento del bere e le compagnie con cui mettere in atto tale comportamento.

Se il disagio fosse primario e l'abuso di alcol secondario, ne conseguirebbe che i soggetti in uno stato di disagio, nel corso di un periodo in cui l'uso di alcol è controllato, risulterebbero in uno stato di disagio anche in astinenza. Se, al contrario, l'abuso di alcol fosse primario ed il disagio secondario, ci aspetteremmo una sostanziale diminuzione dello stato di disagio nei momenti di astinenza. Risultati relativi a psicoterapeuti in uno stato di ricovero basato sull'astinenza confermano l'ultima interpretazione; ovvero l'abuso di alcol appare primario in questo campione. Gli psicoterapeuti in uno stato di ricovero basato sull'astinenza riferiscono un alto livello di soddisfazione ed un basso livello di disagio al picco massimo di assunzione. Tale valutazione è in contrasto rispetto al loro livello di soddisfazione relativo al suddetto picco. Questi soggetti riferiscono un'alta incidenza di depressione, ansia, ed ideazione suicidaria (più del 70%) e tentativi recenti di suicidio (24%) ad un picco massimo del bere. Tali dati risultano attendibili per i livelli più alti di disagio riportato da quei soggetti che bevono in modo problematico all'interno del campione caratterizzato da individui che controllano l'assunzione di alcol.

Siamo consapevoli che tale interpretazione del fallimento delle strategie volte ad un controllo dell'assunzione di alcol dovrebbe essere accolta cautamente per via di errori statistici del campionamento del gruppo in uno stato di astinenza. Risulta, pertanto, necessario un ulteriore approfondimento sul campione dei professionisti, con problemi relativi all'assunzione di alcol, che hanno portato a termine con successo il ricovero. Comunque, è certo che, in entrambi i campioni, le strategie volte al controllo dell'assunzione di alcol risultano fallimentari in vista di una riduzione dello stato di disagio, che presumibilmente risulta la prova definitiva di una strategia riuscita.

LA NATURA MULTISFACCETATA DEL DISAGIO

Il disagio, nel nostro campione, risulta multifacettato. Il disagio tra gli psicoterapeuti può essere considerato un fenomeno che si presenta in diverse dimensioni e con un'incidenza che va dal 9%, per l'area comprendente diverse problematiche, al 19%, per l'area che ne comprende una unica. I nostri dati suggeriscono che, nel momento in cui uno psicoterapeuta ripor-

ta un disagio relativo al proprio matrimonio o a relazioni significative, facilmente tale disagio si accompagna a sentimenti di solitudine, depressione e a probabili problemi legati all'assunzione di alcol. Frequentemente i sentimenti di depressione e solitudine si presentano congiuntamente. Al contrario, le problematiche relative a ricorrenti disturbi fisici non sembrano correlate ad un indice generico di disagio. Gli individui che riferiscono ricorrenti disturbi fisici risultano distinti da quelli che riportano problematiche interpersonali e/o intrapsichiche. Ciò può essere spiegato attraverso quanto Selye (1976) definisce *disturbo di adattamento* o reazioni disadattive alle situazioni stressanti che portano, a lungo termine, ad un malfunzionamento fisiologico. La pressione alta, l'ulcera, la cefalea, la lombalgia, problemi cutanei possono essere la conseguenza di un disturbo psicologico e rappresentano, in alcuni casi, un disturbo di adattamento (Maslach, 1986).

Un ulteriore approfondimento delle variabili relative alla salute affettiva e fisica rivela che gli stati depressivi si presentano maggiormente con un incremento dei sentimenti di solitudine, ansia e oscillazioni del tono dell'umore. Le problematiche legate all'assunzione di alcol si presentano frequentemente e congiuntamente ad un incremento del consumo di tabacco, di variazioni nel comportamento alimentare e di preoccupazioni legate a malattie organiche o sintomi fisici.

La correlazione significativa delle variabili relative al disagio suggerisce la presenza, all'interno del nostro campione, di un esiguo numero di psicoterapeuti alle prese con un disagio più serio come la depressione endogena o un disturbo grave di ansia.

I problemi relazionali vengono riferiti con più frequenza dalle donne che dagli uomini con a) un incremento dell'insoddisfazione relativa al desiderio sessuale e alla performance b) alti livelli di solitudine e depressione. I sentimenti di solitudine sono più frequenti nelle donne e si manifestano con elevati livelli di insoddisfazione per il proprio matrimonio o relazione significativa. Tali risultati sono coerenti con quanto Freudenburger e North (1985) definiscono *il ciclo di burnout delle donne*, un progressivo processo correlato allo stress caratterizzato in ultima fase da depressione e depersonalizzazione.

LA NATURA NASCOSTA DEI PROBLEMI LEGATI ALL'ASSUNZIONE DI ALCOL

Gli operatori sanitari devono esaminare le dinamiche più profonde e nascoste aldilà dell'iniziale richiesta di aiuto. La nostra ricerca suggerisce che se vi è la presenza di problemi legati all'assunzione di alcol, questi possono non essere riportati o riconosciuti dall'individuo. Ciò è coerente con la tendenza alla negazione dei problemi legati all'assunzione di alcol. Sarebbe

di conforto presumere che, sulla base dell'esperienza maturata professionalmente, gli psicoterapeuti abbiano un maggiore insight dei propri comportamenti problematici relativi all'assunzione di alcol. Tale assunto, comunque, non è supportato dai risultati delle nostre ricerche.

IMPLICAZIONI PER L'INTERVENTO ED IL TRATTAMENTO

STATO DI SALUTE

Il nostro campione mostra un'eccellente salute affettiva e fisica. La gran parte dei soggetti non presenta malattie organiche, non fuma, beve con moderazione, fa esercizio regolarmente ed è soddisfatto del proprio lavoro e delle proprie relazioni di coppia.

DISAGIO PROFESSIONALE

Malgrado alti livelli di adattamento, soddisfazione e buona salute, circa il 10% del nostro campione riporta uno stato di disagio su diversi livelli: depressione, solitudine, insoddisfazione relazionale, ricorrenti disturbi fisici e consapevolezza di problemi legati all'assunzione di alcol. La nostra ricerca suggerisce una "fascia di disagio" che varia dal 9%, per l'area comprendente diverse problematiche, al 19%, per l'area che ne comprende una unica. Sebbene gli psicoterapeuti in uno stato di disagio presentino spesso un disturbo specifico (insoddisfazione di coppia, depressione ecc.), i nostri dati confermano che tale disagio è multifaccettato. Pertanto, risulta importante esplorare le dinamiche sottostanti all'uso di alcol, alle difficoltà relazionali, e all'ampio raggio di difficoltà intrapsichiche come il senso di solitudine e la depressione.

PROBLEMATICHE LEGATE ALL'ASSUNZIONE DI ALCOL

Il 6% del nostro campione riconosce il bere come un problema attuale (cui si aggiunge un 3% di assuntori di alcol ad un livello disfunzionale, per un totale del 9% del campione che può essere considerato problematico). Tra gli psicoterapeuti che riferiscono di un problema attuale con l'alcol, l'utilizzazione di strategie di controllo è comune. Tali strategie portano ad una riduzione dell'assunzione di alcol ma non del disagio. Se vogliamo essere puntuali sulla non riduzione del disagio tra gli assuntori controllati, allora gli psicoterapeuti possono essere assimilati, relativamente alla mancanza di consapevolezza e tendenza alla negazione, ad altri soggetti con lo stesso problema.

RACCOMANDAZIONI PER LA RICERCA FUTURA

Questo studio fornisce la prima verifica empirica sulla prevalenza del disagio tra gli psicoterapeuti. Far riferimento ad una "banda di disagio",

che va dal 9% al 19%, è necessario per la pianificazione di interventi su base nazionale.

Sebbene la nostra analisi fornisce dati pressoché validi su alcune variabili inversamente correlate con i livelli attuali di salute e soddisfazione (ad es. fumo, bere controllato, malattie organiche ricorrenti, ansia inabilitante e disfunzioni sessuali), l'utilizzazione di dati auto-riferiti e di statistiche moderatamente attendibili relativi al consumo riferito di alcol costituisce un limite al nostro studio. Inoltre, l'utilizzazione di un campione proveniente da uno stato del midwest degli U.S.A. può limitare la generalizzazione a psicoterapeuti con diversi background demografici. Il nostro campione differisce dall'APA (American Psychiatric Association) nella sua proporzione tra i professionisti privati, quanti esercitano nelle Università e le donne. Pertanto, è necessaria una certa cautela nel generalizzare questi risultati alla popolazione eterogenea degli psicoterapeuti per i quali diversi contesti di lavoro possono avere un impatto diverso sul livello del disagio. La ricerca futura dovrebbe essere diretta ad un campione geograficamente circoscritto e dovrebbe includere migliori strumenti di rilevazione dell'assunzione di alcol.

BIBLIOGRAFIA

- Boice R., & Myers P. E. (1987) Which setting is happier, academe or private practice?, *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 526-529
- Deutsch C. (1985) A survey of therapists' personal problems and treatment, *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 305-315
- Ellis, A. (1973) *Humanistic psychotherapy*. McGraw-Hill, New York
- Farber, B. A. (1983) Psychotherapists' perceptions of stressful client behaviour, *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 697-705
- Farber, B. A. (1985) Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work, *The Clinical Psychologist*, 38 (1), 10-13
- Freud, S. (1966) *Introductory lectures on psychoanalysis* (J. Strachey, Ed. & Trans.), W. W. Norton, New York (Original work published 1917)
- Freudenberger H. J. (1983) Hazards of psychotherapeutic practice, *Psychotherapy in Private Practice*, 1, 83-89
- Freudenberger H. J. (1986) Chemical abuse among psychologists: symptoms, causes, and treatment issues. In R. R. Kilburg, P. E. Nathan. & R. W. Thoreson (Eds.), *Professionals in distress: issues, syndromes, and solutions in psychology* (135-152), American Psychological Association, Washington. DC
- Freudenberger H. J. & North G. (1985) *Women's burnout*, Doubleday, New York
- Hellman I.D., Morrison T. L. & Abramowitz S.I. (1987) Therapist flexibility/rigidity and work stress, *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 21-27

- Knutsen E.** (1977) On the emotional well being of psychiatrists: Overview and rationale, *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 123-129
- Maslach C.** (1986) Stress, burnout, and workaholism, in Kilburg R.R., Nathan P.E. & Thoreson R.W. (Eds.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (53-75), American Psychological Association, Washington, DC
- Mausner J. & Steppacher R.** (1973) Suicide in professionals: a study of male and female psychologists, *American Journal of Epidemiology*, 98, 436-445
- Miller M. & Thoreson R. W.** (1987, August) An empirical study of health and distress among psychologists, in Nathan P. (Chair), *Managing impaired professionals*, Symposium conducted at the annual meeting of the American Psychological Association, New York
- Nathan P. E.** (1986) Unanswered questions about distressed professionals, in Kilburg R. R., Nathan P. E. & Thoreson R. W. (Eds.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (27-36), American Psychological Association, Washington, DC
- Rogers C.** (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103
- Rosenfeld L. B., Civikly J. M. & Herron, J. R.** (1979) Anatomical and psychological sex differences. In G. J. Chelune (Ed.), *Self-disclosure* (pp. 80-109), Jossey-Bass, San Francisco
- Scarr S.** (1988) Race and gender as psychological variables, *American Psychologist*, 43, 56-59
- Selye H.** (1976) *The stress of life* (Rev. ed.), McGraw-Hill, New York
- Thoreson R. W., Budd F. C. & Krauskopf C. J.** (1986) Perceptions of alcohol misuse and work behavior among professionals: Identification and intervention, *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 1-7
- Willi J.** (1983) Higher incidence of physical and mental ailments in future psychiatrists as compared with future surgeons and internal medical specialists at military conscription, *Social Psychiatry*, 18, 69-72

RIASSUNTO: Questo studio esplora il livello ed il tipo di disagio in un campione di 379 psicoterapeuti, utilizzando una metodologia accurata. In generale, i soggetti risultano in salute e soddisfatti del proprio lavoro e delle proprie relazioni interpersonali. Il 10% del campione ha esperito uno stato di disagio nelle aree della depressione, della relazione di coppia, di disturbi fisici, di assunzione di alcol e di vissuti di solitudine. Un sottocampione, in uno stato di disagio dovuto all'assunzione di alcol, è caratterizzato dall'utilizzazione di strategie di controllo con fallimento di tali tentativi rispetto alla riduzione del disagio. Gli autori concludono che a) il disagio è un fenomeno multifaccettato che richiede un esame attento su diversi livelli; b) le strategie volte al controllo dell'assunzione di alcol non

sono funzionali alla riduzione del disagio tra gli psicoterapeuti con una problematica di questo tipo; c) la verifica della banda di prevalenza è necessaria per orientare la pianificazione di interventi su base nazionale.

Parole chiave: disagio professionale, problemi legati all'assunzione di alcol, depressione, malattia organica, problemi coniugali e di relazione.

SUMMARY: Investigated the level and types of distress in a sample of 379 psychologists, using survey methodology. Overall, Ss were healthy and satisfied with work and interpersonal relationships. 10% of Ss experienced distress in the areas of depression, marital relationship, physical illness, alcohol use, and loneliness. A subsample of Ss in distress from alcohol use were characterized by use of controlled drinking strategies with notable failure of these options to reduce distress levels. The authors conclude that a) distress is a multifaceted phenomenon requiring careful examination on several levels; b) controlled drinking strategies do not function to reduce distress among problem-drinking psychologist; and c) verification of the distress band prevalence is needed to guide planning of interventions efforts on a state and national basis.

Key Words: professional distress, alcohol problems, depression, physical illness, marital/relationship problems.

ESPERIENZE

a cura di Walther Galluzzo

LE SITUAZIONI DI NON COLLABORAZIONE

di Massimo Pelli



Il lavoro psicoterapeutico nei servizi pubblici è sempre stato uno dei centri di interesse di questa rivista, nella convinzione che anche ad esso si affidino gran parte delle speranze di una reale trasformazione dei modi dell'assistenza psichiatrica. Questa sezione, a cui i lettori sono invitati a proporre contributi, è destinata ad accogliere esperienze pratiche o riflessioni più teoriche che si collochino comunque tra le due polarità: psicoterapia e servizio.

CONNESSIONI



RIVISTA DI CONSULENZA E RICERCA SUI SISTEMI UMANI - NUOVA SERIE anno VIII n.15, 2004

Edita dal Centro Milanese di Terapia della Famiglia

Via Leopardi 19 - 20123 Milano

Tel. e Fax 02/4815350 - 48010997 - E-mail: centro.milanese@iol.it

RELAZIONE E/È COMPLESSITÀ

Editoriale

L'emozione delle espressioni. Le ragioni del cuore come processi relazionali

Sergio Manghi

Neurobiologia relazionale e complessità del comportamento umano

Maurizio Ceccarelli

Ermeneutica della fusione di orizzonti ed ermeneutica dell'alterità nella relazione Io/Tu

Giuseppe Martini

Il concetto di relazione come dialettica tra appartenenza e autonomia

Marco Bianciardi

Cominciamo dall'idea di base ... Non c'è niente al di fuori della relazione

Gianfranco Cecchin

La presenza del terzo. La relazione tra terapia sistemica individuale e psicoanalisi

Paolo Bertrando

Mentalizzazione, dissociazione, enactment.

Considerazioni teoriche sulla relazione psicoterapeutica nel trattamento con il paziente difficile

Cesare Albasi

Il concetto di relazione in terapia e oltre. Considerazioni su persona e tensione relazionale

Clara Capello

Segnalibro - Agenda

Massimo Pelli

LE SITUAZIONI DI NON COLLABORAZIONE

IL PAZIENTE NON COLLABORATIVO SUL TERRITORIO

Dal punto di vista sistemico-relazionale è difficile parlare di paziente non collaborativo, poiché nell'ottica sistemica il comportamento è funzione della relazione (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971). Quando studiamo il comportamento disturbato possiamo decidere che il comportamento della persona è conseguente allo stato interno dell'individuo, considerato come una monade, o possiamo invece estendere la nostra osservazione includendo gli effetti che tale comportamento ha sugli altri, le reazioni degli altri a questo comportamento, e il contesto in cui ciò accade. Il centro dell'interesse si sposta così dalla monade isolata artificialmente alla relazioni tra le parti di un sistema più vasto.

Del resto anche quando l'entità della sintomatologia e le caratteristiche psicopatologiche impediscono al paziente di relazionarsi in modo adeguato (e cioè nell'acuzie psichiatrica), tanto più ci sembra di poter affermare che i curanti devono porsi in una relazione di accudimento e di assistenza che permetta al paziente di riconquistare un corretto esame della realtà sul quale poi pazientemente e coerentemente cominciare a costruire un livello più evoluto di relazione che è quello della collaborazione.

Soltanto quando il paziente ha superato l'acuzie possiamo cominciare a valutarne la competenza relazionale, la sua possibilità di condividere i significati, la capacità di collocarsi ad una distanza emotiva adeguata, le sue abilità.

Dobbiamo tuttavia aggiungere che questi stessi parametri di valutazione definiscono anche gli altri attori che vanno inclusi nella nostra osservazione e cioè il sistema dei curanti e il sistema familiare. La collaborazione, la cornice che dà significato ai comportamenti delle diverse parti in gioco del sistema terapeutico, sarà più o meno funzionante, più o meno oscillante, a

seconda che sia possibile, in questo percorso, costruire e mantenere una condivisione di significati all'interno di un progetto terapeutico che deve tenere conto delle aspettative, delle risorse e dei limiti di tutti gli attori.

Risulta allora evidente che piuttosto che parlare di paziente non collaborativo, ed esclusa l'acuzie psichiatrica, bisognerebbe parlare di **situazioni non collaborative** come di una **condizione relazionale oscillante nel tempo** e prevalentemente determinata non tanto dalle condizioni iniziali, ma dalla natura del processo in corso: facciamo riferimento al principio di Equifinalità, che è uno dei principi dei sistemi aperti, dal quale deriviamo che lo stato di un sistema non dipende tanto dalle condizioni iniziali, ma appunto dall'organizzazione del processo interattivo in corso, nel senso che a condizioni iniziali uguali possono corrispondere risultati diversi, mentre da condizioni iniziali diverse possiamo giungere allo stesso risultato.

Dal momento che non possiamo osservare senza interagire, e che interagendo cominciamo ad intervenire, il circuito interattivo che si va costruendo tra i curanti, il paziente e la famiglia diventa il "luogo" privilegiato della nostra osservazione. Il terapeuta e il servizio si modulano sulle risposte della famiglia così come la famiglia si modula sulle risposte del terapeuta e del servizio, in un continuo gioco di feedbacks in cui la posizione di ognuno esprime e si ricollega alla percezione soggettiva del contesto mentre le parti in gioco si confrontano sulla possibilità di condividere un'attribuzione di significati che dovrebbe portare a una ristrutturazione cognitiva dell'esperienza e quindi a un cambiamento nelle premesse che strutturano l'esperienza stessa.

La nostra visione del mondo, nonché del rapporto tra il nostro Io e il mondo e di come questo rapporto varia attraverso le fasi del ciclo vitale sono il risultato del nostro deuteroapprendimento, cioè di un cambiamento dell'insieme di alternative in cui effettuare la scelta, o di un cambiamento nella segmentazione della sequenza degli eventi. L'apprendimento 2, imparare ad imparare, risale alla prima infanzia, è inconscio, ed ha la caratteristica di autoconvalidarsi: per questo è così difficile da estirpare. L'intervento terapeutico dovrebbe portare o a una sostituzione, senza apprendimento 3, delle premesse o a quella agevolazione della sostituzione che sarebbe veramente l'apprendimento 3 (G. Bateson, 1976).

"Non dobbiamo riflettere solo sulla famiglia, né riflettere soltanto su noi stessi, e sulla coerenza tra il nostro modello teorico e il nostro intervento, ma soprattutto dobbiamo riflettere sulla relazione tra il sistema dei curanti e il sistema familiare, e su come **la famiglia e il paziente recepiscono l'intervento**: il significato di ciò che facciamo non è legato tanto alle nostre premesse teoriche ma piuttosto a come la famiglia percepisce ciò che facciamo.

Il risultato dell'interazione non è determinato da nessuno dei partecipanti: l'interazione produce descrizioni che vanno al di là dell'intenzione dei singoli partecipanti alla relazione; potremmo dire che **l'esito dell'interazione è un effetto non intenzionale**, non è riconducibile solo al terapeuta, né solo alle dinamiche familiari, né ai significati attribuiti, ma a come tutti questi elementi si coordinano e si intrecciano" (L. Fruggeri, 1997).

Ne consegue che la relazione di collaborazione non è un prerequisito ma un obiettivo da raggiungere, che puntualmente si ripropone ad ogni passo della terapia e che poggia essenzialmente, ma non solo, su quel processo di condivisione di significati di cui abbiamo parlato.

Collaborazione ↔ non collaborazione ↔ cronicità

Ci sembra interessante focalizzare alcuni aspetti delle situazioni di non collaborazione che sono appunto correlabili con il gioco interattivo delle varie parti: paziente, terapeuta, famiglia, servizio, insieme di servizi.

Analizzeremo quindi la non collaborazione declinandola nelle seguenti situazioni relazionali:

- 1) la non collaborazione come sintomo della strategia relazionale del paziente;
- 2) la non collaborazione come sintomo di un più vasto atteggiamento familiare;
- 3) la non collaborazione come sintomo della reazione controtransferale del terapeuta;
- 4) la non collaborazione come sintomo di un servizio non disponibile;
- 5) la non collaborazione come sintomo della mancata integrazione tra servizi

Di ognuna di queste situazioni verrà data una descrizione che metterà in evidenza il gioco interattivo delle parti e la loro interdipendenza. Alcuni casi clinici verranno raccontati per calare la teoria nella realtà e nella complessità del lavoro terapeutico alla luce del noto aforisma di Lewin: " non c'è nulla di più pratico di una buona teoria". È importante però chiarire che la scelta di analizzare la non collaboratività nella relazione terapeutica secondo una modalità che potremmo chiamare "selettiva" va collegata alla finalità essenzialmente didattica del testo: come abbiamo già detto altrove le cinque situazioni delineate sono il prodotto di un processo di punteggiatura che abbiamo operato ora sull'uno ora sull'altro dei partecipanti alla relazione e come sappiamo dall'ottica sistemica "ogni punteggiatura è un atto arbitrario dell'osservatore".

LA NON COLLABORAZIONE COME STRATEGIA RELAZIONALE DEL PAZIENTE

Molto spesso le difficoltà nel costruire una collaborazione col paziente non nascono da un particolare aspetto sintomatologico di quest'ultimo come invece può accadere nell'acuzie psichiatrica sia che ci troviamo di fronte a una depressione profonda, ad uno stato di eccitamento maniaco, o a una crisi delirante allucinatoria acuta, ma vanno piuttosto correlate alle caratteristiche della struttura difensiva interna del paziente che non consentono, o rendono molto difficile, accedere alla relazione terapeutica vista come relazione di aiuto che si declina lungo il binario della **dipendenza**.

La storia di queste persone, che dal punto di vista diagnostico vanno inquadrare nelle personalità con struttura psicotica o borderline, è la storia di come il fallimento dei compiti evolutivi del Sé porti conseguenze gravi nel modo in cui esse si rapportano agli altri nell'età adulta. Il percorso maturativo dei primi anni di vita del bambino implica il raggiungimento di due compiti evolutivi che sono:

- 1) la capacità di differenziare il sé dal non-sé, di differenziare cioè tra rappresentazioni interne e rappresentazioni esterne;
- 2) la capacità di integrare gli aspetti libidici e aggressivi del Sé e dell'oggetto.

Il fallimento del primo compito evolutivo porterà il soggetto verso una struttura di personalità di tipo psicotico, mentre la mancata integrazione degli aspetti contraddittori del Sé e dell'altro porterebbe alla realizzazione di un disturbo di personalità di tipo borderline. (L. Cancrini 1994).

In entrambi i casi queste persone privilegeranno dei meccanismi difensivi per cui saranno portati a selezionare dei comportamenti che consentono loro di mantenere l'autostima e la coesione del Sé minacciati dalla fragilità del proprio percorso di individuazione e dalla loro inadeguatezza nel gruppo dei pari, "sceglieranno" quindi un progressivo isolamento che li difenda da esperienze relazionali frustranti e minacciose che potrebbero favorire un crollo psicotico, e cioè ad alto rischio per una frantumazione del Sé.

D'altra parte le problematiche relative a un modello di attaccamento disfunzionale che impedisce al bambino di costruirsi una "base sicura" altera le possibilità di mantenere in equilibrio le condizioni esterne e interne della sicurezza. (J. Bowlby, 1989)

Il sistema di attaccamento è un sistema di controllo che permette al bambino di mantenere un equilibrio dinamico tra l'esplorazione dell'ambiente fisico e la vicinanza con la figura di attaccamento. Quando il bambino nel corso del primo anno di vita non può disporre di una figura di attaccamento affidabile e disponibile al suo bisogno di essere protetto, ma

si trova di fronte a una figura di attaccamento assente, non disponibile o imprevedibile, elabora dei modelli operativi interni che daranno luogo a differenti modelli di rapportarsi con la figura di attaccamento:

- **un modello di attaccamento evitante**, con cui imparano a mantenere una distanza moderata dalla madre evitando il rischio di essere rifiutati, ma allo stesso tempo tale da poter essere soccorsi in caso di pericolo;
- **un modello di attaccamento ambivalente** che si estrinseca con un comportamento ambivalente, e cioè con tentativi di avvicinamento e di rifiuto del contatto. Questi bambini imparano ad enfatizzare i loro bisogni per aumentare le probabilità di ricevere attenzione;
- **un modello di attaccamento disorganizzato-disorientato** che sembra in realtà segnalare la mancanza di una strategia per far fronte allo stress prodotto dall'attivazione del sistema di attaccamento. Questi bambini hanno fatto esperienza di madri che non sono state capaci di offrire accudimento, di madri maltrattanti, di madri che non hanno potuto elaborare un loro lutto, o di madri con sintomi psichiatrici: il bambino si verrà a trovare in una situazione paradossale, poiché la figura di attaccamento alla quale ci si dovrebbe avvicinare per essere protetti è nello stesso tempo fonte di pericolo. Il comportamento disorganizzato indica la tendenza ad avvicinarsi e ad allontanarsi simultaneamente mentre lo stress aumenta a dismisura. Si potrebbe pensare che questi bambini conoscendo le reazioni imprevedibili delle loro madri strutturano poco a poco l'evitamento, la resistenza al contatto, lo stare immobili come strategia organizzata per prendere tempo, al fine forse di decodificare lo stato emotivo della madre, di cui non riescono a prevedere le reazioni (G. Attili, 2000).

È fin troppo facile comprendere come le alterne vicende infantili dei legami di attaccamento e la conseguente costruzione di modelli operativi interni che regolano le distanze affettive, la impossibilità di costruire una base sicura alla quale poter tornare dopo i tentativi di esplorazione, il mancato riconoscimento dei propri bisogni e del Sé del bambino, porterà quel bambino a non ritenere affidabili i rapporti di dipendenza, e a salvaguardare in ogni modo la propria autostima e il mantenimento della coesione del Sé attraverso l'isolamento e l'autarchia.

È probabilmente attraverso queste dinamiche relazionali conseguenti alle esperienze "catastrofiche" nell'infanzia che si struttura una dimensione affettiva autarchica con nessuna possibilità di sintonia affettiva anche nel caso di rapporti simbiotici.

L'isolamento affettivo e l'autarchia sono a loro volta rinforzati dall'impossibilità a chiedere aiuto, dal bisogno di non avere bisogno, dalla paura della dipendenza che uniti alla bassa autostima e al fragile senso di iden-

tità, sostengono un continuo senso di inadeguatezza nelle relazioni tra pari che a sua volta aumenta l'isolamento.

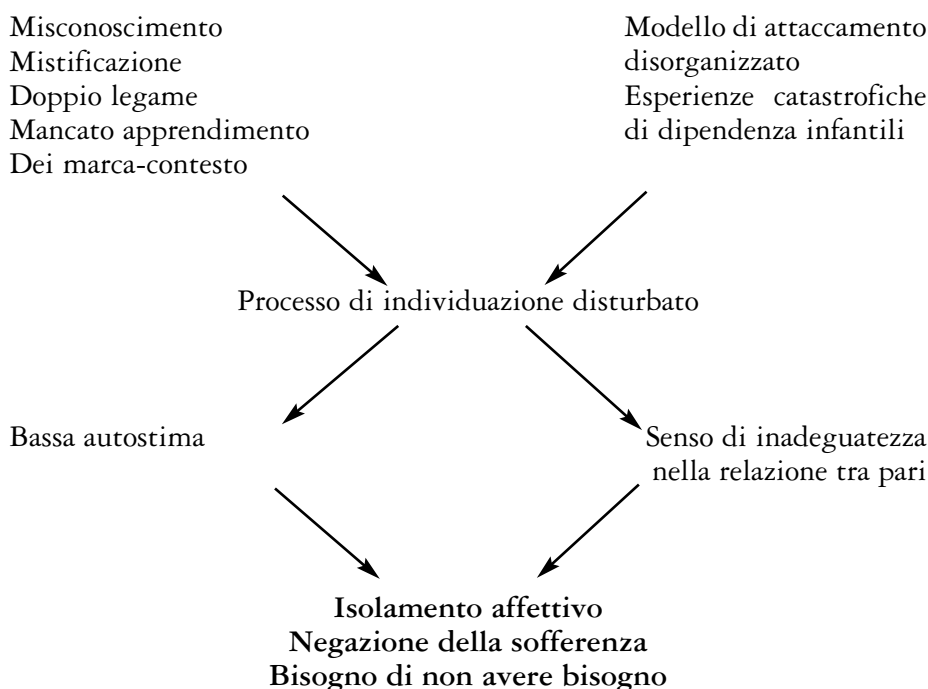
Se a queste riflessioni che provengono dalla teoria dell'attaccamento uniamo le altre che provengono dalla ricerca sulla comunicazione nelle famiglie a transazione schizofrenica come i concetti di misconoscimento e di mistificazione (D. Laing 1969), la teoria del doppio legame (Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956), la ricerca di Wynne sulla correlazione tra lo stile comunicativo e relazionale dei genitori e il disturbo del pensiero nel figlio-paziente (L. Wynne e M.T. Singer, 1992 trad.it.), i concetti di pseudomutualità e di pseudostilità (L. Wynne e I.M. Ryckoff, 1958), possiamo comprendere come il percorso di individuazione e di acquisizione di un'identità da parte del figlio paziente sia stato invalidato molto prima che cominci il processo di svincolo.

Mistificazione è il termine usato da Laing per descrivere una manovra manipolativa molto frequente nelle famiglie a transazione schizofrenica, in base alla quale i sentimenti di un figlio vengono a tal punto negati dai genitori che egli comincia a mancare di fiducia e, a causa di ciò, non arriva a costruirsi sulle sue stesse percezioni.

La teoria del doppio legame, seppur oggi spesso contestata dagli stessi sistemici, rimane una pietra miliare nella storia della teoria e delle ipotesi etiopatogenetiche sulla schizofrenia. L'ipotesi che sta alla radice della ricerca finanziata dalla Rockefeller Foundation dal 1952 al 1954 è che quel comportamento incongruo e incomprensibile caratteristico della comunicazione schizofrenica diventava invece comprensibile se inserito all'interno del contesto di appartenenza e quindi degli scambi comunicativi della famiglia a transazione schizofrenica. Sarebbe, insomma, il risultato di una distorsione del processo di apprendimento del figlio, il quale "non impara ad apprendere i segnali di contesto" poiché ogni qual volta li percepisce correttamente viene punito, attraverso una sequenza relazionale a cui è stato dato il nome di "doppio legame". Questa sequenza prevede che all'interno di una situazione significativa per la sopravvivenza del bambino, dalla quale non si può fuggire, e nella quale non è possibile metacomunicare, viene inviata una "ingiunzione paradossale" alla quale cioè non è possibile rispondere in modo corretto, poiché qualsiasi risposta è sbagliata. "ogni qual volta un individuo si trova in una situazione di doppio vincolo, la sua capacità di discriminare tra tipi logici subisce un collasso E avrà reazioni di tipo difensivo simili a quelle di uno schizofrenico."

I concetti di **pseudomutualità** e di **pseudostilità** descrivono l'organizzazione emozionale della famiglia a transazione schizofrenica, sono cioè manovre condivise con cui vengono tenuti lontani vissuti minacciosi per la coesione familiare e che sono generalmente connessi con problematiche

relative alla distanza affettiva: sia l'eccessiva distanza, infatti, che l'eccessiva vicinanza vengono avvertite come pericolose, a tal punto che è vietato parlarne. È riconoscibile la stessa trama che porta alla situazione di doppio legame, e non è affatto casuale che tematiche simili emergano prepotentemente all'epoca dello svincolo, così come soggiacciono pervasivamente lungo tutto il percorso di individuazione.



La paura della dipendenza, con i suoi correlati come la paura della delusione, il bisogno di non avere bisogno, il timore del controllo, l'angoscia fusionale, la perdita dell'identità, uniti alla negazione della sofferenza, portano quindi a un rifiuto degli altri, e a un rifiuto dell'aiuto terapeutico che spesso viene rinforzato da un analogo atteggiamento dei familiari con i quali viene sancita una **collusione premorbosa** sul fatto che il **problema non è il problema**, attraverso tutto lo strumentario comunicativo e relazionale caratteristico di queste famiglie che abbiamo precedentemente rammentato, e che infine portano a quella **incapacità riflessiva** anch'essa così tipica di questi pazienti e di queste famiglie (Cirillo, Selvini, Sorrentino 2002).

