Rivista fondata da Gianni Cambiaso e Roberto Mazza

Frattali

Rivista semestrale di psicologia e psicoterapia individuale sistemica al tempo della complessità

06

Anno IV

Maggio 2023

N.06 Anno IV, Maggio 2023

Direttore
Gianni Cambiaso

Coordinamento Scientifico
Roberto Mazza

Redazione
Carmela Vaccaro (coordinamento)
Fabiana Faustini (coordinamento)
Patrizia Borella
Valeria Botticini
Zelda Carta
Antonella Della Medaglia
Alessandra Gritti
Bianca Poggi
Liliana Redaelli
Laura Testa

Collaboratori
Valeria Pinoni
Ludovica Rosano

Gianni Cambiaso Editore
Via Giacomo Boni, 25
20144 - Milano

Contatti
www.rivistafrattali.it
rivista.frattali@gmail.com

Codice ISSN
2724-5101
Frattali (Online)

SOMMARIO

EDITORIALE		4
Gianni Cambiaso *Roberto Mazza*	Qualche pensiero sui gruppi di supervisione.	4
Giuseppe Vinci, Alberto Vito, Iva Ursini	Tre commenti all'articolo di G. Cambiaso e R. Mazza "Si può chiudere la terapia?"	7
ARTICOLI		17
Flavia Facco	L'adolescente adottato tra essere e ricordare.	17
Valentina Doscioli e Sara Preziosi	Il modello SASB di L. Benjamin. Una bussola di riferimento nel lavoro con i nostri pazienti.	33
Aurora Lazzari	Ostracismo e uso delle nuove tecnologie in età adolescenziale.	43
Francesca Dafne Camarda, Valentina Giordano, Giancarlo Paterlini	L'umorismo in stanza di terapia	56
Lucrezia Barbato	La teoria della regolazione affettiva: tra terapia e prevenzione	66
RECENSIONI		80
Bianca Poggi e Liliana Redaelli	Al di là delle parole.	80
Roberto Mazza	Le sei fasi della resilienza.	83
Laura Testa	Le famiglie omogenitoriali.	86
Roberto Mazza	Il cambiamento nei contesti non terapeutici.	90
Anna Cavedon	Gli abusi fra fratelli.	93
Carmela Vaccaro	I giorni dell'abbandono.	101
Carmela Vaccaro	Dove non mi hai portata.	104
Valeria Pinoni	Carrie.	107
Giuliana Alquati	Le nuotatrici.	110

EDITORIALE

QUALCHE PENSIERO SUI GRUPPI DI SUPERVISIONE

Gianni Cambiaso e Roberto Mazza

Esattamente cinquant'anni fa Giampaolo Lai pubblicava un libro dal titolo *Gruppi di apprendimento*)[1]. Nonostante il mezzo secolo di vita questo lavoro contiene ancora spunti decisamente interessanti. Le diverse tecniche di formazione e di supervisione, secondo l'autore, hanno un fondamento comune sintetizzabile nel concetto di "eterocentramento": centrare cioè l'attenzione sull'aspetto relazionale del caso portato in supervisione e passare dal focus sul paziente (o sulle azioni del terapeuta) al focus sulla relazione terapeutica. Se questa è ormai un'acquisizione metodologica generalizzabile, anche in una prospettiva interdisciplinare, abbiamo ritenuto opportuno proporre in questo editoriale una prima riflessione sui modelli che ispirano i processi di supervisione sistemica e sulle connessioni rintracciabili tra supervisione e terapia.

Nel nostro pensiero, similmente alla conduzione di una seduta terapeutica, anche il modello di conduzione del gruppo di supervisione dovrà essere illuminato da cornici interpretative, una prospettiva ricostruttiva e costruttiva di causalità complesse (eco-endo-eso-sistemica)[2] e quindi un'eziopatogenesi relazionale e insieme intergenerazionale, che ha radici nel passato (modelli diacronici) ma anche nel presente (modelli sincronici).

In queste cornici connettiamo concetti di diversa provenienza, come la trasmissione della vita psichica, o gli stili di attaccamento, con cognizioni più prettamente sistemico-relazionali (storie di vita, giochi, coalizioni, struttura, modelli familiari, regole, comunicazione), ma anche, in alcuni casi, neurobiologiche. Tolti i "ceppi" alle tradizioni formative classiche (della psicoanalisi o delle terapie sistemiche), i modelli della complessità costringono ad accogliere nel grande contenitore teorico, insieme alle letture relazionali e intergenerazionali, anche quelle intrapsichiche.
Le ipotesi cliniche (che derivano dai modelli teorici e di ricerca, ma anche dalla pratica clinica di ciascuno) servono per pensare, per osservare, ma anche per comunicare; offrono spunti per riflettere e creare connessioni, esplorare aree significative e allargare il campo d'osservazione, sollecitando nel gruppo nuovi pensieri e quindi possibili soluzioni.

I modelli intergenerazionali, per esempio, non sono soltanto guide efficaci per favorire le ricostruzioni di vicende personali e familiari ricche di senso,

[1] Lai G., (1973), *Gruppi di apprendimento*, Bollati Boringhieri.
[2] Morin E., (1984), *Scienza con coscienza*, Franco Angeli.

ma anche per facilitare interazioni comunicative emotivamente intense, creando piccole risonanze nella specifica interazione narrativa in grado di produrre significati diversi e quindi cambiamento[3]. La consapevolezza dell'importanza nelle storie generazionali delle vicende traumatiche e delle esperienze avverse, ma anche l'individuazione dei fattori protettivi e delle esperienze vitali nella formazione personale, costituiscono griglie su cui collocare le singole narrazioni, per attribuirvi senso, valutarne l'impatto sulle relazioni attuali, sulle dinamiche genitoriali, sulle funzioni dello sviluppo, sulla valutazione dei rischi. Così nelle relazioni di aiuto, ma così anche nelle conversazioni d'équipe e nella riflessione sui casi e nelle supervisioni.

È fuor di dubbio che la convergenza, la creatività e l'efficacia di una équipe siano in buona parte frutto di alchimie contestuali. Ogni operatore, come ogni paziente, ha una sua storia, proprie vicissitudini più o meno traumatiche, paure o vissuti fantasmatici, singolari modelli operativi interni che declineranno in modo particolare i diversi sistemi motivazionali (si pensi ai sistemi di regolazione del comportamento di attaccamento, cooperazione paritetica, competizione, esplorazione)[4] e che ispireranno una predilezione per uno specifico modello clinico, ma anche le modalità relazionali e cooperative all'interno del gruppo stesso.

Le comunicazioni scelte da un operatore hanno motivazioni ben più remote e conseguenze ben più profonde di quelle immediate, che appaiono durante, o appena dopo, un colloquio. Spesso anche in terapia il paziente porta quesiti leggeri per evitare temi più spinosi, altre volte le domande sono paradossi o rompicapi pretestuosi in cui non è conveniente tuffarsi.

Anche in supervisione accade la stessa cosa. Non è raro che il supervisore sia messo alla prova su tutto, un caso complicatissimo, una situazione cronica irrisolvibile, una domanda perniciosa dove il caso è un pretesto per cercare di avere un alleato rispetto a una disputa tra fazioni interne al gruppo, o che qualcuno faccia deragliare la conversazione squalificando un collega.

La comunicazione è informazione e l'informazione è cambiamento. Non si può uscire indifferenti da una discussione in gruppo. L'input che diamo può lavorare talvolta nel tempo, ma andrà controllato in itinere affinché rimanga coerente o non perda la forza propulsiva. Il supervisore può anche raccontare tranche di casi propri (in una sorta di self disclosure clinica) per stimolare indirettamente il gruppo a intervenire e commentare le particolari analogie o differenze con la situazione presente. Può essere interessante anche che il supervisore mostri i propri limiti. Come in quelle rare situazioni in cui il terapeuta, anche se in modo impersonale, sembra parlare di sé al paziente, ma in realtà cerca un varco per facilitare l'apertura sul tema in questione.

---

[3] Sluzki, C. (1991), "La trasformazione terapeutica delle trame narrative". In Terapia familiare, 36, pp. 5-19.

[4] Liotti G., (2015), "Psicoterapia ispirata dalla teoria dell'attaccamento: una prospettiva basata sulla teoria evoluzionista dei sistemi motivazionali". in *Attaccamento e sistemi complessi* (a cura di Attili G.), 2, 1, pp. 11-26.

Naturalmente la capacità di sintonizzarsi con gli altri, con le emozioni, i pensieri, i ricordi, le riflessioni riguarda anche il modello (o i modelli) di attaccamento che ciascuno ha sviluppato nel corso della vita. Ciò non ha a che fare soltanto con il mondo interno dei nostri pazienti, ma anche con il nostro mondo.

È abbastanza intuitivo, a questo punto, che dieci supervisori diversi faranno dieci diverse supervisioni (a seconda della porta con cui entreranno nel caso, della loro storia, di quello che li ha colpiti nel racconto, ecc.), ma, come scrive Antonino Ferro[5]: "Io ho avuto la fortuna di avere a che fare con un'analista e dei supervisori che avevano modelli diversi. Avendo modelli diversi, per me era sempre problematico cercare di capire perché, data una certa comunicazione, uno interpretasse un modo, un altro interpretasse in un altro, e solo a quel punto ho preso coscienza del fatto che ci fossero modelli differenti e che ciascuno aveva i propri riferimenti, espliciti e impliciti. Allora è diventato per me fondamentale cercare di approfondire conoscere i vari modelli... fino a trovare quello che era il mio modello".

E poco più avanti: "Credo che creatività ed estro siano dei punti di arrivo: bisogna ahimè purtroppo partire sempre da West Point, come una volta a scuola si partiva dalle aste, dai puntini, dalle tabelline. Poi c'è un lungo cammino, un lungo cammino fatto di studio, di supervisioni, incontri e scontri con i colleghi. Tutto questo ci porta verso la nostra possibile dimensione"

[5] Ferro A., (2017), *Pensieri di uno psicoanalista irriverente*, Cortina, pp. 90 e 104.

SI PUÒ CHIUDERE LA TERAPIA?

Giuseppe Vinci, Alberto Vito e Iva Ursini
commentano l'articolo
di G. Cambiaso e R. Mazza apparso sul n.5 di Frattali.

Ognuno degli interventi dei colleghi (Giuseppe Vinci, Alberto Vito, Iva Ursini) appartenenti a tre diverse scuole sistemiche (Bari, Napoli, Milano) ci segnala un particolare interesse al tema e sicuramente indica la necessità di un possibile approfondimento.

Iva Ursini ci invita ad un primo appuntamento a Milano (25 novembre 2023) all'interno di una giornata organizzata dalla Sirts e dedicata al tema, dove poterne discutere ancora.