È possibile, talvolta, che il paziente si permetta di esprimere una richiesta di aiuto spostandola sul piano medico o socio-assistenziale come moda-

lità di entrare in un rapporto salvaguardando l'autostima e i vissuti minacciosi collegati alla relazione di dipendenza e alle angosce fusionali.

D'altra parte è pur sempre una richiesta che ci permette di tenere aperto il canale della relazione in attesa che si possa costruire una domanda diversa e la fiducia necessaria per poterla esprimere.

È anche interessante sottolineare che la richiesta di aiuto medico e/o assistenziale rimanda peraltro a una relazione di accudimento piuttosto che alla più evoluta relazione di collaborazione.

STORIA DI SANDRO

Una mattina di febbraio del 1994 la mamma e la sorella di Sandro, un uomo di circa quarant'anni, arrivano al Centro di Salute Mentale chiedendo di intervenire nuovamente perché da tempo Sandro vive in uno stato di abbandono in un piccolo appartamento che i genitori hanno comprato per lui e da cui esce soltanto per compiere lunghe passeggiate afinalistiche e andare a casa dei genitori per mangiare e portare qualcosa da lavare. Sono preoccupate non solo per lo stato psichico di Sandro, che comunica attraverso discorsi strani, ma anche per lo stato di trascuratezza in cui vive e soprattutto per il timore che possa sperperare i soldi della pensione di invalidità e dell'indennità di

accompagnamento che stanno per arrivare dopo che miracolosamente, come scrive sulla cartella il collega che lo aveva in cura precedentemente, erano riusciti a convincerlo a sottoporsi alla visita della commissione di invalidità civile. Già da molto tempo il paziente aveva interrotto ogni rapporto con l'equipe dei curanti. Ogni volta che ricorderemo con Sandro quell'episodio, il suo commento resterà invariato: "ho finto di fare il pazzo per imbrogliare la commissione."

Resta la difficoltà di avvicinare il paziente per riaprire un dialogo con lui, già sapendo, a dire dei parenti, che Sandro rifiuta ogni connotazione di malattia e non vuole avere a che fare con i medici e con i farmaci. Decidiamo pertanto con la famiglia che vedremo Sandro a casa dei genitori, dove appunto ogni tanto va, dando come motivo dell'incontro l'imminente arrivo della pensione di cui siamo garanti avendo contribuito a fargliela dare. È visibile l'artificio, non è la verità, ma è una ricostruzione plausibile e che comunque coglie un aspetto importante che è il "quando" della richiesta dei familiari, che comunque sono stati ascoltati e hanno avuto come risposta un'ipotesi di intervento anziché il solito scaricabarile: "non possiamo fare nulla se suo figlio non viene ...".

All'incontro a casa dei genitori conosciamo Sandro che sembra incuriosito dalla motivazione che siamo lì per conoscerlo e valutare insieme con lui come impiegare bene i soldi che stanno per arrivare. Sandro si presenta estremamente trascurato nella persona, vestito e sporco da far paura, capelli lunghi e incollati, unghie lunghe e nere, e soprattutto un linguaggio che sembra la quintessenza dell'insalata di parole. Conosciamo anche il padre di Sandro, un uomo buono, molto affettivo nei confronti del figlio, succube della moglie che si capiva aveva tutto il potere in famiglia, mentre mancavano le due sorelle di Sandro che all'epoca erano già

sposate da molti anni, anche se entrambe molto coinvolte con la famiglia di origine.

Non facciamo granchè, solo ci preoccupiamo di far comprendere bene a Sandro le finalità che ci hanno spinto ad incontrarlo e a rivederlo, con il suo consenso e a casa sua. Ed è così che prendiamo il primo appuntamento a casa di Sandro.

Per due mesi andremo a casa di Sandro una volta alla settimana, ogni volta prendendo appuntamento per la settimana successiva. Abbiamo il solo e unico scopo di costruire un rapporto di fiducia, sentiamo che qualsiasi accenno a definizioni di malattia, farmaci, ricovero avrebbero compromesso ogni possibilità di farci accogliere. La casa è un incubo, devastata da anni passati dentro un mondo mistico e frammentato di cui non riusciamo a cogliere quasi nulla poiché l'unica lingua conosciuta è lo "schizofrenese", linguaggio criptico che serve più a nascondere che a passare l'informazione. Ogni volta restavamo un'ora: il medico, l'infermiere e l'assistente sociale che aveva il compito di riconfermare al paziente il significato delle nostre visite.

E intanto cerchiamo di decodificare il discorso di Sandro, alla ricerca di nessi che ci indicassero che strada prendere. Alla fine una parola chiave "disorganizzazione" come elemento unificatore ed accettabile dal paziente per definire il problema e insieme concordare gli obiettivi.

Dopo due mesi succede un fatto nuovo: in risposta ad un comportamento di Sandro più aggressivo del solito (era andato a casa dei genitori quasi all'alba per chiedere soldi), i genitori chiamano la guardia medica e lo fanno ricoverare. Non deve sfuggire la considerazione che episodi simili erano accaduti molte volte negli anni precedenti senza che nulla accadesse. Il nostro intervento, l'ascolto che avevamo dato ai genitori, la nostra presenza regolare avevano rassicurato e rafforzato i genitori al punto che si erano sentiti in grado di prendere un'iniziativa?

Durante il ricovero Sandro prende dei farmaci, e sebbene il ricovero duri poco (una settimana o poco più perché tanto è un "cronico" e poi perché non è violento), il pensiero di Sandro si rischiarisce e il discorso diventa più comprensibile, possiamo finalmente decidere insieme un progetto

per dare una nuova organizzazione alla sua vita che era stata devastata da cosa?

Nel corso degli anni successivi Sandro ha accettato di fare un percorso riabilitativo, ha accettato di prendere farmaci che ha poi invariabilmente interrotto per periodi più o meno lunghi rifranando verso un rapporto psicotico con la realtà, ha fatto alcuni lavori e ha addirittura intrapreso una libera professione per circa un anno, è tornato a vivere con i genitori in una convivenza basata purtroppo su una sorta di collusione sul reciproco supporto, ha accettato di avere avuto problemi psicologici che lo hanno allontanato dalla realtà, isolandolo e impedendogli di realizzare le sue aspirazioni, ma non ha mai accettato di mettere in discussione quello che per lui è l'inizio della storia: aver avuto tanti anni fa esperienze paranormali legate a problematiche religiose rispetto alle quali ha reagito in modo abnorme con tutte le conseguenze successive.

Non ha mai accettato di definirsi malato, né paziente, né tanto meno paziente psichiatrico.

Viene agli incontri perché i nostri colloqui sono utili a riflettere e a gestire meglio i problemi che sa di avere per costruirsi una vita da adulto, e talvolta come luogo di mediazione per le conflittualità intrafamiliari. La storia continua.

LA NON COLLABORAZIONE COME ESPRESSIONE DI UN PIÙ VASTO ATTEGGIAMENTO FAMILIARE

Così come il figlio paziente anche la famiglia a transazione psicotica oscilla attorno allo stesso conflitto tra paura e bisogno.

Le manovre relazionali di cui abbiamo parlato e che servono a gestire le distanze emotive, la conflittualità, l'ostilità (nascosta o esibita), gli aspetti fusionali, sono le stesse che vengono agite nella relazione con i curanti e il servizio. Anche quando la famiglia riesce ad esprimere una richiesta di aiuto, la domanda è spesso ambivalente perché l'intervento viene sentito come minaccioso per l'unità familiare o perché i modelli e i miti della famiglia vengono comunque messi in crisi dapprima dal comportamento sintomatico e infine dal tentativo di cambiamento che è lo scopo ultimo di ogni intervento.

Questi vissuti portano spesso all'abbandono oppure a una adesione con boicottaggio dell'intervento stesso.

Ad un secondo livello i sensi di colpa che circolano in queste famiglie e l'ostilità che è spesso una caratteristica relazionale insieme all'invischiamento e all'ipercriticismo vengono, probabilmente con sollievo, spostate verso l'esterno: si evidenziano allora quelle situazioni di svalutazione ostile verso il servizio e di disprezzo verso l'aiuto offerto che tante volte costituiscono un corollario inevitabile delle situazioni di non collaborazione.

Esiste poi un terzo livello che è quello dello stigma sociale, della vergogna, della paura del giudizio della gente che non riguarda solo il paziente, ma anche e spesso in maniera prevalente la famiglia. Del resto è facile comprendere come in una situazione a transazione schizofrenica sia quasi impossibile pensare di lavorare solo con il paziente, dato il Sé scarsamente differenziato di quest'ultimo, l'invischiamento e la conflittualità presente nelle dinamiche familiari, le ingiunzioni paradossali che intrappolano le persone in una guerra senza fine, l'impossibilità di lasciare il campo. È chiaro quindi che le risonanze dell'atteggiamento familiare nei confronti dell'intervento influenzano enormemente la possibilità del paziente di accedere alla richiesta di aiuto nonché di mantenere il rapporto terapeutico, ma soprattutto la possibilità di avviare un cambiamento senza che questo comporti un feedback omeostatico da parte della famiglia.

STORIA DI GIOVANNA

La storia di Giovanna nella psichiatria comincia molti anni fa subito dopo la nascita della seconda figlia, a breve distanza dalla prima. Quando ci siamo conosciuti, circa vent'anni dopo, in occasione di un ricovero che avveniva a molti anni di distanza dall'ultimo, Giovanna aveva circa 45 anni, parlava a monosillabi, preferibilmente sì e no proferiti apparentemente senza senso, tranne i momenti in cui inveiva contro il marito che veniva accusato in maniera indefinita ma con aggettivi che variavano dal "mascalzone" al "maiale".

Motivo del ricovero non era tanto il disperato ritiro e l'altrettanta disperata frammentazione del pensiero, quanto piuttosto i lunghi e esasperanti soliloqui dentro casa segnale probabile di un ininterrotto dialogo con "voci" sempre presenti, e le frequenti "sfuriate contro il nulla" affacciata dal balcone di casa nella stradina di una borgata romana, dove tutti si conoscono: e del resto i genitori della paziente abitavano al piano terra della stessa palazzina.

Il marito sottolineava anche una certa tendenza al bere che, a suo parere, faceva da supporto alle sfuriate della moglie. Uomo molto attivo e responsabile, si dava un gran da fare nel mantenere unita la famiglia, anche se anni prima aveva deciso di andarsene di casa "così forse la moglie sarebbe stata meglio se lui era la causa di tutti i suoi mali", salvo a tornare dopo pochi mesi "per il bene delle figlie". Il ricovero durò pochissimo perché, come disse il Primario al marito, non c'era niente da fare: la moglie era cronica e se la doveva tenere così.

È pertanto probabile che potremmo inserire questo racconto anche come esempio di non collaborazione conseguente alla non disponibilità del Servizio e/o come mancata integrazione tra Servizi (SPDC e CSM).

Casualmente per un parallelo cambiamento nella mia sede di lavoro mi ritrovai ad essere il terapeuta di riferimento sul territorio. Il marito era ovviamente arrabbiato contro il Primario e "tutta l'assistenza" ricevuta. Assicurai il nostro appoggio e cercai di introdurre qualche nota di speranza sulla possibilità che qualcosa poteva essere fatto con l'aiuto di tutti.

Ricordo che facemmo molte visite domiciliari per farci conoscere dalla paziente, e per mostrare la nostra affidabilità alla famiglia. Conoscemmo così anche le due figlie: la maggiore più vicina emotivamente alla madre, mentre la minore ne era distante perché diceva di non aver mai avuto un rapporto affettivo con la madre che si era ammalata subito dopo la sua nascita.

In realtà entrambe non si rendevano conto di trattare la madre come un "marziano": la prima esprimendo la convinzione che non era colpa della madre se la malattia l'aveva ridotta così, la seconda intimidita dagli atteggiamenti sintomatici della mamma e ostile verso di lei, colpevole di non averla accudita e di quello che le era capitato.

Anche il marito aveva un'opinione molto personale della "malattia" della moglie: non riusciva a comprendere perché si fosse ammalata visto che aveva sempre avuto tutto il necessario e quindi non avendo dovuto affrontare problemi di sopravvivenza non aveva avuto motivo di soffrire.

Stabilito un rapporto di fiducia con la gestione domiciliare della crisi, riu-

scimmo a far venire la famiglia al servizio, in realtà vedemmo soprattutto la coppia coniugale, dato che le figlie erano troppo impegnate nel lavoro e nella scuola.

Dedicammo molti incontri alla ricostruzione di una storia ormai lontana e “archiviata” da tutti. (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2002)

Le figlie non la conoscevano neppure, la paziente non ci ha mai raccontato la sua versione, i frammenti di storia raccontati dal fratello e dai genitori non aggiunsero nuove informazioni, per cui l’unica versione su cui potevamo lavorare era quella del marito.

Raccontava di un fidanzamento non entusiasmante e di un matrimonio forse di comodo per sistemarsi, seguito dall’allontanamento della coppia dalla famiglia di origine della moglie, e subito dopo dalla nascita della prima figlia che coincise con un cambiamento di lavoro del marito che lo portava lontano da casa per diversi giorni a settimana.

Dobbiamo presumere che lo svincolo dalla famiglia di origine implicò difficoltà non riconosciute, che la moglie si sia sentita inadeguata nel ruolo di madre e non abbia trovato ascolto né nel marito né nei genitori, dobbiamo presumere una situazione di crisi nella coppia come spesso capita alla nascita dei figli: sta di fatto che nonostante la moglie avesse ottenuto di riavvicinarsi alla famiglia di origine, dopo la nascita della seconda figlia esplose una crisi psicotica cui seguì il primo di molti ricoveri, trattati con farmaci ed ESK.

“Il resto è silenzio” si potrebbe dire citando Amleto.

Dal nostro incontro sono passati altri cinque anni. Giovanna non beve più, non urla più la sua rabbia dal terrazzo e non insolentisce più il marito. Quest’ultimo afferma che la situazione è più tollerabile di prima, anche le figlie si dichiarano abbastanza soddisfatte, pur lamentandosi del continuo borbottio della mamma dentro casa.

Il marito continua ad accompagnare la moglie dallo psichiatra per il controllo della terapia e la solita “chiaccherata” mensile, in cui continua ad esprimere con tono di rimprovero l’incomprensibilità del comportamento di chiusura e di apatia della moglie.

Non siamo mai riusciti ad attivare un’interazione nella coppia nella quale il marito si rivolgesse alla moglie con un tono diverso da quello ironico e squalificante che usa sempre.

Non siamo mai riusciti ad avvicinare le figlie alla madre anche soltanto per una passeggiata: in cinque anni non è mai accaduto. L’intervento sembra essere assolutamente omeostatico alle esigenze (per quanto tempo ancora?) di mantenere unita la famiglia chiusa all’interno del paradigma psichiatrico, peraltro intaccato dalla convinzione di una volontarietà dispettosa attraverso la quale il marito legge i comportamenti della moglie.

L’adesione al trattamento è ambivalente, la sensazione è che manchino interi capitoli di una storia che non può essere raccontata, è invece presente il disagio e/o la vergogna per la malattia mentale, e in tutti l’incapacità a “vedersi” nella relazione. Giovanna continua a guardarmi con occhi sornioni, accennando un debole sorriso rassegnato, e continua a rispondere a monosillabi.

Tutti collaborano e allo stesso tempo non collaborano.

S. Cirillo, M. Selvini e A.M. Sorrentino nell'opera citata (2002) ci ricordano infatti: " La terapia familiare, grazie alla potente messa in discussione delle premesse di ciascun attore sulla scena della famiglia, fa sì che il comportamento psicotico recuperi il proprio senso individuale e relazionale. La terapia può attivare risposte di rinnovamento e di speranza che fanno uscire tutti dall'esperienza di catastrofe senza senso, generata dall'insorgere della crisi... per contro il primo ricovero è vissuto come uno stigma che colpisce l'intera identità familiare, sopportato con vergogna e sensi di colpa dai genitori, che vi leggono la propria impotenza, sia dal paziente, che lo vive come il suo ingresso, spesso definitivo, in un mondo "altro" ... rendendo difficile un processo di integrazione dei vissuti della crisi all'interno della ricostruzione del senso della propria storia personale. L'esperienza del ricovero nella fase di esordio suscita di frequente atteggiamenti di archiviazione, di accantonamento del significato della crisi, che non permette al paziente e ai familiari di cogliere e elaborare i propri punti deboli e le proprie risorse."

LA NON COLLABORAZIONE COME CONSEGUENZA DELLA REAZIONE CONTROTRANSFERALE DEL TERAPEUTA

Se è vero che la situazione di non collaborazione è una situazione dinamica che riguarda la relazione tra i diversi partecipanti, allora dobbiamo includere anche i curanti e il servizio nel nostro campo di osservazione. Finora abbiamo riflettuto sulla reazione del paziente e dei familiari all'intervento, ma come le risposte del paziente e della famiglia si modulano su quelle del terapeuta, anche le risposte del terapeuta si modulano su quelle del paziente e della famiglia in un circuito che si autorinforza e tende all'omeostasi.

Abbiamo altresì ricordato che l'effetto dell'intervento è probabilmente un effetto non intenzionale data la complessità dei fattori in gioco, e comunque siamo convinti che la relazione terapeutica è una relazione asimmetrica e perciò il terapeuta deve essere "responsabile" della strategia e dell'andamento del processo terapeutico, del riconoscimento e accettazione della propria controidentificazione proiettiva col paziente, e dell'utilizzazione della controidentificazione sottostante per costruire un legame col paziente (entrare nel suo mondo) (D.B. Feinsilver 1996).

Se il terapeuta non riesce a riconoscere i propri vissuti non riuscirà ad evitare di mettere in atto reazioni controtransferali inadeguate che a loro volta esiteranno in un rifiuto del paziente e nell'abbandono. Tanto il paziente che il terapeuta hanno organizzazioni difensive che servono a mantenere un buon livello di autostima e di coesione del Sé.

La negazione della malattia e il rifiuto di qualsiasi relazione di dipendenza si estrinsecano nella relazione terapeutica con un attacco sistematico alle offerte di aiuto.

Il terapeuta non dovrebbe dimenticare nell'organizzare la strategia del proprio intervento questa necessità del paziente di non sentirsi minacciato nel suo bisogno di negazione e di autosufficienza. In questi casi insistere sul fatto che il paziente accetti la diagnosi di malattia non fa che favorire l'escalation simmetrica tra paziente e curanti. L'esperienza clinica insegna che se la sofferenza del paziente non viene connotata in termini di malattia è possibile per il paziente accogliere maggiormente l'intervento di aiuto.

D'altra parte la negazione della malattia e l'attacco alle offerte di aiuto risuonano nel terapeuta come una **crisi di identità e delle competenze** che a loro volta producono vissuti di impotenza e di rabbia.

Luigi Cancrini nel suo libro "La luna nel pozzo" ci invita a riflettere sull'importanza delle reazioni controtransferali nel contribuire al decorso della schizofrenia e sulla formulazione delle teorie esplicative del disturbo schizofrenico (L.Cancrini, 1999).

IL TERAPEUTA E L'IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA

È una situazione molto frequente dato la frequenza di questa organizzazione difensiva in coloro che, non a caso, decidono di dedicarsi a una "professione di aiuto".

I vissuti di empatia sperimentati dal terapeuta nei confronti del paziente portano l'operatore a "colludere" con il paziente e a vederlo come "vittima" della famiglia e/o dei terapeuti precedenti.

Se questo vissuto non viene riconosciuto dal terapeuta come una problematica derivante dalla propria controidentificazione proiettiva e dalla proiezione dell'aggressività verso soggetti esterni, possiamo avere conseguenze particolarmente significative nello strutturare una situazione di non collaborazione:

Il terapeuta non riconosce la sofferenza e i limiti del paziente (la disabilità): è come se l'operatore stesse disconfermando l'inadeguatezza del paziente così come disconferma la preoccupazione dei familiari che chiedono aiuto. Questa posizione è uno dei rischi più frequenti dei terapeuti familiari che nel loro tentativo di psichiatrizzare e di salvare il paziente dal ruolo di "paziente designato" sottovalutano spesso le sue difficoltà, mettendolo in situazioni di eccessiva responsabilizzazione e di stress che il paziente non può sostenere (Cirillo, Selvini, Sorrentino, op.citata). Inoltre vedere il paziente come vittima ha implicazioni che riguardano sia il terapeuta che la famiglia:

Da un lato il terapeuta si sente enormemente responsabilizzato (io ti salverò), e sperimenterà in occasione delle inevitabili difficoltà che costellano il percorso terapeutico sensi di colpa e una aggressività che non viene

espressa verso il paziente ma viene proiettata su soggetti esterni cattivi, che di volta in volta possono essere la famiglia, i colleghi, la comunità, le leggi ecc.

D'altra parte il non riconoscimento delle difficoltà e delle inadeguatezze del paziente porta a non riconoscere o a sottovalutare il carico di sofferenza familiare. La squalifica che la famiglia avverte rende difficile la sua collaborazione nel trattamento, ma ancora di più diventerà ostile se si sente colpevolizzata aumentando da un lato le dinamiche espulsive verso il paziente e dall'altro aumentando la delega ai curanti e/o interrompendo la terapia.

STORIA DI MAURO

Mauro, trentacinque anni, è arrivato al Servizio qualche anno fa portato dalla madre con grande urgenza, dopo che, rinchiusosi per una breve vacanza in un albergo sul mare con un bel po' di cocaina, aveva cominciato a vedere strane cose minacciose, e a stento era tornato a casa in preda a una crisi allucinatoria acuta. È il primogenito di tre figli e l'unico rimasto in famiglia. La sorella, sposata, torna spesso nella casa dei genitori per farsi aiutare dalla madre a tenere il figlio piccolo, mentre il fratello minore è andato in un'altra città ed è l'unico che sembri realmente svincolato dalla famiglia. Il padre ha una piccola azienda messa su insieme al fratello dopo che entrambi erano arrivati a Roma negli anni cinquanta come tanti che fuggivano dalle campagne. "Io sono il braccio e lui è la mente Ho cominciato a lavorare da piccolo e ho costruito tutto da solo ..." dirà spesso lanciando segnali di sfida a Mauro, che accusa di essere un fannullone bugiardo che si approfitta della situazione. È un uomo iperattivo, spesso iroso, tutto teso a proclamare la sua buona fede nell'essersi sempre sacrificato per il bene di tutti, ed è sinceramente spiazzato dal figlio che lo accusa di non averlo mai compreso e mai realmente aiutato a realizzarsi.

La madre, profondamente invischiata col figlio, ha sempre alternato atteggiamenti protettivi con altri di drammatico e rancoroso distacco quando si sentiva impotente di fronte ai comportamenti sintomatici di Mauro.

Mauro era il figlio destinato a subentrare al padre nella conduzione dell'azienda. A quindici anni era stato mandato all'estero per studiare nel campo. Ritornato dopo qualche anno aveva però cominciato a contestare questa decisione, si era preso un altro diploma e aveva tentato di trovare altri lavori senza riuscirci. Era quindi tornato a lavorare col padre e lo zio, lamentandosi della cattiva sorte, colpevolizzando i genitori che lo avevano condizionato nella scelta degli studi, e soprattutto rimproverando il padre di non riconoscere il suo contributo, di squalificarlo agli occhi dello zio e dei clienti, di non averlo mai messo in regola, di non concedergli nessuna autonomia decisionale né tanto meno nessuna possibilità di svincolo negandogli quell'aiuto economico che gli avrebbe permesso di avviare un'altra attività, peraltro sempre vaga e indefinita. Nessuno sembrava essersi accorto che in quegli stessi anni il mondo relazionale di Mauro si andava restrin-

gendo sempre di più, e non era riuscito a stabilire nessun rapporto affettivamente valido.

Colpiva nel discorso del paziente, al di là della rigida punteggiatura sulle colpe genitoriali d'altra parte speculare alla designazione altrettanto rigida fatta dai genitori sul di lui, una sensazione di vuoto, di non capacità ad immaginare e tanto meno a raggiungere un qualsiasi obiettivo, la superficialità e la stolidità nei ragionamenti, nei propositi, nell'immagine di sé.

Colpiva anche la discrepanza che ognuno di loro mostrava nelle aspettative rispetto al contesto terapeutico, sempre rifiutato dal paziente che mal tollerava la cornice psichiatrica di cui denunciava l'estraneità, affermando di sentirsi una persona normale che aveva soltanto problemi di lavoro; squalificato dal padre, che superato lo shock di avere scoperto l'uso di droga da parte del figlio, ha continuato a vedere il figlio più come "cattivo" che come persona sofferente; ricercato in maniera ambivalente dalla madre, per la quale vedere il figlio attraverso le lenti della malattia ne salvaguardava la buona fede, salvo poi a minacciare l'espulsione quando veniva messa di fronte alle continue inadempienze del figlio.

Più volte negli anni successivi Mauro ha interrotto la terapia, prima quella farmacologica, poi rifiutando globalmente la relazione terapeutica, e più volte è tornato con l'urgenza di una crisi psicotica, sempre meno connessa con l'abuso di sostanze, ma spesso colorata di vantaggi concreti nell'interrompere una escalation simmetrica tra lui e i genitori.

Mi rendevo conto della funzione omeostatica che andava assumendo l'intervento che, abbassando la tensione, permetteva al sistema di procedere senza troppe destabilizzazioni. Nella testa del terapeuta la stessa diagnosi oscillava tra il privilegiare la tossicodipendenza come uscita sintomatica di uno svincolo apparente o la psicosi col suo ritiro nel nulla, nella solitudine di giochi perversi a cui la cocaina serviva da supporto.

Avvertivo il disagio di una reazione controtransferale impegnativa sia nei colloqui individuali col paziente, sia nei colloqui familiari in cui, come i genitori col figlio e il figlio con i genitori, alternavo atteggiamenti protettivi ad altri di distacco e di fastidio quando la mia competenza veniva messa in crisi dal gioco familiare. Più di una volta ho accettato il rifiuto del paziente a continuare il trattamento, avvertendo consapevolmente un sollievo.

Anche questa storia potrebbe riguardare una situazione di non collaborazione vista come risultato di un più vasto atteggiamento familiare, ma ho preferito inserirla come esempio di un atteggiamento controtransferale inadeguato poiché è molto forte il ricordo di come fosse per me difficile non fare un'interpunzione sulla coppia genitoriale che percepivo ipercritica e inadeguata, mentre mi sforzavo di vedere la sofferenza e la buona fede del paziente che i genitori spesso mettevano in dubbio.

LA NON COLLABORAZIONE COME “SINTOMO” DI UN SERVIZIO NON DISPONIBILE

“Se suo figlio non viene, noi non possiamo fare nulla” sintetizza come meglio non si potrebbe la situazione di non collaborazione che nasce dalla “rigidità dell’organizzazione” del servizio.

Un servizio che non va verso il paziente, un’equipe ferma che non si attiva per costruire strategie adattative per le differenti situazioni è un’equipe che avrà probabilmente un’alta percentuale di drop-out.

È anche un servizio che “tradisce” il senso della riforma psichiatrica del 1978 che non riguarda solo la chiusura dei manicomi, ma anche e soprattutto lo spostamento del trattamento dalla residenzialità al territorio, inteso non solo come circuito di servizi territoriali che sostituiscono la vecchia centralità ospedaliera, ma soprattutto come “luogo” dove il disagio prima, e il disturbo poi, si manifesta e cioè come “contesto” nel quale il comportamento sintomatico va osservato, perché solo conoscendo il contesto possiamo attribuire un significato a ciò che viene definito come incomprensibile e imprevedibile. Infine contesto come rete di relazioni in cui trovare le risorse necessarie per riattivare le potenzialità del paziente e della famiglia.

Quando la famiglia arriva senza il paziente, generalmente disperata e impotente, sarebbe necessario accoglierla ascoltando la domanda di aiuto e cominciando a ragionare con loro (genitori, coniugi, fratelli ecc.) sulle strategie per tornare con la persona che rappresenta il problema e/o sulle strategie per avvicinare il paziente (se, come spesso accade, se ne sta chiuso in casa nella sua camera). Una strategia, ad esempio, basata sul suggerire ai genitori che continuare a spingere il figlio a sottoporsi a una visita psichiatrica sarà fallimentare, mentre potrebbe non esserlo incontrare un esperto perché in quella certa situazione “tutti stanno male” e hanno bisogno di aiuto, ha il vantaggio di costruire una relazione di collaborazione con la famiglia di cui vengono sostenute le competenze e soprattutto ci permetterà di avvicinare il paziente contestualizzando la nostra presenza. Di una cosa siamo convinti: **non possiamo andare a casa di nessuno se non siamo stati chiamati da qualcuno**. Dal punto di vista della cultura attuale il garantismo e l’attenzione particolare della società occidentale alle libertà individuali ci propone una riflessione significativa sulla stretta correlazione tra queste libertà riconosciute e la non collaboratività del paziente psichiatrico. Probabilmente all’epoca in cui l’intervento era essenzialmente custodialistico non aveva molto senso parlare di non collaborazione: “La prima forma di non collaborazione la troviamo in pediatria, l’ultima forma la troviamo nella geriatria... Solo nel manicomio si è superata l’opposizione, eliminando l’interlocutore. La democrazia accoglie il dissenso. L’alleanza terapeutica è un risultato da raggiungere e non un prerequisito.

La non collaboratività può essere letta come un effetto collaterale della attuale tolleranza sociale verso la diversità o piuttosto come segnale della contraddizione tra il modello della tolleranza e il modello del controllo sociale” (N. Lo Cascio 1999).

Ricordiamo che già nel 1973 R.D. Laing scriveva: “... Di solito sono ‘chiamato a intervenire’ in una ‘situazione’ che è già stata definita dalle persone che vi sono coinvolte (e talora anche da altri componenti il gruppo sociale) come una situazione in cui uno dei protagonisti ‘ha dei problemi’; e gli altri non sanno cosa fare per lui o per lei...”.

L’atteggiamento eticamente corretto di chi viene chiamato ad intervenire dovrebbe essere quello di **scoprire qual è la situazione** “... nessuno sa in anticipo qual è la situazione. Bisogna scoprirla... noi non possiamo accettare la definizione della situazione quale ci viene proposta da chi vi è coinvolto, se non come una testimonianza, che è essa stessa parte della situazione che dobbiamo scoprire”. Nella definizione delle persone coinvolte, le situazioni vengono presentate nei modi seguenti:

- 1) qualcuno ha dei problemi;
- 2) nessuno ha dei problemi, ma le cose non vanno come dovrebbero;
- 3) secondo il parere di ciascuno degli altri, tutti hanno dei problemi;
- 4) noi non abbiamo problemi, perché intervenite? Tutto va bene. Ma potrebbe non andare bene per i vicini, la polizia, l’assistente sociale del Comune ecc. (R.D. Laing, 1973).

Ognuna di queste situazioni necessita di strategie diverse, che costruiscono un percorso molto articolato prima di arrivare al TSO (trattamento sanitario obbligatorio) che è l’ultima e definitiva carta da giocare. Il ricorso al TSO va evitato se è possibile. Abbiamo già detto più volte che quando la famiglia arriva a esprimere una richiesta di intervento urgente le possibilità di comprensione e di controllo hanno già superato il limite di guardia. Il ricovero, non importa se volontario o obbligatorio, non è necessariamente il risultato di un fallimento terapeutico (anche se può esserlo), può essere invece un modo per ristabilire una relazione col paziente, ricalibrare l’intervento, modificare la strategia terapeutica, “fermare ” una situazione di escalation, “rompere” una situazione di collusione intrappolante, per dare a tutti (paziente, famiglia, operatori) il tempo necessario per riflettere e comprendere cosa sta effettivamente succedendo.

Paradossalmente sebbene il TSO sia un dispositivo sanitario che la legge delega giustamente all’istituzione pubblica con un duplice meccanismo di garanzia: a) la doppia certificazione medica

(la proposta e la convalida) e b) l’attivazione del giudice tutelare, il ricorso al trattamento obbligatorio è stato vissuto negli anni da molti operatori come qualcosa da evitare in quanto intervento intrusivo, che da un lato

segnalerebbe il fallimento delle strategie terapeutiche e dall'altro renderebbe più difficile per il paziente stabilire un'alleanza terapeutica con gli operatori visti come persecutori.

D'altra parte quando la famiglia formula la richiesta di aiuto proponendo un'urgenza si è già determinata nella famiglia una situazione di non collaborazione derivante dalla contrapposizione e dalla escalation simmetrica tra paziente e familiari, dall'exasperazione e dall'impotenza che nascono man mano che il figlio paziente acquista potere sul resto della famiglia col proprio comportamento sintomatico, dai conflitti e dai rancori che serpeggiano tra le persone. Il TSO rappresenta allora l'unico modo per "rompere" l'escalation, l'exasperazione e l'impotenza dei "giochi familiari" e il reparto ospedaliero rappresenta il luogo dove è possibile "incontrare" il paziente e la famiglia. Lungi quindi dall'essere un ostacolo all'alleanza terapeutica, rappresenta invece, a volte, l'unica possibilità di interagire con il paziente all'interno di una situazione protetta e lontano dalle interferenze delle dinamiche familiari che tanto spesso mantengono e rinforzano il comportamento disturbato e la conflittualità intrafamiliare.