Ringraziamo i colleghi per le loro interessanti riflessioni.

Giuseppe Vinci[1]

La lettura dell'articolo – in cui si respira cultura, sincerità, libertà, come sempre negli scritti di Gianni e Roberto – mi ha fatto ripensare a come io intendo il punto, e alla mia esperienza in tema di conclusioni dei percorsi, che seguono naturalmente e in parallelo gli esiti dei percorsi (ad un buon esito corrisponde generalmente una buona conclusione).

Incoraggiato dal fatto che gli autori sottolineano la scarsità dei contributi sull'argomento, specie in ambito sistemico, ecco qui quel che ne è venuto fuori, da quelle riflessioni.

Il contesto: il tutto che determina tutto, e in cui tutto si svolge

Cambiaso e Mazza partendo dal concetto cardine di contesto, ribadiscono con chiarezza l'idea che "*il porre fine a una psicoterapia non riguardi soltanto il paziente o gli eventuali cambiamenti strutturali o di personalità, ma la relazione tra paziente e terapeuta e ciò che questa esperienza relazionale ha significato per entrambi.*", e rilevano subito che "*raramente la conclusione di una terapia avviene in modo ordinato così come ci viene insegnato. Nella chiusura di una psicoterapia possono agire non solo condizioni oggettive, ma anche particolari elementi controtransferali.*"

Le condizioni oggettive, cioè la tipologia di disturbo o di problema, l'area di funzionamento psichico prevalente nei richiedenti e le condizioni socioeconomiche (le loro, e quelle del terapeuta), le storie trigenerazionali

[1] Psicologo psicoterapeuta, direttore della Scuola di psicoterapia Change, Bari

che precedono e accompagnano quelle condizioni, agiscono, eccome. È *il contesto*, cioè il tutto in cui tutto si svolge – *elementi transferali e controtransferali inclusi* – a determina, e andamento e tipologia di conclusione, ed è sempre diverso per ciascuna terapia, e non può che essere diverso.

Se questo fosse vero, si potrebbe concludere semplicemente che è infondata l'aspettativa che possa esserci una "conclusione ordinata" nel senso di pianificata, preordinata, e che si sbaglia a insegnare una cosa che nella realtà non esiste.

La terapia e la sua conclusione, nel contesto

La terapia è nient'altro che un incontro umano, ma è un incontro umano (e un processo relazionale) con caratteristiche speciali, peculiari, non ordinarie.

Ogni incontro umano – quello terapeutico incluso – in quanto incontro tra sistemi complessi, ha in sé due (tra molte altre) caratteristiche forti: 1. è ultra-specifico, cioè unico e irripetibile, e di conseguenza, 2. avrà una sua evoluzione per molteplici aspetti imprevedibile. Di tale evoluzione sarà parte inscindibile il fatto che si concluderà come potrà concludersi, a partire dai suoi stati precedenti.

Ciò vuol dire che poiché tutto è complesso, e dunque imprevedibile, sovradeterminato dal contesto, più o meno già scritto nelle sue premesse, possiamo solo attendere passivamente la conclusione di quel che sta accadendo, e sarà quel che sarà? Niente affatto.

A un incontro che riteniamo importante, e quello terapeutico è un incontro importantissimo, ci si prepara a dovere, e gli si dedica il massimo dell'attenzione e della cura, in ogni istante e per tutta la sua durata. Come si fa (o si dovrebbe fare) in ogni relazione basata sulla cura di qualcuno (un bambino, un ammalato, un carcerato, e così via) da parte di qualcun altro che deve assumere su di sé la responsabilità della cura (un genitore, un insegnante, un sanitario, un agente di polizia, e così via).

La conclusione, la chiusura della terapia, sarà lo specifico esito di quella speciale cura che saremo stati in grado di disporre e praticare, all'interno del processo cooperativo che sarà stato possibile co-determinare insieme chi l'ha chiesto. Sapendo sin da subito che sfortunatamente a volte non si riuscirà a co-determinare un bel niente, per una miriade di diverse ragioni, note, di cui ne accennerò qualcuna.

In ogni caso, *la conclusione è parte essenziale del lavoro congiunto, che deve restare cooperativo anche in questo passaggio*: la si stabilisce insieme, in libertà, con l'obbligo naturale, etico e deontologico del terapeuta di non trattenere (cioè di non sfruttare, economicamente o psicologicamente) chi a lui/lei si è affidato/a, La terapia è *altro* dalla vita ordinaria, e se diventa qualcosa di ordinario non è più terapia, ma elemento di cronicizzazione della condizione che la terapia era chiamata a curare, o intrattenimento a pagamento.

Allo stesso tempo, tuttavia, bisogna tenersi distanti ogni fretta tecnicistica ("la terapia deve concludersi entro tale momento o tale numero di sedute"). La terapia deve durare quel che deve durare, con la semplice regola che vale per ogni tipologia di terapia: essere la più leggera (meno

invasiva, meno drammatica) possibile e deve durare il minor tempo possibile, esattamente come con i farmaci, per i quali si prescrive la dose efficace minima per il minor tempo possibile. Nel nostro caso, se basta una seduta (e a volte succede) ne basta una, se ne occorrono centinaia (e succede anche questo), in un numero imprecisato di anni, si dovranno fare, all'unica condizione che ciò sia nell'esclusivo e appropriato interesse del richiedente, e con il suo attivo e responsabile coinvolgimento.

Provando a ipotizzare delle grossolane tipologie di conclusioni possibili, me ne vengono in mente quattro, nient'affatto originali.

1. Le situazioni migliori

Nei casi migliori, prossimi a quelli che Cambiaso e Mazza definiscono ideali, la conclusione è stabilita congiuntamente e serenamente dopo una evoluzione della terapia che avrà, nelle sue ultime fasi, progressivamente avvicinato la terapia stessa a una relazione ordinaria, tipica dei contesti naturali. Me ne accorgo quando nelle ultime due-tre sedute svolte gli argomenti diventano sempre più frequentemente diversi (più legati alla quotidianità) rispetto a quelli che erano gli originari, e quando mi ritrovo a raccontare in seduta qualche aneddoto personale, non strettamente attinente al nostro lavoro. Le domande sin lì periodicamente poste, del tipo: "Come stiamo procedendo?", "A cosa stanno servendo le sedute che abbiamo fatto sin qui?", ma anche "A cosa stanno servendo i soldi che spende venendo in terapia?" diventano "A questo punto del nostro percorso, c'è qualcos'altro che secondo lei/voi bisognerebbe affrontare nel nostro lavoro?", per poi arrivare a quelle più ultimative "Pensa che potremmo fermarci qui?".

Sapendo bene che l'incontro efficace e soddisfacente costituisce, e insedia fisicamente nella mente di chi ha chiesto aiuto (e in modo diverso anche per chi lo ha dato), un punto di riferimento affidabile, una piccola ma consistente base sicura, insomma, come ricordano Cambiaso e Mazza citando Bowlby. Base sicura cui tornare (anche solo interiormente) quando e se ci sarà bisogno o, dal lato del terapeuta, cui pensare quando si farà il bilancio della propria professionalità e della propria utilità nel mondo.

Ciò non significa affatto che la terapia non finisca mai, ma che la relazione positivamente sperimentata diventa una piccola risorsa permanente, fissata nella memoria, terapeutica per il suo solo essere nella disponibilità effettiva delle persone, anche ove restasse inutilizzata come di fatto accade nella gran parte delle situazioni. Esattamente come avviene per ogni incontro di vita al di fuori della famiglia che ha in qualche modo inciso, e lasciato il segno, in noi: un amico, un insegnante delle medie, una persona amata, un allenatore, un maestro del proprio lavoro, e così via.

2. I casi più comuni

Nei casi più comuni, si assiste a una riduzione o a una scomparsa della sintomatologia, il lavoro si fa progressivamente meno intenso sui nodi originari, migliora il funzionamento globale, le sedute si distanziano perché così appare naturale a tutti, e sfuma, si attenua e si dirada sino a cessare (preferibilmente con - ma qualche volta anche senza - esplicita dichiarazione di sospensione *sine die*, con formule del tipo "E' stato un piacere lavorare insieme. Va bene così, e molto probabilmente in futuro non ce ne sarà

bisogno, ma in caso contrario ci si potrà sempre rimettere in contatto, senza alcun problema”).

3. I casi incerti

Chiedere aiuto non è facile per nessuno, generalmente. Domande difficili attraversano la mente in quei momenti: “Potrò fidarmi? Verrò malgiudicato/o?”, “Deluderò anche lui/lei?”, “Avrò la capacità e la forza di farmi comprendere?”, “La terapia mi farà soffrire ancora di più?”. Nelle situazioni contrassegnate da ambivalenza e contraddittorietà più profonda rispetto al bisogno di aiuto, tali comuni domande sono più intense e più dense, e potrebbero impastoiare, togliere energia e speranza.

Dal *lato dei terapeuti*, spesso l’ambivalenza spiccata della domanda di aiuto produce simmetricamente reazioni di fastidio o di non riconoscimento di ruolo e competenza, che confermano ed enfatizzano l’ambivalenza dei richiedenti. Altre volte, è lo stesso terapeuta ad essere afflitto da idiosincrasie e connesse proiezioni più o meno inconsapevoli: “Non mi piace quella sua tale caratteristica (istrionica, o evitante, o narcisistica, o minacciosa, e così via)”, oppure “Il paziente non è motivato (o è irraggiungibile, o incapace, o troppo lento)”.

Il lavoro potrebbe quindi procedere a fatica, e farsi inconsistente, elicitando a volte una conclusione imbarazzata e senza frutto.

Quando rilevo incertezze ed esitazioni eccessive del paziente, e ipotizzo come alta la possibilità dell’uscita precoce, tento comunque di rendere l'esperienza dell'incontro – che pure è avvenuto, e ciò attesta lo sforzo di chi lo ha richiesto – una esperienza non sgradevole di sua responsabilizzazione. Riconoscendo e onorando la fatica che lo sforzo di farsi aiutare comporta, ma anche la sua libertà di esitare, di fermarsi, di riprendere se e quando lo deciderà nuovamente, e con chi vorrà farlo. Testimoniando contestualmente il limite per fortuna oggettivamente invalicabile di chi è chiamato ad aiutare psicologicamente: egli non potrà mai farlo da solo, dato che le chiavi della propria vita e della propria intimità sono esclusivamente nelle mani di chi la possiede. Seguendo in questo l’insegnamento di Minuchin: "Se mi aiuti, provo ad aiutarti".

La regola che provo ad insegnare ai miei allievi, quando si avverte il desiderio del paziente di uscire dalla terapia è "ponti d'oro per chi accenna a voler uscire", da un lato perché ognuno deve essere e sentirsi libero di fare ciò che ritiene utile per sé, in quel momento, ma anche perché da quei ponti potrà scegliere di ritornare, forse. Restando nella lealtà della relazione terapeutica, e cioè segnalando rispettosamente le criticità già eventualmente emerse e che meriterebbero di essere trattate, nell’interesse della persona, o dei suoi congiunti.

4. I casi critici

Nei casi critici, segnati da rapida interruzione del lavoro, la relazione terapeutica s’interrompe bruscamente a causa della riattivazione di dinamiche profonde in una delle due parti, o di entrambe, non correttamente recuperate.

Questo accade quando dal lato del richiedente non sussiste la minima capacità di autocritica (ad es., la richiesta di terapia era in realtà la richiesta

di condanna di altri, i colpevoli della propria condizione, oppure con l'irruzione di un "attacco al legame", nel funzionamento borderline), o si è incapaci di un affidamento sia pure minuscolo. Ma accade anche quando dal lato del terapeuta si mette in atto un comportamento verbale e/o non verbale, poco importa se consapevole o meno, di sostanziale rifiuto della persona (e accade anche questo) per qualche disturbo o difficoltà del medesimo terapeuta. Ad es., l'essere assorbito da un proprio lutto in quel momento, o per l'emersione di propri nodi irrisolti scatenata dalle caratteristiche di quel paziente, attinenti le proprie relazioni familiari o sentimentali, o ancora per l'attivazione di dinamiche di rango o di seduzione, eccetera.

Il sentimento di disagio, di non riconoscimento o di rifiuto (attivato o subìto), aleggia in tali situazioni critiche sin dalle prime fasi dell'incontro, segnalato da qualche tipo di eccesso (troppe aspettative o nessuna, da uno o da entrambi i lati della relazione).

È sempre consigliabile, ma nei casi critici dovrebbe essere considerata forma obbligatoria di autotutela, come segnalano Cambiaso e Mazza, il mettersi in contatto con colleghi e chiedere confronto, sapendo anche che incidenti di questo genere indicano una cosa umanissima e tecnicamente necessaria: la terapia d terapeuta.

Alberto Vito [2]

Le seguenti considerazioni sono scaturite dalla lettura dell'articolo di Cambiaso e Mazza "Si può chiudere la terapia?", pubblicato sul n. 5 di Frattali. Effettivamente il tema è rilevante, sia perché sono molteplici sia le modalità con cui si può concludere una terapia sia i significati da attribuire a tale conclusione, anche perché si tratta di una fase in cui sono molto attive le dinamiche interne, sia dei pazienti che del terapeuta.

Ed è pur vero, come loro fanno notare, che si tratta di un argomento scarsamente affrontato nei contributi attuali sulla psicoterapia, anche in ambito sistemico.

A tal proposito avanzo un'ipotesi suggestiva: non è che tutti subiamo in eccesso il fascino della prima seduta? Anche una nota pubblicità di una casa automobilistica, per la verità riferendosi in modo improprio agli studi di Albert Mehrabian sull'importanza dei messaggi non verbali, vorrebbe farci credere che bastano sette secondi, sette dannati secondi, per farsi un'idea rilevante dell'altro. Con un esempio forzato, come avviene per i tossicodipendenti, che raccontano come decisivo e indimenticabile il primo incontro con la sostanza, non è forse vero che la prima seduta ci appare sempre la migliore? Nel primo incontro si dà il meglio di sé, poi si tenta di essere all'altezza di questa prima mitica volta. È indubbio che con un paziente nuovo si avverte maggiormente la curiosità, ci si predispone meglio, non si subisce la routine o finanche la noia, c'è il dubbio di piacere o meno.... A parziale consolazione, va pure detto che, se la prima seduta è stata fantastica, poi si può solo peggiorare (è il destino di ogni idealizzazione), mentre nel caso in cui la prima seduta è andata maluccio, poi si può solo migliorare.

Tornando al tema principale, in premessa, concordo con gli autori che reputano l'esito di un percorso psicoterapeutico inscindibile dal contesto in cui esso è avvenuto e va considerato esclusivamente all'interno del contesto. In particolare, per me, va messa in risalto, nella cornice contestuale in cui situare l'esperienza clinica, la definizione degli obiettivi.

Infatti, per poter definire in modo corretto la chiusura della terapia, e quindi poterla valutare come interruzione, conclusione, esito positivo o meno, occorre prima aver definito gli obiettivi del percorso. Di per sé, quasi nessuna scelta umana è giusta o sbagliata in assoluto e va valutata secondo il traguardo che si intende raggiungere. Con un esempio un po' sciocco, andare in pizzeria è utile se si ha fame, ma sbagliato se bisogna riparare le ruote dell'auto. Analogamente, è sbagliato recarsi dal meccanico se si intende mangiare una pizza. E non è detto che, anche persone di buon livello culturale, abbiano chiaro che cosa aspettarsi da un percorso psicologico.

Un aspetto problematico è che l'esplicitazione degli obiettivi del percorso terapeutico non sempre avviene in modo chiaro e, anche quando si concordano degli obiettivi ad inizio del percorso, non è detto poi che quelli siano davvero gli scopi più significativi, in quanto questi possono emergere soltanto durante il percorso. Non va trascurato che anche il raggiungimento

---

[2] Responsabile UOSD Psicologia Clinica A.O. dei Colli (NA). Didatta Scuola Romana di Psicoterapia Familiare.

o meno degli obiettivi può essere valutato in modo difforme tra il terapeuta e il paziente.

Finanche la risoluzione del comportamento sintomatico non è necessariamente l'obiettivo più importante, o, almeno, può non esservi consenso assoluto tra i terapeuti di diversi orientamenti teorici, mentre quello di una migliore conoscenza di se stessi e dei propri meccanismi può risultare eccessivamente generico. Per alcuni, l'obiettivo è legato alla valorizzazione della crisi, come momento rivelante l'individualità della persona.

Vero è che la psicoterapia ha un'alta componente soggettiva e, inoltre, modelli teorici differenti ragionano ponendosi finalità diverse. In ogni caso, resta il fatto che talvolta gli psicoterapeuti si rifugiano dietro una definizione vaga degli scopi del percorso clinico che genericamente può essere utilizzato per stare meglio, o per migliorare la conoscenza di sé e la consapevolezza, mentre secondo me sarebbe opportuna una definizione meno vaga di quali siano gli obiettivi da raggiungere. Solo tale operazione preliminare può successivamente consentire di valutare in modo realistico l'efficacia del percorso.

Gli autori del bel articolo propongono, in prima battuta, che una valutazione sugli esiti della psicoterapia possa essere fatta tenendo conto del grado di autonomia del paziente, della sua capacità di fiducia e di collaborazione, a partire dal rapporto con il terapeuta, del realismo delle aspettative, della qualità dell'autostima, della vita di relazione. Le macro-aree da osservare sono: a) le strategie utilizzate dal paziente nelle sue relazioni attuali; b) la qualità della relazione terapeutica; c) la genesi delle funzioni difensive a partire dalle prime relazioni significative. Ciascuna di queste tre aree può essere utilizzata anche per formulare ipotesi che concernono le altre due.

Come suggerito da Cambiaso e Mazza è utile concordare con il paziente la fine delle sedute. Uno dei vantaggi di una conclusione concordata è quello di consentire una restituzione reciproca, sia da parte del terapeuta, il quale può soffermarsi sui risultati raggiunti, sia da parte del paziente che ora può più liberamente esprimersi anche a proposito della relazione terapeutica. Questo è un buon modo per facilitare la separazione, preannunciando o iniziando a parlare di questa eventualità settimane o finanche alcuni mesi prima della conclusione del percorso.

Dal mio punto di vista empirico, la terapia si avvicina a conclusione quando la conversazione langue, il tempo è quasi esclusivamente dedicato al racconto da parte del paziente di ciò che è avvenuto tra una seduta e l'altra, che io definisco genericamente "l'attualità", con poco spazio per la mentalizzazione e si riduce la portata emotiva degli incontri. Banalmente, la terapia si avvia a conclusione quando si finisce per parlare del più e del meno....

In alcuni casi personali, ho trovato molto proficua persino l'interruzione della terapia dopo pochissime sedute, laddove questo sia servito a far emergere lo scarso impegno, il desiderio di delega o l'eccessiva ambivalenza della richiesta d'aiuto. Ricordo, a questo proposito, come particolarmente efficaci gli incontri avuti con una giovane donna che scelse di interrompere il percorso dopo appena due sedute. Il tema era la sua libertà di fare scelte nella vita privata, purché fosse poi disposta ad accettare le possibili

conseguenze di tali scelte. A distanza di tempo, mi ringrazia per la chiarificazione ricevuta.

Altro tema affrontato nell'articolo riguarda la situazione non infrequente in cui, a distanza di anni, il paziente ritorna per affrontare nuovi episodi della propria vita. Proprio recentemente una signora, con cui si era concluso anni fa un proficuo percorso individuale, mi ha chiesto di essere sostenuta in questo particolare momento, in cui un figlio sta affondando il complesso iter per il cambiamento di genere. Tenendo conto di tali eventualità, mi pare questo il motivo per cui, anche dopo un lungo percorso, non si deve diventare amico dei propri pazienti. La funzione terapeutica deve rimanere aperta sempre, e sta al paziente la possibilità di utilizzare o meno questa opzione. In questo senso, per citare Freud, l'analisi è terminabile ma non cessa mai la funzione terapeutica, anche in assenza di un prosieguo delle sedute.

Concludo pensando alla nostalgia. Tale stato d'animo può essere negativo se si tramuta in rimpianto per un passato che non ritornerà più. Ma la nostalgia può essere anche un ottimo combustibile per la vita futura. Solo chi ha amato ed ha sperimentato relazioni ricche può provare nostalgia per ciò che ha vissuto, con la voglia di rivivere, in forme diverse, ciò che è già accaduto. In questo modo, anche la nostalgia si tramuta in un'espressione vitale. Sia per il paziente, sia per il terapeuta possono comparire la nostalgia per il comune percorso di vita attraversato. L'emergere della nostalgia e anche di un reciproco sentimento di gratitudine può essere un buon viatico per le relazioni successive. Ancora una volta, oltre agli avvenimenti in sé, emerge l'importanza di come noi ce li rappresentiamo e con quale colorazione emotiva li abitiamo.

Iva Ursini[3]

L'articolo di G. Cambiaso e R. Mazza, mi ha immediatamente interessato e incuriosito già dal titolo perché quando l'ho letto stavo progettando una giornata di studio SIRTS sul confronto tra risultanze da follow up realizzati in Centri di Psicoterapia della coppia e della famiglia dell'ASL di Milano circa un decennio fa e follow up realizzati da un Centro di Terapia Sistemica del CHS (*Centre Hospitalier Spécialicé*) della Savoia a Chambery, su terapie con coppie e con famiglie svolte in passato e ancora in corso.