Ci sono molti modi di accogliere una richiesta di aiuto formulata da famiglie che stanno vivendo una situazione insostenibile con un proprio congiunto, o anche una situazione non critica ma che denuncia, attraverso il comportamento del paziente, sofferenza, inadeguatezza, limitazioni nella vita della persona, che impongono eticamente il dovere dell'intervento.

Al di là delle "urgenze psichiatriche" che per motivi medico-legali necessitano dell'attivazione del Pronto Intervento Psichiatrico, intendiamo qui riferirci a tutte quelle situazioni di isolamento, di ritiro, di rinuncia alla realizzazione di un percorso personale di autonomia, che si nascondono, spesso per anni, all'interno delle famiglie che "supportano e sopportano" il figlio paziente, costruendo di fatto situazioni di cronicizzazione in cui lunghi periodi di quiete apparente sono scanditi da intervalli di tensione e di crisi che poi a poco a poco si smorzano per rientrare nella quiete apparente.

Queste lente agonie familiari, come abbiamo già detto, sono spesso sostenute da errate convinzioni e/o da letture della situazione che circolano nella famiglia e che sono profondamente connesse con la visione del mondo e con le credenze e le teorie che la famiglia ha rispetto al problema: credenze e teorie che vanno ascoltate e comprese se vogliamo costruire risposte che siano adeguate alle aspettative di coloro che provano o riprovano, magari a distanza di anni, a formulare una richiesta di aiuto.

Lo stigma e la vergogna che ancora oggi circondano il disturbo psichico, i sensi di colpa che talvolta emergono accanto ai rancori e alle ostilità che irrigidiscono i "giochi" relazionali, l'incapacità stessa di certe famiglie ad attivarsi in maniera adeguata per chiedere aiuto, la convinzione che tanto

non c'è niente da fare, per fatalismo, per ignoranza delle leggi e dell'attuale organizzazione dei Servizi per la Salute Mentale, l'isolamento stesso che imprigiona non solo il paziente ma anche queste famiglie che sembrano scivolare verso una sorta di entropia ingravescente, sono solo alcuni dei motivi che impediscono o rendono particolarmente difficile per queste famiglie attivare una richiesta di aiuto.

Quando poi, per una serie fortuita di coincidenze, come un evento nuovo che interviene a "rompere" l'omeostasi del sistema familiare, spesso rappresentato dalla perdita o comunque dal distacco di una persona significativa, la famiglia riesce, generalmente tramite la persona che più sente l'esigenza di modificare l'equilibrio precario mantenuto per anni, a far arrivare la sua richiesta di aiuto ad un Servizio che non è pronto ad accoglierla, la famiglia può ritirarsi di nuovo avendo trovato conferma che non c'è niente da fare, mentre il servizio si troverà prima o poi a dover gestire una situazione di crisi, e magari di urgenza psichiatrica, con in più una famiglia ostile che non ha più nessuna fiducia nella competenza degli operatori.

STORIA DI BRUNO

Bruno era rimasto per molti anni "abbandonato" in casa.

Dopo un lontano e infruttuoso ricovero in clinica i genitori avevano deciso che gli interventi esterni erano inutili se non addirittura dannosi (in quanto accrescevano l'ostilità del figlio nei loro confronti). Si erano assestati su una prassi di trattamento domiciliare gestita in piena autonomia e sempre di nascosto: "Quando va su aumentiamo le gocce di Serenase, quando si calma le riduciamo". La tensione in casa era sempre alta: Bruno non tollerava la presenza dei genitori che erano cacciati dalla cucina quando entrava lui; i genitori si rinchiodavano di notte nella loro stanza per paura del figlio che passava gran parte della giornata vagando per il quartiere, urlando di tanto in tanto la sua disperazione al nulla e fermandosi in qualche bar per bere caffè o birra e illudendosi, forse, di avere ancora qualche tipo di relazione sociale.

Il tempo familiare era un presente infinito.

Su tutto incombeva la diagnosi di schizofrenia confortata non solo dall'impovertimento affettivo e relazionale del figlio, ma anche dal suo delirio monotematico: qualcuno gli aveva "girato i testicoli". Bruno aveva anche un fratello minore che ci chiamò per richiedere il nostro intervento, allarmato che l'approssimarsi del suo matrimonio potesse esporre i genitori ai maltrattamenti del fratello malato. Convocammo la famiglia che venne senza Bruno.

Ci trovammo di fronte a due genitori molto anziani, disperati e impotenti, che non vedevano via di uscita imprigionati dalla convinzione che qualsiasi intervento avrebbe reso Bruno ancora più aggressivo verso di loro. Qualsiasi cambiamento avrebbe provocato una catastrofe.

La possibilità di intervenire con un ricovero fu rifiutata dai genitori come fonte di inutili sofferenze per il figlio, e prevedibili ritorsioni future contro di loro.

Cominciammo a vedere i genitori con l'obiettivo di avvicinare il figlio, ma dopo una visita domiciliare (erano presenti solo Bruno e il padre) non riuscimmo nell'intento di stabilire un rapporto con Bruno che rifiutò decisamente altri incontri

Riproponemmo l'ipotesi di un ricovero per "rompere" l'immobilità della situazione, ma i genitori non si decisero neanche dopo una visita programmata al servizio psichiatrico che doveva servire da rassicurazione.

Passarono molti mesi, finché i genitori accettarono di partecipare al 1° gruppo di familiari di pazienti gravi che il servizio aveva deciso di organizzare. Fu solo grazie all'incontro e al confronto con altri familiari che vivevano lo stesso dramma che i genitori di Bruno decisero di accettare l'ipotesi che un ricovero avrebbe potuto portare effetti positivi. Non smisero però di pensare che una volta ritornato a casa tutto sarebbe tornato come prima. L'unica soluzione era che Bruno dopo il ricovero andasse in una struttura protetta in cui vivere secondo regole stabilite da persone autorevoli. Non era facile non definire espulsivo l'atteggiamento dei genitori così come d'altra parte

non potevamo non cogliere la stanchezza e l'impotenza della coppia che per vent'anni aveva gestito nel bene e nel male la "malattia" del figlio.

Bruno migliorò di poco, ma sufficientemente per accettare un rapporto con noi e un progetto terapeutico che prevedeva l'assunzione di farmaci (i colleghi dell'ospedale avevano optato alla fine per il Leponex che implica una gestione particolarmente difficile del trattamento) e l'inserimento nelle attività del Centro Diurno. Due volte alla settimana due operatori accompagnavano Bruno al Centro, poi lo riportavano a casa. Il miglioramento era visibile, ma i genitori continuavano a dire che tutto ciò non sarebbe durato e che ogni mattina era una lotta per la terapia.

Dopo un paio di mesi – a detta dei genitori – la situazione era nuovamente deteriorata. Ricordai ai genitori la possibilità di un nuovo ricovero prevista nel caso che Bruno avesse interrotto la terapia, ma ancora una volta la madre pensò di proteggere il figlio rimandando la decisione. Partii per le vacanze. Quando tornai seppi che pochi giorni dopo la mia partenza i genitori avevano chiesto il ricovero e i colleghi che mi sostituivano decisero di attuarlo cogliendo l'occasione di una visita ambulatoriale. Pensai subito che il paziente poteva essersi sentito ingannato.

Andai a trovare Bruno in ospedale, era fatuo e frammentato, non verbalizzava altro che la richiesta di tornare a casa. Stette molto male e dato che i genitori si rifiutavano di riprenderlo a casa, decidemmo di continuare il ricovero in clinica.

Per molto mesi fu praticamente impossibile entrare in rapporto con Bruno; se tentavamo di avvicinarlo rispondeva con un comportamento ostile e di fuga: una volta mi espresse tutta la sua rabbia accusandomi di voler distruggere la sua famiglia, mi minacciò esplicitamente e capii che a stento aveva controllato un passaggio all'atto. Ce l'aveva anche con la madre che sentiva ostile nei suoi confronti. L'unica presenza accettata era quella del padre da sempre più capace di uno scambio affettivo col figlio.

Qualsiasi ipotesi di ritorno in famiglia era sempre più rifiutata dai genitori finché anche Bruno cominciò a dire che preferiva restare in clinica anziché tornare a casa. Il padre lo andava a trovare regolarmente. Ricominciò a migliorare. Accettammo il progetto di inserire Bruno nella nostra Comunità Terapeutica informando tutti che sarebbe però passato molto tempo. Tutti erano contenti e nessuno sembrava avere fretta.

Ricominciò a frequentare il Centro Diurno: Imparò a tornare in clinica da solo. Riusciva simpatico agli operatori. I genitori non erano più diffidenti verso di noi.

Qualche mese fa, dopo un anno di ricovero, Bruno è entrato in Comunità. I genitori sono sereni e molto collaborativi. Bruno è sereno. Tutti sembrano aere riacquisito la speranza che il domani potrà essere migliore di ieri. Bruno ha 40 anni. Il padre ha 84 anni e soffre di una grave forma di insufficienza respiratoria. La madre ha 76 anni ed è ancora una persona valida. (M. Pelli, 1999)

LA NON COLLABORAZIONE COME MANCATA INTEGRAZIONE TRA SERVIZI

Il primo e forse più importante esempio di questa situazione è sicuramente la mancata integrazione tra il momento del ricovero in SPDC, le dimissioni e la prosecuzione dell'intervento presso il Centro di Salute Mentale, la cosiddetta "presa in carico" da parte dell'equipe territoriale. Ma altri esempi possono essere la mancata integrazione tra i diversi presidi che concorrono a costruire quel percorso terapeutico-riabilitativo che spesso dobbiamo attivare nelle situazioni gravi come il Centro Diurno e la Comunità Terapeutica.

I pazienti "revolving door" sono la conseguenza più eclatante del primo caso.

Se la gestione e il trattamento dell'acuzie psichiatrica nella degenza ospedaliera non prevede la contemporanea presenza degli operatori del territorio che entrano nell'ospedale e lavorano con i colleghi ospedalieri per ricostruire, insieme al paziente e alla famiglia, la storia della crisi, per restituire non solo una diagnosi ma anche una "lettura" della situazione su cui poter fondare un'ipotesi di intervento terapeutico che verrà poi attuato all'esterno, è prevedibile che le dimissioni dall'ospedale e il rientro a casa non costituiscano la premessa di un cambiamento. (M. Pelli, 1997)

La degenza in ospedale non dovrebbe essere soltanto finalizzata a "silenzare" il sintomo attraverso una corretta diagnosi psichiatrica e la somministrazione della terapia farmacologica, pur necessaria per risolvere l'acuzie psichiatrica, ma dovrebbe anche essere finalizzata alla comprensione del contesto della crisi, e cioè della storia e delle dinamiche familiari che sostengono la crisi del paziente e che a sua volta rappresenta il culmine di un processo di destabilizzazione (Covini, Fiocchi, Pasquino, Selvini 1984) che riguarda tutto il sistema familiare e sul quale bisogna lavorare già durante

il ricovero se non vogliamo che il rientro a casa del paziente determini una riacutizzazione della tensione familiare che porterà rapidamente a una nuova richiesta di intervento. (C. Modanes 1987)

Soltanto in questo modo il paziente, ma anche i familiari, sentiranno riconosciuta la loro sofferenza, e potranno aprirsi a una relazione di collaborazione, non più soggetti malati o cattivi, insieme vittime e carnefici della famiglia, ma inconsapevoli vittime, come gli altri, di una storia e di “giochi” che si perpetuano attraverso le generazioni.

Per quanto riguarda il secondo caso e cioè l’evenienza che la non collaborazione sia il risultato di uno “scollamento” tra i presidi che costituiscono il circuito delle strutture territoriali attraverso cui si articola il percorso terapeutico-riabilitativo del paziente grave, dobbiamo dire che paradossalmente questa possibilità è una conseguenza dell’attuale arricchimento di risorse messe a disposizione degli utenti e delle famiglie.

L’inserimento di un paziente in una Comunità Terapeutica determina spesso una delega del CSM alla comunità oppure conflitti sulla gestione del caso che creano disorientamento e confusione nel paziente e nei familiari. Altrettanto può verificarsi tra CSM e CD quando il paziente viene inviato alla struttura semiresidenziale con l’obiettivo di aiutarlo a riconquistare le sue capacità di socializzazione e le competenze che lo avvicinano alla possibilità di un reiserimento sociale: se questo percorso non viene seguito e monitorato da un regolare confronto tra le équipes spesso può succedere che il paziente “si perde”, viene “intrattenuto” magari per anni, all’interno del labirinto di laboratori, gite, soggiorni estivi, corsi di preformazione professionale, che non portano ad alcun cambiamento.

Il dialogo tra le “strutture intermedie” e il Centro di Salute Mentale è spesso reso difficile da un conflitto di competenze e tendenze alla delega che possono portare a triangolazioni, messaggi di squalifica, lotte per il potere, abbastanza simili, dal punto di vista della comunicazione, alla comunicazione patologica che ritroviamo nelle famiglie dei pazienti. L’effetto, come accennavamo, è quello di produrre confusione e disorientamento nel paziente e nella famiglia che non sanno più a chi dare retta e vengono tirati dentro alleanze perverse e coalizioni che risultano alla fine in una squalifica dell’intero progetto terapeutico e in uno stallo nel percorso di cambiamento.

Ci sembra opportuno riflettere su un possibile rischio insito nell’attuale tendenza di introdurre, fin dall’inizio, la partecipazione del paziente alle attività riabilitative utilizzate come “strategia” per “forzare” un cambiamento a cui né il paziente né la famiglia sono pronti. Bisognerebbe fare più attenzione al messaggio implicito che questo tipo di organizzazione del progetto terapeutico rimanda alla famiglia e al paziente. Similmente alla

diagnosi psichiatrica infatti l'inserimento nel circuito riabilitativo conferma una cornice di invalidità che può essere vissuta con fastidio dal paziente e spesso dalle famiglie, le quali peraltro possono sentirsi sollevate dal fatto che, in ogni caso, il figlio sta fuori casa e qualcuno pensa a lui.

Spesso si costruisce intorno all'invio del paziente al Centro Diurno lo stesso braccio di ferro che vediamo tante volte intorno alla terapia farmacologica. Mi è capitato non di rado di confrontarmi con l'oppositività del paziente e dei familiari rispetto alle sollecitazioni a frequentare il C.D. vissuto come stigmatizzante e regressivo: "non voglio andarci, là ci vanno i matti..." Oppure: "non voglio che mio figlio frequenti quel posto, non è così grave come gli altri..." Oppure: "non gli farà male stare con tutte quelle persone malate?". Frasi di questo tipo hanno sicuramente a che fare con la difficoltà per il paziente e la famiglia ad accettare i limiti e le disabilità conseguenti al crollo psicotico, la cosiddetta negazione della malattia, ma hanno anche a che fare con la convinzione che non bisogna arrendersi, che non siamo ancora arrivati al capolinea, che nostro figlio, nonostante tutto, è una persona normale ecc. E se è vero che accettare le proprie difficoltà e accettare di fare un percorso riabilitativo è spesso la premessa necessaria per il cambiamento, è anche vero che altrettanto spesso è proprio l'ostinazione di non volersi sentire all'interno del contesto psichiatrico che costituisce la maggior garanzia di lottare per se stesso, per il proprio figlio, per un futuro diverso da un lungo percorso di cronicizzazione.

Non poche volte ho dovuto constatare, nella esperienza clinica, che l'accettazione della cornice di malattia ha invece come conseguenza un vissuto di rassegnazione in cui l'acquiescenza alla terapia psichiatrica copre una passivizzazione del paziente e la perdita di qualsiasi progetto evolutivo.

Da questa prospettiva la mancata collaborazione del paziente e/o della famiglia dovrebbe essere considerata una possibile conseguenza della difficoltà del servizio a mettere in atto gli strumenti terapeutici più idonei, che non riguardano solo farmaci adeguati, ma soprattutto la capacità di ascolto delle aspettative e dei bisogni e la capacità di capire come il paziente e la famiglia stanno recependo l'intervento e degli effetti che il nostro intervento ha sul sistema familiare.

È sempre sorprendente, a mio parere, vedere come la non collaborazione del paziente e/o della famiglia sia percepita dall'equipe terapeutica come qualcosa che riguarda solo il paziente, qualcosa da cui il terapeuta "si chiama fuori" con una rigida punteggiatura sul paziente, senza valutare come anche il comportamento del paziente sia da ricollegare al comportamento del terapeuta e a come quest'ultimo entra e si pone nella relazione.

STORIA DI LIA

Questa è una storia triste perché finisce male e finisce male perché nessuno è riuscito a contrastare le potenti fantasie di morte e di distruzione che la famiglia ha sempre portato con sé. Tutti erano in guerra: la coppia di coniugi esibiva una conflittualità aperta, senza tregua, che risaliva praticamente al giorno del matrimonio: la moglie accusava il marito di avere sempre privilegiato la famiglia di origine mentre il marito rimproverava la moglie di non essere mai stata disponibile. Del resto si erano sposati entrambi molto tardi: nessuno dei due aveva mai avuto molta voglia di mettere su famiglia. Già durante la gravidanza la coppia era stata sul punto di separarsi, continue erano le scene di violenza, anche fisica. Quando nasce Lia la situazione sembra migliorare. Entrambi vedono nella figlia la giusta ricompensa di tutte le loro tribolazioni. E come spesso capita quando i figli arrivano in tarda età, Lia diventa subito una figlia iperprotetta, vezzeggiata e coccolata, ogni sua richiesta è soddisfatta, i genitori vivono per lei.

Lia cresce in un'atmosfera di sopravvalutazione delle proprie capacità, mentre poco a poco la conflittualità implicita nella coppia coniugale trapassa nella coppia genitoriale di cui Lia è diventata il centro emozionale, contesa nelle alleanze richieste da un genitore contro l'altro e che la figlia impara presto a gestire per aumentare il suo potere. D'altra parte il prezzo da pagare per una posizione così privilegiata sarà quello di non crescere, di non imparare a integrare tra loro "il diavolo e l'acqua santa" rinunciando al proprio percorso di individuazione per restare la "bambola" di papà e mamma che, infatti, continuano a comprarle decine e decine di bambole con cui Lia ha riempito tutta la sua stanza e non solo.

Quando incontriamo la famiglia, Lia ha diciotto anni, è molto alta, una bella ragazza, vestita come una bambina di sette anni che non riusciva ad avere un momento di autonomia dai genitori che peraltro non la lasciavano mai sola perché sarebbe potuto accadere qualcosa di drammatico come andare a finire sotto una macchina se fosse uscita sola, o commettere qualcosa di irreparabile se fosse rimasta in casa.

Dopo la terza media ha interrotto gli studi e passa tutto il tempo a fare il direttore d'orchestra in casa, vero e proprio arbitro della continua guerra tra i genitori che adesso si incolpano reciprocamente di essere la causa dei problemi della figlia letti dal padre come malattia mentale magari ereditaria e dalla madre come il risultato della coalizione del marito con la figlia contro di lei. La richiesta di aiuto viene formulata dai genitori che non riescono più a gestire i violenti litigi che scoppiano in casa ora col padre ora con la madre e che hanno come denominatore comune i comportamenti autolesivi di Lia che rinforzano le paure di morte dei genitori. Iniziamo una serie faticosa di incontri in cui vediamo fallire tutti i tentativi di unire la coppia genitoriale per contenere l'esplosività della figlia e correggere la gerarchia incongrua che vedeva la figlia inadeguata assumere sempre più potere, attraverso il comportamento sintomatico, sui genitori che diventavano sempre più deboli malgrado l'aiuto che davano alla figlia.

Nonostante la conflittualità esasperata e l'incapacità dei genitori a stabilire una tregua riuscimmo comunque ad aprire uno spiraglio nella rigidità dell'incastro

familiare che permise alla figlia di frequentare un corso serale per recuperare gli anni di scuola perduti, frequentare i coetanei, vestirsi come una ragazza della sua età. Ogni piccola conquista di autonomia era una battaglia sia con Lia che non voleva rinunciare ai privilegi derivati dalla iperprotettività dei genitori sia con i genitori che erano allarmati da quello che poteva succedere alla figlia fuori dalla loro protezione.

Fu a questo punto che il padre decise, contro il parere della madre, di comprare un motorino alla figlia che venne però immediatamente nascosto al primo piccolo incidente. Capitò invece al padre di essere investito da un autobus mentre andava in bicicletta: rimase per qualche giorno tra la vita e la morte ma non sopravvisse. Dopo i funerali la salma fu portata nel paese di origine del padre dove le due donne rimasero tutta l'estate per questioni ereditarie che andavano sistemate. Quando tornarono la situazione sembrava più gestibile ma ben presto ricominciarono violenti litigi tra Lia e la madre: quest'ultima tentava di opporsi ai comportamenti eccessivi e inadeguati di Lia che sembrava voler recuperare in poche settimane la crescita che non aveva fatto in molti anni. Aveva di nuovo lasciato gli studi, nonostante il parere contrario degli insegnanti, e voleva cominciare un qualsiasi lavoro senza avere nessuno strumento, contemporaneamente continuava a giocare con un bambolotto, a grandezza naturale, fingendo di avere un figlio, e pretendendo di fidanzarsi con un ragazzo down della sua età con cui si era stabilita una simpatia che però Lia aveva definito amore noncurante dei feedbacks che il ragazzo e la sua famiglia le rimandavano. Nel tentativo di sostenere la madre nella difficile gestione della situazione e di far ragionare Lia sulla confusione di questi progetti perdemmo quel poco di alleanza che eravamo riusciti a costruire con la paziente. Cominciammo a ricevere richieste allarmate di visite domiciliari urgenti sia dalla madre che dalla figlia: durante una di queste troviamo Lia in atteggiamento simil catatonico, immobile, mutacica, chiaramente oppositiva. Decidemmo di attuare un ricovero e Lia venne portata al Servizio Psichiatrico dove il giorno dopo aveva già ripreso tutta la sua aggressività nei nostri confronti e nei confronti della madre. Pensammo di utilizzare il ricovero per ristabilire una relazione terapeutica con la paziente e nello stesso tempo aiutare la madre a riprendere una posizione di maggior potere nei confronti della figlia. Durante i colloqui nel reparto cercammo di ristabilire una giusta gerarchia tra madre e figlia, ma Lia era decisa a mantenere tutto il controllo possibile e scongiurava la madre di portarla a casa e di cambiare terapeuta, alternando atteggiamenti seduttivi con altri ostili e ricattatori. Pensammo di insistere sulla strategia di ridare potere alla madre, approfittando della situazione di ricovero che, sancendo l'inadeguatezza del figlio, permette al genitore di contrattare le regole e i comportamenti che il figlio dovrà accettare per tornare a casa. Confidavamo su un ricovero sufficientemente lungo che ci permettesse di lavorare sia sulla relazione con Lia sia sulla relazione tra madre e figlia. Accadde, però, che dopo una settimana Lia fu dimessa, contro il nostro parere, per la mancanza di posti letto. La madre si sentì tradita e Lia ebbe buon gioco a convincere la madre che eravamo inaffidabili.

Lia si rifiutò di partecipare ad altri incontri e d'accordo con la madre si ricoverò in una clinica privata. Quando fu dimessa provammo, su richiesta della madre, a riprendere un dialogo con Lia ma ci trovammo di fronte una ragazza ostile e infuriata che non permise neanche di fare il colloquio: urlando tutto il suo disprezzo nei nostri confronti mostrava un comportamento talmente esplosivo che fummo costretti a chiamare il vigilante alla vista del quale si calmò. Verbalizzammo la nostra impotenza e riproponemmo l'ipotesi di inserire Lia in una Comunità Terapeutica vista la conflittualità esasperata tra madre e figlia e tra la figlia e noi. Era una proposta che più volte era stata fatta, anche quando era vivo il padre, ma che non era mai stata presa in considerazione dai genitori sia per l'opposizione di Lia che per il disaccordo tra loro. Il colloquio finì con nessun accordo, Lia andò via trionfante seguita da una madre preoccupata e impotente.

Ci furono altre richieste di intervento sempre dovute ai furiosi litigi con cui la figlia teneva in scacco la madre. L'equipe del Pronto Intervento Psichiatrico si recava a casa ma non ravvisando una vera urgenza psichiatrica non proponeva il ricovero rinviando la situazione al Centro di Salute Mentale che sottovalutò la gravità della situazione, aspettando che la famiglia ritornasse, come per miracolo, meno conflittuale e in grado di esprimere una richiesta più adeguata.

Dopo poche settimane fummo informati che, in seguito a un ennesimo litigio, Lia anziché uscire come aveva detto alla madre, salì le scale della palazzina in cui abitava, andò sulla terrazza e si appese al parapetto con i piedi nel vuoto. Nessuno riuscì a fare nulla, Lia cadde nel cortile quattro piani più in basso. Non abbiamo mai potuto capire quanto il suicidio di Lia fosse stato voluto dalla ragazza e quanto sia stato accidentale, quello che è certo è che anche in questa storia tornano tutte le riflessioni fatte nei paragrafi precedenti a proposito dei fattori implicati nella costruzione di situazioni di non collaborazione:

- a) il comportamento di Lia era improntato alla negazione del bisogno e della possibilità di dipendere, in aperta simmetria con i genitori e con noi; inoltre dal punto di vista relazionale era possibile che il comportamento fosse protettivo nei confronti dei genitori in quanto li manteneva uniti, impedendo loro la separazione, come era possibile che il comportamento di rottura della figlia avesse il fine di ostacolare un accordo tra i genitori;
- b) il comportamento dei genitori, sempre in esplicito conflitto tra loro, non ha mai permesso nessuna alleanza terapeutica e nessuna strategia di collaborazione;
- c) la reazione controtrasferale del terapeuta è stata, a fronte delle frustrazioni ricevute, quella prevalentemente del distacco e del fastidio che riconfermava l'inaffidabilità del curante; ma anche spesso la rabbia seguente alla frustrazione è stata riversata sulle figure genitoriali colpevoli, agli occhi del terapeuta, della loro inadeguatezza nella quale peraltro venivano così riconfermati;
- d) la non integrazione tra servizi, al momento del ricovero, non ha permesso di lavorare su nessuna delle problematiche evidenziate sopra, ma al contrario ha riconfermato l'inaffidabilità del servizio territoriale e il fallimento delle sue strategie.

La storia di Lia ripropone anche la necessità di “avere un luogo in cui potersi fermare” per permettere ai curanti e alla famiglia di comprendere cosa sta succedendo, di ricalibrare l'intervento e di stabilire o ristabilire una relazione di collaborazione che permetta di mettere in cantiere un progetto terapeutico, o comunque di costruire una cornice che dia senso, un senso condiviso, al percorso che vedrà impegnati tutti gli attori della scena: paziente, famiglia, curanti.

Noi continuiamo a pensare che questo luogo non possa che essere il Servizio Psichiatrico Ospedaliero, dove il comportamento sintomatico agito trova la sua definizione in quanto segnala la rottura del rapporto con la realtà e la perdita delle competenze del paziente che va aiutato a riconquistare non solo l'integrità dell'organizzazione del suo essere cosciente, ma anche a riconquistare la continuità della sua storia. Ci sembra l'ospedale, il solo luogo in cui, nello stretto ambito medico, possiamo chiedere a una “Persona” di rinunciare alla propria libertà, temporaneamente, in vista del recupero degli strumenti con cui l'Io si rapporta al mondo in quanto “ autore del proprio personaggio, artefice del proprio mondo, soggetto della propria conoscenza, padrone del proprio carattere”(Ey, Bernard, Brisset 1990). È quindi proprio lo stretto ambito medico che ci giustifica e anzi ci impone di intervenire nella “cura” del paziente. Estendere la cornice della obbligatorietà della cura ad altri ambiti, non più strettamente medici, come ad esempio pensare a un ricovero obbligatorio in una Comunità Terapeutica, rischia di restringere quel dominio di libertà e di tolleranza delle devianze che è parte integrante del patto sociale delle società democratiche occidentali, almeno fino ad oggi.

BIBLIOGRAFIA

- G. Attili (2000) “Attaccamenti organizzati e attaccamenti atipici: il ‘caso’ di D e A/C”, in *Terapia familiare*, n. 62, marzo, FrancoAngeli, Milano
- G. Bateson (1976) *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi
- G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley, J. Weakland (1956) “Verso una teoria della schizofrenia”, in *Behavioral Science*, ristampato in: *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976
- J. Bowlby (1989) *Una base sicura*, Cortina, Milano
- L. Cancrini (1994) “La trasmissione intergenerazionale della follia”, in *Ecologia della mente*, n. 2, Pensiero Scientifico Editore
- L. Cancrini (1999) *La luna nel pozzo, famiglie, comunità terapeutiche, controtransfert e decorso della schizofrenia*, Cortina, Milano
- S. Cirillo, M. Selvini, A.M. Sorrentino (2002) *La Terapia Familiare nei Servizi Psichiatrici*, Cortina, Milano
- Covino, Fiocchi, Pasquino, Selvini (1984) *Alla conquista del territorio*, NIS

- H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset (1990) *Manuale di Psichiatria*, Masson, IV ed. italiana
- D.B. Feinsilver (1996) *The Therapist as Mentsb and the comprehensive treatment of Schizofrenia*, conferenza organizzata dalla Rivista *Interazioni* a Roma, 21 giugno
- L. Fruggeri (1997) *Famiglie, dinamiche interpersonali e processi psicosociali*, NIS
- R.D. Laing (1969) *Mistificazione, confusione e conflitti*, in Boszormenyi e Framo, *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri
- R.D. Laing (1973) *La politica della famiglia*, Nuovo Politecnico, Einaudi, Torino
- N. Lo Cascio (1999) *Comunicazione orale al seminario sui pazienti non collaborativi*, Roma, 19 marzo
- C. Modanes (1987) *Per una Terapia Familiare Strategica*, NIS
- M. Pelli (1999) La storia di Bruno è già stata presentata nell'articolo "Spunti per una fenomenologia della relazione nell'incontro tra famiglia e servizi", in *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, n. 10, FrancoAngeli, Milano
- M. Pelli (1997) *Il Servizio di Diagnosi e Cura: una descrizione sistemica*, in: *L'Imprevisto famiglia nei Servizi di Salute Mentale*, a cura di L. Schepisi, FrancoAngeli, Milano
- P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson (1971) *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma
- L. Wynne e M.T. Singer (1992) *Disordini del pensiero e relazioni familiari degli schizofrenici*, trad. it. a cura di M. Pelli in *Ecologia della Mente*, dicembre, Primerano Ed.
- L. Wynne, I.M. Ryckoff *et al.* (1958) "Pseudomutuality in the family relations of schizofrenics", in *Psychiatry*, vol. 21.

RIASSUNTO: Questo lavoro vuole proporre alcune considerazioni sulle situazioni di non collaborazione.

In primo luogo preferiamo parlare di situazione anziché di paziente non collaborativo poiché pensiamo che la non collaboratività non sia solo una conseguenza della patologia del paziente e/o della sua struttura difensiva, ma una condizione relazionale oscillante nel tempo che riguarda la costruzione e l'andamento nel tempo della relazione terapeutica che coinvolge tutte le parti interagenti nel processo: paziente, famiglia, operatori, organizzazione del Servizio, integrazione tra Servizi. La non collaborazione è quindi il risultato di come questi elementi si intrecciano tra di loro ad ogni passo del percorso terapeutico, ed è vista come "sintomo" di un'interazione circolare disfunzionale. Nell'articolo abbiamo cercato di analizzare le diverse situazioni di non collaborazione attraverso un procedimento "selettivo" mettendo in evidenza di volta in volta il contributo di ciascuna delle parti, per finalità didattiche.

Parole chiave: Collaborazione, strategie relazionali, circuito interattivo, individuazione, atteggiamento familiare, controtransfert, disponibilità del Servizio, integrazione.

SUMMARY: This article wants to reflect upon the not-cooperative situations in the therapeutic relationship.

First of all we prefer to underline the idea of situation because we believe that not-cooperation is not only the outcome of the patient's pathology and/or the outcome of his defence mechanisms, but a relational condition changing in time related with the establishing and the changes in the therapeutic relationship which involves all the parties connected in the process: patient, family, health workers, the organisation of the health Service, the integration between Services.

Not-cooperation is therefore the outcome of the intertwining of these elements at every step of the therapeutic process and should be seen as "symptom" of troubles in the circular interaction.

In this article we tried to analyze the different ways of not-cooperation through a "selective" process, emphasizing the contribution of each of the parties involved, for didactic purpose.

Key Words: Cooperation, relational strategies, interactive circuit, individualization, familiar attitude, countertransference, Service availability, integration.

CASI CLINICI

a cura di Cecilia La Rosa e Fabrizio Alfani

COSA DICONO I TUOI OCCHI

di Antonella Ivaldi

ALLA RICERCA DELL'IDENTITÀ

di Walther Galluzzo

LA SFIDA DEL PAZIENTE DIFFICILE, FRA CLASSICITÀ E INNOVAZIONE

di Antonio L.S. Fazio



Questa rubrica accoglie il contributo di autori di diverso orientamento sotto forma di singoli casi clinici seguiti in psicoterapia.

A tali contributi saranno affiancati di volta in volta due brevi commenti scritti da terapeuti che non condividono la stessa epistemologia.

Lo scopo è offrire al lettore, secondo lo spirito di questa rivista, un confronto tra punti di vista diversi sul medesimo materiale clinico.