Ho pensato che i materiali che saranno discussi nel corso della Giornata SIRTS possono rappresentare alcune iniziali risposte alla domanda posta dagli autori. La scelta spontanea delle due équipe terapeutiche con formazione sistemica, in differenti contesti di lavoro, di riflettere sugli esiti delle psicoterapie da loro condotte e sottoporle a valutazione da parte delle coppie/famiglie seguite, parte proprio da alcune domande quali: era opportuno concludere quella terapia? Era il momento giusto? Come avranno percepito la durata complessiva del percorso? Avranno percepito la collaborazione e la co-costruzione della qualità del percorso che ha determinato la conclusione della terapia? Si sono sentite ascoltate anche nella decisione di concludere la terapia? La giornata affronterà questi ed altri aspetti, ma scelgo solo di riportare i dati emersi dal follow up dei centri di Psicoterapia della coppia e della famiglia dell'ASL di Milano relativamente alla domanda "Ricorda come si è conclusa la Terapia?" A questa domanda il 30% delle coppie/famiglie intervistate rispondono ricordando che la decisione è stata presa su iniziativa della coppia/famiglia, accettata dal Terapeuta e il 49 % ricorda che l'iniziativa è stata del Terapeuta, accettata dalla coppia/famiglia.

I Terapeuti intervistati a loro volta rispondono di ricordare che il 26% delle coppie/famiglie ha preso la decisione poi accettata dal Terapeuta e che nel 52% dei casi l'iniziativa è stata del Terapeuta, accettata poi dalla coppia/famiglia.

L'11% delle coppie/famiglie ricorda di non essersi presentato più alle sedute. Quest'ultimo aspetto ha sollecitato ulteriori riflessioni nelle equipe che potrebbero giovarsi dei suggerimenti sviluppati nell'articolo quali l'analisi di alcuni segnali di fine terapia e gli spunti operativi offerti.

L'articolo mi ha indotto a ricordare, con piacere e nostalgia, una Terapia familiare svolta al Centro Milanese di Terapia della Famiglia (CMTF) da Luigi Boscolo negli anni '80 che insieme con due colleghi di training avevo sbobinato e trascritto dal primo colloquio alla seduta conclusiva e che, tutti insieme, avevamo discusso con Boscolo e Cecchin al di fuori dell'orario di training, proprio mettendo a tema, in vari incontri, le varie fasi della terapia.

---

[3] Psicologa, psicoterapeuta sistemico-relazionale, didatta e supervisore in Istituti di formazione sistemica e nel Master di clinica sistemica con la coppia. Past -President SIRTS, didatta e membro della Commissione clinica e didattica SIPPR, membro del Board EFTA CIM.

Era l'epoca in cui la Terapia familiare sistemica era definita "breve" per numero di sedute e "lunga" per l'intervallo di tempo posto tra le varie sedute. In quel caso la chiusura si era realizzata concordemente da parte della famiglia e da parte del Terapeuta e anche a noi, giovani terapeuti, era sembrato opportuno che si concludesse in quel tempo e in quel modo perché avevamo osservato che il disagio e l'invischiamento con cui la famiglia era giunta al Centro si erano dissolti ed emergeva maggior libertà da parte di tutti gli elementi del sistema familiare. Nel mio studio privato per le terapie di coppia o familiari scelgo sempre la co-conduzione, modalità che genera nei pazienti curiosità ed esperienze di dissenso generatrici di nuove storie e punti di vista alternativi. Il tema della "dissolvenza" - termine suggestivo - discusso nell'articolo anche nella mia esperienza professionale l'ho incontrato sia nel pubblico sia nel privato, prevalentemente nelle terapie individuali e mi interrogo quanto sia da connettere al mio stile terapeutico con l'individuo, piuttosto che con le coppie e le famiglie.

Su tutti questi aspetti G. Cambiaso e R. Mazza avranno occasione di sviluppare ulteriori pensieri nei lavori della Giornata SIRTS del 25 novembre 2023 a Milano a cui sono stati calorosamente inviati a partecipare da parte di tutto il Direttivo.

ARTICOLI

L'ADOLESCENTE ADOTTATO TRA ESSERE E RICORDARE

Flavia Facco[1]

RIASSUNTO. Nell'articolo viene esplorato il significato e le conseguenze della perdita dell'involucro relazionale da parte del bambino a seguito della sua adozione. Tale perdita può comportare un vuoto di ricordi che può avere ricadute sul senso di coesione del sé e sulle dinamiche relazionali intrafamiliari durante la crescita e nel processo di adozione. L'autrice suggerisce come i genitori adottivi possono affrontare e risignificare tale vuoto e la domanda sulla ricerca delle proprie origini da parte dall'adottato.

SUMMARY. In this article the author points out the meaning and the consequence of the loss of relational envelope for the adopted child after his adoption. This loss may cause an emptiness of past memories that may create a disruption of the self-cohesion and may cause specific familiar dynamics. The author points out how the adoptive parents may cope this issue, may give sense to the emptiness of memories and help the adopted son that is seeking the own self birth origin.

PAROLE CHIAVE. adozione, attaccamento, identità, intersoggettività, memoria emozionale, ricordo, ricerca origini, separazione

INTRODUZIONE

1. AMNESIA INFANTILE E POTATURA SINAPTICA

Tutti noi siamo abbastanza consapevoli di non avere memoria dei nostri primi anni di vita. Questo fenomeno fu definito da Freud agli inizi del '900 come amnesia infantile. La teoria freudiana che interpretava la dimenticanza come effetto della repressione di pensieri traumatici legati allo sviluppo psicosessuale è stata in realtà confutata dalle neuroscienze.

Verso la fine degli anni '90, grazie alla Risonanza Magnetica, gli studi sulle neuroscienze hanno messo in luce le modalità di maturazione del cervello dall'infanzia alla età adulta. Un concetto interessante è proprio quello della potatura sinaptica che sarebbe responsabile della amnesia infantile. Tale processo sarebbe fisiologico (Gogtay N. Giedd J.N. 2004) e del tutto

[1]Psicologa psicoterapeuta.

necessario al corretto sviluppo del funzionamento cerebrale. La potatura sinaptica (pruning) o sfoltimento sinaptico è necessario (Rosa C. Paolicelli et al. 2011) in quanto verrebbero eliminate dal cervello le connessioni che sono meno utilizzate per far posto a nuove connessioni sinaptiche. Già una prima potatura avviene durante la gestazione. Ci sono ipotesi che proprio mancate potature o potature anormali possano essere relate a disturbi dello spettro autistico e Alzeheimer (H-J.Kim et altri 2017).

In effetti sappiamo che i bambini piccoli sono in grado di avere ricordi anche precisi, ma crescendo non li conservano. Non sembra esservi neppure una relazione con la comparsa del linguaggio verbale, in quanto a sei mesi i ricordi dei bambini si mantengono per almeno un giorno; subentra poi la dimenticanza che inizia intorno ai sei sette anni. In effetti intorno ai sei anni c'è una fase di sinaptogenesi nella quale si infittiscono i collegamenti tra i neuroni e si creano nuove vie per gli impulsi nervosi.

Il decremento dei ricordi progredisce dunque in base all'età. Infatti verso gli otto anni i bambini possono ricordare molto meno, circa la metà. Come abbiamo osservato in base agli studi delle neuroscienze tale dimenticanza sarebbe legata allo sviluppo del cervello durante l'infanzia, ovvero con la crescita di nuove connessioni tra neuroni (neurogenesi) e con la successiva "potatura" dei legami precedenti. Nella fase infantile l'ippocampo, centrale operativa della memoria, è in via di costruzione e ristrutturazione. I ricordi maturati scompaiono per fare posto ad altri. Di questo periodo abbiamo dunque universalmente come esseri umani un vuoto. E questo sarebbe il prezzo da pagare per la maturazione del cervello.

Alcuni ricercatori hanno rilevato che i circuiti dei primi ricordi in realtà non scompaiono ma verrebbero integrati in nuovi circuiti che però li rendono irriconoscibili.

2. IL RUOLO DEL CAREGIVER NELLA MEMORIA AUTOBIOGRAFICA

Di fatto per gli esseri umani i primi anni di vita sono senza consapevolezza. È un periodo che può essere rappresentato come una specie di vuoto. Ma tale vuoto quando non intervengono eventi che comportano la separazione dal caregiver di colui/e che è venuto al mondo, non è in verità un vuoto incolmabile.

Il lasso di tempo che noi non ricordiamo è in realtà ricordato da altri, è un lasso di tempo e di vita contenuto, tracciato (si direbbe oggi) nell'involucro protettivo del legame affettivo che sappiamo declinarsi attraverso prima la simbiosi e poi le vicende di autonomizzazione e rapprochment.

Secondo la teoria della Mahler (1978) sulla nascita psicologica, il bambino alterna momenti di autonomizzazione a momenti nei quali torna all'oggetto d'amore per fare rifornimento affettivo. Tutti questi movimenti affettivi che segnano l'inizio del nostro essere al mondo, con il nostro temperamento, le nostre facezie, i nostri bisogni universali, il nostro modo di esprimerli, hanno luogo appunto dentro i confini protettivi del legame, in quello che è un vero e proprio involucro significante. La loro storia è contenuta ed elaborata dalla mente del caregiver che vicaria quella del bambino, mente quest'ultima che va lentamente formandosi e plasmandosi proprio grazie all'opera significatrice dell'adulto.

L'adulto conserva quindi quei ricordi che poi vengono spesso restituiti al bambino come eventi significativi della sua vita in relazione ad altri sul piano affettivo. Li elabora e li trasforma da tracce mnestiche a tracce verbali, e tali li restituisce al bambino.

Racconta l'adulto al bambino "Facevi così, piangevi forte per la fame, eri così...quel giorno ti è successo questo...hai fatto quel gesto ...". Il bambino non solo fa parte della storia del legame, ma è esso stesso chiamato in causa e nominato nella sua identità, nel suo essere nel mondo, nel suo essere venuto al mondo e nel suo proprio modo di stare al mondo. Può avere contezza di un suo esistere "prima", di un suo esistere in un altrove che non è desertificato ma pieno di presenze di cui anche lui fa parte, in un presente che racconta un passato insieme all'altro da sè, un passato relazionale e sociale.

Cosa accade quando la separazione contigua alla nascita o dopo pochi mesi o anni dalla nascita, lacera quel tessuto connettivo costituito dalla presenza fisica e mentale di un adulto depositario dei ricordi, depositario della intera storia del bambino? Adulto che è stato testimone della nascita del bambino, del suo concepimento e del suo essere venuto al mondo?

La perdita dell'involucro affettivo, che è costituito da una rete familiare, non solo dal caregiver, ma anche dallo spazio fisico ovvero da luoghi significativi sul piano affettivo, da oggetti simbolici, quando è una perdita definitiva, è come quando una usb si deteriora e i file si cancellano per sempre. Non c'è possibilità di recupero.

3. PENSARE CON LA MENTE DELL'ALTRO E ALLA MENTE DELL'ALTRO

Dopo l'adoziOne o durante il periodo di collocamento provvisorio, agli operatori psicosociali viene chiesto dal Tribunale dei Minori di monitorare il buon andamento della adozione. Si apre pertanto uno scenario denso di significato rispetto agli obiettivi che gli operatori possono perseguire e contrattualizzare con la famiglia.

Durante il periodo di monitoraggio del post adozione non si tratta di avviare un lavoro terapeutico finalizzato a ristrutturare la personalità o a trovare una soluzione ai conflitti, né di cambiare il mondo delle rappresentazioni oggettuali e del Sé operando nel profondo. Non è infatti questo l'oggetto del contratto, del mandato che i professionisti psicosociali hanno con i genitori. I genitori in questo caso non si riconoscono, né sono chiamati a riconoscersi come "pazienti" in prima persona.

Si tratta piuttosto, in questa fase così cruciale per lo stabilirsi dell'attaccamento fra bambino adottato e i suoi genitori adottivi, di favorire l'emergere non solo degli affetti ma anche delle capacità di mentalizzazione della mente del bambino sia da parte dei genitori che da parte dei professionisti psicosociali.

L'intervento psicologico che viene attivato presso i servizi (in genere quelli Consultoriali) ha quindi l'obiettivo di costruire lentamente, attraverso i racconti dei genitori e le osservazioni anche a domicilio delle relazioni familiari, che si formi una mente di gruppo che contiene quei frammenti di storia di cui i genitori hanno conoscenza attraverso ciò che hanno appreso dalle istituzioni, dai documenti, dal tutore del bambino, una mente gruppale

che sia in grado anche di contenere ciò che non si conosce, dando attenzione a ciò che manca, un po' come si sa che un vaso ha strutturalmente il suo vuoto.

Si tratta di fare in modo che le funzioni di pensiero collegate alle emozioni, lavorino sui fatti osservati e poi descritti nel setting di lavoro, sulle emozioni che vengono sollecitate, ma anche su ciò che subito non appare e non è immediatamente appartenente alla consapevolezza o visibile. Questo materiale "archeologico" ha bisogno poi di uno spazio e un tempo per essere narrato, letto e interpretato in modo da dare un senso a ciò che in apparenza si mostra come enigmatico. Soprattutto ha bisogno di essere messo in parola.

È un lavoro che assomiglia molto al Kintsugi, tecnica giapponese che consente di riparare oggetti fragili utilizzando l'oro tra un frammento e l'altro. L'effetto ottenuto è sempre molto estetico e sorprendente in quanto l'oggetto rotto appare nuovamente bello e fruibile.

L'adozione avvicina i genitori ad un bambino che è "ferito" e la stessa istanza per l'adozione riporta la necessità che il personale psicosociale indaghi se i genitori aspiranti abbiano compreso le capacità "riparatorie" della adozione.

È evidente che si tratta di capacità affettive, ovvero di creare una buona relazione di attaccamento con un bambino/a non nato da sé, ma è altrettanto necessario e imprescindibile considerare che sono requisito fondamentale le capacità empatiche e di riflessione, ovvero le capacità di pensare con la mente dell'altro e alla mente dell'altro non lasciandosi travolgere da emozioni spesso intense né facendosi angosciare da ciò che apparentemente può sembrare privo di senso.

Durante i corsi di formazione uso spesso la metafora del kintsugi per spiegare che a fronte di ciò che può essere percepito come "rotto e da riparare" il genitore può fare un lavoro di connessione dei frammenti che si trova a percepire, a osservare.

L'oro o i metalli preziosi usati nel Kintsugi li equiparo alle funzioni riflessive e affettive dei genitori quando sono capaci di tenere "insieme i pezzi" dando origine a qualcosa che ha una "forma", dunque un significato, dunque un simbolo, dunque parola che "riflette e connette" ciò che sembra sconnesso.

Questi frammenti davanti ai quali i genitori si trovano, possono essere frasi, ricordi, gesti, comportamenti, sogni, incubi messi in scena dal proprio bambino, che in apparenza sono sconnessi tra loro.

Durante la fase di monitoraggio, sollecito spesso i genitori ad usare anche l'intuizione lasciando da parte pregiudizi e valutazioni. Ma soprattutto a non dimenticare che il bambino ha un passato esistito indipendentemente da loro. Ovvero di non riferire sempre solo al presente il significato di alcuni comportamenti.

Non è infrequente ad esempio che i bambini adottati abbiano delle idiosincrasie, dei rifiuti, delle fobie, delle violente e improvvise crisi emozionali che agli occhi dei genitori adottivi sono altrettanto inquietanti in quanto fenomeni privi di un nesso comprensibile nell'immediato.

Ricordo ad esempio il caso di una piccola bambina adottata da pochi mesi che non appena sentiva le campane suonare mostrava paura intensa e la madre adottiva non ne comprendeva il motivo.

In queste situazioni può giovare dare elementi anche "didattici" ai genitori aiutandoli a comprendere ad esempio quali possono essere i sintomi o gli esiti di un disturbo post traumatico. O semplicemente aiutare a tollerare l'enigmaticità del comportamento del bambino senza per forza saturare di significati personali scivolando verso la proiezione.

E' un esempio la coppia che a fronte di un importante disturbo linguistico della figlia adottata, fantasticavano che la stessa fosse stata in qualche modo bullizzata durante la permanenza in istituto, avesse attraversato un periodo di depressione prima di essere stata adottata.

Un lavoro di approfondimento durante il monitoraggio post adottivo mise invece in luce che vi erano degli aspetti luttuosi e di perdita nella madre adottiva di quella che era la sua "bambina ideale". Questi elementi inconsci rischiavano di essere in qualche modo sovrapposti all'immagine reale della bambina e di favorire una risonanza che riverberava poi in difficoltà nel processo di separazione individuazione della bambina stessa.

Accogliendo ed esplorando le ideazioni e le emozioni sollecitate dal comportamento del bambino/a adottato, fornendo le giuste spiegazioni sul fatto che il bambino perdendo i luoghi di appartenenza e l' involucro relazionale, vuoi che sia stato disfunzionale, vuoi che sia stato supportivo come per i bambini inseriti in comunità o in affido, perde i ricordi e le abitudini, si evita che i genitori mal interpretino i comportamenti dei figli adottati equiparandoli alle volte a "capricci" o fenomeni oppositivi.

Altro esempio non infrequente riguarda non solo i ricordi ma anche le abitudini. Spesso i genitori adottivi impiegano molto tempo a convincere i bambini ad assumere comportamenti corretti dal punto di vista della igiene personale, delle abitudini a tavola.

Ricordo un padre che per convincere il figlio a superare la paura della doccia fece lui stesso la doccia vestito per tranquillizzarlo. Alcuni bambini non sanno cosa sia un letto, l'igiene personale, mangiare a tavola.

La dimenticanza del genitore adottivo che il proprio bambino ha un passato, spesso non è altro che il desiderio inconscio di negare l'adozione, comprensibile umanamente, ma che deve essere sempre un focus di attenzione da parte dello psicologo che ha in carico la famiglia nel post adozione o nella consultazione spontanea.

4. ADOLESCENZA, ADOZIONE E CONTINUITÀ DEL TEMPO VISSUTO

Non di rado i genitori adottivi chiedono una consultazione spontanea durante la adolescenza del proprio figlio o è il figlio stesso che la chiede.

Lo psicologo si trova allora ancor più chiaramente a cogliere che la persona che ha vissuto la lacerazione dell'abbandono alla nascita, o poco dopo della nascita, debba suo malgrado confrontarsi con un gran vuoto. Un vuoto che può spingere il soggetto a dubitare della propria identità, della propria origine.

Poiché i ricordi emotivi del proprio passato fanno parte della memoria autobiografica, ovvero di un tipo di memoria episodica che riguarda eventi personali particolarmente significativi per la propria storia, la perdita dei ricordi compromette il senso di continuità, stabilità e coesione del sé.

È nel periodo adolescenziale che i ragazzi cominciano a padroneggiare il genere narrativo che è il genere autobiografico. Lo sviluppo del concetto di Sé e lo sviluppo di abilità narrative in adolescenza si fondano nel processo di costruzione della storia della propria vita. È il momento nel quale i ricordi di particolari eventi personali si integra con lo sviluppo del sé.

"L'identità o Sé diventa un tema centrale quando l'adolescente inizia a notare le incongruenze tra se stesso nel presente e nel passato e ad immaginare diverse possibilità future per sé.

Il tentativo di unificare o rielaborare il passato, il presente e un futuro anticipato è alla base del processo con cui gli adolescenti riflettono sulle loro esperienze di vita, selezionando alcuni episodi come particolarmente significativi per la comprensione di sé, di ciò che si è stati, si è attualmente e si vorrebbe essere in futuro.

In questo senso il contenitore affettivo può fungere da memoria vicariante, una memoria che può colmare i vuoti, le dimenticanze. Si pensi al ruolo della fotografia familiare e degli oggetti di appartenenza. Anche se è una soggettiva che esprime il ricordo altrui, il punto di vista dell'altro, il suo valore biografico aiuta a ricomporre la lacerazione.

Se condividiamo come terapeuti che la pratica clinica si fonda su due pilastri, l'ascolto della soggettività del paziente e il riconoscimento della sua storia, credo sia importante nel processo di presa in carico della famiglia adottiva aver cura quanto più possibile di tenere a mente questo vulnus della perdita dei ricordi inscritti nella matrice relazionale primaria.

Essere adottati significa anche e non solo essere "senza ricordi". Significa sentirsi scagliati nel mondo con un vuoto alle spalle. Ecco che la ricerca affannosa delle proprie origini va pensata come un recupero di questo vuoto, come ricerca di un sé ignoto piuttosto che la sola ricerca del volto della madre.

Di questo vuoto appare necessario fare fenomenologia e tenerlo molto in conto. Poiché esso può essere accettato come un significato sostanziale della propria venuta al mondo, può essere compensato con un immaginario grandioso o minaccioso, può essere negato, può dare l'impulso ad una ricerca creativa quand'anche distruttiva dei nuovi legami costruiti.

"E' come se fosse sempre stato con me" dicono alle volte i genitori adottivi, frase tanto bella da sentire quanto altrettanto irta di spinosi rischi.

"Discendo da una importante dinastia", mi sono sentita un giorno dire da un adottato evidentemente bisognoso di compensare con una immaginaria grandiosità l'assenza di tracce sulle proprie origini.