Pubblicità
Interazioni
Chiederla voi alla
redazione.
Grazie

Antonella Ivaldi

COSA DICONO I TUOI OCCHI

IL CASO CLINICO DI ELSA

Mi era stato annunciato dal collega inviante: *“da quando aveva dieci anni si toglie le ciglia”*. Nessuna sorpresa quindi, nell’incrociare lo sguardo intenso e vulnerabile di Elsa, durante i saluti, al nostro primo incontro.

Una precisa e civettuola linea di eye-liner marca quegli occhi che, nonostante tutto, appaiono troppo esposti senza protezione.

Elsa è una giovane donna di 36 anni, intelligente, bilingue, dotata di capacità artistiche spiccate. Ha cambiato diversi lavori nel corso della sua vita e attualmente è disoccupata. Separata da circa un anno, vive nella casa del suo ex marito con l’attuale compagno, che essendo in cura da un uno psicoanalista, l’ha sollecitata ad iniziare un percorso terapeutico. Elsa non ha più visto e sentito suo marito, che ha scelto di non comunicare con lei a tal punto da far perdere le sue tracce e non legalizzare neppure la loro separazione. Elsa è molto arrabbiata per questo. È la prima volta che le succede di interrompere così bruscamente una relazione, rimanendo sospesa. La sua vita sentimentale è stata caratterizzata da episodi molto burrascosi, liti feroci con esplosioni di violenza verbale e fisica, nelle quali Elsa si descrive come una persona, mostruosa, capace di far male e di farsene senza limiti. Quando Elsa si racconta così, mi trasmette la sua pericolosità e la sua paura, al tempo stesso mi scruta, con lo sguardo attento, per capire se io mi spavento, se io sia in grado di mandarle dei segnali confortanti circa la possibilità di accoglierla e di aiutarla per quello che è. In questo scambio è tutta l’essenza del dialogo terapeutico. È su questo che si costruirà l’alleanza tra me ed Elsa, indispensabile ponte verso la guarigione. Di volta in volta quello sguardo scrutante, impaurito e minaccioso al tempo stesso, attenderà da me una risposta, la leggerà nei miei occhi al di là delle parole che le dirò. Elsa verbalizza la sua paura di invalidare il percorso di terapia, attuando dei

comportamenti di attacco e/o fuga come impulsivamente le capita di fare nei rapporti in genere. Le dico che ci dobbiamo prendere cura di questo suo timore e che i nostri primi incontri serviranno a definire lo spazio entro cui ci muoveremo e a creare tutte le protezioni possibili per il nascente lavoro terapeutico.

IL CONTRATTO

Elsa viene da me pensando di dover subito affrontare il suo rituale autolesivo, di doversi concentrare su quel comportamento per abbandonarlo. Invece decidiamo di tralasciare, in questa fase iniziale, questo aspetto problematico e cerchiamo di fare un'analisi approfondita della sua richiesta giungendo alla formulazione di un piano terapeutico.

Elsa si definisce con una diagnosi: "*Sono Borderline*". Mi spiega, che alcune informazioni le ha ricevute dal collega inviante, con il quale ha avuto un buon incontro, che l'ha aiutata a fare un po' di chiarezza su quale sia il suo problema e quale un eventuale percorso terapeutico efficace. Questo l'ha confortata riguardo al fatto che lei non sia una "*bestia rara*", ma riconoscibile e curabile. Tuttavia le rimangono ancora tanti dubbi e curiosità, su come sarebbe possibile star meglio, cambiare e migliorare la qualità della sua vita. Nel primo periodo di lavoro insieme, spiego ad Elsa come procederemo, fornendole informazioni su metodo terapeutico e sulle origini di questo. Iniziamo a condividere un linguaggio comune e a mettere le basi per una cooperazione. Elsa è molto contenta di sapere e di poter partecipare attivamente al programma di cura, soprattutto sente di poter scegliere, decidere, si sente considerata, si sente meno malata e impotente. Mettiamo a punto delle strategie protettive e di contenimento per i suoi comportamenti a rischio.

Elsa non è autolesiva solo nel togliersi le ciglia, racconta di provocarsi delle vere e proprie ferite grattandosi il cuoio capelluto e più raramente la pelle del volto. Nei momenti più difficili Assume alcool e, subito dopo, in uno stato alterato di coscienza, si mette alla guida dell'auto, oppure esaspera i toni di una discussione fino ad arrivare ad estreme conseguenze. Stabiliamo che Elsa, prima di bere, mi telefoni, lasciandomi un messaggio qualora trovasse il cellulare spento. Le spiego il motivo di questa iniziativa; perché telefonare prima di bere e non dopo. Lei sembra capire. Questo è il minimo impegno che realisticamente le si può chiedere su questo fronte: darsi la possibilità di riflettere un minuto in più prima di un gesto impulsivo, e dare l'occasione a me di comunicare con lei nel corso di un suo stato problematico. Stabiliamo un primo obiettivo che consiste nello smettere di bere e fare uso di sostanze e consideriamo l'ipotesi di avvalerci di un aiuto farmacologico, introducendo, eventualmente, un collega psichiatra come

altra figura terapeutica. Si delinea meglio il concetto di “rete terapeutica”¹, concepita come una risposta di protezione anche dai comportamenti di attacco e fuga, attraverso i quali Elsa immagina preventivamente di poter boicottare la terapia.

Un altro elemento terapeutico della rete di cui parliamo è la terapia di Gruppo, nei confronti della quale Elsa esprime ancora maggiori timori, che rispetto alla farmaco-terapia. Nonostante i suoi timori Elsa capisce che la rete avrebbe la funzione importante di proteggere la nostra relazione e la sua terapia.

Non fissiamo scadenze per introdurre nel programma di cura le diverse risorse, ma stabiliamo di valutare insieme, momento per momento, il da farsi, tenendo il polso della relazione terapeutica.

Il Piano terapeutico consiste quindi nell'affrontare sia sul versante comportamentale, che su quello intrapsichico i problemi della paziente, con un *focus* orientato alla relazione terapeutica, asse portante della cura.

LA FORMULAZIONE DEL CASO

Mentre su un piano di condivisione si definiscono questi elementi contrattuali, nella mente del terapeuta si delinea una prima ipotesi riguardo al nucleo patologico di Elsa.

Quegli occhi comunicavano tanto.

All'età di 10 anni Elsa inizia a togliersi le ciglia. È lei stessa a raccontare di aver trovato qualche tempo fa sul diario dei suoi 12 anni una nota in cui dice di essersi arrabbiata molto con i suoi genitori “... e allora mi strappo le ultime due ciglia!”. Poi se le strappa e le appiccica sulla pagina del diario. Sembra un manifesto di protesta. Nel riferirmi di questo episodio, Elsa non nasconde la sorpresa e la rabbia per il fatto che i suoi genitori non abbiano posto attenzione a questo, come a tanti altri eventi che la riguardavano. “Non se ne accorgevano! Non mi hanno mai detto nulla.”

Quando Elsa protestava con i genitori, la mamma le diceva che era “...in aiutabile, difficile, ...impossibile!”. Elsa si convince di questo negli anni e si rappresenta nei rapporti con gli altri in questo modo. A tratti si arrabbia più con se stessa, per “non essere amabile e aiutabile”, a tratti le diventa evidente quanto gli altri siano disattenti, non interessati a lei, critici e si arrabbia di una rabbia d'abbandono feroce, disperata e disperante.

¹ Il concetto di Rete Terapeutica è stato utilizzato in diversi contesti. Quello a cui si fa riferimento in questo testo è un concetto che appartiene al modello Cognitivo Evoluzionista delle coterapie, di cui si può trovare un esauriente descrizione nel libro: Liotti G., Farina B., Rainone A. (2005) *Due terapeuti per un paziente*, Laterza, Roma-Bari.

Elsa non può chiedere aiuto, se lo fa sbaglia e gli altri non la capiscono, è "in aiutabile" come diceva la mamma. Il risultato è sempre lo stesso: "Nessuno le può stare accanto. Non c'è speranza." (Pensa Elsa nei momenti più depressivi)... *"Eppure ci deve essere una possibilità!"* (Pensa invece, nei momenti, in cui il bisogno diventa più pressante e la spinta vitale più forte.) Per tornare poi velocemente, all'origine del circolo vizioso.

In questa ottica il suo rituale acquista una luce diversa. Non appare più solo un gesto auto-lesivo, ma, paradossalmente, diventa uno "*spazio accogliente*" nel quale Elsa si concede di guardarsi, di volersi "*bene*", dove non deve avere a che fare realmente con nessuno e finalmente si riposa. Ovvero si dissocia.

Elsa, mentre si strappa le ciglia, passa ore in una dimensione spazio-temporale quasi irreali, in cui parla con diverse persone che immagina, oppure dà voce ad un dialogo interno molto intenso tra "più parti di sé".

Si placa, Elsa, durante il suo rituale.

La sua storia d'attaccamento sembra caratterizzata da uno stile Disorganizzato (Liotti G. 1992), scarsa capacità di mentalizzazione (Bateman A., Fonagy P., 2004) delle figure parentali, per cui era impossibile per Elsa comunicare realmente le proprie emozioni e i propri pensieri che non venivano compresi, ma ridefiniti e invalidati (Linehan M. 1993). La famiglia di Elsa ha seguito un percorso di vita un po' accidentato, a partire dalle origini dei due genitori che le sono rimaste nascoste per molto tempo, senza che Elsa ne potesse capire il motivo, per arrivare alle peregrinazioni, probabilmente a causa dell'incapacità del padre di tenere un lavoro costante, a cui tutta la famiglia è stata sottoposta negli anni. Sarebbe anche esserci stata una particolare disattenzione ai bisogni d'attaccamento di Elsa, anzi di entrambi i figli, a giudicare dalle frequenti separazioni, a volte prolungate, cui Elsa è stata sottoposta nel corso delle complicate vicende familiari. A nulla sono valsi i numerosi ed evidenti segnali di disagio manifestati dalla piccola Elsa, soprattutto in ambito scolastico. La sua voce non veniva ascoltata, tutt'al più l'idea che si andava rinforzando, nei suoi e in lei, era quella di una bimba problematica, difficile anche da aiutare.

È così forse che si è sviluppato il Modello Operativo Interno (Bowlby J., 1988), che, di volta in volta, Elsa applica nelle relazioni, compresa quella terapeutica. Il suo piano inconscio di guarigione (Weiss J., Sampson H., 1999) prevede che lei si possa finalmente affidare e possa, quindi, chiedere aiuto e riceverlo. Tuttavia le sue convinzioni patogene, i suoi deficit di funzionamento mentale, la sua inconsapevolezza, le impediscono di raggiungere l'obiettivo. È così forte il carico di tutta la sua sofferenza e della sua solitudine e del pericolo reale che ciò ha comportato quando era piccola, da

non lasciare molto spazio alla speranza che si possa vivere un'esperienza diversa da quella.

Quegli occhi mi scrutano, cercano segnali e mandano segnali, nella speranza di trovare le risposte, ma suggeriscono al tempo stesso, che Elsa ha la paura /certezza, che non arriveranno quelle risposte. D'altra parte rassegnarsi a questo equivarrebbe a "morire"² per Elsa, che, infatti, si difende come un animale braccato.

LA STORIA

Nei racconti di Elsa regna l'incertezza su molti aspetti della sua storia familiare e nonostante i suoi tentativi di raccogliere alcune informazioni mancanti dai suoi genitori in periodi più recenti, sussistono delle imprecisioni e dei vuoti nella ricostruzione delle memorie. La famiglia paterna ha lontane origini siciliane. Il nonno paterno si trasferisce a Malta e in seguito a Tripoli, dove sposa la nonna di origini spagnole e berbere. Durante la seconda guerra mondiale vengono deportati prima in un campo di prigionia a Modena, poi in un campo di rifugiati-profughi vicino ad Alatri. Il nonno muore durante un raid aereo. La famiglia torna a Tripoli, poi dopo un periodo imprecisato si trasferisce a Londra dove il padre di Elsa sposerà Matilde, sua madre di origini inglesi. Il padre fa un lavoro non ben identificato, *"qualcosa a che fare con l'ingegneria"*. Nel 1962 i genitori si trasferiscono a Milano per ragioni di lavoro del padre e nasce Elsa. Tre anni dopo nasce il fratello e poco dopo si trasferiscono a Londra.

Elsa ricorda di aver passato le sue giornate a casa di una vicina in quel periodo, mentre il fratello non ricorda dove fosse, perché i suoi genitori lavoravano entrambi.

Nel '67 si trasferiscono a Roma, dove Elsa fa i primi due anni delle elementari in una scuola Montessori. Il padre ha problemi di lavoro e si trasferiscono di nuovo in Inghilterra dai nonni materni, vendono la casa a Roma. Elsa fa il terzo anno delle elementari in Inghilterra. L'anno dopo si trasferiscono di nuovo a Roma prima in un residence, poi in una casa in affitto. Lì avviene un episodio, unico, di seduzione da parte di Elsa sul fratellino di due anni, di cui lei non ha mai parlato con nessuno della sua famiglia. Elsa rientra alla scuola Montessori. Il padre, durante la settimana va a lavorare a Firenze. Nel '73 Elsa frequenta una scuola inglese, mentre il padre inizia a lavorare all'estero e sta via per periodi lunghi. Elsa inizia ad inventare storie, racconta di essere orfana di madre, di avere sei fratelli e di

² Si intende qui, per "morire" quella dimensione esistenziale caratterizzata dal non avere senso, considerando che il senso di ognuno, sia imprescindibile dalla relazione con un altro significativo.

essere molto ricca. Si inventa anche di ricevere lettere anonime, si apparta dai suoi coetanei e cerca molto l'attenzione degli adulti. Nel '77 inizia a tirarsi via le ciglia. Elsa viene mandata a scuola in un collegio femminile tradizionale a sud di Londra, lontana quindi dai genitori, dove ricorda di aver vissuto un periodo di grande malessere. Invento storie sempre più fantastiche, inizia a rubare nei negozi e alle sue compagne. Inizia a fumare sigarette e spinelli. Il padre continua a lavorare all'estero: starà un anno anche in Sudan.

Alla fine del secondo anno l'amministrazione scolastica della scuola Londinese suggerisce ai genitori di ritirarla dalla scuola. Nel '78 Elsa frequenta gli ultimi due anni di liceo ad Oxford, dove vive una situazione molto libera, vive da sola e nessuno la controlla. Il padre intanto cambia lavoro mettendosi in proprio come costruttore e lavora vicino Viterbo. Elsa viene espulsa da scuola durante l'ultimo trimestre del secondo anno e viene riammessa per gli esami di maturità. Durante il periodo scolastico Londinese, Elsa torna a Roma dai suoi a Natale, a Pasqua e l'estate per otto settimane. Dal 1980 Elsa si iscrive all'università di Firenze e va in giro per l'Europa. Dal quel momento non vive più in casa con i suoi genitori.

Elsa tenta il suicidio, con molta probabilità in modo dimostrativo, all'età di 21 anni e subito dopo inizia un'analisi che interrompe circa due mesi dopo, in concomitanza di una emiparesi facciale, dedicandosi dal quel momento, dice, ad una "*intensa autoanalisi*". Non porta avanti gli studi universitari, prova a frequentare l'Accademia delle Belle Arti, ma presto abbandona anche quella, delusa dalla scuola italiana. Inizia molto presto a fare traduzioni e a guadagnare con queste. Fa diversi lavori, come decoratrice, grafica, scenografa teatrale. Non riesce a lavorare in modo stabile. Quando ha più tempo si dedica ai suoi rituali autolesivi. Per un periodo fa assistenza ai portatori di handicap e diventa coordinatrice di associazioni che studiano le malformazioni. Al momento della richiesta di terapia è disoccupata. I genitori vivono in Francia. Il fratello con cui dice di avere un buon rapporto vive in Italia e sta bene.

Sta dedicando tempo alla raccolta di informazioni sulla propria vita, chiedendo aiuto in questo ai suoi genitori.

IL TEST: QUANDO LA RELAZIONE CURA

Arriva sempre il momento cruciale in un percorso terapeutico, quello in cui tutto ciò che fino ad allora era stato solo raccontato, descritto, compreso e ipotizzato, in parte anche condiviso, si concretizza drammaticamente nella stanza della terapia. Questo mi è successo con Elsa quel giorno, quando lei è entrata nello studio, piena di lividi, escoriazioni, una gamba e un braccio fasciati e un'espressione molto minacciosa.

“Ecco, lo vede ora di cosa sono capace!”, mi dice con tono rabbiosissimo. Poi scoppia a piangere di un pianto lamentoso, bisbigliando quasi “È inutile, è tutto inutile...”. Poi con tono di nuovo rabbioso: “Lo capisce che non serve che io venga qui, che le spieghi, che insieme delineiamo il percorso quando poi in un attimo io combino tutto questo!”. Di nuovo piange sconsolata.

Ricordo quel momento come se fosse ora. Sono seduta sul divano e progressivamente incrocio le braccia, per proteggermi da quella che sembra un’aggressione in piena regola, al tempo stesso provo rabbia e anche un profondo senso di sollecitudine, quando osservo i segni sul suo viso e sul corpo mentre lei piange disperata. Non so cosa sia successo e dopo un primo sfogo di Elsa, provo a chiederglielo.

“Cosa vuole che sia successo!”, mi risponde lei scocciata. “Quello che succede sempre!! Io rovino tutto. Non mi controllo, è mostruoso quello che sono capace di fare, glielo avevo detto che non mi poteva aiutare!”. Provo a farle notare che non so ancora cosa sia successo ed Elsa che, probabilmente, percepisce il mio senso d’impotenza, passa per un attimo a rassicurarmi: “Non c’entra niente lei, nessuno c’entra niente, sono io che non vado bene!! Nessuno può voler stare con me! ”. Piange di nuovo.

Da questi brevi frammenti di dialogo, risulta evidente l’attivazione del Modello Operativo Interno disorganizzato (Liotti G. 1992, 1994, 1996) e la drammatizzazione del Triangolo Drammatico da parte di Elsa. (Ivaldi A. 1998, 2000, 2002, 2004, 2005). La paziente sta provando quel vissuto doloroso sempre lo stesso in cui si sente Vittima, ma al tempo stesso Persecutrice, poi, sollecitata dal senso di colpa per avermi maltrattata, Salvatrice in un susseguirsi veloce e confondente. Tutte le posizioni sono vere, ma Elsa non riesce a conciliarle. La difficoltà ad integrare nasce molto indietro nel tempo per Elsa. Il vissuto così intenso che sta provando, non riguarda solo la nostra relazione, il momento attuale, ma rimanda ad un’esperienza traumatica ripetuta di Elsa nelle sue relazioni d’attaccamento. È da bambina con i suoi genitori per la sua particolare vulnerabilità, che Elsa non ha avuto la possibilità di sviluppare le sue funzioni metacognitive, non comprendendo appieno ciò che accadeva in quelle relazioni di vitale importanza, e non riuscendo quindi ad integrare i diversi e contraddittori aspetti dell’esperienza.

È difficile nel corso della seduta farmi raccontare quanto sia avvenuto. Riesco a parlare pochissimo insinuandomi nei brevi momenti in cui Elsa piange, o mostra paura. Mi racconta come sia iniziato tutto dopo l’ennesima discussione con Luca, il suo compagno. Elsa stava talmente male da sentire il solito bisogno di bere e si è attaccata a quello che aveva in casa. Ha iniziato a bere superalcolici, poi, da un certo momento, non ricorda più bene, ha solo dei flash e le memorie ricostruite il giorno dopo, parlando con

Luca, guardandosi intorno e constatando i danni che aveva inferto a se stessa e agli oggetti. Le è stato raccontato che ha lanciato oggetti dentro e fuori casa, i vestiti di Luca, che nel frattempo si era barricato nella casa a fianco, appena comprata. Sembra che Elsa sia salita sul tetto e abbia rotto la porta a vetri al secondo piano dove si era rinchiuso Luca e, facendo questo, abbia perso l'equilibrio e sia caduta rimanendo incastrata fra i due tetti. Luca e la sua vicina l'hanno tirata su e poi si è addormentata.

Elsa non ricorda, è terrorizzata da quello che ha potuto fare e dal fatto di essere stata in uno stato alterato di coscienza. È spaventata da se stessa, si odia.

È difficile scegliere cosa dire come terapeuta, in un'occasione come questa. Tutte le convinzioni patologiche di Elsa sono lì fra noi e coinvolgono anche me: "*sono in aiutabile, non valgo nulla*" e, in un susseguirsi rapidissimo, giungono emozioni di dolore, rabbia, vergogna, umiliazione, terrore, senso di impotenza.

Devo scegliere che intervento fare. La situazione è molto complessa.

Gli elementi più evidenti di ciò che è accaduto sono la pericolosità di Elsa e la sua colpevolezza, sottolineate in modo inequivocabile dai danni così visibili del giorno dopo. Elsa si descrive con tale terrore da sembrare un mostro, una furia irrefrenabile.

Sento che se parlassi di questo commetterei un errore, perché se la rassicurassi, non sarei credibile (in fondo i fatti le danno ragione); ma se le confermassi questa idea di sé, sbaglierei comunque, perché le confermerei le sue paure e le darei un potere negativo incontenibile, che non ha.

Seguendo il mio istinto protettivo scelgo una modalità accudente, facendo attenzione, al tempo stesso, a rispettare i confini della nostra relazione. Per questa operazione è fondamentale il riferimento al contratto inizialmente concordato con Elsa.

L'impegno concordato inizialmente costituisce una sorta di "zona franca" dove, in un momento di piena attivazione del Modello Operativo Interno dell'attaccamento disorganizzato di Elsa, diventa possibile sottolineare la *natura collaborativa* della relazione terapeutica, ridisegnarne i confini e quindi uscire dal Triangolo Drammatico, ripristinando le condizioni per lavorare terapeutamente. Il vissuto disperato di rabbia impotente, senza via d'uscita, riguardante l'esperienza d'attaccamento di Elsa e riattivato nella relazione con me, dovrebbe essere in questo modo, almeno in parte superato.

Dopo averle detto di essere molto colpita da ciò che le era accaduto, che vederla ridotta in quello stato mi dispiace, le rivelo la mia difficoltà di scegliere da cosa iniziare a parlare. Sono tante le cose che le vorrei dire, ma una su tutte mi sembra prioritaria e decido di partire da lì.

“Ricorda Elsa l’impegno preso con me di non bere e di non compiere azioni dannose, a parte i rituali, nei suoi confronti e nei confronti di altri...”. Non riesco a finire la frase, perché Elsa, a queste mie parole, scatta rabbiosamente e ribatte: “Certo! Mi posso esser presa tutti gli impegni che vuole e sono sicura che ci credevo davvero, ma poi... succede qualcosa e... lo vede io non sono più in me, è al di fuori del mio controllo... non lo capisce!?” con tono irritato e demoralizzato nello stesso tempo.

Elsa ha attivato con molte probabilità il suo modello operativo interno e la mia frase le ha risuonato dentro probabilmente come un rimprovero o meglio ancora come le diceva la mamma “*Proprio non ti vuoi far aiutare!*”. Questo passaggio è molto delicato. Le rispondo con tono deciso, contrastando la sua convinzione patologica di impotenza: “È ovvio che se lei beve fino ad ubriacarsi, non risponda più di sé, non sia cosciente, chiunque perderebbe il controllo e non ricorderebbe nulla. Ma c’è un momento, prima di bere, in cui lei è in grado di scegliere e lo fa. Ne abbiamo parlato, ricorda?”.

Elsa risponde ancora con rabbia, ricordando il discorso fatto sull’ausilio farmacologico per aiutarsi a non bere, e si mostra ostile e disfattista sulla possibilità di farsi aiutare in quel senso.

Io le ricordo che oltre a parlare dei farmaci, avevamo fatto un accordo sul fatto che lei mi avrebbe dovuto telefonare prima di assumere alcool o sostanze. Le ricordo il significato di quell’impegno e la sua importanza.

A quel punto Elsa non sa bene cosa dire, prova a dire, incescpicando un po’, che ci aveva pensato e non l’aveva fatto perché pensava di disturbare, ma è evidentemente in difficoltà nel trovare una risposta convincente. Aveva svalutato l’importanza di quell’impegno preso, dimenticando che potesse essere l’unico modo per permettermi di aiutarla nei momenti peggiori.

Chiedo ad Elsa in modo determinato di riflettere su questo e di ri-decidere, alla luce di questa esperienza se prendersi sul serio l’impegno che le è stato richiesto: “*Ci pensi Elsa, se la sente di usare il telefono in questo modo e di farsi aiutare da un collega competente sul piano farmaco terapeutico? Alla luce di questa esperienza credo sia un passo indispensabile senza il quale io deciderei di interrompere la terapia...*”.

Elsa mi interrompe di nuovo, è sorpresa e irritata: “*Lei... interromperebbe la terapia... Mah! È incredibile!... Mah!... Bene!*”.

Il momento è delicatissimo, niente di più facile che questo mio intervento possa essere vissuto da Elsa come un abbandono, un rifiuto, perché lei è veramente “*difficile e in aiutabile*”, come le sue convinzioni patologiche le suggeriscono. Le parole in questo momento sono insufficienti per rassicurare, per spiegarsi. L’intenzione con cui vengono pronunciate passa attraverso lo sguardo, l’espressione del viso, il tono di voce. Elsa mi guarda fissa, con i suoi occhi minacciosi pronti a ricevere l’ennesimo abbandono dispe-

rante. Le spiego che con dispiacere avrei interrotto i nostri incontri perché senza quell'impegno, sarebbe stato difficile portare avanti il lavoro terapeutico. *“Non sono disposta a vederla arrivare, altre volte, nel mio studio ferita in questo modo senza poter far nulla. Mi dispiace per lei e credo che così sarebbe un prezzo troppo alto da pagare per entrambe,, senza avere almeno la garanzia di un impegno reciproco verso un obiettivo comune.”*

Elsa rimane in silenzio, è arrabbiata, ma al tempo stesso è sconcertata dal mio intervento. Mi chiede ancora se davvero avrei interrotto la terapia ed io le rispondo: *“Sì, con dispiacere, ma lo farei, perché so che non funzionerebbe ed io non sono disposta a preoccuparmi per lei senza poter far nulla di efficace per aiutarla e senza avere la certezza che lei sarà con me in questa impresa, facendo tutto ciò che è in grado di fare per collaborare”*. Spero che Elsa capisca il senso della mia posizione, il momento è molto rischioso, ne sono pienamente consapevole, ma mi ripeto che così non possiamo andare da nessuna parte e non voglio correre il rischio di assecondare l'ennesimo fallimento di Elsa. *“Non glielo posso garantire!...”*, mi risponde Elsa molto seccata, ma ancora sorpresa e incerta.

Le dico che non deve rispondermi subito, anzi che è meglio che ci pensi fino all'incontro successivo. Ci salutiamo e ricordo a fine seduta una grande tensione, mentre pensavo che la terapia con Elsa potesse finire lì, oppure fare un salto tale che, il resto del percorso sarebbe stato in discesa.

ELSA DECIDE DI FARSI AIUTARE

Elsa torna la seduta successiva e conclude la sua terapia dopo altri tre anni e mezzo. Oggi le sue ciglia sono ricresciute e lei dopo una serie di vicissitudini ha rincontrato il marito e sta di nuovo con lui. Lavora e sta piuttosto bene.

Abbiamo ricordato spesso insieme quell'incontro difficile, ma decisivo.

La seduta successiva Elsa mi confessa che aveva pensato di non venire più. Era molto arrabbiata lì per lì, ma con il passare delle ore si rendeva conto che non la volevo cacciare via, anzi nel suo ricordo le sembrava che fossi stata protettiva con lei. Inoltre ricordava l'impegno preso all'inizio con me, sulle telefonate e sui farmaci. Le era chiaro che l'avesse svalutato. Torna con l'intenzione di collaborare, ma con mille perplessità sulla sua capacità di riuscirci.

La rassicuro dicendole che avremmo avuto tutta la terapia per lavorare sulla sua capacità di riuscire a raggiungere degli obiettivi e la ringrazio per aver portato la sua intenzione di farlo.

Parliamo a lungo dei suoi dubbi sulla terapia farmacologica, della sue paure, dei suoi pregiudizi, di come sia il prendere i farmaci, che il telefonare colludano dentro di lei con la sua convinzione patologica di essere *“strana e in aiutabile”*.

Come avrebbe potuto telefonare, considerando la sua storia, oltretutto in un momento di difficoltà estrema, senza aspettarsi una svalutazione o un rifiuto? Se avesse preso dei farmaci questo sarebbe stata la conferma che la pazza la malata sia lei, agli occhi dei suoi familiari e del suo compagno, dal quale Elsa riceve già diverse conferme in quel senso. Parliamo tutta la seduta di come siano andate le cose la sera della lite con il suo compagno; ora si può cercare di capire insieme, l'origine della sua arrabbiatura in quella circostanza. Elsa sembra non dar peso a questo aspetto della questione e insiste nel sottolineare le sue reazioni impulsive e dannose in quella, come in altre circostanze.

Questo è lo stile a cui Elsa è abituata: le sue ragioni, le sue motivazioni e i suoi bisogni, passano in secondo piano, rispetto alle conseguenze del suo comportamento. Così viene invalidata e continua ad invalidare da sola le proprie emozioni.

Inizia un lavoro congiunto di esplorazione dell'esperienza relazionale di Elsa, durante il quale tentiamo di distinguere tra i suoi bisogni e le modalità di espressione degli stessi, tra emozioni e loro significato ed espressione modulare di quelle emozioni. Diventa via via più evidente la natura del rapporto con l'attuale compagno, entrato nella vita di Elsa immediatamente dopo la strana separazione di lei con il marito. Elsa si è aggrappata a lui come ad un'ancora di salvezza. Animata da una forte passione nei suoi confronti, ha tentato di "superare" le difficoltà del precedente rapporto molto conflittuale e poi di un allontanamento brusco da parte dell'ex-marito. Emerge dal racconto l'incapacità di affrontare una crisi coniugale e ancora prima una più importante difficoltà a stare in relazione stabilmente con qualcuno.

Luca, attuale compagno, per le sue stesse difficoltà, collude perfettamente con i punti deboli della personalità di Elsa e rinforza le sue convinzioni patologiche, proponendole una complicità su alcuni comportamenti che hanno lo scopo di distrarre l'attenzione dai propri problemi, attraverso uso di droghe o alcool. Mostra paura quando Elsa, "*fuori di testa*", propone le sue escalation, che aumentano di intensità nel momento in cui, ovviamente, Luca le rimanda la sua immagine mostruosa, per poi, subito dopo, mostrarsi molto comprensivo con lei: "*... lo so che sei molto malata, ma io ti sto vicino ugualmente*", aveva commentato Luca dopo la lite violenta che c'era stata.

Ad Elsa dà fastidio prendere i farmaci, perché lui glielo suggerisce da molto tempo. Prenderli per lei significherebbe ammettere che è "*molto malata*", come dice Luca, e accettare di invalidare una volta per tutte le sue manifestazioni emotive e le sue ragioni. Elsa si convince ad andare da un collega e inizia una terapia con Seroxat 20mg, Tegretol 400, Anseren 30

prima di dormire. In tutti gli incontri il collega psichiatra, ma soprattutto psicoterapeuta, passa molto tempo a spiegare ad Elsa la funzione dei farmaci, entrando nel merito del suo funzionamento emotivo. Elsa impara a monitorare il suo umore, le sue emozioni, diventa più consapevole dei suoi bisogni. Smette di fumare marijuana e di bere. Usa il telefono per chiedere aiuto. Questo segna un altro passaggio importante nel rapporto terapeutico. Le sue telefonate, fatte in momenti rari di sofferenza e di angoscia, che generalmente precedono un'azione impulsiva dannosa per Elsa, le offrono la possibilità di sperimentare una vicinanza e un accudimento adeguati alla richiesta e senza il pericolo di rimandarle una immagine di sé negativa mostruosa e inaiutabile. Ancora più importante è l'esperienza correttiva per Elsa di ricevere aiuto senza sentirsi svilita per questo agli occhi dell'altro³.

Su tutto questo si è costruita una buona alleanza terapeutica. Elsa segue il suo percorso comprendendo di volta in volta, i vari passaggi. La sua capacità di riflettere su se stessa aumenta nel tempo e le consente di superare ogni impasse con crescente velocità.

Contemporaneamente inizia a starle stretto il rapporto con Luca, il quale, nel frattempo, mal tollera i cambiamenti di Elsa che rompono il loro equilibrio.

IL GRUPPO

Ogni passaggio importante della terapia è segnato da un'attivazione piuttosto intensa del vissuto negativo profondo di Elsa. Così accade anche al suo ingresso in Gruppo. Non soltanto per Elsa, ma, per l'intero gruppo quello era un primo incontro. Una mia collega ed io abbiamo riunito diversi pazienti, che possono giovare di un doppio setting, individuale e gruppo, secondo il modello cognitivo-evoluzionista da noi proposto. (Ivaldi A., Fassone G., Rocchi M.T., 1998, 2000, 2002, 2004, 2005) L'incontro iniziale viene dedicato essenzialmente alle presentazioni, sia del lavoro che avremmo fatto, che dei partecipanti tra loro.

³ È fondamentale in questo senso lo scambio non verbale e la particolare attenzione del terapeuta ai molteplici messaggi comunicativi di Elsa. Mucha attenzione viene data alla complessità del vissuto di Elsa e quindi di volta in volta, diventa importante avere la capacità di dare una risposta altrettanto complessa, che comprenda, integrandoli, diversi aspetti della comunicazione a volte contrastanti fra loro. L'empatia, la capacità di mentalizzare (Bateman A., Fonagy P., 2004) e di integrare del terapeuta possono essere un potente stimolo per il paziente, a sviluppare le stesse capacità. Vedi Ivaldi A. "Il Triangolo Drammatico: Da Strumento Descrittivo a Strumento Terapeutico", in *Riv. Cognitivism Clinico*, vol. 1, n. 2, 2004.

Elsa arriva tardi quel giorno. Mentre alcune delle persone più intraprendenti intrattengono il gruppo, io penso a cosa stia accadendo ad Elsa. Poi lei arriva, si scusa frettolosamente e prende posto con gli altri. È in difficoltà. Mi sembra di vederla tornata indietro nel tempo. La sua espressione turbata, a tratti ostile, gli occhi sfuggenti e i movimenti delle sue mani, nervosi e disarmonici con il resto del corpo e con le espressioni del volto. Sembrano annullati improvvisamente due anni di terapia. Alla fine dell'incontro Elsa scappa via letteralmente, non saluta nessuno. Io sono preoccupata e dopo averci pensato bene e averne parlato con la collega, decido di chiamarla. È la prima volta che succede, le dico di essere preoccupata e che vorrei sapere cosa stia accadendo. Elsa è contenta della telefonata, anche se molto in imbarazzo. Di nuovo ha bisogno d'aiuto, ma è molto impaurita e arrabbiata per questo. Mi dice che è in difficoltà e che ce l'ha con sé stessa, per come ha affrontato il gruppo. Nell'incontro individuale successivo chiariamo meglio quanto accaduto. Sperimentiamo, per la prima volta, la possibilità di uscire insieme dalla stanza della terapia individuale, per incontrare altre persone, per poi tornare nella stanza a due e commentare quello che succede. L'esperienza apre interessanti possibilità per il lavoro terapeutico: nuovi scenari di relazione sono resi possibili da un setting così organizzato. Il punto di osservazione cambia, non è sempre lo stesso, ci si osserva reciprocamente in diverse interazioni. Si commenta in seduta individuale qualche evento in cui si era insieme, che non è proprio come commentare eventi raccontati. Questo facciamo Elsa ed io nell'incontro successivo al primo gruppo. Elsa mi racconta di essere stata sul punto di non venire, aveva paura di come sarebbe apparsa agli altri, non aveva voglia di confrontarsi e faticare ancora. Provava vergogna, si sentiva nuda e pensava che gli altri l'avrebbero subito etichettata come la "strana", "grave", "problematica". Un'altra paura, che non viene fuori subito, era anche di come l'avrei vista io insieme agli altri, del confronto a cui lei sarebbe stata sottoposta con gli altri, nel suo immaginario, risultando perdente, umiliata, svaloriata ai miei occhi e quindi rifiutata. Nelle sedute successive Elsa parlerà delle proprie difficoltà a stare in gruppo, inizierà a guardare le persone negli occhi, e lentamente esplorerà nuovi modi di esprimersi e di chiedere per i suoi bisogni. Elsa si svelerà molto presto rispetto ad altri del gruppo, e quell'impasse iniziale sarà superata velocemente. Molto del lavoro in questo senso viene fatto in individuale, dove la nostra alleanza, piuttosto solida, attraversa momenti intensi di passaggio, che condurranno verso una sempre maggiore differenziazione e individuazione di Elsa, anticamera di una piena autonomia. Contemporaneamente nel gruppo Elsa potrà giovarsi in una cornice paritetica di un confronto diretto con gli altri partecipanti, attraverso il quale esplorare i diversi stili interattivi e gli aspetti proble-

matici della comunicazione, direttamente collegati al proprio modello operativo interno.

Il percorso terapeutico di gruppo accompagna dei grandi cambiamenti nella vita di Elsa, che nel frattempo ha lasciato Luca, il quale non ha sopportato le evoluzioni di lei in relazione al loro rapporto, si rende conto della distanza fra loro e delle fondamenta fragili su cui avevano iniziato a costruire un progetto di vita insieme. Il gruppo, in questo momento delicato, fornisce ad Elsa il sostegno necessario per riuscire a stare sola e sopportare gli insistenti tentativi di Luca di ripristinare il vecchio equilibrio fatto di burrascose liti e “ sballi “ di diverso tipo.

Elsa incontra per alcune fortuite circostanze l'ex marito Giovanni. L'incontro è denso di emozioni.

Elsa è felice di vederlo, la rabbia sembra dissolversi in pochi attimi, ma è molto addolorata quando viene a sapere che lui sta con un'altra donna. Elsa ripercorre in terapia la loro storia e rilegge alcuni eventi, sotto una luce diversa rispetto a quanto aveva fatto in passato, scopre di essere ancora molto legata a Giovanni e di non aver saputo riconoscere prima l'importanza di quel rapporto. Dopo qualche tempo di incontri molto intensi, Elsa e Giovanni tornano insieme. Acquista senso anche la brutale e misteriosa sparizione del marito dopo la loro separazione; il loro affetto era rimasto intatto, come congelato per un periodo. Ora alla luce di una nuova consapevolezza acquisita durante la loro lontananza, Elsa e Giovanni possono risentirlo e anche affrontare le loro difficoltà. Questo riavvicinamento sarà importantissimo per la fase conclusiva della terapia di Elsa, in cui si affronterà il comportamento rituale autolesivo di togliersi le ciglia.

LE CIGLIA RICRESCONO

Finalmente ci siamo. Arriva il momento nel percorso terapeutico, in cui diventa possibile considerare di smettere il rituale, che per anni ha accompagnato Elsa quotidianamente nella sua vita. Ormai è lontano il tempo dei comportamenti impulsivi, degli “ sballi “, del vivere considerandosi un animale strano, pericoloso e respinto. Elsa conduce una vita più equilibrata, pur mantenendo la sua originalità. È riuscita a lavorare costantemente, nel corso dell'ultimo anno, ed ora si occupa di pubblicità insieme a suo marito, utilizzando così le sue doti artistiche. I nostri incontri ormai sono caratterizzati perlopiù da scambi sulla sua vita di relazione. Si parla di emozioni in modo sempre più articolato. Abbiamo ripercorso insieme la storia della sua vita, in modo particolare la sua infanzia e la sua adolescenza, Elsa è riuscita a collegare la sua sofferenza da bambina e quella nella sua vita attuale, ha iniziato ad accettare la sua storia e a vedere alcune possibilità per non riattualizzare i suoi traumi. Abbiamo individuato dei punti nevralgici

per Elsa, nell'area affettiva, che se vengono toccati provocano ancora delle reazioni a volte impulsive, altre volte inducono un vissuto doloroso e angoscioso profondo. Per Elsa è molto difficile ancora mostrarsi debole e chiedere aiuto e sostegno in momenti problematici. Riesce a farlo con me e nel gruppo, con sua cugina Chiara con cui ha un rapporto fraterno. Sta iniziando a farlo con suo marito, nei confronti del quale si è permessa una maggiore confidenza, dopo il riavvicinamento. Ancora però, di fronte ad un'incomprensione ad una frustrazione relativa alle sue richieste, Elsa reagisce riattivando il suo vissuto patologico di sempre. Questo succede in modo particolare con suo marito, con cui la relazione è più intima. L'ultima parte del percorso terapeutico di Elsa, riguarda proprio questa difficoltà di chiedere aiuto e quindi di affidarsi, strettamente connessa con il suo rituale.

Finora avevamo trattato con molta delicatezza la sua abitudine consolidata di stare ore davanti allo specchio a torturarsi gli occhi, comprendendo quanto il comportamento rappresentasse per Elsa, molto più di un comportamento autolesivo. Sembra arrivato il momento di abbandonare questo comportamento, senza trascurare, tuttavia, il suo significato e, ancora meno, il bisogno che esprime. Avevamo parlato numerose volte con Elsa di tutto questo, e sapevamo che non sarebbe stato facile, per questo decidiamo di studiare bene la strategia più opportuna e più protettiva per lei. Ci occupiamo, quindi, contemporaneamente, dei profondi significati del gesto e degli aspetti più squisitamente pratici. In sostanza, di come smettere. È così che entrano in scena diversi aiuti: Giovanni il marito si fa coinvolgere dichiarandosi pronto a partecipare all'operazione, con Elsa decidiamo di consultare un dermatologo e un oculista, per avere indicazioni su eventuali difficoltà riguardanti la ricrescita delle ciglia. Cercando di immaginarci il percorso e le sue difficoltà, ne emerge una che per Elsa sembra più importante: la paura di restare sola e non saper far fronte ad un eventuale disagio emotivo, che data l'importanza dell'operazione, lei si immagina molto forte. Decidiamo allora di prendere in considerazione un primo periodo di residenzialità in clinica a Villa Margherita, da alcuni colleghi che lavorano con gravi disturbi di personalità Borderline e pazienti difficili.

Parlo con i colleghi, con cui collaboro da diverso tempo, condividendo la stessa impostazione teorica oltre che un'amicizia. Spiego loro la richiesta di ricovero per Elsa che è un po' particolare. I colleghi capiscono e accettano di vederla. Elsa va a Vicenza accompagnata dal marito e fa un colloquio con la mia collega che le illustra il protocollo di trattamento e ascolta le sue esigenze. Prendono accordi per il ricovero dopo l'estate. Elsa torna da Vicenza molto motivata e convinta. La clinica le è piaciuta e anche la collega, che parlandole le aveva posto una questione a proposito del chiedere aiuto. Elsa doveva riflettere su come avrebbe chiesto aiuto per cosa e come,

durante la permanenza a Vicenza. La richiesta della collega ci ha permesso di approfondire ulteriormente il tema più delicato della vita di Elsa. La voce della mamma risuonava nella nostra mente: “*sei inaiutabile*”, mentre noi riflettevamo e organizzavamo una rete di aiuti per Elsa, tutti disponibili, tutti pronti.

Elsa parte per le vacanze con il marito e al suo rientro a settembre torna con una sorpresa. Si è fatta ricrescere le ciglia della parte inferiore degli occhi. È fiera di questo risultato, reso possibile anche dalla vicinanza di Giovanni. Ovviamente non va a Vicenza, mantenendo comunque la possibilità di utilizzare il ricovero in caso di necessità.

Tutti gli aiuti predisposti si rivelano, alla luce di questi fatti, più come una risposta alle paure di Elsa di non farcela, che una necessità reale.

Elsa è molto contenta, ma continua ad essere un po' ansiosa al tempo stesso, sulla sua capacità di completare l'opera iniziata. Lentamente prende forma la consapevolezza di quanto sia importante per lei essere rassicurata oltre misura sulla sua impresa, non tanto per dei pericoli reali, quanto, probabilmente, per dare valore alla sua esperienza. La memoria riconduce alla frase di Elsa “*Non se ne accorgevano, i miei, che io mi toglievo le ciglia... non si accorgevano di tante cose che mi riguardavano*”. *Questa volta non può passare nell'indifferenza quello che succede ad Elsa.*

Questa volta non è sola. Io la seguo e accolgo il suo senso d'allarme ogni volta che Elsa lo manifesta, durante tutta l'operazione. Anche quando ho la netta percezione che reali pericoli non ce ne siano, la aiuto a prendere precauzioni, perché percepisco il valore di quell'azione congiunta, come segno di riconoscimento per Elsa, come un risanamento di vecchie ferite, come un'esperienza emozionale intensa e riparatrice.

L'aspetto più complicato in questa fase finale della terapia, non è tanto imparare a chiedere aiuto per Elsa, quanto imparare a tollerare frustrazioni in tal senso, evitando di sprofondare nel suo vissuto negativo disperato e disperante, nel quale tutto perde senso, tutto è inutile. È partendo da questo vissuto che Elsa ha agito i suoi comportamenti più distruttivi.

L'impegno maggiore con lei, quindi, alla fine del percorso, è quello di aiutarla ad “attualizzare”(Ivaldi A., 2005) il suo bisogno d'aiuto e di vicinanza. Attualizzare il bisogno significa distinguere fra l'esperienza infantile d'attaccamento e l'esperienza attuale d'attaccamento con le diverse persone che le danno cura (io il marito la cugina e così via), differenziando ruoli e contesti. Riflettiamo con Elsa sul diverso significato di una relazione d'attaccamento, con un genitore quando un bambino è piccolo e indifeso e la sua stessa vita dipende dall'accudimento di quel genitore, e una relazione d'attaccamento con un'altra persona, a cui ci si può riferire in età adulta. La relazione con un genitore è senza via d'uscita, non esiste scelta e le condi-

zioni di un bambino sono talmente deboli, relativamente alle diverse età di sviluppo, da rendere quel sostegno genitoriale indispensabile per la sopravvivenza e unico. Diversa è la condizione di un adulto che chiede perché ha bisogno. Intanto la persona a cui chiede non è l'unica possibile, ma soprattutto un adulto non è in condizioni psico-fisiche di vulnerabilità tali, da sentire che la sua sopravvivenza dipende da quell'unica persona di riferimento. Su questi concetti articoliamo una riflessione complessa, insieme ad Elsa, con lo scopo di accettare l'esperienza passata traumatica d'attaccamento e imparare a riattivare il suo bisogno d'attaccamento, contestualizzandolo di volta in volta.

Quest'ultimo tratto di strada, non è semplice come potrebbe sembrare. Ci sono diversi momenti problematici sia nella terapia individuale, che in gruppo. Tuttavia Elsa porta a termine il suo percorso. Le sue ciglia ricrescono e lei conclude la terapia con una seduta di gruppo particolarmente commovente, in cui, fra le lacrime, restituisce ad ogni persona presente, il suo vissuto personale rispetto a ciascuno. Parla a dei compagni di viaggio, lasciando qualcosa ad ognuno e portando con se qualcosa di ognuno, dispiaciuta per la fine di quell'esperienza che non tornerà più, ma piena di affetto, di gratitudine e di un senso profondo di appartenenza e affiliazione, coralmente condiviso dal gruppo.

BIBLIOGRAFIA

- Bateman A., Fonagy P.** (1999) "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial", in *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-9
- Bateman A., Fonagy P.** (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*, Oxford University Press N.Y.
- Berne E.** (1968) *Principles of Group Treatment* Oxford Univ. Press, New York
- Bowlby J.** (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1983
- Dimaggio G., Semerari A.** (2003) *I disturbi di personalità. Modello e trattamento*, Laterza, Bari.
- Fassone G., Ivaldi A., Rocchi M.T.** (2003) "Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità. Risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitiva-comportamentale integrata, individuale e di gruppo", in *Rivista di Psichiatria*, 38, 5: 241-246
- Fonagy P. e Target M.** (2001) *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Foulkes S.H.** (1976) *La psicoterapia gruppoanalitica*, Astrolabio, Roma
- Intreccialagli B., Ivaldi A.** (2003) "Matrici relazionali del processo terapeutico. Una integrazione del setting individuale e di gruppo nella psicoterapia"

- pia”, in Di Maggio G., Carcione A. (a cura di), *Rivista Psichiatria e Territorio*, vol. XX, n. 1
- Ivaldi A. (1998) *Psicoterapia di gruppo e psicoterapia individuale: contesti integrabili*, comunicazione al simposio “La psicoterapia del paziente grave: contesti interpersonali e integrazione dell’identità” Congresso SITCC, Torino
- Ivaldi A., Fassone G. (2000) *Vantaggi e limiti dell’applicazione di un modello di intervento integrato per pazienti gravi in ambito ambulatoriale*, due comunicazioni al congresso SITCC, Orvieto
- Ivaldi A., Fassone G., Mantione M.G., Rocchi M.T. “Valutazione degli esiti di un trattamento cognitivo-evoluzionista integrato (individuale-gruppo) per pazienti con disturbi di personalità borderline e/o comorbidità in asse I/II: uno studio semi-naturalistico controllato”, in *Rivista Cognitivism Clinico*, vol. I, n. 2, Fioriti Editore, Roma
- Ivaldi A., Rocchi M.T., Fassone G. (2002) *Il trattamento in doppio setting, gruppo e individuale, per pazienti gravi: risultati, osservazioni e considerazioni metodologiche*, comunicazione al simposio “La psicoterapia di gruppo in ambito cognitivista” al Congresso SITCC, Bologna
- Ivaldi A., Rocchi M.T., Mantione M.G., Fassone G. (2004) *La terapia di gruppo in ambito cognitivista. Il modello cognitivo-evoluzionista: fondamenti teorico-metodologici*, comunicazione al simposio “Cognitivism e terapie di gruppo: modelli a confronto” al Congresso SITCC, Verona
- Ivaldi A. “Il Triangolo Drammatico: da strumento descrittivo a strumento terapeutico”, in “Associazione di Psicologia Cognitiva” (a cura di), *Rivista Cognitivism Clinico* vol. I, n. 2, Fioriti Editore, Roma
- Ivaldi A., Fassone G., Rocchi M.T. (2005) *Ci vediamo al gruppo, il modello cognitivo-evoluzionista di terapia integrata individuale e di gruppo*, in *Due terapeuti per un paziente*, Liotti G., Farina B., Rainone A. (a cura di), cap. VIII, Laterza, Roma
- Karpman S.B. (1968) “Fairy tales and script drama analysis”, in *Transactional Analysis Bulletin*, 7, pp. 39-43
- Lichtenberg J.D. (1989) *Psychoanalysis and Motivation*, The Analytic Press, Hillsdale NJ. Tr. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina, Milano
- Linehan M. (1993) *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline di personalità*, Raffaello Cortina editore, Milano
- Liotti G. (1992) *Disorganizzazione dell’attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza*, in Ammanniti M., Stern D. (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari, pp. 219-233
- Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci Editore, Roma
- Liotti G. (1995) “La teoria della motivazione di Lichtenberg: un confronto con la prospettiva etologico-evoluzionista”, in *Psicoterapia*, 2, pp. 104-112

- Liotti G. (1996) “ La psicopatologia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista”, in *Giornale italiano di psicopatologia*, 3, pp. 208-215
- Liotti G., Pasquini P. *et al.* (2000) *Predictive factors for borderline personality*
- Liotti G. (2001) *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Milano, Cortina
- Liotti G., Farina B., Rainone A. (2005) *Due terapeuti per un paziente* Laterza editore
- Weiss J., Sampson H. e The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986) *The Psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*, Guilford Press, New York

RIASSUNTO: Il caso clinico presentato è un esempio di un metodo di trattamento ambulatoriale, messo a punto e utilizzato per pazienti con disturbo borderline, o con gravi disturbi di personalità, nel IV Centro di Psicologia Cognitiva di Roma.

Il modello di trattamento in doppio setting individuale e di gruppo, descritto in dettaglio in altri lavori, segue un approccio Cognitivo-Evoluzionista, con particolare attenzione alla Teoria Dell'Attaccamento e utilizza in modo privilegiato, come strumenti di lavoro: i Sistemi Motivazionali e il Triangolo Drammatico. Quest'ultimo in particolare è una metafora relativamente semplice da capire per i pazienti e facilmente integrabile nel loro linguaggio. Il Triangolo Drammatico è, ancora, uno strumento prezioso per il terapeuta e per il paziente nel riconoscere, descrivere ed interpretare l'intensa e caotica attivazione dell'attaccamento, in pazienti con un Modello Operativo Interno Disorganizzato.

L'uso di questi concetti, così come l'uso del doppio setting individuale e gruppo, rappresentano potenti strumenti del trattamento, una sorta di “cintura di sicurezza” per la relazione terapeutica, che rimane comunque, nella sua evoluzione e nel suo divenire, l'elemento chiave della cura.

Parole chiave: disturbo borderline di personalità, triangolo drammatico, sistemi motivazionali, doppio setting, processo relazionale terapeutico.

SUMMARY: A clinical case is presented as an illustration of the original treatment of borderline out-patients developed by the IV Center for Cognitive Psychology in Rome.

The treatment proposed is well within the cognitive-evolutionist conceptual framework, and consists of both individual and group psychotherapy.

Attachment Theory is at the heart of this approach, and Motivational System and Drama Triangle are the preferred working tools.

The latter, in particular, is a relatively simple metaphor, readily, understood by patients and easily integrated into their lexicon.

The Drama Triangle is of invaluable use both to patients and therapists in the recognition, description and interpretation of the intense and chaotic activation of attachment in patients with a disorganised Internal Working Model, often leading to conflict and drop-out.

The actual use of this concept, as well as the use of double setting or of an even wider "therapeutic web" represent, throughout the course of psychotherapy, potent therapeutic instruments and effective "safety-belts" for the patient-therapist relationship which remains, in its development and progress, the key element of the cure.

Key Words: Borderline Personality Disorder, Drama Triangle, Motivational System, Double Setting, Therapeutic Process.

Walther Galluzzo

ALLA RICERCA DELL'IDENTITÀ

La bella storia di Elsa e Donatella è densa di contenuti emotivi, forte, ricca di interessanti integrazioni e prospettive di lavoro.

“Sono borderline” si presenta Elsa alla sua terapeuta per affrontare il problema degli impulsi, di qualcosa che pur appartenendole non le appartiene perché fuori dalla coscienza: propone una esperienza frantumata così come frantumata appare la sua storia fatta di scarsi ricordi, di un padre originale e mitizzato di una madre inglese, entrambi distanti ed entrambi senza radici come senza radici viene descritta la sua storia infantile in luoghi diversi e scuole diverse. Si intuisce il vissuto della disconferma, il “tu non esisti” che lascia un sentimento di vuoto e di angoscia ed una rabbia potente apparentemente inspiegabile, incontrollabile, pervasiva. La dissociazione appare allora come una condizione autistica indispensabile per riconoscersi attraverso rituali autolesivi consumati davanti allo specchio oppure gli agiti pericolosi con l'aiuto dell'alcol che permettono alla rabbia di comparire ma anche di essere dimenticata...

Un bel viaggio davvero, un intervento terapeutico complesso centrato su una relazione terapeutica forte, positiva che contribuisce a rinforzare progressivamente attraverso la metacognizione una organizzazione psichica che emerge faticosamente dalla frantumazione affettiva.

Mi sembra comunque interessante evidenziare le tre cornici che hanno connotato e significato questo percorso:

- 1) la diagnosi, la terapia farmacologica e l'ipotesi di ricovero in clinica che propongono una dimensione rassicurante sul piano dell'identità (sono borderline), della relazione (verso il contenimento di emozioni esplosive e pericolose attraverso una alleanza terapeutica mediata dalla farmacoterapia) e della integrazione epistemologica delle cure intese in senso evolutivo. Sembra comunque importante che il terapeuta che prescrive il farmaco sia comunque anche uno psicoterapeuta che condivide le premesse della terapeuta individuale;
- 2) la relazione terapeutica individuale che permette una sfida alle premesse della paziente sulla propria impossibilità di ricevere aiuto. Una

relazione più volte messa alla prova, sfidata e continuamente congiuntamente analizzata che consente l'elaborazione dei movimenti di integrazione attraverso la co-costruzione di metacognizione dei contenuti psichici emergenti;

- 3) la terapia di gruppo che a mio parere ha avuto una importanza straordinaria consentendo ad Elsa di sperimentare situazioni emotive correttive in un microcosmo sociale che non prevede la possibilità di non essere visti (esperienza pervasiva legata alla disconferma). Il gruppo è il palcoscenico, lo scenario delle rappresentazioni psichiche, il luogo dove ognuno è paziente ma anche terapeuta, prende ma anche può dare. Elsa si sperimenta in questi scambi, dapprima incerti poi via via più significativi, sostenuta dalla terapeuta nel setting individuale, nella sua possibilità di raccontarsi, di rielaborare la propria esperienza sviluppando una metacognizione che le permette di rinforzare il vissuto della propria identità. I pazienti riproducono nel gruppo le parti ed i ruoli che hanno avuto nella famiglia di origine ed hanno la opportunità di sperimentare nuove parti e nuove trame liberandosi così dal ruolo familiare in cui erano rimasti bloccati. Nel gruppo, a meno che non si sparisca come Elsa ha tentato di fare in prima seduta richiedendo per la prima volta un intervento attivo della terapeuta (la telefonata), si è sempre visti. Ed anche si vede e si ascolta ed in questi scambi si costruisce attraverso la coesione, un senso di appartenenza diverso e

nuovo che consente esperienze emotive nuove. Il gruppo svolge un ruolo di continua contestualizzazione dell'esperienza e dei vissuti anche in assenza di interventi interpretativi e la rete di relazioni che vengono attivate diventa un potentissimo strumento di contenimento e di rielaborazione emotiva.

Una interessante opportunità in questo caso specifico sembra essere legata al fatto che la terapeuta individuale sia anche presente nel gruppo come conduttrice; tale circostanza potrebbe creare dei problemi di sbilanciamento della relazione terapeutica all'interno della dimensione grupppale ma dal racconto sembra essere stata piuttosto una ulteriore risorsa: ha consentito probabilmente di utilizzare un vissuto di "base sicura" che ha permesso alla paziente la sperimentazione di modalità differenti di relazione e di partecipazione al gruppo stesso che è diventato progressivamente un luogo di apprendimento interpersonale.

Quando questi apprendimenti hanno cominciato a consentire ad Elsa di proporre nella vita delle scelte differenti attivando nei sistemi relazionali significativi dei movimenti omeostatici come le retroazioni del fidanzato che hanno portato alla crisi della coppia ancora il gruppo ha sostenuto emotivamente la paziente nel vissuto della separazione che diventa, forse per la prima volta, un momento evolutivo e non un vissuto abbandonico che conferma la impossibilità di essere un oggetto di amore.

E finalmente le ciglia possono ricrescere, la terapia si avvia alla fine. Colpisce il rituale del saluto e della restituzione ai vari membri del gruppo: sono stata

vista finalmente da ognuno di voi ed ho visto ognuno di voi. Sembra essere il miglior epilogo di una bella storia di un "viaggio" alla ricerca dell'identità.

BIBLIOGRAFIA:

Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2000) *Psicoterapia delle personalità borderline*, Cortina, Milano

Galluzzo W. (2004) "Psicoterapia sistemica e psicofarmaci", in *Psicobiettivo*, n. 3

Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*, Nuova Italia Scientifica, Roma

Watzlawich P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971) *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma

Yalom I.D. (1993) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino

RIASSUNTO: l'autore ripercorre le tappe della terapia proponendo l'integrazione di tre cornici dell'intervento terapeutico: la farmacoterapia, la relazione terapeutica, la terapia di gruppo. Nell'analisi della integrazione complessa dell'intervento si sofferma in particolare sul lavoro di gruppo e sulle sue potenzialità trasformati-ve.

Parole chiave: *borderline, integrazione, terapia di gruppo.*

SUMMARY: The author travels over again the stages of the therapy process. He propose an integration of three frames of the therapeutic intervention: the pharmacological therapy, the therapeutic relationship and the group therapy. In the analysis of the complex integration of the intervention he is stopped in particular on the group work and its transformative potentialities.

Key Words: *Borderline, Integration, Group Therapy*

Antonio L.S. Fazio

LA SFIDA DEL PAZIENTE DIFFICILE, FRA CLASSICITÀ E INNOVAZIONE

Il caso di Elsa presentato da Antonella Ivaldi contiene molti spunti interessanti per una discussione che abbraccia molte aree del lavoro clinico psicoterapeutico.

Alcune di esse sono state a volte abbastanza controverse, e sono tuttora oggetto di vivaci discussioni anche all'interno dello stesso mondo psicoanalitico in senso stretto: penso in particolare, per esempio, e per citarne solo alcune, ai problemi posti dall'*acting out* e dal *controtransfert*, ed a come questi tendano ad essere affrontati in modi abbastanza differenti, si potrebbe quasi dire fino a toccare estremi opposti, a seconda che si tratti di psicoanalisti più o meno vicini ad un orientamento kleiniano, indipendente o freudiano (Rosenfeld, 1965; Winnicott, 1949); altri temi, altrettanto spesso discussi, possono essere quelli della specificità della *relazione terapeutica* (Balint, 1957; Winnicott, 1962; Guntrip 1977) e del *contenimento* del paziente al suo interno (Bion, 1962); della diagnosi del cosiddetto *paziente "difficile"* e/o "a rischio" e delle particolari difficoltà che il lavoro con loro possa presentare (Khan, 1979;

Di Norscia, 1997); *del trauma cumulativo* (Khan, 1979); del *setting* di lavoro e delle sue possibili modificazioni (Winnicott, 1976); ed infine, della *co-terapia* e del management della rete terapeutica centrato sulle esigenze ed i bisogni specifici del singolo caso.

Ognuno di questi argomenti preso singolarmente meriterebbe una discussione approfondita, ma visto che ciò ci porterebbe troppo oltre lo scopo di questo breve articolo, mi limiterò ad affrontarne solo alcuni fra i più importanti, un po' più in dettaglio, mentre accennerò soltanto, e molto più brevemente, ad alcuni altri.

Prima di far ciò, vorrei tuttavia esprimere alcune considerazioni di carattere generale.

Quello che credo si possa dire in ogni caso della storia clinica di Elsa è che in qualche modo, e dopo varie vicissitudini, sembra che la paziente e la Terapeuta siano riuscite a stabilire fra loro un'*alleanza*, ed un rapporto empatico sufficientemente terapeutici, e che il frutto della loro relazione sia stato tale da produrre dei risultati integrativi ed adattativi più che soddisfacenti.

Di questo bisogna dare atto all'autrice del lavoro, anche se i problemi che esso

pone vanno oltre gli specifici risultati raggiunti, e lasciano aperte molte questioni.

Tutto ciò rimane valido in ogni caso, a prescindere e al di là degli orientamenti specifici di ciascuno, e della personale preferenza per l'uso di particolari tecniche più che di altre, e/o dell'aderenza o meno a determinati modelli teorici di riferimento.

A proposito del rapporto fra risultati raggiunti e modello terapeutico di riferimento, varrebbe forse la pena ricordare che varie ricerche comparative fra gli effetti terapeutici della Psicoterapia condotta da parte di esponenti di diverse scuole, e con orientamenti a volte anche molto contrastanti, hanno messo in luce come in realtà sembri che esista comunque una tendenza alla convergenza dei risultati clinici, anche se raggiunti attraverso iter abbastanza differenti.

Una delle conclusioni che si potrebbe evincere da questi studi sembra possa portare a ritenere che uno dei fattori determinanti per il buon esito di una terapia sia quindi molto più probabilmente collegabile alla *qualità della relazione* fra il terapeuta ed il suo paziente, che alla sua appartenenza ad una particolare scuola di pensiero, e/o alla specifica formazione ricevuta.

Il caso clinico citato sembra non faccia eccezione a questa regola.

Attraverso la descrizione del lavoro della Ivaldi, e leggendo fra le righe, sembra davvero, infatti, che le note dominanti e prevalenti di questa storia clinica possano essere state essenzialmente costituite, innanzi tutto, da una considerevole capacità intuitiva ed empatica della Terapeuta, che spesso l'ha portata istintivamente a posizio-

narsi sulla stessa lunghezza d'onda della paziente, anche in condizioni di particolare difficoltà; in secondo luogo, anche dalla consapevole importanza che essa è stata in grado di attribuire alla propria funzione di contenimento.

Credo che ambedue questi elementi abbiano avuto congiuntamente un ruolo determinante nel contribuire al buon risultato raggiunto, e che abbiano costituito i fattori terapeutici più rilevanti del caso citato. Essi trascendono infatti le peculiarità di scuola di questo o quel terapeuta, di questa o quella corrente di pensiero, o specificità di approccio. Essi sono piuttosto delle condizioni necessarie, anche se non sempre sufficienti, che dovrebbero essere comunque ed in ogni caso presenti, quanto più spesso sia possibile, in qualsiasi relazione terapeutica.

Guntrip, a questo proposito, sembra portare all'estremo limite questo concetto, quando riferendosi al lavoro con gli strati più primitivi del paziente parla addirittura della *relazione terapeutica*, come un possibile *rimpiazzo sostitutivo della fallita funzione materna originaria*.

Egli dice: "... Più sono primitive le cause del malessere del paziente, più è radicata nelle fondamenta la sua fragilità dell'Ego e più ci si muove al di là della psicnevrosi verso più profondi problemi schizoidi, borderline e psicotici, e più profondamente importante effettivamente diventerà la qualità della relazione terapeutica personale, fino al punto in cui alla fine essa affronta la questione della possibilità di un *rimpiazzo sostitutivo* al fallimento della funzione materna originaria" (Guntrip, 1977).

Ad ulteriore sostegno del suo pensiero egli cita Winnicott, riportandone un passo in cui quest'ultimo mette in guardia dagli aspetti professionali narcisistici dell'analista che, a volte, può finire con il lasciarsi prendere dal volere affrontare, attraverso molto elaborate interpretazioni, anche i meccanismi mentali più primitivi, andando molto oltre le limitazioni dei suoi strumenti e magari "... interpretando ritorsioni, proiezioni ed introiezioni, ansietà paranoide ed ipocondriache, attacchi ai legami, disturbi del pensiero, ecc., ecc., (ma finendo con il) dimenticare di prendersi cura invece dei bisogni più basilari e primitivi di dipendenza infantile del paziente, che possono andare perduti nel contesto di tale sfoggio intellettuale..." (Winnicott, 1962). Non tutti gli psicoanalisti condividerebbero per intero il pensiero di Guntrip e Winnicott su questo specifico punto, e sarebbero probabilmente anche molto pochi quelli fra loro che cercherebbero di dare delle prescrizioni di comportamento specifico alla propria paziente, pur se in condizioni critiche; ritengo, tuttavia, che molti di loro, in circostanze particolarmente difficili e/o "a rischio", potrebbero effettivamente arrivare al punto di minacciare un'interruzione del trattamento, qualora le condizioni dello stesso non cambiassero nel senso desiderato.