Tutti noi ricordiamo con l'aiuto di tracce. Oggetti, foto, scritti, ricordi mentali propri ma anche altrui. A chi non è successo di non sapere di aver certi ricordi che improvvisamente si affacciano perché attivati da uno stimolo?

Come può ricordare un bambino adottato il periodo precedente alla sua adozione? L'assenza di oggetti, di scritti, persino la perdita dell'ambiente di provenienza, l'assenza di quel "raccoglitore" adulto che tiene l'archivio, il custode dei ricordi, la perdita della raccolta della fotografia familiare, fa la differenza.

Ecco un esempio tratto dalla biografia di Marquez (2003).

"Lì iniziava il mondo mitico delle camere da letto...Lì, senza avvertenze, mia madre mi fece la sorpresa più inattesa con un'enfasi trionfale.

"E qui sei nato tu!"

Non lo sapevo fino ad allora, o l'avevo dimenticato, ma nella camera successiva trovammo la culla in cui avevo dormito fino ai quattro anni, e che mia nonna aveva conservato per sempre. L'avevo dimenticata, ma non appena la vidi ricordai me stesso che piangevo strillando col pigiamino a fiorellini azzurri che indossavo per la prima volta, affinché qualcuno venisse a cambiarmi i pannolini pieni di cacca. A stento riuscivo a tenermi in piedi aggrappandomi ai sostegni della culla, piccola e fragile come il cestino di Mosè. Tutto questo è stato motivo frequente di discussione e burle di parenti e amici, cui la mia angoscia di quel giorno sembra troppo razionale per un'età così precoce. (p. 44)

Marquez è convinto del proprio ricordo e delle emozioni correlate al ricordo, ma i parenti sanno che ad una età così precoce le considerazioni "razionali" possono essere state solo a posteriori e facilmente il ricordo è stato per così dire "registrato, archiviato" dagli adulti e successivamente raccontato e trasmesso alla mente di Marquez.

Moltissimi sono poi i ricordi che Marquez racconta e che sono elaborati sulla base di racconti di conoscenti, parenti, amici.

In sostanza è molto chiaro leggendo qualunque biografia, come i nostri ricordi non siano solo "nostri" ma essi siano tenuti in vita e protetti dal deterioramento, seppur arricchiti e deformati o depauperati, dalla rete di relazioni affettive e sociali che tutti intessiamo nella nostra vita. Poco importa se i ricordi sono sempre una soggettiva dell'autore, essi comunque esistono e segnano traccia dell'esistenza di quella persona, pur carichi di proiezioni, negazioni, ovvero di tutto il portato psicologico.

Come dice Borgna (2009) "La memoria è immersa nel tempo, nasce dal passato, e vive del passato, e dalla memoria vissuta (dalla memoria interiore) sgorgano continuamente i ricordi che si modificano di stato d'animo in stato d'animo, di situazione in situazione, e che si intrecciano senza fine con i modi con cui riviviamo, o ci è possibile rivivere, l'avvenire: il futuro. La memoria vissuta è la memoria emozionale, la memoria come luogo di esperienze interiori e di emozioni provate nel passato, e riattualizzate nel presente."

Durante la propria storia di vita l'adottato è sempre sbalzato suo malgrado in un altrove, anche più volte; quella definitiva che istituisce socialmente un nuovo stato d'essere è quando viene accolto nella famiglia adottante. La sua storia si divide in un al di qua e un al di là, c'è come una soglia nella sua vita, oltrepassata la quale, c'è un cambio di stato e di conseguenza di identità sancito dal cambio del cognome.

Si pensi al fatto che molte famiglie parlano all'adottato di una seconda nascita stabilendo quasi, e non di rado, una cesura tra il prima dell'adozione e il dopo dell'adozione. Il tempo quindi non è più lineare ma frantumato in un "prima" e in un "poi".

L'adottato preadolescente, se adottato dopo il periodo in cui la memoria è attiva, ha di contro i suoi propri ricordi che appartengono ad un mondo esperito da lui solo, ricordi che non sono mai stati contenuti nell'involucro affettivo e sociale della famiglia adottiva né sono raccontati o comunicati. La famiglia adottiva si trova dunque a fare i conti anch'essa con un vuoto/pieno difficile da maneggiare e tollerare.

Se è vero che i ricordi sono sempre falsati, rielaborati e rappresentati in chiave soggettiva, è pur vero che essi possono essere "con-tenuti" all'interno dei confini del gruppo di appartenenza, della propria genealogia, e quindi in qualche modo almeno parzialmente verificabili, recuperabili attraverso la trama della narrazione familiare che può storicizzare il proprio e altrui tempo vissuto in un rimando di relazioni dinamiche e interconnesse.

Solo nell'involucro relazionale (nel migliore dei casi familiare) possiamo sentirci dire "ti ho messo al mondo con tuo papà, in quel luogo, perché...Ricordo che tu eri fatto così e cosà..." In sostanza l'interiorità dell'uno rimanda all'interiorità dell'altro in una trama di relazioni dialettiche con gli altri da noi nel contesto di una interminabile intersoggettività.

Solo nell'involucro relazionale possono esservi luoghi ed oggetti in qualche modo "stabili" che creano legami associativi solidi e appunto tangibili, che forniscono le loro prove di realtà pur consentendo tutti i possibili giochi di proiezione e deformazione.

Come per tutte le persone anche gli adottati hanno tracce mnestiche che fanno il loro lavoro, ma lo fanno in modo diverso e con conseguenze diverse anche in base all'età nella quale vengono adottati.

In effetti l'adottato può anche essere privo di ricordi se adottato prima che la facoltà di memoria si sia strutturata ed inoltre sappiamo che il trauma ha effetti del tutto particolari sulla funzione di memoria. Non mi riferisco quindi alle tracce mnestiche di tipo sensoriale che possono essere comunque preservate ma ai ricordi verbalizzati, mentalizzati e strutturati in una forma linguistica, veri o falsi che siano.

Dice Borgna (2009) che i "ricordi infatti possono assumere i loro significati emozionali ed esistenziali solo se non è disturbata la continuità intenzionale del tempo: solo se e quando, passato, presente e futuro si integrano e si correlano unitariamente consentendo alla esistenza umana di storicizzarsi."

Ma la vita umana può farsi storia perché c'è qualcuno che la scrive, la documenta, se ne fa testimone.

Si pensi dunque a quanto le vicende adottive frantumino la continuità del tempo per gli adottati.

Se nessuno di noi può ricordare ciò che avviene nei primi anni di vita, è vero altresì che c'è qualcuno che ricorda per noi, che in qualche modo è causa prima della nascita della nostra "mente" e financo dei nostri ricordi.

Mi viene in mente al proposito un ragazzino adottato che insisteva a rivendicare la paternità di un ricordo risalente a un periodo nel quale era impossibile che lo avesse elaborato lui stesso. Non sarebbe strano che la sua insistenza possa essere l'effetto del bisogno di radicarsi in se stesso.

La ricordanza più terribile di cui un umano possa essere privato è quella sulle proprie origini, sulla propria genealogia. Se si può tollerare e perdonare di essere nati per sbaglio, di essere frutto di un accoppiamento infausto, non è possibile tuttavia tollerare di non sapere da chi si è nati. È come essere un uomo senza volto, e non a caso il sangue è chiamato in causa per legittimare i legami ed è considerato più di ogni altro organo, un segno non solo corporeo ma un marker identitario.

Ora accade, e più frequentemente di quanto si pensi, che poco o nulla i genitori adottanti sappiano della storia precedente alla adozione, che vi sia

un vuoto incolmabile che riverbera angoscia sia per i genitori che per l'adottato.

Alle volte non si sa neppure chi era il padre. Il romanzo della Homes (2007) "La figlia dell'altra" ben spiega questa mancanza lacerante ed il percorso tortuoso per arrivare ad una storicizzazione della propria genealogia. Ma i genitori dell'adottato a tratti sembrano dimenticarlo. È ovvio, per loro esiste almeno un pezzo di storia.

Spesso per i genitori la storia del loro figliolo è quella dal momento della seconda nascita, ovvero dalla adozione. Tutto sembra quindi essere sotto le insegne di una scontata anche se mai pronunciata o dichiarata "implicita gratitudine". Ti ho salvato, ti ho nutrito, ti ho amato, scolarizzato, guarito etc.

Non di rado si sente affermare: "è come se fosse sempre stato nostro". Con questa frase a volte i genitori mostrano il loro oblio come se nulla fosse, come se la doppia appartenenza dell'adottato non fosse mai esistita.

Difficilmente i genitori pensano a quanto in adolescenza si ripresentino con forza i fantasmi che erano stati anche volutamente "obliati" da tutti o solo dall'adottato e con quanta forza vengano a riscattare la propria ipoteca chiedendo il conto e rivendicando per sempre il loro posto a tavola.

Le immagini dimenticate, marmorizzate, ricacciate nel luogo oscuro della dimenticanza, vengono ora riscoperte e rilanciate nel presente e verso un enigmatico futuro. Non è solo l'immagine degli altri assenti che viene riattivata, ma l'immagine di sé per se stessi e di sé nella relazione con quegli altri noti e quelli non noti. E non c'è niente di peggio di non avere in memoria l'immagine di un volto da ricordare o dimenticare. Se non lo hai avuto, forse si è costretti a costruirlo dal nulla ma allora significa anche provenire dal nulla. Mi sovviene la parola pupilla, parola uguale per definire l'occhio e il figlio. Come se essere figli significhi essere lo sguardo di qualcuno.

Se non ho ricordo c'è un nulla che può inghiottire, far disperare, far impazzire. Non c'è memoria interiore che non abbia a che fare con il tempo interiore riguardato, ancora agostinianamente, nelle sue componenti di presente, passato e futuro, e anzi di presente del presente, di presente del passato e di presente del futuro, nella loro distinzione e nella loro riunificazione senza fine.

Ma può forse riunificare e riunificarsi l'adottato? Non è piuttosto invece frantumato? Su questo punto critico è ben preciso lo scavo psicologico esposto dalla Homes (2007) nel romanzo La figlia dell'altra.

Così si esprime la Homes: "*Non sono la figlia di mia madre adottiva ma non sono neanche la figlia di Ellen (madre biologica ndr). Sono un amalgama. Sarò sempre una cosa appiccicata insieme, qualcosa di leggermente* rotto. (p. 42)

"Ho percepito spesso la differenza fra la persona che ero quando sono arrivata e quella che sono diventata; strato dopo strato impilati uno sopra l'altro fino a sentirmi rivestita di un'orrenda impiallacciatura, il rivestimento in finto legno di una sala ricreativa di periferia." (p. 18)

In qualche modo l'adottato deve risolvere un triplo enigma, su cosa è il mondo, su chi è lui e se quel lui che è, è lo stesso di prima. O è una metà della mela perennemente in cerca di riunificarsi? Questa dicotomia ben si rivela nelle adozioni internazionali dove la diversa etnia in qualche modo esaspera

e radicalizza nel suo epifenomeno del colore della pelle, dei tratti somatici, una differenza lacerante dentro e fuori da sé.