La decisione che la Terapeuta ha preso di affrontare in quel modo la paziente può essere condivisibile o meno, e solo dopo avere esaminato tutte le circostanze; si può tuttavia comprendere come un tale atteggiamento, piuttosto che generare un senso di rifiuto ed abbandono, avesse in realtà avuto un effetto

del tutto contenitivo, e perciò alla fine più rassicurante per la paziente, di quanto non si potesse pensare.

Credo sia molto probabile che la vita caotica cui Elsa fosse stata esposta durante gli anni della sua infanzia e della sua adolescenza, avesse proprio per questo potuto metterla in condizioni da potere beneficiare in modo sostanziale dell'atteggiamento contenitivo, fermo e consistente, ma emotivamente partecipato della Terapeuta, molto diverso dalla acquiescenza genitoriale. Quest'ultima, infatti, sembrerebbe che fosse stata da lei percepita, al contrario, come sinonimo di profonda indifferenza.

Un'attenzione forse un po' diversa, credo che meriti invece la valutazione del rapporto terapeutico, se osservato attraverso i parametri dell'uso del transfert e del controtransfert, che mi sembra non siano stati approfonditi a sufficienza dalla Terapeuta, né utilizzati tanto quanto si sarebbe potuto.

A proposito di quest'ultimo, e salvo alcuni brevi e frammentati accenni, non sembra, infatti, che emerga in modo sufficientemente chiaro l'elaborazione interna dello stato mentale e affettivo della Terapeuta, all'interno della relazione terapeutica, e che io ritengo almeno tanto di importanza fondamentale nel contesto complessivo della relazione, quanto lo stato mentale ed affettivo della paziente stessa.

È pur vero che a tratti ci sia nel lavoro qualche riferimento alla paura dell'aggressività distruttiva della paziente che arriva ad invadere la Terapeuta, ma la mia impressione è che anche quest'aspetto, che fra l'altro ritengo centrale nel rapporto fra Elsa e la sua Terapeuta,

non sia stato sviluppato sufficientemente, né a livello di transfert né di controtransfert.

Ci si potrebbe chiedere se, fino a che punto, e con quali effetti, la paura di Elsa di "... invalidare il percorso di terapia..." sia stato condiviso anche dalla Terapeuta, ed in che modo possa averne influenzato le sue scelte.

Anche se può sembrare che queste ultime, alla prova dei fatti, abbiano sortito comunque dei benefici effetti, ciò non significa che non ci si debba porre il problema sul se, come, e quando, possa essere opportuno, e/o necessario, assumere un ruolo decisamente più attivo e prescrittivo nei confronti della paziente, sottovalutandone l'aspetto interpretativo del rapporto con lei.

Al di là dei singoli modelli terapeutici di riferimento, che possono essere molto diversi fra loro, in realtà anche per uno psicoanalista che ritenga fondamentale il lavoro introspettivo, teso soprattutto a migliorare l'insight del mondo interno ed inconscio del paziente, può comunque porsi, alle volte, il problema del dovere modificare relativamente la propria tecnica abituale di intervento, adattandola alle esigenze specifiche del singolo caso (Winnicott, 1962).

Il dilemma, in questo senso, può essere costituito dal quanto la propria flessibilità e duttilità, possano effettivamente diventare un superamento di una propria posizione altrimenti ideologicamente troppo rigida, e che potrebbe quindi perciò essere eccessivamente difensiva e antiterapeutica; rispetto alla possibilità che, invece, ed in senso opposto, una eccessiva variabilità e/o permeabilità del proprio stile di inter-

vento e del proprio setting di lavoro, sconfinino con l'inconsistenza e la confusione.

Se così accadesse, infatti, questa eventualità potrebbe aprire il varco ad ulteriori frammentazioni e scissioni, con potenziali, ulteriori, e non meno gravi, rischi per il proprio paziente.

Probabilmente, il fattore discriminante fra questi due estremi, che può contribuire a condizionarne il successo terapeutico o meno, può consistere nel grado di consapevolezza del Terapeuta che decida di seguire una strada piuttosto che un'altra, ove egli lo faccia a ragion veduta, e dopo averne elaborato a sufficienza dentro di sé le proprie scelte.

Il problema nasce anche dal fatto che, in condizioni critiche, all'acting out del paziente si possa sommare anche l'acting out del Terapeuta, che può non riuscire a tollerare l'ansietà di un comportamento più o meno "a rischio", e che per questo si sforzi di elaborare una molteplicità di interventi mirati a contenere queste difficoltà.

A questo proposito Rosenfeld ci dice che: "... una certa quantità di acting out accade in ogni analisi... e non è soltanto inevitabile ma è effettivamente una parte essenziale di una analisi efficace...", aggiungendo anche che "... le proibizioni (a determinati comportamenti) non riducono l'acting out...". Ed ancora: "... Se noi consideriamo una certa quantità di acting out come una parte importante e necessaria di ogni analisi, dobbiamo affrontare il fatto che la proibizione di alcune attività all'inizio e durante l'analisi finiscano necessariamente con l'interferire con il corso dell'analisi. Dopo tutto, noi vogliamo riat-

tivare le situazioni del passato, non reprimerle fin dall'inizio. La risposta al problema... sembra risieda in una *diversa direzione, e cioè in una migliore comprensione del transfert come riattivazione delle più primitive relazioni oggettuali...*" (Rosenfeld, 1965).

Come si vede, quindi, le posizioni possono andare da un estremo in cui si tenda a focalizzare l'attenzione sui processi transferali e controtransferali, e con una netta astinenza terapeutica centrata sull'interpretazione; fino ad un altro, di sottolineata valorizzazione della relazione terapeutica, che arrivi fino al punto da pensarla addirittura come sostituzione della mancata e/o fallimentare funzione materna originaria...

Riportando la riflessione teorica al caso clinico di Elsa, forse un terzo modo di affrontare questi dilemmi, che probabilmente sarebbe più vicino al mio personale stile di lavoro, avrebbe potuto essere quello di cercare di ottenere comunque un migliore contenimento della paziente, almeno inizialmente, *all'interno del setting analitico*, magari aumentando considerevolmente il numero delle sedute, e nel contempo lavorando di più sull'interpretazione del transfert e del controtransfert.

D'altro canto, le modificazioni della tecnica di intervento non possono non essere condizionate anche dalla valutazione diagnostica che ogni terapeuta fa del singolo caso.

Per quanto riguarda Elsa, essa è senz'altro una paziente difficile, ma forse non tanto di più di molti altri casi simili che si rivolgono ad un trattamento psicoterapeutico, ed il riferirsi ad essa come un caso "borderline" mi sembra un po' eccessivo.

Personalmente tenderei a vederla un po' più forse come un caso di forte disturbo della personalità, con elementi narcisistici ed isterico-manipolativi (*l'incapacità a chiedere aiuto e il bisogno di mantenere un'immagine forte di sé, scriversi lettere a scuola e descriversi come molto ricca, rubare nei negozi con le compagne, farsi sospendere varie volte a scuola, il tentato suicidio dimostrativo, la prima analisi interrotta con l'emiparesi facciale, le drammatizzazioni aggressive nelle crisi alcoliche*) dove l'uso dell'aggressività, della regressione (*l'abuso sessuale del fratellino*) e dell'identificazione proiettiva sembrerebbero dei fattori centrali.

Penso si possa essere in linea di massima abbastanza d'accordo sul fatto che il "management" di casi particolarmente complicati e a rischio possa a volte richiedere la messa in opera di misure del tutto particolari, e/o l'elaborazione di un setting multifocale, e specialmente contenitivo, creato *ad hoc*. Mi riferisco, in tal senso, alla cosiddetta 'rete terapeutica, alla compresenza di più operatori che possano collaborare contemporaneamente al caso (l'approccio farmacologico; il ricovero istituzionale in clinica, l'abbinamento della terapia individuale con quella gruppale).

Tuttavia, la mia impressione è che possa esserci stato un relativo "eccesso" di reazioni da parte della Terapeuta, sotto le pressioni manipolative non sufficientemente valutate, e non adeguatamente elaborate nel controtransfert.

Sarebbe stato interessante, fra l'altro, avere qualche maggiore dettaglio nella descrizione clinica, sia per ciò che riguarda la reale conformazione del setting (numero delle sedute e loro variazione nel corso del tempo, regolarità

della frequenza), che per quanto riguarda il rapporto fra i vari contesti curativi, e le circostanze che avevano spinto di volta in volta la Terapeuta a decidere la messa in atto; così come anche si sente la mancanza della descrizione di almeno qualche sogno della paziente, come strumenti atti a penetrare un po' più profondamente nel suo mondo interno, ed in grado di fornire un tipo di materiale clinico più condivisibile e meno soggettivo, ed infine anche di altri elementi anamnestici sulla figura materna.

Infine, l'ultimo quesito che rimane abbastanza oscuro, sembra paradossalmente possa essere proprio quello che si riferisce al titolo di testa del lavoro, e cioè lo speciale significato che Elsa sembrasse attribuire al sintomo dello strapparsi le ciglia, ed al torturarsi gli occhi.

La Terapeuta ci dice che tale comportamento rappresentasse per Elsa molto di più di un comportamento autolesivo, ma in realtà ci aiuta poco a capire meglio quale potesse esserne il reale significato.

L'interpretazione fornita che quel rituale potesse diventare uno "spazio accogliente... (dove)... finalmente si riposa e... (può) concedersi di guardarsi, di volersi 'bene'", non mi sembra assolutamente convincente, né vengono forniti elementi tali da cui si possa evincere la giustificabilità di tale interpretazione.

La mia impressione (altrettanto arbitraria) è piuttosto che il sintomo potesse forse avere anche qualcosa a che fare con la scissione e la separazione da parti del suo Sé, ed in questo senso magari contenere una qualche forma di coazione a ripetere internalizzata, riferibile all'in-

sieme di vissute separazioni, perdite, assenze, mai elaborate nel corso del suo sviluppo, e che potrebbero anche riferirsi al concetto di trauma cumulativo di cui parla Khan (Khan, 1979); o ancora, che potesse forse avere qualcosa a che fare col bisogno di danneggiare le sue capacità di sguardo e riconoscimento di contenuti penosi e dolorosi (ma quali?); o, infine, al contrario, di situazioni del tutto differenti, magari fantastiche come invidiabili ed escludenti (scena primaria...?).

In ogni caso, tutte queste ipotesi, in mancanza di associazioni e/o sogni specifici della paziente, o di altri elementi non forniti dall'autrice del lavoro, sono purtroppo destinate a rimanere tali, ovvero delle pure e semplici fantasie piuttosto arbitrarie del lettore, e quindi poco più che tentativi interpretativi di limitata efficacia, e non meglio utilizzabili in un quadro esplicativo più completo.

BIBLIOGRAFIA

- Balint M.** (1957) *The Doctor, His Patient and the Illness*, Pitman, London
- Bion W.R.** (1962) *Learning From Experience*, William Heinemann Medical Books, London
- Di Norscia G.** (1997) *Lavorare con il paziente grave, Koinos – Gruppo & Funzione Analitica*, Borla, n. 4, pp.
- Guntrip H.** (1977) *Schizoid Phenomena Object-Relations and The Self*, The Hogarth Press, London
- Khan M. Masud R.** (1979) *Lo Spazio Privato del Sé*, Boringhieri, Torino
- Rosenfeld H.A.** (1964): "An investigation into the need of neurotic and psychotic patients to act out during analysis", in *Psychotic States. A Psychoanalytical Approach*, Hogarth

- Press, London, pp.200-216
- Winnicott D.W.** (1949) "Hate in Countertransference", in *Int. J. Psycho-Anal.* Trad. It. di Ranchetti C., in ?????
- Winnicott D.W.** (1975) *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Martinelli, Firenze
- Winnicott D.W.** (1976) *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, The Hogarth Press, London
- Winnicott D.W.** (1962) *The Aims of Psychoanalytical Treatment*, in *Maturational Processes and the Facilitating Environment* (1976) The Hogarth Press, London

RIASSUNTO: Da una lettura orientata psicoanaliticamente dell'articolo presentato, emergono vari temi che sono molto rilevanti sia dal punto di vista teorico che tecnico. Si mettono in luce delle concordanze anche in presenza di modelli di riferimento differenti, in particolare per ciò che riguarda l'importanza fondamentale della relazione terapeutica e del contenimento del paziente, ed ancor più con quelli cosiddetti "difficili". Si notano invece alcune differenze tecniche, nella minore importanza attribuita, rispetto all'approccio psicoanalitico, all'uso dell'interpretazione, del transfert, ed ancor più del controtransfert, e all'uso dei sogni come strumento per approfondire l'insight del mondo interno del paziente. Il setting tradizionale con le sue opportune modifiche, infine, non viene valorizzato tanto quanto potrebbe, come strumento altrettanto contenitivo del modello prescrittivo, e fondato sulla Rete terapeutica. Il sintomo specifico della paziente, infine, non sembra venga compreso con sufficiente chiarezza

Parole chiave: setting; rete terapeutica; relazione terapeutica; transfert; controtransfert; trauma cumulativo; contenimento; acting out.

SUMMARY: There are various themes emerging from a psychoanalytically oriented reading of this paper, which are very relevant both theoretically and technically. Agreements between different models are highlighted, particularly concerning the importance of the therapeutic relationship and containment of the patient, and even more so with the so called "difficult" ones. Some technical differences are noted, compared with the psychoanalytical approach, in the lesser importance given to the use of interpretations, of transference, and even more so of countertransference and the use of dreams, as tool to access the insight the patient's internal world. The classical setting and its possible modifications are not valued as much as it could be possible, as equally valid a containing instrument compared with the prescriptive model, founded on the therapeutic network. Finally, the specific symptom of the patient does not seem to be clarified enough.

Key Words: *Setting, Therapeutic Networks, Therapeutic Relationship, Transference, Countertransference, Cumulative Trauma, Containment, Acting Out.*

DOCUMENTI

a cura di Sergio Cingolani e Antonio Onofri

UN APPROCCIO SISTEMICO AL LUTTO

di Roberto Pereira Tercero

(traduzione a cura di Rosa Celeste Dentale)



Questa sezione si propone di presentare materiali di varia natura (ricerche, contributi teorici, interviste) che, pur in sintonia con lo spirito interdisciplinare della Rivista, avrebbero difficoltà di accoglimento nelle altre sezioni tematiche. Si tratta dunque di una sezione "aperta", a cui i lettori sono invitati a inviare collaborazioni e proposte.

Pubblicità
Psicoterapia e
scienze umane
Chiederla voi alla
redazione.
Grazie

Roberto Pereira Tercero

UN APPROCCIO SISTEMICO AL LUTTO

INTRODUZIONE

Partendo dalla puntuale definizione del lutto (Bowlby, 1980) possiamo definire il lutto familiare come il “processo familiare che si pone in atto a seguito della perdita di uno dei suoi membri”. Sappiamo che, da un punto di vista sistemico, la perdita o la minaccia di perdita di uno dei membri è la maggior crisi che un sistema possa affrontare (Bowen, 1976). Rispetto alla crisi, se il sistema ha sufficienti risorse, reagirà con un cambiamento adattativo. Se privo di risorse, il sistema può disgregarsi.

La riorganizzazione del sistema familiare necessita di un tempo, mentre incombe sul sistema stesso la minaccia del crollo. È necessario adottare una condotta difensiva per l'integrità del sistema. La famiglia infatti pone in atto una serie di meccanismi difensivi, rafforzati socialmente e culturalmente, che hanno come obiettivo la tutela del proprio nucleo familiare.

1. *Rinforzo del senso di coesione della famiglia nucleare.* Il nucleo familiare si compatta al suo interno, restringe la sua area di movimento, seleziona i contatti con l'esterno, delega funzioni a persone prossime alla famiglia o membri della famiglia estesa e infine si “arrocca” in casa (“la famiglia non riceve”) cercando di ampliare il tempo di reciproco contatto e diminuire gli stimoli esterni.

2. *Consolidamento dei rapporti con la famiglia estesa o con persone affettivamente vicine alla famiglia (amici, eccetera).* La famiglia allargata si avvicina a quella nucleare offrendo il sostegno e gli aiuti necessari analogamente a quanto fanno gli amici. Dipende da quale fase del ciclo vitale la famiglia colpita attraversa e frequentemente può verificarsi che si deleghi, in questo circuito solidale, l'organizzazione dei rituali di commiato e dei funerali, o anche da parte dei congiunti che ci si trasferisca al domicilio familiare per occuparsi dei bambini o della routine quotidiana.

3. *Riduzione dei rapporti con l'ambiente esterno.* Senza giungere agli stessi livelli di pressioni sociali imposte alcuni decenni fa (in "La casa di Bernarda Alba" di F. Garcia Lorca, ambientata nella Spagna rurale di inizio secolo, la morte del padre impone alla famiglia sette anni di lutto, durante i quali le giovani donne, oltre che vestire rigorosamente di nero, hanno il divieto non solo di uscire di casa ma anche di intrattenere qualsiasi contatto con l'esterno) tuttavia ancora oggi perdura una limitazione delle relazioni di scambio con il mondo esterno, delle attività sociali, soprattutto di quelle considerate più frivole. Attualmente l'assenza di norme chiare a tale riguardo crea frequentemente conflitti generazionali a proposito di ciò che è proibito e per quanto tempo.

4. *Sostegno socio-culturale per la continuità (stabilità) della famiglia.* Come è noto, la famiglia costituisce la base principale dell'organizzazione sociale, ad essa sono delegate le funzioni di nutrimento, cura, educazione eccetera, e pertanto c'è un evidente interesse a far sì che il gruppo familiare sopravviva al dolore della perdita di uno dei suoi componenti. Così oltre gli aiuti provenienti dalla cerchia amicale e dalla famiglia allargata, le società che dispongono di risorse destinano parte di esse a favorire la continuità del nucleo familiare che ha subito la perdita di uno dei suoi principali componenti. Incentivi, pensioni, sussidi, esenzioni dal servizio militare, collegi per gli orfani, associazioni di vedovi e vedove, assicurazioni sulla vita, eccetera, contribuiranno ad offrire sostegno sociale ed economico al nuovo nucleo familiare nel caso si trovi al momento privo della fonte principale di sussistenza.

5. *Necessità di pacificazione degli "antichi" conflitti familiari: riconciliazione.* Durante il lutto si verifica un'esigenza implicita, e spesso anche esplicita, di cessazione delle ostilità familiari. Quando è minacciata la sopravvivenza del gruppo familiare, deve essere prioritario un mutuo sostegno per far fronte alle avversità, e per questo si rende necessaria una tregua dei conflitti, per quanto "antichi" essi siano. Questa circostanza è un momento particolarmente adatto per la riconciliazione, dal momento che la recente perdita relativizza l'importanza delle offese e aumenta invece quella dei valori, come il mutuo sostegno e la solidarietà del gruppo (la necessità di un morto per un fronte unico è un tema ricorrente in letteratura, a teatro o al cinema. Anche in politica è comune l'uso di un nemico esterno, minaccioso per smuovere o annullare la contestazione o ostilità interna).

6. *Comportamenti che richiamano protezione con frequenti atteggiamenti di debolezza.* La reazione al lutto comporta un intenso dolore e sofferenza, con la

rinuncia degli impegni quotidiani, la perdita dei modelli di riferimento comportamentali, l'isolamento ed una situazione generale di debolezza che genera una tendenza da parte dell'esterno a compatire e proteggere. La cerchia familiare aumenta le attenzioni. ed anche l'ostilità esterna diminuisce. Infatti è socialmente riprovevole opprimere una figura indebolita, così come appare la famiglia attraversata dal lutto. E se i debiti dovessero aumentare ci sono i vicini che danno una mano "si rispetta il dolore della famiglia", che non va importunata con questioni fuori luogo. Se generalmente c'è rispetto per il dolore, per il dolore del lutto c'è un rispetto assoluto, e tutti ne sono consapevoli. Fatte salve forse alcune eccezioni connesse con precedenti familiari, nessuno dubita della sofferenza della famiglia a cui è vicino dopo una perdita.

Ci si può "mettere nei panni" della famiglia e avere un'idea approssimata di quello che potrebbe essere il proprio dolore. E quindi ne deriva che gli aiuti esterni proteggono la famiglia e la facilitano nell'elaborazione del lutto.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Coesione della famiglia nucleare 2. Incremento del legame con la famiglia estesa o con persone affettivamente vicine alla famiglia 3. Riduzione della comunicazione e dei rapporti con il mondo esterno 4. Sostegno socio culturale alla continuità della famiglia 5. Necessità di tregua dei conflitti familiari 6. Comportamenti che richiamano protezione con manifesti atteggiamenti di debolezza |
|---|

Tabella 1 - Lutto familiare. Comportamenti difensivi dell'integrità familiare

Tutta questa serie di comportamenti protettivi nei confronti del sistema familiare, come si è detto hanno l'obiettivo di facilitare l'elaborazione del lutto familiare ossia il processo familiare che si attiva a seguito della morte di uno dei suoi componenti. Questo processo è caratterizzato da una serie di comportamenti difensivi dell'integrità del sistema stesso e contemporaneamente dalla riorganizzazione del nucleo familiare di cui si tratterà in seguito.

RIORGANIZZAZIONE FAMILIARE DURANTE IL LUTTO

Alcuni autori hanno evidenziato come la morte di un membro della famiglia comporti la morte della famiglia stessa, dal momento che è obiettivo del lutto stabilire le basi di un nuovo sistema familiare che nasce dal precedente ma che non sarà lo stesso (Greaves, 1983; Gilbert, 1986).

La scomparsa di un componente del sistema familiare porta con sé la necessità di:

- 1) *una riorganizzazione dei sistemi relazionali*. I sistemi di comunicazione e di relazione in ogni nucleo familiare si organizzano secondo modelli propri, con ruoli diversi per ciascun componente, sia all'interno del sistema relazionale e familiare, sia con il mondo esterno. La perdita di uno dei componenti attraverso cui la famiglia si esprime, presuppone la necessità di stabilire modalità alternative perché sia permessa una relazione adeguata. Stabilire nuove vie di comunicazione e una diversa rete di relazioni, spesso senza una precedente esperienza, non è semplice e dipenderà:
 - a) *dalle abilità e capacità relazionali della famiglia*. Una famiglia con una rete relazionale vasta avrà sempre mezzi alternativi che potrà utilizzare e che eviteranno l'isolamento dei suoi componenti o dell'intera famiglia rispetto al mondo esterno, cosa che faciliterà l'elaborazione del lutto familiare, dal momento che il tempo necessario per la riorganizzazione del sistema relazionale sarà più breve. Anche il processo del lutto in questo caso sarà facilitato per il fatto che il permanere di adeguati rapporti con il mondo esterno dà alla famiglia la possibilità di accedere al sostegno e al supporto che le viene offerto. Invece nel caso di famiglie con un precedente scarso contatto con il mondo esterno, per esempio famiglie di emigranti., la perdita di un componente attivo può risultare catastrofica per l'integrità del sistema, soprattutto se l'estinto era, per esempio, l'unico in grado di superare le barriere idiomatiche;
 - b) *dalla importanza del ruolo del defunto all'interno dei rapporti familiari*. In stretta relazione con il caso precedente, la scomparsa di un determinato membro della famiglia, tende ad avere una maggiore o minore incidenza nei rapporti sia intrafamiliari che con l'ambiente esterno in funzione del suo prestigio. Non è la stessa cosa la scomparsa di un membro che ha un posto marginale, passivo, rispetto ad un altro che abbia un ruolo attivo, centrale, facilitante dei rapporti;
 - c) *dalla subitanità con cui avviene la morte*. La graduale approssimazione alla perdita, permette che si stabiliscano rapporti alternativi che rendano possibile, una volta accaduta la perdita, una più rapida riorganizzazione della rete dei rapporti;
- 2) *riorganizzazione delle regole di funzionamento del sistema*. I modelli di comportamento familiari rispondono per la maggior parte a modelli comportamentali socio-culturali ma includono sempre una parte specifica in cui si configura il diverso funzionamento di ciascuna famiglia. Le regole familiari si stabiliscono progressivamente attraverso tutta l'esistenza familiare, con necessità di continui aggiustamenti alle variazioni intra ed extrafamiliari. La flessibilità della famiglia per modificare le regole in funzione dei cambiamenti e contemporaneamente la capacità a mante-

nere una struttura familiare definita, determinerà la funzionalità e la stabilità del sistema familiare. Così come nel caso dei modelli comunicativi relazionali, lo stabilirsi di nuove regole richiede un tempo che dipenderà:

- a) *dal numero di regole necessarie da modificare.* Una volta ancora dipende dalla posizione che l'estinto avrà occupato nel sistema come figura prestigiosa centrale o figura periferica;
 - b) *dalla repentinità con cui è avvenuta la morte.* Una "morte annunciata" permette un progressivo adattamento delle regole familiari alla nuova situazione, una morte improvvisa invece richiede una variazione immediata delle regole di funzionamento del sistema.
 - c) *dalla fase del ciclo vitale della famiglia:* sarà diverso se si tratta di una fase del ciclo vitale in cui già il sistema si sta strutturando sulla base di nuove regole, o se invece si trova in un periodo di stabilità. Nel primo caso il processo di cambiamento sarà facilitato o invece rallentato a seconda della personalità o del ruolo dell'estinto. In genere le fasi del cambiamento del ciclo vitale saranno più impegnative e con maggiori difficoltà se affrontate dalla famiglia dopo la perdita di uno dei suoi componenti;
- 3) *ridistribuzione dei ruoli.* La struttura della famiglia è composta dal ruolo che ciascun membro ricopre, dai modelli interattivi e comunicativi e dalle regole funzionali. Chi decide cosa, chi è responsabile dell'uno o dell'altro, chi detiene l'autorità e in quali aree, eccetera, sono i ruoli che vanno distribuiti fra i diversi membri della famiglia. Questa assegnazione non è semplice e spesso genera conflittualità. Per questo la redistribuzione dei ruoli che il defunto ricopriva diventa una potenziale fonte di conflitti. Ancora una volta dipenderà dalla posizione che occupava in famiglia, se centrale o periferica. La scomparsa di un membro centrale e prestigioso nel funzionamento della famiglia può produrre un intenso squilibrio nell'intero sistema. E ancor più nel caso in cui abbia svolto un ruolo di "collante" per gli altri componenti, la sua perdita può determinare la disgregazione del sistema familiare (divorzio di una coppia dopo la morte di un figlio). I ruoli svolti dallo scomparso possono essere ridistribuiti fra gli altri membri della famiglia, possono essere assunti da uno di essi (figlio genitoriale) o possono essere tenuti "di riserva" nell'attesa che la famiglia incorpori un nuovo membro che li assuma (figli sostituiti o matrimoni "di convenienza", per esempio con la sorella della madre che forse già prima aveva iniziato ad occuparsi dei nipoti);
- 4) *adeguamento ad una nuova realtà in cui lo scomparso è assente.* L'adattarsi alla nuova situazione dipenderà, come si è già detto, dalla flessibilità del sistema familiare nell'accettare i cambiamenti. Famiglie rigidamente

omeostatiche avranno grandi difficoltà per questo adeguamento che in realtà è una sintesi delle tre precedenti: cambiamento del sistema relazionale e comunicativo, delle regole funzionali del sistema e della ridistribuzione dei ruoli. Mutamenti massivi che metteranno a dura prova la funzionalità del sistema familiare.

1. Riorganizzazione dei sistemi relazionali comunicativi
2. Riorganizzazione delle regole di funzionamento del sistema
3. Ridistribuzione dei ruoli
4. Adeguamento a una nuova realtà in cui lo scomparso è assente

Tavola 2 - Percorso del lutto familiare

FASI DEL LUTTO FAMILIARE

N. Moos, in un suo recente articolo in cui propone un modello integrato del lutto individuale familiare, indica una serie di **Sintomi del Lutto Familiare**, a tre livelli: comunicativo, strutturale e relazionale-extrafamiliare, e fa un parallelo con i sintomi del lutto individuale in cui indica anche lì tre livelli: somatico, intrapsichico e comportamentale (Moos, 1995).

A livello comunicativo:

- Incremento o riduzione notevole della comunicazione
- Incremento o riduzione notevole della comunicazione in un'area concreta
- Mutamento delle modalità comunicative
- Mutamento delle interazioni comunicative

A livello strutturale

- Confusione nella gerarchia familiare
- Ridistribuzione delle alleanze familiari
- Confusione dei ruoli

Relazioni con il mondo esterno

- Isolamento
- Rifiuto della rete di solidarietà e di sostegno
- Iperprotezione dei membri

Tavola 3 - Sintomi del lutto familiare (Moos, 1996)

Le analogie con il lutto individuale si ritrovano anche nella definizione degli "Stadi del Lutto Familiare". Moos, nell'articolo precedentemente citato, facendo riferimento a Goldberg (1975) fa un confronto con gli Stadi del Lutto Individuale indicati da Worden (accettare la realtà della perdita, ela-

borare il dolore del lutto, adattarsi all'assenza di chi è scomparso, ricollocare emotivamente il defunto e continuare a vivere, Worden, 1991), e parla di cinque tappe del lutto familiare:

1. condividere la consapevolezza della perdita;
2. permettere che la sofferenza del lutto possa esprimersi;
3. rinunciare alla presenza del defunto;
4. riassegnazione dei ruoli intrafamiliari;
5. riorganizzazione dei ruoli extrafamiliari.

Gilbert (1996), riferendosi a Walsh e McGoldrick (1991), indica tre stadi essenziali:

1. consapevolezza della perdita e della esperienza del lutto di ciascun membro della famiglia;
2. riorganizzazione dei ruoli familiari e ricostruzione del senso e dell'identità familiare;
3. reinvestimento da parte dei componenti della famiglia in una nuova famiglia.

Sintetizzando, entrambe le proposte indicano le seguenti **Fasi del Lutto Familiare**.

1. *Condivisione familiare della perdita che favorisca l'espressione della sofferenza di tutti i componenti della famiglia.* In questa prima fase, i rituali occupano un posto importante (Imber-Black, 1991). La veglia funebre, i funerali, la sepoltura, le visite della famiglia e degli amici, eccetera, intendono dare visibilità alla perdita, favorirne l'accettazione e creare un adeguato contesto all'espressione emotiva. Il problema sorge, come precedentemente indicato, se si focalizza il lutto su di un unico componente della famiglia, impedendo che gli altri membri possano manifestare il proprio vissuto rispetto alla perdita.
2. *Raggruppamento e arroccamento della famiglia per permettere la riorganizzazione familiare: redistribuzione dei rapporti interni e dei ruoli familiari.* Il processo di riorganizzazione del nucleo familiare, in cui è necessario ridefinire le modalità comunicative e relazionali e riassegnare i ruoli familiari, è un processo delicato che colpisce la base strutturale della famiglia, per cui si tende ad adottare una condotta difensiva che permetta di affrontare questo processo con il minor rischio possibile di logoramento. Questo presuppone inoltre una accettazione definitiva della perdita dell'essere amato, quindi un aumento delle difficoltà soggettive per l'angoscia che questa rinuncia provoca nei membri della famiglia.
3. *Riorganizzazione dei rapporti col mondo esterno.* Dopo la riorganizzazione interna è necessario seguire lo stesso processo per l'esterno, con una apertura dei rapporti ed una riassegnazione dei ruoli. Questa fase si avvia

quando la famiglia si sente sufficientemente stabile, tanto da poter cominciare ad aprirsi all'esterno, interrompendo il proprio isolamento.

4. *Riaffermazione del sentimento di appartenenza al nuovo sistema familiare che emerge da quello precedente e accettazione dell'inizio di una nuova fase familiare.* La fine della fase del lutto familiare è caratterizzata dall'accettazione da parte dei suoi membri di una nuova struttura familiare, nata da quella precedente ma organizzata diversamente. Si saranno strutturati nuovi modelli relazionali ed altri componenti svolgono ruoli che erano di competenza del defunto. I giochi di alleanze forse si andranno modificando ed i sopravvissuti cercheranno nuovi sostegni. Questo non significa dimenticare del defunto ma anzi collocarlo a livello emotivo in modo adeguato. La sua figura sarà parte della storia della famiglia ma non dovrà più avere diretta incidenza sul suo funzionamento. Spesso il punto di passaggio è segnato dal recupero di comportamenti "antichi" con un significato di apertura familiare, accettati da tutti i membri della famiglia.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Accettazione familiare della perdita2. Raggruppamento e riorganizzazione familiare3. Riorganizzazione dei rapporti con il mondo esterno4. Riaffermazione del sentimento di appartenenza al nuovo sistema familiare |
|--|

Tavola 4 - Fasi del lutto familiare

CONCLUSIONE

Il lutto dal punto di vista individuale, che per molti anni è stato l'argomento monopolizzante su cui si è centrato lo studio, si presenta incompleto dal momento che non considera le inter-relazioni familiari che invece occupano una posizione fondamentale nel corso del lutto. D'altra parte la terapia familiare finora ha prestato scarsa attenzione al processo del lutto. Sembra però che questa tendenza si stia invertendo e che anche gli studi sulle dinamiche familiari durante il periodo di elaborazione del lutto si stiano approfondendo in questi stessi anni. In parte questo interesse viene attivato dai nuovi orientamenti costruttivisti e narrativisti all'interno delle scuole di terapia familiare. Di fatto, il lavoro con le storie familiari si configura come un buon metodo di lavoro per affrontare la ridefinizione familiare dopo la perdita di uno dei suoi membri e per rielaborare emotivamente in modo adeguato la perdita.

Sono necessari nuovi studi che approfondiscano il processo del lutto familiare e propongano interventi facilitanti ed appropriati a ciascuna delle fasi di questo processo. Tanto più, in mancanza di lavori orientati ad iden-

tificare i tipi di lutto familiare complesso e a proporre strumenti terapeutici adeguati ai differenti tipi di problemi che possono verificarsi. Solo così l'approccio sistemico-relazionale contribuirà ad arricchire lo studio del lutto e permetterà una visione più completa e soddisfacente delle complicazioni ad esso collegate.

BIBLIOGRAFIA

- Bowen M. (1976) *Family reactions to Death*, in P. Guerin (ed.), *Family Therapy, Theory and Practice*, Gardner Press, Lakeworth, Florida
- Bowlby J. (1961) "Process of mourning", in *Internat. J. of Psychoan.*, 42: 317-340
- Bowlby J. (1973) *La separación afectiva*. Paidós, Barcelona, 1993
- Bowlby J. (1980) *La pérdida afectiva*. Paidós, Barcelona, 1993
- Book P. (1996) "How does the family narrative influence the individual's ability to communicate about death?", in *Omega*, 34, 4: 323-341
- Detmer C. e Lamberti J. (1961) "Family Grief", in *Death Studies*, 15: 363-374
- Gelcer E. (1983) "Mourning is a family affair", in *Family Process*, 22: 501-516.
- Gilbert K. (1996) "We've had the same loss, why don't we have the same grief? Loss and differential grief in families", in *Death Studies*, 20: 269-283
- Goldberg S. (1973) "Family tasks and reactions in the crisis of death", in *Social Casework*, 54: 219-228
- Greaves G. (1983) "Death in the Family: A multifamily Therapy approach", in *Internat. J. of Fam. Psych.*, 4: 247-259
- Imber-Black E. (1991) *Rituals and the healing process*, in F. Walsh e M. McGoldrick (eds.) *Living beyond loss. Death in the family* (pp. 207-223)
- Kissane D. e Bloch S. (1994) "Family Grief", *Br. J. of Psych.*, 164: 728-740
- Kissane D. e Bloch S. (1996a) "The Melbourne Family Grief Study, I: Perceptions of Family Functioning in Bereavement", in *Am. J. Psychiatry*, 153, 5: 650-658
- Kissane D. e Bloch S. (1996b) "The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial Morbidity and Grief in Bereaved Families", in *Am. J. of Psychiatry*, 153, 5: 659-666
- Moos N. (1995) "An integrative model of Grief", in *Death Studies*, 19: 337-364
- Parkes C.M. (1988) "Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of adaptation to Change", in *J. of Social Issues*, 44, 3: 53-65
- Paul N. e Grosser G. (1965) "Operational mourning and its role in conjoint family therapy", in *Comm. Mental Health J.*, 339-345
- Pereira R. (1995): *Abordaje sistémico de la pérdida y el Duelo*. Transcripción efectuada por J. Ortega del Seminario del mismo título celebrado en la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Sta. Creu i S. Pau, Barcelona
- Walsh F. e McGoldrick M. (1991) *Loss and the family: a Systemic perspective*. In *ibidem*, *Living Beyond Loss: Death in the family*, Norton, New York, pp. 1-29
- Worden J. (1991) *Grief counselling and Grief Therapy*. Routledge, London

RIASSUNTO: Il processo del lutto si struttura a vari livelli: individuale, familiare e sociale. Tradizionalmente il "focus" descrittivo e terapeutico si è centrato intor-

no al processo individuale del lutto, fissando l'attenzione sul lutto di un unico membro della famiglia che assume il ruolo di "paziente designato" nel caso di un lutto non risolto. D'altra parte se questo "focus" esclude gli altri componenti, la elaborazione del lutto sarà difficile e potrà avere come conseguenza la comparsa di sintomi in altri familiari secondo le leggi dell'equilibrio omeostatico all'interno dei sistemi.

L'adottare una visione sistemica nell'osservazione del lutto permette di identificare i differenti aspetti del lutto familiare: definizione, tipiche condotte difensive dell'integrità familiare, processo di riorganizzazione familiare durante il lutto e fasi del lutto familiare.

L'articolo inizia rivedendo brevemente i contributi riferiti al lutto secondo un approccio individuale, per ragionare successivamente sul lutto da un punto di vista familiare sistemico.

Parole chiave: lutto individuale, lutto familiare, fasi del lutto familiare.

SUMMARY: Mourning process occurs at different levels: traditionally the descriptive and therapeutic focus has been set on the individual mourning, concentrating on a single family member, who assumes the role of "designated patient" in case of complicated mourning. However if this focusing excludes other members, mourning elaboration may become complicated and may cause some problems in the rest of the family, in accordance with the law of homeostatic equilibrium.

The systemic approach to mourning observation allows to identify different aspects of family mourning: definition, typical behavior in defense of the family integrity, family readjustment process during mourning and family mourning stages.

This paper begins briefly reviewing the contributions to mourning from an individual point of view, subsequently presenting mourning from the family point of view.

Key Words: *Individual Mourning, Family Mourning, Stages of Family Mourning.*

PSICHE&CINEMA

a cura di Caterina Selvaggi e Rosa Celeste Dentale

CERTI BAMBINI

di Ignazio Senatore



Psicologia e cinema si propongono sempre di più come un binomio legato da reciproco interesse e curiosità. In questa sezione verranno, di volta in volta, presentati films o materiali cinematografici in cui non solo la psicoterapia (e i terapeuti) abbiano uno spazio di rilievo, ma in cui, comunque, siano evidenziabili implicazioni psicologiche che stimolino una riflessione.

Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux

Directeur des cahiers
Mony Elkaim

Responsables de la coordination
Edith Goldbeter & Eric Trappeniers

Pourquoi ces cahiers?

Était-il nécessaire d'ajouter aux multiples revues
de Thérapie familiale une nouvelle mouture française?



- Nous souhaitons répondre à 3 types de préoccupations:
- Ouvrir un débat théorico-technique sur nos pratiques en thérapie familiale
 - Élargir ce débat à tous ceux qui, de différentes manières, remettent en question les institutions et les pratiques actuelles dans le champ de la santé mentale
 - Mettre à disposition du public francophone des documents internationaux concernant ce domaine.

Ces cahiers sont réalisés en collaboration avec les revues "Family Process" (New York) & "Terapia Familiare" (Rome) et paraissent deux fois l'an.

Pour toute demande d'abonnement, écrire à:
Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux
Editions privat
14, rue des Arts / 31068 Toulouse Cedex / France
Prix de l'abonnement pour deux numéros:
190 FF (France) ou 240 FF (Étranger)
Somme à envoyer au CCP Toulouse 1172-40B avec la mention:
"Abonnement aux cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques
de réseaux".

Ignazio Senatore

CERTI BAMBINI

C*erti bambini* il film diretto dai fratelli Andrea e Antonio Frazzi (durata 94'), non ti da scampo. Appuntito, ruvido, abrasivo, ti insegue, ti bracca e ti toglie il respiro. Niente Salvatores di *lo non ho paura*, niente spighe dorate, niente ragazzi che corrono felici nei campi di grano. I rumori di fondo, i clacson delle auto, l'accento dei giovani protagonisti, ci fanno immediatamente comprendere dove è ambientata la storia. Napoli; una strada a doppio scorrimento. Le automobili sfrecciano veloci e quattro "scugnizzi" sono sul ciglio della strada. Uno di essi lancia la sfida: attraversare la corsia, di corsa, senza curarsi delle auto che sopraggiungono. Come dei ciechi. Un lampo. Il primo si lancia in strada; le auto frenano, deragliano ed è tutto uno stridore di freni... Ci prova il secondo e poi il terzo... Neanche un graffio. Nulla. Scampati al pericolo, i ragazzi se ne vanno "liberi e felici" in riva al mare.

C'è già tutto in queste prime scene. Più che lo sprezzo del pericolo quello che colpisce è il loro disincanto. Vivere o morire per loro non ha già più senso. Precocemente adultizzati e già corrosi dal tempo, hanno già imparato a non chiedere nulla al mondo. A Rosario (Gianluca Di Gennaro) ed al gruppo dei pari non resta che lottare contro la vita e sfidarla in una battaglia perpetua, eterna e senza sosta. Piegati alle regole fissate dai "grandi", questi ragazzi spavaldi, irriverenti, chiassosi, sono i componenti di una delle tante baby-gang che operano in città. Le loro specialità? Furto e prostituzione minorile. Non c'è disperazione in loro, né una lacrima spunta dai loro occhi quando sono schiaffeggiati e picchiati selvaggiamente dagli adulti di turno. A Rosario (il leader del gruppo) non resta che rifugiarsi nel mondo della fantasia e dell'amore. Caterina, una ventenne che lavora in una Centro d'accoglienza (Miriam Candurro) popola i suoi desideri e nutre il suo immaginario. La vicenda si tingerà di toni drammatici nel finale e quel filo che legava Rosario alla vita, inevitabilmente si spezzerà.

Film asciutto che si muove lungo le traiettorie già tracciate nel 91 da *Vito e gli altri*. Come nel capolavoro di Antonio Capuano non c'è spazio per la retorica, né per il facile pietismo. Non a caso le scene sono girate tutte in pieno giorno, quasi a negare a questi bambini anche lo spazio mentale notturno, popolato dalle fantasticherie e dai sogni. Il linguaggio, scurrile e senza fronzoli, sottolinea come la distanza emotiva tra il mondo dei giovani adolescenti e quelli degli adulti si sia ridotta al minimo. A questi ragazzi, cui è stato negato anche lo spazio dei desideri, non resta che imitare stancamente il mondo degli adulti e riproporlo goffamente. La sessualità, mimata dai giovani protagonisti non è che il tragico risvolto di un'emozione ormai silente e ridotta a mero simulacro. Lontano dai finti luccichii delle pubblicità televisive, il film ripropone con forza la desolazione di chi ha una famiglia scompaginata alle spalle e nessun modello adulto positivo da imitare. Pellicola sincera ed autarchica (è girata a basso costo) colpisce per il suo taglio visivo (il montaggio è a tratti rapido e a scatti e si avvale di un lungo flash-back su cui si inserisce lo svolgersi della vicenda) e per la sua scrittura scarna ed essenziale. Mancano però dei colpi di coda e la narrazione sembra adagiarsi su un percorso narrativo spesso prevedibile, ripetitivo e privo di accelerazioni. Ma al di là delle cifre stilistiche quello che colpisce maggiormente è l'assoluta solitudine che attanaglia questi giovani protagonisti. Non siamo dalle parti di *Sciuscìa*, di *Ladri di biciclette* e degli altri film del neorealismo italiano che vedevano i bambini come protagonisti, né si respira quel clima di certi film sudamericani disperati e disperanti come *Pixote*. A differenza dell'ingenuo *Non è giusto*, film di Antonietta De Lillo, girato a Napoli nel 2001 (anch'esso incentrato sulle problematiche infantili) questo film mette in scena dei ragazzi abbandonati, attanagliati da una fame che non è di cibo ma di affetti. Nel film non ci sono figure familiari che nutrono e contengono emotivamente questi gangster in erba. Rosario vive da solo con una nonna anziana ed indementita (una mirabile Nuccia Fumo) ed in tutta la trama non c'è alcun riferimento ai genitori ed ai suoi parenti. Assenti gli insegnanti, gli operatori per l'infanzia e gli assistenti sociali e tutte quelle figure che dovrebbero restituire a questi ragazzi un minimo d'affetto e di calore umano. Ma quello che particolarmente colpisce in questa pellicola, non è solo il vuoto affettivo nei quali sono immersi i giovani protagonisti, ma la consapevolezza che nessuno potrà mai liberarli dalla loro schiavitù. Non c'è per fortuna il minimo ammiccamento per il mondo "dorato" dei camorristi e siamo mille miglia distanti da *Bronks* di Robert De Niro, da *C'era una volta l'America* di Sergio Leone e dalle tante pellicole hollywoodiane che hanno reso sfavillanti le baby gang dello schermo. Girato spesso in metropolitana o in Circumvesuviana, *Certi bambini* è un film sotterra-

neo, metafora ulteriore delle emozioni e degli affetti di questi ragazzi che non potranno mai venire a galla. Se è vero che Truffaut diceva che la maggioranza dei film è fatta di film “con” bambini e non “sui” bambini, questo film, generoso ma irrisolto ed imperfetto, si pone nel mezzo e ripropone l’annosa difficoltà che hanno gli adulti nel poter cogliere le infinite sfumature dell’universo infantile. Arricchito da un’ottima colonna sonora (Almamegretta) il film è tratto dal romanzo di Diego de Silva edito da Einaudi nel 2001.

RIASSUNTO: *Certi bambini*, film diretto dai fratelli Andrea e Antonio Frazzi (Italia, 2004) narra di un gruppo di scugnizzi allo sbando. Vivere o morire per loro non ha già più senso. Precocemente adultizzati e già corrosi dal tempo, hanno già imparato a non chiedere nulla al mondo. A Rosario ed al gruppo dei pari non resta che lottare contro la vita e sfidarla in una battaglia perpetua, eterna e senza sosta. Piegati alle regole fissate dai “grandi”, questi ragazzi spavaldi, irriverenti, chiassosi, sono i componenti di una delle tante baby-gang che operano in città. Le loro specialità? Furti e prostituzione minorile. Pellicola sincera ed autarchica abbaglia e per il suo taglio visivo e per la sua scrittura scarna ed essenziale. Ma al di là delle cifre stilistiche colpisce l’assoluta solitudine che attanaglia questi giovani protagonisti attanagliati da una fame che non è di cibo ma di affetti. Nel film non ci sono figure familiari che nutrono e contengono emotivamente questi gangster in erba e sono assenti gli insegnanti, gli operatori per l’infanzia e gli assistenti sociali e tutte quelle figure che dovrebbero infondere a questi ragazzi un minimo d’affetto e di calore umano. Ma quello che particolarmente colpisce in questa pellicola, non è solo il vuoto affettivo nei quali sono immersi i giovani protagonisti, ma la consapevolezza che nessuno potrà mai liberarli dalla loro eterna ed immutabile schiavitù.

Parole chiave: bambini, baby gang, famiglia, problematiche infantili.

SUMMARY: Certi bambini (Italy, 2004) is a movie directed by two brothers, Andrea and Antonio Frazzi, that dazzles for its essential text and crude point of view. This honest and home product movie tells a story of a baby gang in Naples. Dead or alive does make sense no more for these “scugnizzi” – arrogant, cheeky and noisy boys! They live in a violent milieu, rivaling other baby gangs. Their specialties are thefts and juvenile prostitution. Rosario and his friends – grown up too early and depraved – earned to be autonomous and does not ask anything to the world. They fight an endless battle, past redemption.

Hungry of love more than food, these boys are completely alone. In this movie, they are not parental characters that nourish and hold up emotionally these little gangsters. They are not teachers and social workers. The Frazzi Bros show a painful and hopeless picture: an unarmed spectator watches an affective vacuum with the awareness of perpetual and immutable condition for these unlucky boys.

Key Words: Children, Baby Gang, Family, Childrens' Problems.

RUBRICHE

LIBRI

a cura di Luigi Onnis

Le pubblicazioni sulla psicoterapia sono ormai numerosissime. Questa rubrica non potrà che presentarne una selezione, in forma o di recensione o, comunque, di segnalazione dei volumi inviati alla Redazione.

OSSERVATORIO RIVISTE

a cura di Marta Criconia

Questa rubrica vuole consentire al lettore di seguire l'itinerario di alcune tra le più significative riviste straniere ad indirizzi cognitivista, psicoanalitico e relazionale. A tale scopo verrà pubblicato regolarmente l'indice di ogni numero nonché la traduzione del "summary" di alcuni degli articoli ritenuti più interessanti



CONVEGNI E NOTIZIE

a cura di Marta Criconia

Questa rubrica intende offrire notizie su congressi e riunioni scientifiche, passati, recenti o prossimi, che riguardano problemi di psicoterapia. Si articola in una sezione di resoconti di "Convegni" e in una di "Notizie". Istituzioni e organizzazioni interessate a pubblicare su Psicobiettivo l'annuncio di un meeting, resoconti di congressi e riunioni possono inviare il materiale alla Redazione.

SITI WEB

a cura di Antonio Onofri

Questa rubrica si propone di presentare in forma ragionata, ma necessariamente non esaustiva, siti web che abbiano specifici riferimenti ad aree o temi della psicoterapia.

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

SUMARIO

ANALECTA

QUÉ ES LA PSICOTERAPIA GENERAL

CLAVES PARA LA UNIFICACION DE
LA PSICOTERAPIA: (MAS ALLA DE LA
INTEGRATION)

COMPRESION Y EXPLICACION EN EL
PROCESO PSICOTERAPEUTICO: LA CO-
CONSTRUCCION DEL LA "LOGICA" DEL
SINTOMA POR PARTE DEL PACIENTE Y DEL
TERAPEUTA

ESTADO PSICOTICO MANIACAL: UNA
APROXIMACION POST-RACIONALISTA.
TRATAMIENTO Y ANALISIS DE UN CASO

UNA PERSEPCTIVA CULTURAL DE LA
RESISTENCIA

UNA PERSEPCTIVA CONSTRUCTIVISTA DE
LA COGNICION. IMPLICACIONES PARA LA
TERAPIAS COGNITIVAS

56

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA - TEL. 934340550

DUE TERAPEUTI
PER UN PAZIENTE.
DALLA TEORIA
DELL'ATTACAMENTO
ALLE PSICOTERAPIE
A SETTING MULTIPLI

**di Giovanni Liotti,
Benedetto Farina,
Antonella Rainone
(a cura di)**

Laterza, Bari-Roma,
200?, pp. ???, €????

pre più pressante, di costruire interventi di cura per disturbi psicopatologici gravi. Etichette come "paziente grave" o "paziente difficile" tentano di cogliere un complesso fenomeno clinico, in grado di spiazzare anche terapeuti esperti, che si sostanzia nell'aumento, sempre più patente, di patologie come i disturbi di personalità e nel riscontro del fenomeno della comorbidità. Difficile, in questi frangenti, il paziente perché propone, o meglio, impone difficoltà tali al trattamento da rendere inadeguati interventi terapeutici di provata efficacia. Asperità dal carattere trasversale, nel senso che rimandano a schemi di trattamento, e quindi a impalcature teorico-concettuali, di natura e origine le più varie. Da un humus così fecondo, proprio perché permeato da un'atmosfera di crisi (in senso etimologico, il termine rimanda alla possibilità di cambiamento), nasce l'idea dei trattamenti integrati. In un contenitore siffatto, ricco di elementi variegati, si ritrovano, a buon diritto e con piena legittimità, le psicoterapie in setting multipli. Dove, ancora, ci s'imbatte, e non senza gradevole stupore, nella dimensione della trasversalità. Vale a dire che orientamenti teorici e clinici diversi, ai tratta-

La pratica clinica in ambito psicologico-psichiatrico in questi ultimi anni si è trovata di fronte alla necessità, sem-

menti integrati ricorrono quando la motivazione alla cura s'indirizza alla sofferenza psichiatrica "grave". Come se le necessità della clinica permettesero un superamento, per quanto parziale, delle annose e spesso "violente" contrapposizioni tra modelli teorici e clinici distinti. Contrapposizioni molto di rado motivate dalla curiosità "esplorativa", motore irrinunciabile per la crescita della conoscenza, molto più spesso alimentate dal desiderio di supremazia scientifica.

Nel contesto suddetto, vede la luce il volume curato da Giovanni Liotti, Benedetto Farina e Antonella Rainone, dal titolo "Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli", da Editori Laterza. L'impresa, ambiziosa, si presenta ben riuscita. Raggiunge, infatti, l'obbiettivo di definire e inquadrare con precisione l'ambito delle terapie. Prospettiva concettuale di riferimento che lega i diversi contributi del volume è la teoria dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali interpersonali, dove fondante si fa l'idea della centralità della relazione nel percorso diacronico dell'individuo, nel senso di costruzione e sviluppo della personalità. Anche della relazione terapeutica, che, nelle sue idiosincratichè vicissitudini, si fa elemento portante di trattamento in tutti i contesti di cura, in particolar modo quando ci si rivolge alla sofferenza psicopatologica "grave". Fruibili e utili, da una prospettiva teorica e clinica insieme, le riflessioni che esemplificano le principali ragioni per cui diventa necessario il ricorso alle terapie, quando ci si confronti con il paziente difficile. Riflessioni precedute, nel dipanarsi del volume, da un'ac-

curata rassegna critica della storia di questa peculiare modalità di trattamento. Volume che va infine a chiudersi con un ultimo capitolo, tutto centrato sull'esplorazione dei vantaggi, ma anche e soprattutto sui limiti dell'approccio. Segno di onestà intellettuale, condividere con colleghi e lettori anche i fallimenti di un certo modo di pensare alla cura, così da evitare il rischio, facile perché umano, dell'idealizzazione. E riflesso di un intendere il vario declinarsi del conoscere, e del suo progredire, nella semantica cara all'epistemologia popperiana, dove centrali sono le falsificazioni, non le ricerche di validazioni.

Infrastruttura necessaria e di valore, quella rappresentata dai contributi teorici. Che aprono la via alle esplorazioni ed esemplificazioni cliniche, protagoniste dei capitoli centrali. Qui, varie forme di co-terapia sono illustrate, con sintetica chiarezza, attraverso il ricorso alla "narrazione" di storie di pazienti e del loro dialogo con i terapeuti. Racconto che non può prescindere dalla descrizione del dialogo tra i diversi terapeuti, vero specifico della co-terapia. La complessità dei setting esplorati e narrati diventa la ricchezza e l'elemento creativo del libro, a maggior ragione visto che si coniuga ad un'encomiabile omogeneità nello stile espositivo. Perché complessità non vuole dire caos, perché accuratezza non è contrario di sintesi. Questo volume lo dimostra, e quasi stupisce che si tratti di un'impresa intellettuale a "molteplici mani", dove le singole voci s'amalgamano in un insieme che le trascende, senza annullarne identità e specificità. Forse, però, conoscendo la storia della sua "gestazione", la sorpre-

sa si stempera. Sì, perché la costruzione del volume è stata frutto di lunghi anni di confronto e condivisione tra colleghi, nel rispetto dei reciproci punti di vista e con il desiderio, costante, di una crescita congiunta. Atmosfera relazionale che non può non essere vincente, e che chi sta scrivendo ha vissuto in prima persona. Quella stessa atmosfera che, quando co-creata e co-mantenuta nel tempo, nel contesto diadico di cura, e ancora di più nell'ambito della co-terapia, si fa essa stessa potente esperienza emozionale correttiva.

Cristiano Ardivini

CESAR GARZA-GUERRERO • Reorganizational and educational demands of psychoanalytic training today: Our long and marasmic night of one century

EGLE LAUFER • Rejoinder

CESAR GARZA-GUERRERO • Response

ANNE-MARIA SANDLER • Institutional responses to boundary violations: The case of Masud Khan

WYNNE GODLEY • Commentary

MICHAEL J. DIAMOND • Accessing the multitude within: A psychoanalytic perspective on the transformation of masculinity at midlife

JUAN PABLO JIMENEZ • A psychoanalytical phenomenology of perversion

SALLY WEINTROBE • Links between grievance, complaint and different forms of entitlement

JOEL WHITEBOOK • Hans Loewald: A radical conservative

BJORN SALOMONSSON • Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children

VITTORIO LINGIARDI, PAOLA CAPOZZI • Psychoanalytic attitudes towards homosexuality: An empirical research

MICHAEL SCHROTER • The early history of lay analysis, especially in Vienna, Berlin and London: Aspects of unfolding controversy (1906-24)

ROGER WILLOUGHBY • Between the basic fault and second skin

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS

Balliere Tindall, London

(Trimestrale)

Volume 85, n. 1, 2004

Alcune opinioni psicoanalitiche sui disturbi neuropsichiatrici infantili

Björn Salomonsson

Quest'articolo esamina certi aspetti dell'interfaccia tra neuropsichiatria e psicoanalisi. L'autore raccomanda il trattamento psicoanalitico per bambini con ADHD (deficit dell'attenzione, disturbi di iperattività) e DAMP (disfunzioni nell'attenzione e nel controllo dell'attività, nel controllo della motilità e nella percezione). Egli attribuisce in parte la scarsa attenzione dedicata a questi disturbi nel corso del trattamento neuropsichiatrico al fatto che non sempre gli psicoanalisti dichiarano quale sia il loro campo d'indagine specifico. Ciò potrebbe

indurre la comunità scientifica a supporre che la psicoanalisi aspiri a intervenire su argomenti estranei al proprio campo d'indagine, come per esempio l'eziologia neurobiologica. La comunità non riesce quindi a discernere il compito specifico della psicoanalisi, che è quello di aiutare i bambini a esprimersi e a rielaborare le loro esperienze cosce e inconse. La chiarezza da parte dello psicoanalista migliorerà così i rapporti con la comunità scientifica e faciliterà un utile confronto tra i metodi di trattamento. Un'altra ragione dell'attitudine negativa della neuropsichiatria verso l'analisi è la sua riluttanza ad accettare che il confitto inconscio influenza il comportamento. Il controtransfert è spesso d'impaccio

quando si lavora con bambini neuropsichiatrici. Le numerose figure terapeutiche e le molte teorie attorno al bambino spesso aggravano la situazione. Se lo psicoanalista è chiaro sul suo compito, il controtransfert diventa più facile da gestire. Se egli vede più in là delle formulazioni semplicistiche sull'eziologia e ne comprende la complessità, il controtransfert diventa ancor più gestibile. La psicoanalisi può sfociare in un notevole sviluppo intellettuale ed emotivo come è illustrato dal lavoro con un ragazzo nel periodo di latenza affetto da DAMPS, autismo e lieve ritardo mentale. All'interno di questa cornice psicoanalitica teorica l'autore unisce le formulazioni della psicologia dell'Io a una concettualizzazione di stampo bioniano del disturbo del pensiero.

testo in eccedenza????

JESSICA BENJAMIN • Beyond Doer and Done To: An Intersubjective View of Thirdness

RONALD BRITTON • Subjectivity, Objectivity, and Triangular Space

SAMUEL GERSON • The Relational Uncon-scious: 1A Core Element of Intersubjectivity, Thirdness, and Clinical Process

ANDRÉ GREEN • Thirdness and Psychoana-lytic Concepts

MICHELE MINOLLI, MARIA LUISA TRICOLI • Solving the Problems of Duality: The Third and Self-Consciousness

THOMAS H. OGDEN • The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique

DANIEL WIDLOCHER • The Third in Mind

RALF ZWIEBEL • The Third Position: Reflections about the Internal Analytic Working Process

CHARLES M. T. HANLY • The Third: A Brief Historical Analysis of an Idea

THE PSYCHOANALYTIC QUATERLY

377 W. 11th St. 2D, New York N.Y. 10014

(*Quadrimestrale*)

Volume LXXIII, n. 1, 2004

Risolvere i problemi del dualismo: il terzo e l'autoconsapevolezza
Michele Minolli e Maria Luisa Tricoli

Gli autori, collocando il concetto di "terzo" nel dibattito sul controtransfert che iniziò negli anni '50, affermano che esso è sorto per risolvere i problemi che emersero dal riconoscimento che l'incontro analitico si verifica tra due soggetti individuali. Questo riconoscimento può comportare un disagio per l'analista, nel momento in cui non si può più fare affidamento su criteri oggettivi per interpretare la realtà a causa dell'adesione ad una prospettiva costruzionista dialettica; e ciò implica anche un profondo coinvolgimento personale che deriva dall'abbandono della neutralità. Il concetto di terzo è spesso evocato per aiutare ad evitare questi rischi. Comunque gli autori affermano che solo il soggetto umano di per sé può cogliere se stesso in

maniera riflessiva; questa visione ha un referente nel concetto hegeliano di auto-consapevolezza ed ottiene anche un riscontro dai dati emersi dall'*infant research*.

Il terzo analitico: implicazioni per la teoria e la tecnica psicoanalitiche
Thomas Ogden

L'autore ritiene che l'avventura analitica implichi come sua componente centrale uno sforzo da parte dell'analista di rintracciare il movimento dialettico che si instaura tra la soggettività individuale (sia dell'analista che dell'analizzante) e l'intersoggettività (la vita inconscia, creata congiuntamente, della coppia analitica – *il terzo analitico*). Nella prima parte dell'articolo l'autore discute materiale clinico nel quale egli fa massicciamente affidamento sulle sue esperienze di *rêverie*

per riconoscere e simbolizzare verbalmente ciò che si sta verificando nella relazione analitica ad un livello inconscio. Nella seconda parte l'autore considera l'identificazione proiettiva come una forma di terzo analitico nella quale le soggettività individuali di analista e analizzante sono soggiogate da un terzo soggetto dell'analisi co-creato. Un lavoro analitico che abbia successo richiede un superamento del terzo soggiogante per mezzo del reciproco riconoscimento di analista e analizzante come soggetti separati ed una riappropriazione delle loro (trasformate) soggettività individuali.

testo in eccedenza????

JOSEPH SCHWARTZ, JAMES POLLARD

• Introduction to the Special Issue:
Attachment-Based Psychoanalytic
Psychotherapy

KATE WHITE • Developing a Secure-
Enough Base: Teaching, Psychotherapist in
Training the Relationship between
Attachment Theory and Clinical Work

JAMES PARK • Walking the Tightrope:
Developing an Attachment-Based Relational Curriculum for Trainee
Psychotherapists

SUSIE ORBACH • What Can We Learn from the Therapist's body?

BERNICE LASCHINGER, CHRIS PURNELL, JOSEPH SCHWARTZ, KATE
WHITE, RACHEL WINGFIELD • Sexuality and Attachment from a Clinical
Point of View

SUSAN VAS DIAS • Cumulative Phobic Response to Early Traumatic
Attachment: Aspects of a Developmental Psychotherapy in Nùdlife

JEREMY HOLMES • Disorganized Attachment and Borderline Personality
Disorder: A Clinical Perspective

TIRRIL HARRIS • Chef or Chemist? Practicing Psychotherapy Within the
Attachment Paradigm

ATTACHMENT & HUMAN DEVELOPMENT

Taylor and Francis Ltd.

Rankine Road Basingstoke,
Hempshire RG248PR (England)
(*Quadrimestrale*)

Volume 6, n. 2, 2004

In equilibrio sulla fune: lo sviluppo di un curriculum basato sulla teoria dell'attaccamento e le relazioni negli psicoterapeuti in formazione

James Park

L'autore descrive alcuni aspetti della
formazione al Centro di Psicoterapia
Psicoanalitica basato
sull'Attaccamento (CAPP) situato a
Londra.

Un problema chiave della formazione è
mantenere un equilibrio tra la cono-
scenza clinica, la ricerca e mantenere la
flessibilità necessaria a considerare
unico e originale ogni singolo indivi-
duo che entra nella stanza di terapia.
Per favorire questo l'autore e i suoi
colleghi hanno costruito 10 proposi-
zioni, con funzione di scheletro del
mondo relazionale, che riassumono i

principali assunti teorici della pratica
clinica basata sull'attaccamento e le
relazioni interpersonali che gli studen-
ti devono assimilare e esplorare con i
loro pazienti. Tali proposizioni si muo-
vono tra la teoria dell'attaccamento, la
dimensione interpersonale e le teorie
psicoanalitiche e hanno funzione di
riflessione e guida nella pratica clinica.

**JOURNAL OF COGNITIVE
PSYCHOTHERAPY**
Springer, New York
(Trimestrale)
Volume 18, n. 3, 2004

NEIL A. RECTOR, AARON T. BECK
• Special Issue on Cognitive Theory and
Therapy of Schizophrenia
NEIL A. RECTOR • Cognitive Theory
and Therapy for Schizophrenia:
Introduction to the Special Issue
FAITH B. DICKERSON • Update on
Cognitive Behavioral Psychotherapy for
Schizophrenia: Review of Recent Studies

CORINNE CATHER, DAVID

PENN, MICHAEL OTTO, DONALD C. GOFF • Cognitive Therapy for
Delusions in Schizophrenia: Models, Benefits, and New Approaches

SCOTT TEMPLE • Cognitive Therapy for Auditory Hallucinations in
Schizophrenia

NEAL STOLAR • Cognitive Conceptualization of the Negative Symptoms of
Schizophrenia

DAVID L. ROBERTS, DAVID L. PENN, CORINNE CATHER, MICHAEL
OTTO, DONALD C. GOFF • Should CBT Target the Social Impairments
Associated With Schizophrenia?