In qualche modo può accadere che alla estenuante e umana ricerca della soluzione al triplo enigma, l'adottato dismetta eroicamente l'oblio, quello che gli ha consentito di legarsi, di appartenere ai nuovi genitori e vada come un segugio alla ricerca di tutte le tracce possibili per ricomporre la propria frantumazione. Ben si comprende allora perché così ostinatamente un ragazzo adottato che avevo in trattamento voleva a tutti i costi utilizzare sostanze allucinogene per "recuperare i propri ricordi" convinto che avrebbe avuto visioni della propria interiorità perduta.

5. MEMORIA E IDENTITÀ- LA RICERCA DELLE ORIGINI IN ADOZIONE

Alla luce del diritto alla ricerca delle proprie origini, sancito dalla legislazione più recente, nell'ambito della adozione è doveroso interrogarsi su quali interventi psicologici e/o terapeutici, siano più opportuni per il nucleo familiare onde evitare di patologizzare situazioni che in realtà sono sul crinale tra la crisi e la normalità.

Non di rado i genitori adottivi sono convinti che la riparazione della ferita dell'abbandono si risolva con "tanto amore" ma la clinica ci insegna che al di là della estensione semantica della parola amore, densa di molte soggettive particolari che ogni genitore può articolare, l'amore ahimè non basta. Come già detto i fantasmi, le paure, le angosce specifiche della adozione sono spesso all'opera.

Arriva poi il momento nel quale l'adottato vuole andare alla ricerca delle proprie origini ed è per alcuni genitori momento di angoscia, di timore di perdita e di giudizio sul valore delle proprie capacità genitoriali.

Il diritto alla ricerca delle proprie origini è sancito oggi per legge (Cavallo 2017 op. 224). Deriva dalla volontà del legislatore di porre la verità alla base della storia familiare: È definito nell'articolo 28 della seconda legge sulle adozioni, la n. 184 del 1983, modificata dalla legge n.149 del 2001. L'articolo 28 garantisce, dunque, all'adottato riconosciuto alla nascita che ha raggiunto il venticinquesimo anno di età la facoltà di adire il Tribunale per i minorenni competente per residenza al fine di richiedere le informazioni relative alle sue origini. Egli accede così al procedimento che lo ha riguardato molti anni prima; può così conoscere il nome di colei che lo ha partorito e le vicissitudini familiari che hanno indotto il Tribunale a dichiararne lo stato di adottabilità. Il figlio adottivo orfano di entrambi i genitori può chiedere l'accesso alle origini al raggiungimento della maggiore età, senza attendere il compimento dei venticinque anni. (p. 224)

Per quanto riguarda invece la donna che partorisce in anonimato, la questione è più difficile in quanto il suo nome è coperto da segreto per 100 anni. Tuttavia la corte Costituzionale ha dichiarato incostituzionale questo punto permettendo quindi un ripensamento dichiarando reversibile il diritto all'anonimato. Le prassi dei Tribunali al momento non sono uniformi in quanto non vi è una norma sostitutiva di quella abrogata. Al momento il Giudice minorile ha il compito di organizzare caso per caso il procedimento più efficace nel rispetto delle tutele imposte dalla sentenza della Corte

costituzionale del 2013 dichiarativa della incostituzionalità della legge dei cento anni.

Premesso che l'oblio del proprio passato, e cosa più grave, il non avere ricordi, modifica l'identità di un individuo e che l'adottato adolescente come ho messo in luce si arrovella su se stesso più di altri adolescenti, credo che questa legge sia assolutamente "empatica" ma forse andrebbe rivista l'età di accesso agli atti, seppur con tutte le dovute cautele e sostegni psicologici.
Sono dell'idea che sul piano clinico gli interventi che hanno come focus la memoria e l'oblio potrebbero essere più efficaci di altri. Ca va sans dire che l'humus nel quale dovrebbero avvenire deve essere l'empatia ma in questo caso anche il piano cognitivo può essere preponderante, è una sorta di luce che illumina il buio e per stare in metafora non annulla le ombre ma anzi le evidenzia.

È un lavoro che mi piace chiamare archeologico/storico quello che a mio parere andrebbe perseguito.

Remo Bodei (2023) sottolinea che la memoria collettiva ha bisogno di essere alimentata continuamente. Ciò avviene con le commemorazioni, l'oblio modifica l'identità collettiva di un popolo che ha bisogno quindi di commemorare per ricordare. Ma la storia si riscrive continuamente perché è il presente con il suo cambiamento di valori, di prospettive, di equilibri politici che riscrive continuamente il passato.

Ecco che allora i genitori in adolescenza vanno preparati a pensare, a prevedere che vi sarà una riscrittura del passato del proprio figlio. Fatto che avviene in tutti gli individui in modo naturale ma che in presenza di traumi, in questo caso il trauma del rifiuto e dell'abbandono a cui potrebbero essersene aggiunti altri, abuso, maltrattamento, esposizione a eventi dolorosi durante la istituzionalizzazione, è particolarmente drammatico e istituisce scenari non previsti che scalzano le sicurezze dei genitori di aver in qualche modo concluso il processo di "riparazione del danno". Che invece può avvenire proprio ora in adolescenza!

Da una parte come clinici siamo facilitati se questi scenari vengono appunto "messi in scena" perché possono dare l'occasione per riscrivere la sceneggiatura del passato; molto peggio è quando tutto avviene silenziosamente "all'interno", congelato in profondità abissali, in una coartazione affettiva silente e pericolosa, fatta appunto di oblio o di memorie non condivise, o di vuoti da fronteggiare.

Oltre alle feste religiose i popoli commemorano le loro tragedie, in questo modo non dimenticano. Non dimenticano i loro morti, i loro traumi, la disperazione collettiva legata agli eventi tragici, terrorismo per esempio, o delitti. Che cosa commemora una famiglia adottiva? Sarebbe interessante fare una ricerca su questo tema e chiedere agli adottati e ai loro genitori adottivi cosa vorrebbero commemorare oltre al proprio compleanno.

E sarebbe interessante confrontare i risultati. Immagino lo scandalo alla proposta: commemoriamo il primo giorno che sei entrato in istituto ad esempio, o il giorno in cui ti hanno portato via dai genitori maltrattanti. Mi domando che effetto ha la mancata commemorazione della tragedia individuale?

Se la memoria è importante per la identità di un individuo, il regalo "amoroso" che deve e può essere fatto è restituire memoria per potere scrivere la storia. Allora qualunque traccia è buona e va raccolta e cercata.

Mi sento di dire di più. Gli istituti dove i bambini passano i primi anni di vita dovrebbero prendersi l'impegno di costruire la narrazione della vita e della permanenza dei bambini in istituto in modalità quanto più possibile significativa. Non mi riferisco a una mera descrizione dei fatti ma di qualche traccia che abbia a che vedere con la dinamica relazionale, con l'altro da sé, perché ciò significa per il bambino "non eri solo", non eri nel nulla, per esempio quale era la relazione con il personale dell'istituto, con gli altri bambini, come era il temperamento, quali eventi significativi sono avvenuti.

Del tipo: "quando sei arrivato eri biondo, triste, avevi i calzoncini corti e hai detto buongiorno alla istitutrice con un tono spaventato". È un esempio semplificato per dire come raccogliere un frammento di vita di quel bambino che sta nella memoria dell'altro. Oppure conservare la foto del primo giorno di ingresso in istituto. Va da se che dei vuoti permarranno, ma li si tratteranno come i vuoti di un mosaico riportato alla luce. Più si trovano e riportano alla luce "tesserine" più l'immagine avrà contorni e se una immagine può comparire, seppur frammentata, è più del nulla. Con i vuoti si faranno i conti come tutti siamo chiamati a fare.

Cosa possono fare i genitori? Raccontare e restituire ciò che sanno, ovviamente modulando i contenuti in base all'età dell'adottato, alla sua possibilità di tollerare ciò che può essere vissuto come doloroso.

Inconsciamente o consciamente, a seconda dei casi, può avvenire che l'adottato si senta derubato di se stesso. A mio avviso, la percezione di essere stati derubati può ben essere relata alla perdita dei ricordi, dunque è il sé inteso come entità che esiste in se stessa, prima ancora che entità amata, che è stato derubato di se stesso. È questione ontologica prima ancora che affettiva. Ecco perché il ricordo di essere stato maltrattato può fare meno male che non sapere di essere esistito, né come, né per chi.

Perso l'involucro contenitivo, soprattutto se traumaticamente, è più facile perdere i ricordi. Persi i ricordi si perdono pezzi del sé, che si frantuma, ed in fondo anche quando noi obliamo, se siamo contenuti in un involucro mentale altrui, inconsciamente sappiamo di aver affidato ad altri la nostra storia, forse agli oggetti che ci circondano, ai luoghi che abbiamo abitato, ci arrovelliamo meno, siamo sul piano del: "io so che tu sai di me".

Ciò che l'adottato non può ricordare è proprio l'involucro genealogico. Non dimentica affatto, semplicemente non ha ricordi, non c'è, non sa di essere esistito in quel luogo lontano e distante che era il concepimento perché non vi è nessuno che ne possa dare testimonianza. Quel concepimento è in un luogo siderale, ignoto. L'adottato non sa in quale involucro è iniziata la sua storia né il perché.

Nel suo romanzo toccante e profondo la Homes ci accosta proprio a questi sentimenti e comportamenti dolorosi e intensi che circolano tra i soggetti che sperimentano le dinamiche che si appalesano nella adozione.

"Non volevo ricordare. Non volevo sapere niente. Sentivo di doverti proteggere: Meno sapevo, meglio era: Avevo paura che lei (ndr la madre adottiva) tornasse e cercasse di portarti via." (p. 22 op. cit.)

"Dove sono le lettere'? Sono state distrutte credo, dice mia madre, non ti è venuto in mente che forse le avrei volute, che forse non avrei mai avuto altro che quelle? Niente prove...niente ricordi. Mia madre non voleva che io fossi adottata. Voleva che fossi sua. Qualsiasi cosa che attestasse il contrario le faceva paura.

Il mio arrivo mi è sempre stato descritto come un momento magico. Sono stata adottata, comprata, ordinata, e poi ritirata come una torta in pasticceria."