ERIC GRANHOLM, JOHN R. MCQUAID, LISA A. AUSLANDER, FAUZIA
SIMJEE MCCLURE • Group Cognitive-Behavioral Social Skills Training for
Older Outpatients With Chronic Schizophrenia

AARON T. BECK • A Cognitive Model of Schizophrenia

**Terapia cognitiva delle allucinazioni
uditive nella schizofrenia**

Scott Temple

La terapia cognitiva ha ormai da tempo consolidato la sua efficacia nel Regno Unito come terapia di associazione alla terapia farmacologica nel trattamento della schizofrenia. Sono molti gli studi randomizzati che ne comprovano l'efficacia sia sui sintomi negativi che sui sintomi positivi della schizofrenia. Ancora pochi studi invece sono stati fatti sullo stesso tema in Nord America. Questo studio descrive l'efficacia della terapia cognitiva sulle allucinazioni uditive in particolare "le voci". La terapia cognitiva è prescritta con l'assunto che la gran parte del

disagio e dello stress legato al "sentire delle voci" sia dovuto alla interpretazione ingannevole e/o illusoria che i pazienti danno alle voci stesse. Lo studio prende in esame, attraverso l'analisi dettagliata di un caso clinico, tutte le tecniche cognitive e psicoeducazionali volte alla normalizzazione, riformulazione, e distanziamento del paziente rispetto alle allucinazioni. L'obiettivo raggiungibile è l'incremento delle strategie di coping del paziente verso la possibilità di condurre una vita più normale convivendo con il sintomo quando si presenta.

ANGELA ABELA, STEPHEN FROSH,
EMILIA DOWLING • Uncovering beliefs
embedded in the culture and its implica-
tions for practice: the case of Maltese mar-
ried couples

JOYCE L.C. MA • The diagnostic and the-
rapeutic uses of family conflicts in a Chinese
context: the case of anorexia nervosa

ELEZABETH ANNE CURTIS, MARION

SHIRLEY DIXON • Family therapy and systemic practice with older people:
where are we now?

ALASDAIR J. MACDONALD • Brief therapy in adult psychiatry: results from
fifteen years of practice

GREGOR LANGE, DECLAN SHEERIN, ALAN CARR, BARBARA DOO-
LEY, VICTORIA BARTON, DAVID MARSHALL, AISLING MULLIGAN,
MARIA LAWLOR, MARY BELTON, MAEVE DOYLE • Family factors asso-
ciated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in
children

**JOURNAL OF
FAMILY THERAPY**

Association for Family Therapy
and Systemic Practice
Blackwell Publishing, Boston, USA
(Trimestrale)
Volume 27, n. 1, 2005

**Family therapy and Systemic
Practice with older people;
where are we now?**

E.A. Curtis e M.S. Dixon

Le persone anziane stanno diventando un gruppo sociale sempre più numero-
so e significativo, in parallelo ai cam-
biamenti che il loro ruolo nella fami-
glia e nella società sta presentando per
l'influenza di fattori demografici e cul-
turali. In questo articolo, gli Autori
considerano quanto la terapia familiare
e la pratica sistemica si sia sviluppata
in questo settore negli ultimi dieci
anni, dopo le prime esperienze di
Richardson e coll. nel 1994. Sebbene
il lavoro con gli anziani proponga sfide
particolari, riferimenti come il costru-
zionismo sociale, l'attaccamento e la
terapia narrativa, consueti per i tera-
peuti che affrontano la famiglia in fasi
più precoci del suo ciclo vitale, si rive-
lano particolarmente efficaci anche

nell'attività in questo campo. Questi
sviluppi terapeutici, hanno portato a
un crescente riconoscimento della
necessità di servizi per gli anziani ispi-
rati ad una pratica sistemica, anche se
molte difficoltà permangono.

**JOURNAL OF
FAMILY THERAPY**

Association for Family Therapy
and Systemic Practice
Blackwell Publishing, Boston, USA
(Trimestrale)
Volume 27, n. 2, 2005

IVAN EISLER • The empirical and
theoretical base of family therapy and
multiple family day therapy for adoles-
cent anorexia nervosa

MICHAEL SCHOLZ, MAUD RIX,
KATJA SCHOLZ, KRASSIMIR GANT-
CHEV, VOLKER THOMKE • Multiple
family therapy for anorexia nervosa: con-
cepts, experiences and results

MIRIAM POSER • Anorexia nervosa – My story

MAREN POSER • Anorexia nervosa – A parent's perspective

SONJA FLEMINGER • A model for the treatment of eating disorders of adoles-
cents in a specialized centre in The Netherlands

JANET TREASURE, WENDY WHITAKER, JENNA WHITNEY,

ULRIKE SCHMIDT • Working with families of adults with anorexia nervosa

PAUL RHODES, SLOANE MADDEN • Scientist-practitioner family therapi-
sts, postmodern medical practitioners and expert parents: second order change in
the Eating Disorders Program at the Children's Hospital at Westmead

**The empirical and theoretical
base of family therapy
and multiple family day therapy
for adolescent anorexia nervosa**

Ivan Eisler

Questo numero della Rivista è intera-
mente dedicato alla anoressia mentale
e al suo trattamento attraverso il coin-
volgimento della famiglia. L'articolo di
Eisler evidenzia come esistano dati
sempre più probanti sull'efficacia della
terapia familiare nei disturbi anoressici
specialmente dell'adolescenza. Questo
nonostante il fatto che siano piuttosto
indefiniti i modelli teorici, da cui deri-
vano i trattamenti terapeutici, che
rimangono soprattutto empirici.

L'articolo propone una rassegna delle
ricerche sui trattamenti e sul funziona-
mento familiare. Suggerisce che la
maggior limitazione dei primi modelli
teorici consiste nella loro focalizzazio-
ne sul problema dell'eziologia, piutto-

sto che sulla comprensione di come le
famiglie si sono organizzate nel tempo
intorno ad una difficoltà del loro ciclo
vitale. Viene presentato un modello
concettuale alternativo e viene descrit-
ta la sua applicazione alla terapia fami-
liare e multifamiliare degli adolescenti
con anoressia mentale. Questa moda-
lità di trattamento è finalizzata ad
attivare le capacità adattive delle fami-
glie e o, stimolarne le intrinseche
risorse.

**Psicoterapia: i diritti
dei cittadini
e la qualità
della formazione**
Milano.
27 ottobre 2005

Si è svolta a
Milano la II^a
Giornata di
Studi *Psico-
terapia: i
diritti dei cit-
tadini e la
qualità della*

formazione (la prima si era svolta a
Roma il 22 dicembre 2004), promossa
ed organizzata dal Coordinamento
Nazionale delle Scuole Private di
Psicoterapia (CNSP) e dall'Ordine
degli Psicologi della Lombardia (OPL)
in collaborazione con la Federazione
Italiana delle Associazioni di
Psicoterapia (FIAP) e con il patrocinio
della Federazione Nazionale degli
Ordini dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri (FNOMCeO) e
dell'Ordine Nazionale degli Psicologi
(ONP).

La giornata di studi si è articolata in
quattro tavole rotonde:

- la psicoterapia in Italia e in Europa: situazione Unione Europea, legge n.56/1989, equipollenza, concorsi, tirocini;
- la qualità nella formazione in psicoterapia: criteri, progetti di ricerca e sistemi di gestione della qualità;
- la formazione in psicoterapia in ambito privato e universitario;
- l'accreditamento dei professionisti e la formazione continua: formazione a distanza (FAD), educazione continua in medicina (ECM) e continuing education.

In Italia ci sono 276 sedi di scuole private di formazione in psicoterapia riconosciute dal Ministero dell'Istruzione Università Ricerca (MIUR), di cui 162 principali e 114 periferiche, distribuite

complessivamente per il 49% al nord, il 27% al centro ed il 24% al sud ed isole; ad esse vanno aggiunte le poche scuole universitarie.

La psicoterapia è branca di specializzazione la quale – a differenza delle altre (psichiatria, neurologia, neuropsichiatria infantile, eccetera) che sono di esclusiva competenza delle università – è invece prevalentemente gestita da istituzioni private (vagliate ed autorizzate dal Ministero dell'Istruzione Università Ricerca – MIUR) ed il cui accesso è consentito a medici e psicologi.

Promuovere la qualità diviene dunque un processo di sostegno a livello culturale e scientifico del ruolo centrale che la psicoterapia nelle sue varie forme sta assumendo, quale moderna risposta al disagio ed alla sofferenza dell'individuo.

L'accesso alla psicoterapia va pertanto considerato un diritto sanitario del cittadino e va dunque sviluppata la prerogativa che gli utenti siano garantiti sulla qualità della formazione specialistica in psicoterapia, che è entrata a pieno titolo nell'ambito degli interventi sulla salute.

Bisogna comunque tenere conto che per l'incremento e lo sviluppo della qualità è indispensabile coinvolgere tutte le parti in campo (le scuole private, le scuole di specializzazione universitarie, i servizi, gli allievi, gli utenti), in quanto la qualità non può essere imposta ma solo promossa e premiata.

In Italia gli psicoterapeuti sono circa 32.000 (21.000 laureati in psicologia, 11.000 laureati in medicina): dunque uno psicoterapeuta all'incirca ogni

1.800 abitanti, con marcate differenze tra regione e regione.

Migliaia di psicoterapeuti (medici o psicologi, con una successiva formazione quadriennale) debbono puntare alla libera professione, in quanto lo sbocco nel servizio sanitario nazionale come *dirigente di psicoterapia* è estremamente residuale, essendo pochissimi i concorsi banditi in tale disciplina dalle Aziende Sanitarie Locali e quelli banditi richiedono requisiti di ammissione anomali.

Eppure l'accessibilità è uno dei fattori della qualità ottimale, in quanto esprime il massimo che un sistema sanitario può mettere a disposizione di tutti i cittadini, incrementandone così la propria efficienza.

Incrementare l'accessibilità alla psicoterapia nel servizio sanitario nazionale attraverso specifici servizi di psicoterapia con la figura professionale del dirigente di psicoterapia, tenuto conto che la disciplina concorsuale di psicoterapia è prevista dal 1997 – cioè da già ben otto anni fa – è un investimento e non un mero costo.

Per questi motivi vanno potenziati i servizi psicoterapeutici soprattutto nei confronti di quelle fasce della popolazione non abbiente, che – non potendo ricorrere alle cure di psicoterapeuti libero professionisti – devono potersi rivolgere ai servizi sanitari pubblici, ove purtroppo, a causa della mancanza di fondi o della carenza del personale, spesso ricevono solo dei trattamenti di urgenza ed emergenza. Invece la psicoterapia sostiene il paziente sia nel processo di un più funzionale adattamento, sia nello sviluppo delle parti più profonde attra-

verso un percorso di conoscenza, che lo coinvolge sia a livello emotivo che cognitivo e relazionale.

È dunque cura, laddove contribuisce ad alleviare i disagi ed i conflitti ed anche conoscenza, laddove favorisce l'introspezione come capacità di comprensione del proprio esserci nel mondo.

Quello psicoterapeutico è un rapporto a due: da un lato il terapeuta, dall'altro il singolo paziente oppure la coppia oppure il nucleo familiare oppure il gruppo.

Resta comunque la strutturazione dialettica, che richiama il rapporto con la madre oppure con i genitori.

Non c'è cioè il terzo: nella psicoterapia nel servizio pubblico invece compare l'intruso, cioè l'organizzazione dell'ambito di svolgimento della psicoterapia, che è estranea sia al terapeuta che al paziente.

Gli orari, i locali, il ticket sono preesistenti e contestuali alla relazione terapeuta-paziente che in un certo senso vi si adegua ed adatta e costituisce comunque uno spazio-tempo reale e simbolico altro da loro due e dalla loro interazione.

Dunque una psicoterapia nel servizio pubblico è costitutivamente, strutturalmente e funzionalmente diversa dalla psicoterapia in ambito privato; comunque non perché il privato funzionerebbe meglio del pubblico, ma piuttosto per la peculiarità della psicoterapia di essere un rapporto privato, confidenziale, personale, non narrabile a terzi in quanto esperienza profondamente soggettiva ed intersoggettiva.

Il contesto istituzionale contiene ed interferisce, anche se non interviene è

pur sempre lì presente. Pertanto e paradossalmente la psicoterapia nel servizio pubblico è più impegnativa ed in un certo senso difficile di quella condotta in ambito libero professionale.

Occorre inoltre un grado di accoglienza senza il quale si finge pretestuosamente di fare psicoterapia nel servizio pubblico: necessita personale formato – e non solo il terapeuta – per determinare quelle precondizioni di accettazione che sole possono far sviluppare il percorso psicoterapeutico nell'ambito del servizio pubblico.

Ma quale è la situazione organizzativo-amministrativa a livello istituzionale?

Già da circa otto anni con i DPR 483 e 484 del 1997 è a disposizione (ma scarsamente utilizzata) la normativa che consentirebbe ai direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali di attivare a disposizione dei cittadini la disciplina di psicoterapia con concorsi per dirigente di psicoterapia nel servizio sanitario nazionale, la qual cosa darebbe la possibilità alla più diffusa rete di medicina territoriale – qual è quella costituita dai medici e pediatri di famiglia – di usufruire della consulenza dello specialista in psicoterapia, che tanto rilievo sta assumendo anche per il marcato cambiamento delle condizioni psicosociali.

Ciò soprattutto in considerazione del fatto che l'ulteriore sviluppo tecnico-scientifico mette a disposizione il counselling e le psicoterapie brevi, interventi operazionali molto versatili ed usufruibili da vasti settori dell'utenza.

È necessario mettere insieme ed organizzare istituzionalmente tutto ciò, già disponibile nella normativa vigente,

per cui necessita unicamente la volontà di decidere e concretizzare da parte della dirigenza politico-amministrativa delle Aziende Sanitarie Locali.

Dunque in tutti questi anni l'accessibilità che è un fattore di qualità non è stata adeguatamente perseguita.

È mancata la scelta politica di costituire in ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) il servizio di psicoterapia, che avrebbe sia consentito a medici e psicologi specialisti in psicoterapia di concorrervi come dirigenti di psicoterapia sia ai cittadini di ricorrervi in qualità di utenti e quindi di incrementare di fatto il fattore di qualità dell'accessibilità.

Poiché prevenire non è assumere prima ovvero precocemente dei farmaci ma piuttosto far sì che i disagi ed i disturbi non si trasformino in conclamate malattie, ecco che la psicoterapia – o meglio le psicoterapie – si rivelano uno strumento efficace in tal senso ed attualizzano una concreta prevenzione, purchè se ne potenzi per davvero l'accessibilità.

Il servizio sanitario nazionale in Italia è dunque carente sull'importante parametro dell'accessibilità in merito alla psicoterapia.

Maurizio Mottola

**CONVEGNO
INTERNAZIONALE
AIMS**

(Associazione Italiana
Mediatori Sistemici)
Pescara
12-13 novembre 2005

Dal 12 al 13
Novembre
2005 si è
svolto a
Montesilvano
(Pescara)
presso
l'Hotel
Serena
Majestic il
V° Congresso

Internazionale dell'Associazione
Italiana Mediatori Sistemici (A.I.M.S.),
Associazione fondata nel 1994 e che si
propone di promuovere, all'interno del
modello sistemico, il progresso degli
studi e delle ricerche nel campo della
mediazione familiare e comunitaria.

Un impegno che viene portato avanti
sia attraverso Corsi di Formazione spe-
cifici, sia attraverso Convegni e
Seminari su tematiche rilevanti per l'e-
sercizio della professione del mediatore.

L'AIMS identifica nel pensiero
Sistemico-Relazionale la sua epistemo-
logia di riferimento per orientare il
campo di riferimento e di intervento
della Mediazione nella famiglia e in
diversi contesti e sistemi sociali. La
scelta dell'epistemologia e della prassi
sistemica nella Mediazione, presuppone
una ridefinizione ed una riafferma-
zione dei concetti di mediazione e con-
flitti. Mediazione significa essere in
mezzo, trovarsi tra due parti. Oggi il
significato di mediazione è essenzial-
mente quello di conciliazione, di nego-
ziazione tra le parti in conflitto che
esercitano una contesa. Il processo
mediatorio è un incontro di ciò che sta
alla base del conflitto e la necessità di
accettarlo come elemento imprescindi-

bile della vita e poi come fonte di
apprendimento e di crescita. Un
apprendimento e una crescita di sepa-
razione e solitudine. Una visione eco-
logica del conflitto che accetta il con-
flitto come un'esperienza di separazio-
ne e di perdita ma, con una visione che
valorizza le differenze quali fonti ines-
auribili di consenso attraverso il
rispetto della individualità. La media-
zione si pone come un momento
importante per attuare un processo
evolutivo dei sistemi cogenti attraver-
so l'elaborazione del conflitto/ sepa-
razione e le sue funzioni. Il V°

Congresso Internazionale dell'AIMS ha
il titolo suggestivo "Ai Confini
dell'Identità: Consulenza, Mediazione
e Terapia a confronto" e infatti sono
state due giornate intense di lavoro, di
riflessione e di vibranti emozioni
anche grazie alla partecipazione nume-
rosa di didatti e allievi tanto da rag-
giungere il numero di 1000 iscritti.

Un numero elevato per un programma
che prevedeva un'assoluta novità: lo
spazio della Mediation Cafè e l'attiva-
zione dei partecipanti attraverso la
costituzione di sottogruppi di lavoro
per la costruzione di Metafore in chiu-
sura del Convegno. Il numero elevato
degli iscritti ha il significato del suc-
cesso sia per il Consiglio

DirettivoAIMS con il Presidente
Rodolfo de Bernart e sia per tutti i
Didatti e i Soci dell'Associazione.

Le due intense giornate sono state sud-
divise dallo spazio della mattina desti-
nato agli interventi dei Relatori Ospiti
e quello del pomeriggio al lavoro delle
Scuole di Mediazione AIMS condotto
sia dai Didatti che dagli Allievi.

Il primo Relatore Ospite agli interven-

ti Plenari è stata Jaqueline Marineau che con la sua voce vibrante sottolinea l'importanza della formazione del mediatore che non si realizza solo attraverso un elenco ben costruito e appreso di tecniche "scientifiche" ma ci ricorda che per diventare un Mediatore bisogna sapersi confrontare con il "Conflitto" che per sua ontologica natura è prima di tutto un'esperienza umana più che conflitto commerciale, sociale, familiare o penale. E di fronte alle esperienze che coinvolgono l'uomo, lo "scienziato" ed il mediatore con lui non si potrà porre di fronte alla persona in conflitto usando o avendo la presunzione di usare metodi esatti che forniscano soluzioni scientifiche.

Incontrare la mediazione così come viene proposto da Jaqueline Morineau vuol dire non incontrare solo un nuovo metodo o una nuova tecnica di gestione del conflitto, ma vuol dire incontrare una nuova concezione delle relazioni sociali in tutta la loro complessità emotiva e in tutta la loro profondità. La mediazione risiede nella capacità trasformativa delle relazioni e nel riaprire una comunicazione divenuta impossibile. Jaqueline Morineau ci presenta il mediatore come "ingegnere del possibile", come un soggetto che al di là di tutte le soluzioni possibili al singolo conflitto mediato cerca di aprire alle persone in conflitto visuali nuove e diverse sulla loro relazione. L'approccio della Morineau lascerà nei partecipanti sicuramente molte emozioni sia da chi dalle emozioni si fa prendere e da chi dalle emozioni prende le distanze. I due Relatori Ospiti della mattina del secondo giorno

hanno lasciato nel folto numero dei partecipanti numerosi e interessanti elementi di riflessione. Il primo intervento è stato di Gianluca Bocchi coordinatore scientifico del CE.R.CO. (Centro di Ricerca sull'Antropologia e Epistemologia della Complessità) presso l'Università degli Studi di Bergamo che ha offerto una lettura appassionata della condizione ambivalente dell'umanità alla svolta del terzo millennio e sulla necessità di una riforma del modo di conoscere, di pensare e di insegnare che consideri essenziale illuminare e concepire il caos degli eventi, le loro interazioni e le loro retroazioni. È necessario, dice Gianluca Bocchi, ripensare ai problemi di metodo, di un metodo inteso non come programma, ma come aiuto per affrontare la sfida onnipresente della complessità. È necessario dare un senso preciso e articolato alla nozione di complessità, al fine di concepire la dimensione pluridimensionale dell'era in cui viviamo. In questa prospettiva è urgente acquisire e consolidare un doppio livello di consapevolezza: la consapevolezza dell'irriducibile molteplicità delle identità individuali e la consapevolezza della sostanziale unità evolutiva della specie umana. La seconda relazione è stata presentata da Silvano Tagliagambe dell'Università di Sassari dove insegna Filosofia della Scienza che ricorda per Florenskij il confine di una persona è un "interfaccia" che consente di spiegare il processo dinamico di interazione tra interno e esterno, tra io e l'altro, nel quale gli opposti non si separano ma si integrano. Lo spazio dei due pomeriggi è stato teatro dei lavori delle Scuole di

Mediazione con il contributo sia dei Didatti che degli Allievi. Nella Mediation Caffè, spazio autogestito dalle diverse scuole, stimolante è stato l'opportunità di lavorare con altre Scuole. Il risultato è stato la presentazione di un tema presentato anche da più Istituti che si sono scambiati esperienze e modi differenti di lavorare e ciò ha permesso di apprezzare ancora una volta l'importanza delle diversità come risorsa e opportunità per l'apprendimento di nuovi e differenti modi di essere. Il pomeriggio dell'ultimo giorno tutti i partecipanti sono stati suddivisi in tanti sottogruppi che guidati da due Didatti hanno lavorato per la costruzione di una Metafora sulle Relazioni di Gianluca Bocchi e Silvano Tagliagambe. Le Metafore costruite dai gruppi sono state rappresentate sul palco a tutti i partecipanti creando un altro momento di vibrante e stimolante emozione. Il V° Congresso AIMS si è così concluso lasciando a tutti i partecipanti la riflessione della necessità di dover ripensare ai Confini della Mediazione attraverso la sua sostanziale Identità e differenza dagli altri ambiti della Consulenza e della Terapia.

Anna Eugenia Squitieri

**FONDAMENTI DELLA PSICANALISI:
Il sogno**

Seminari di *Nodi Freudiani* condotti da
Gabriella Ripa di Meana

Roma, 2 e 16 febbraio, 9 e 30 marzo,
6 e 27 aprile, 11 maggio 2006
(dalle ore 19,30 alle ore 21,00)

Sede: Via Savoia 72, sc. B, int. 2
00198 Roma

Informazioni: tel. 06.8540986

e-mail: gabriellardm@infinito.it

**I.P.A.E.A. (Istituto
di Psicoterapia Analitica
Esistenziale)**

di Ascoli Piceno

**IV° CONGRESSO INTERNAZIONALE
“... senti?... a proposito del Padre
e... della sua gravidanza...”**

Ascoli Piceno, 1-3 marzo 2006

Istituto di Psicoterapia Analitica
Esistenziale, Via dei Soderini 18

Informazioni: tel. 0736-250818

e-mail: ipaeascoli@ipaeascoli.it

**CONGRESSO SEPI ITALIA
(Society for the Exploration of
Psychotherapy Integration)**

**in collaborazione con la Scuola di
Psicoterapia Comparata
L'integrazione Psicoterapeutica
nella pratica clinica**

Firenze, 24-25-26 marzo 2006

Informazioni: <http://www.vertici.com/sepi>

Segreteria: tel. 055-2342810

e-mail: congressosepi@vertici.com

**III° CENTRO DI PSICOTERAPIA
COGNITIVA di Roma
I disturbi gravi e di personalità:
modelli di trattamento**

Roma, 24-25 marzo 2006

Sede: Grand Hotel Palazzo Carpegna
Via Aurelia 481, 00165

Informazioni: segreteria scientifica

Via Ravenna 9/c, 00161

tel. 06-44233878

e-mail: terzocentro@iol.it

Segreteria organizzativa

tel. 06-7028181 fax 06-7010905

e-mail: fullday@fullday.com

**Associazione per l'EMDR in Italia
Alleanza terapeutica**

Firenze, 6-7 maggio 2006

Sede: Convitto della Calza, Oltrarno
Meeting Center, Piazza della Calza, 6

Informazioni: Associazione per l'EMDR
in Italia

Via Paganini 50, 20030 Bovisio

Masciago (MI)

fax 0362-558879

e-mail: segreteria@emdritalia.it

**4th INTERNATIONAL MEETING
AFFECTIVE, BEHAVIOR AND
COGNITIVE DISORDERS
IN THE ELDERLY**

Bologna, 15-16-17 giugno 2006

Informazioni:

segreteria e-mail: abcde@aosp.bo.it

congressi@gegcongressi.com

**LANGUAGE CULTURE
AND MIND CONFERENCE (LCM 2)
Integrating Perspectives and
Methodologies in the Study of
Language**

Parigi 17-20 luglio 2006

Informazioni:

Sito web: <http://www.lcm2006.net>

**UNIVERSITE DE SAVOIE
VI° Congresso Francofono di
Psicologia Sociale**

Grenoble, 30 agosto-2 settembre 2006

Informazioni: Sito web:

<http://www.lps.univ-savoie.fr/CIPSLF/>

Segreteria: cipslf@univ-savoie.fr

**EAPP (European Association
of Personality Psychology)
XIII European Conference
on Personality (ECP13)**

Atene, 22-26 Luglio, 2006
Sede: Department of Psychology,
University of Athens
Informazioni: Sito web:
<http://www.ecp13.gr>

**IX INTERNATIONAL CONFERENCE
ON MUSIC PERCEPTION AND
COGNITION (ICMPC9)**

Bologna, 22-26 agosto 2006
Sede: Aula magna università di
Bologna
Informazioni: Sito web:
www.icmpc2006.org

**XXXVI ANNUAL CONGRESS OF
THE EABCT**

**Patient and therapist creativity
in psychotherapy**
Paris, 20-23 settembre 2006
Sito web: <http://www.eabctparis2006.com>

**VII° CONGRESSO NAZIONALE
SIPSA (Società Italiana di
Psicologia della Salute)
Promuovere benessere con
persone gruppi e comunità**

Cesena, 28-30 settembre 2006
Sede: Università di Bologna
sede di Cesena
Informazioni: Sito web:
<http://sipsa.psice.unibo.it>

**CONGRESSO INTERNAZIONALE
DEL MEDITERRANEO
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA
E PSICOTERAPIA RELAZIONALE
(SIPR)**

**Psicoterapie:
il Sud e il Nord del mondo
La clinica in una prospettiva ecolo-
gica alla ricerca di nuove integra-
zioni**

Bari, 24-25-26 novembre 2006
Sede: Villa Romanizzi Carducci
Informazioni:
Via Marchese di Montrone, 5 70122 Bari
tel/fax: 080-5237614
e-mail: ipfrbari@tiscalinet.it

Segnaliamo stavolta due indirizzi che hanno nuovamente a che fare con l'approccio sistemico e gli studi relativi alla comunicazione umana:

www.itff.org è il sito dell'Istituto di Terapia Familiare di Firenze, fondato il 14 Dicembre 1981 da Cristina Dobrowolski e Rodolfo de Bernart.

Lo Staff si è formato con Maurizio Andolfi e Carmine Saccu e ha completato la formazione con Salvador Minuchin e Carl Whitaker.

All'interno della Terapia Familiare esistono almeno tre filoni di riferimento: quello Strategico Sistemico, quello Psicoanalitico e quello Strutturale- Esperienziale. L'approccio dell'Istituto è Strutturale- Esperienziale (Minuchin e Whitaker), con una particolare attenzione rivolta alla storia familiare (approccio Trigenerazionale di Boszormenyj-Nagy, Bowen e Andolfi), all'individuo, alla relazione terapeutica ed al rapporto fra famiglia ed individuo e fra questi ed il suo mondo interno.

Presso l'Istituto si svolge sia l'attività clinica di terapia familiare e della coppia e di mediazione familiare, oltre all'attività peritale e di consulenza, sia l'attività didattica (corsi di specializzazione in psicoterapia familiare e relazionale, corso introduttivo all'ottica relazionale, corso di formazione per consulente familiare ecc.)

Tra le pagine del sito è disponibile una ricca bibliografia sull'argomento, con possibilità di scaricare direttamente alcuni lavori scientifici dell'Istituto e anche di iscriversi ad una newsletter di informazione ed aggiornamento.

www.centroesserci.it è l'indirizzo web del Centro Esserci-Spazio di Ricerca e Creatività di Reggio Emilia, diretto da Vilma Costetti che lo ha creato nel 1991. Il Centro Esserci propone momenti di formazione e di crescita sia personale che professionale ed è uno spazio di avanguardia

in Italia nell'utilizzo in ambito educativo e formativo delle più recenti tecniche comunicative verbali e non verbali, in una visione globale della persona.

Il Centro propone, in ambito provinciale e nazionale, sia individualmente che in gruppo, sia per privati che per istituzioni pubbliche (sanitarie, scolastiche, educative, amministrative, ecc), seminari riguardanti la comunicazione non violenta.

Presso il Centro si conducono periodicamente gruppi di sensibilizzazione e di approfondimento sulle possibilità di una comunicazione non violenta per insegnanti, studenti, educatori, genitori, giovani, coppie, dirigenti, politici, ecc., sia privatamente che all'interno di istituzioni ed organizzazioni.

In tale ambito il Centro ha realizzato nel circolo scolastico di Montecchio (RE), una sperimentazione educativa internazionale in Comunicazione Non Violenta finanziata anche dalla Comunità Europea e che ha coinvolto la direzione, gli insegnanti, i genitori e gli studenti. Il successo della sperimentazione ha incoraggiato molte scuole in Italia e all'estero ad intraprendere una formazione in CNV.

Ma che cos'è la Comunicazione Non Violenta: È un semplice e straordinario linguaggio che migliora la comunicazione con se stessi e con gli altri, in famiglia, nella scuola, nel lavoro, tra persone appartenenti a culture, religioni e politiche differenti.

La Comunicazione Nonviolenta permette di esprimere ed ascoltare senza critica o attacco e focalizza l'attenzione sulle azioni che arricchiscono la nostra vita insieme a quella degli altri.

Tutta la profondità, l'ampiezza, la forza rivoluzionaria di questo processo di comunicazione proviene da 35 anni di ricerca infaticabile del suo ideatore: Marshall B. Rosenberg, ideatore e direttore dei Servizi Educativi del CNVC (The Center for Nonviolent Communication), un'organizzazione internazionale senza scopo di lucro.

GUIDA

alla stesura dei testi

CONTRIBUTI: SU INVITO E LIBERI

Psicobiettivo pubblica i tre articoli monotematici di "Confronto" e gli interventi della sezione "Argomenti" su invito.

I restanti contributi sono liberi: la loro accettazione è subordinata alla revisione critica del Comitato di redazione e dei *referees*.

I testi vanno inviati a:

Marta Criconia, via Macherio 311, 00188 Roma, o via e-mail: cmarta@iol.it

PRINCIPALI NORME REDAZIONALI

TITOLAZIONE comprende titolo e sottotitolo, per un totale di quattro righe. Il limite massimo per il titolo è di venticinque battute ogni riga; cinquanta per il sottotitolo.

RIFERIMENTI DELL'AUTORE vanno indicati per esteso: nome, cognome, qualifica, numero telefonico e indirizzo per l'invio delle bozze.

TITOLI DI PARAGRAFO di primo e di secondo livello, contribuiscono alla leggibilità del testo. Consigliamo di prevedere almeno un paragrafo per pagina, ogni duemila battute circa.

INTRODUZIONE sostituisce il sommario, che nella precedente impostazione di Psicobiettivo precedeva l'articolo. È parte integrante del testo ed ha valore di "gancio". Per riassumere in poche righe i contenuti dell'articolo e "catturare" con la sua efficacia il lettore.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI vanno indicati tra parentesi con il cognome dell'autore, seguito dalla data. Un esempio: (Freud, 1921).

Ad ogni riferimento bibliografico nel testo dovrà corrispondere una voce bibliografica dettagliata nella bibliografia finale.

BIBLIOGRAFIA FINALE per la sua stesura si fa riferimento ai codici internazionali. Dunque le voci, catalogate seguendo l'ordine alfabetico degli autori, dovranno essere specificate come ricordiamo di seguito.

Citazioni di un libro

Cognome e nome dell'autore; anno di pubblicazione, tra parentesi; titolo del libro, in corsivo; editore; città di pubblicazione; eventuale traduzione italiana, tra parentesi, indicando: titolo in corsivo, editore, città, data.

Articoli pubblicati su altri libri

Cognome e nome dell'autore; anno di pubblicazione, tra parentesi; titolo dell'articolo, tra virgolette; titolo del libro da cui è tratto l'articolo, in corsivo; casa editrice e città di pubblicazione; data di pubblicazione.

Articoli pubblicati su riviste

Cognome e nome dell'autore, anno di pubblicazione, tra parentesi; titolo dell'articolo, tra virgolette; titolo o abbreviazione convenzionale della rivista, in corsivo; numero del volume della rivista; numero del fascicolo, possibilmente seguito dal numero della pagina iniziale e finale.

RIASSUNTO E PAROLE CHIAVE chiudono l'articolo. Il primo è una breve sintesi dei principali contenuti; la lunghezza non deve essere inferiore a 10 righe. Deve essere seguita da alcune essenziali parole chiave. Il tutto deve essere tradotto in inglese.

NOTE E CITAZIONI sono gradite. Le note, brevi, vanno numerate progressivamente, e non conterranno riferimenti bibliografici.

MODALITÀ DI CONSEGNA

Il testo di ogni articolo va registrato preferibilmente in Word per Macintosh o Windows (in alternativa utilizzando altri programmi di scrittura), e consegnato su dischetto insieme alla versione stampata. I testi possono essere anche inviati per e-mail.

Se dattiloscritto, il testo seguirà le seguenti indicazioni: trenta righe per sessanta battute in ogni cartella, spazio due, tutto in alto/basso. È bene curare la qualità dell'originale del testo per consentirne la corretta acquisizione su computer. Il testo dovrà rispettare il limite massimo di 36.000 battute, comprese bibliografia e sintesi in italiano e in inglese.