Scrive ancora la Homes *(2007) "Per trentun anni ho saputo che venivo da un altro posto, che avevo cominciato come un'altra persona."*

La domanda sulle proprie origini è gridata sull'orlo di un abisso conoscitivo ed è domanda sulla quale nella maggioranza dei casi i genitori adottivi, senza nessuna colpa, non hanno risposta. Come sono andate le cose? Chi erano gli artefici? Chi potrà indagare questo fatto? Se non so chi sono e da dove provengo il mondo assume una latitudine infinita e non misurabile. Se non sappiamo chi sei perché non ti conoscevo cosa ti restituisco di te stesso? Ma se invece sappiamo, cosa posso restituirti senza farti male?

La questione identitaria in rapporto a ciò che si sa o si dimentica è cruciale per la Homes (2007) che così si esprime: "*Ogni terremoto d'identità, ogni cambiamento nell'architettura del sostegno precario che mi ero costruita, mi metteva fuori uso. Quante cose ancora mi venivano tenute nascoste e quante altre erano state dimenticate, impercettibilmente cancellate, perdute nella naturale revisione del tempo? Chiedevo di nuovo. "Da dove vengo?" (p. 21)*

Basta l'amore di due genitori adottivi a sanare questo ignoto?

Delle volte non basta. Ecco che allora il viaggio verso la ricerca delle proprie origini ha il suo inizio.

I genitori si spaventano, non tutti, alcuni, o forse tutti inizialmente, ma solo alcuni lo ammettono. Ma se ai genitori dicessimo da subito che è un percorso sano, naturale, profondamente logico, che è il viaggio alla scoperta di sé, il recupero del pezzo mancante e non un girare la schiena all'amore, probabilmente avrebbero una disposizione affettiva interna ben diversa, meno angosciata.

Ricordo bene come un adolescente adottato abbia simbolizzato questo bisogno immaginandosi impegnato, dopo aver conseguito la laurea, in un lavoro che lo avrebbe fatto viaggiare costantemente tra la Russia e l'Italia.

6. LA MEMORIA DELLE ISTITUZIONI

Ci aiuta ancora Remo Bodei (2023) nel dire che si parla di memoria oggettiva e soggettiva. La memoria oggettiva, quella consegnata all'identità di un popolo, alle istituzioni, agli archivi, alle biblioteche, alla lingua, esiste ma esiste in quanto ciascuno di noi la fa vivere, cioè esiste il linguaggio in quanto io lo parlo, esistono le biblioteche in quanto io sono capace di leggere quella lingua. E ancora: non c'è memoria soggettiva senza i quadri della memoria, come sono stati chiamati questi elementi istituzionali.

Se sono le istituzioni i luoghi dove la memoria oggettiva, requisito per quella soggettiva, è depositata, quali responsabilità hanno allora queste istituzioni verso gli adottati? Ospedale, scuole, istituti, famiglie affidatarie sono inconfutabilmente gli "archivi". Un esempio formidabile è la "risalita" mnemonica che compie Oriana Fallaci (2008) nella sua saga. Un cappello pieno di ciliegie. Lettere, oggetti, documenti anagrafici, elenchi di nomi nei registri dei comuni sono le tracce che le consentono un margine di ricostruzione storica veritiera.

Pensate a quanto noi sorridiamo compiaciuti nel ritrovare frugando nei cassetti dei genitori il nostro attestato di nascita, i nostri vecchi disegni, le nostre pagelle, le nostre foto, persino delle ricevute di iscrizioni o visite mediche, la nostra ciocca di capelli e i dentini da latte.

Se non si fa storia si rischia di scivolare sui miti, in questo caso i miti familiari.

CONCLUSIONI

In breve, ognuno può abilmente fare la sua parte. Se i genitori devono legittimare la ricerca delle origini, sostenere la memoria e combattere l'oblio, auspico che anche le istituzioni facciano la loro parte arricchendo i fascicoli quanto più possibile non solo di meri dati anagrafici, ma di qualcosa che riguardi la identità profonda della persona. Forse gli omissis alle volte possono diventare patogeni e vanno ripensati.

Ecco allora che potremmo permetterci di suggerire agli Istituti per minori di aver cura di questo aspetto durante l'abbinamento. Di far sì che vi siano dei custodi, a me piace chiamarli dei "raccoglitori", che segnino delle tracce almeno sui momenti salienti dell'essere, sul temperamento, che raccolgano qualche oggetto significativo appartenuto al bambino, anche qualche segno degli spazi abitati attraverso fotografie. Alcuni istituti particolarmente sensibili mi risulta che siano attenti a questo aspetto, alcune madri che abbandonano lasciano un oggetto particolare con il bambino, una sorta di sigillo. È chiaro che tutto ciò dovrà avvenire salvaguardando e contemperando il tutto con il problema della segretezza delle origini quando ciò è richiesto, ma nulla toglie che sia possibile e percorribile.

E per finire forse l'adolescente adottato non ha scampo, non può che essere inzuppato nella nostalgia e nella malinconia. Dibattuto tra i ricordi mai avuti, tra la cosa può ricordare, cosa può dimenticare? Non è patologia questa ma stato dell'essere e dunque non bisogna spaventarsi né patologizzare. Si spera che molti, i più, ricorrano alla poesia, arte che più di ogni altra ha fatto della memoria dei sentimenti il suo pilastro.

La perdita delle radici, la loro estirpazione e la conseguente perdita di memoria e ricordi con ricaduta sulla identità, è accadimento doloroso non solo individuale e ben ce lo ricordano le memorie di Karen Blixen (1937). Scritte nel novecento rivelano una decisa propensione dell'autrice alla lettura antropologica dei popoli con i quali venne a contatto e ci offrono un ultimo spunto di riflessione.

"Ora lo stesso istinto di autoconservazione creava fra i miei squatters un attaccamento reciproco. Costretti ad abbandonare la loro terra, volevano almeno accanto gente che l'avesse conosciuta, che potesse testimoniare della loro identità. Per qualche anno sarebbero stati capaci di rievocare la geografia e la storia della fattoria; ciò che uno avesse dimenticato sarebbe rimasto vivo nella memoria dell'altro. In quel momento sentivano pesare su di loro la vergogna della estinzione." (op. cit. p.288).

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.S. (1969), *Object Relations, Dependency and attachment: A Theoretical review of the Infant-Mother Relationship,* in Child Development.

Andolfi M. (1977), *Terapia con la famiglia*. Astrolabio, Roma.

Blixen K. (1959), *La mia Africa*. Feltrinelli Editore, Milano.

Bodei R., *Intervista di Federica Biolzi Sulla memoria e oblio in: exagere.it* rivista

Bowlby J. (1969), *Attaccamento e perdita* vol I Boringhieri Torino 1983.

Bowlby *Attaccamento e perdita* VOl II Separazione, Ansia e rabbia.

Borgna E., (2009), *Le Emozioni ferite.* Feltrinelli Milano.

Camaioni L. (1996), *La teoria della mente*. Laterza, Bari.

Cavallo M. (2017), *I segreti delle madri.* Laterza, Bari.

Chistolini M. (2003), *Le informazioni nell'adozione*. Minorigiustizia n°3/2003 Franco Angeli, Milano.

Chistolini M., *Le difficoltà degli operatori Psico-sociali nell'informare e accompagnare i bambini dalle difficili storie Familiari in:* Terapia Familiare n°80/2006 Franco Angeli, Milano

Demetrio D. (1995), *Raccontarsi Autobiografia come cura di sé.* Raffaello Cortina Editore, Milano

Fallaci O., (2008)*, Un Cappello pieno di ciliegie.* Mondadori, Milano.

Fonagy P. Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva.* Trad. It. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Freud S. (1970), Opere *complete,* Bollati Boringhieri, Torino.

Freud S. (1970), *Tre saggi sulla teoria sessuale* in Opere complete vol 4 Boringhieri Torino.

Gogtay N., Giedd J.N. et al. (2004), *Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 101 (21).

Giedd J.N. et al. *Structural magnetic resonance imaging of typical pediatric brain development.* In Charney DS, Nestler EJ eds neurobiology of mental ilness 3rd ed New Y, Ny Oxford University Press 2008, pag 1209-1217.

Homes A.M. (2007), *La figlia dell'altra.* Feltrinelli Editore, Milano.

Kerig P.K. Lindhal K. M. (2006), *Sistemi di codifica per l'osservazione delle relazioni familiari.* Franco Angeli, Milano.

Kim H-J et al Deficient autophagy in microglia impairs synaptic pruning and causes social behavioral defects Molecolar psychiatry (2017) 22, 1576-1584.

Lis A.C. Mazzeschi, S. Salcuni, (2013), *Modelli di intervento nella relazione familiare.* Carocci Roma.

Lis. A. Venuti P., De Zordo M. R. (1995), *Il colloquio come strumento psicologico.* Giunti, Firenze.

Mazzoni S., Tafà M. (2007), *L'intersoggettività nella famiglia*. Franco Angeli, Milano.

Mahler M. (1978), *La Nascita psicologica del bambino*. Bollati Boringhieri.

Marquez. G. G, (2003), *Vivere per raccontarla.* Mondadori, Milano.

Paolicelli Rosa et al. (2011), Science 333, 1456 American Association for the advancement of science.

T. de Toni, (2004), Rivista Italiana di Medicina dell'adolescenza istituto Giannina Gaslini.

IL MODELLO SASB DI L. BENJAMIN: UNA BUSSOLA DI RIFERIMENTO NEL LAVORO CON I NOSTRI PAZIENTI

Valentina Doscioli e Sara Preziosi [1]

RIASSUNTO Nel percorso di terapia sistemica buona parte del lavoro si basa sul riconoscimento e sulla comprensione delle modalità relazionali e di pensiero dell'individuo, al fine di capirne l'origine e la funzione: spesso, infatti, tali modalità sono strategie adattive per far fronte a un determinato contesto familiare. Il modello SASB di L. Benjamin può essere molto utile a tal fine, in quanto, come una bussola, aiuta il clinico ad orientarsi nel lavoro terapeutico e nel complesso mondo delle relazioni interpersonali. La Benjamin pone un accento particolare anche sui temi inerenti i desideri insoddisfatti e le paure alla base di determinate strategie relazionali. Nel presente articolo tali temi verranno ripresi nell'analisi di due casi individuali con due giovani adulti e vedremo anche l'utilità del modello per stimolare nel terapeuta riflessioni e ipotesi.

SUMMARY. In systemic therapy a lot of work is based on the identification and comprehension of individual's relational and thinking moods, to probe their origin and function: these moods often are adaptive strategy to face up to a particular familiar context. L. Benjamin's SASB model can be very useful because, just as a compass, it helps the clinician to orient himself in the therapeutic work and in the complex world of interpersonal relations. Benjamin places a particular emphasis even on topics as the unsatisfied desires and the fear at the base of a particular relational strategy. These themes there will be recall by the analysis of two clinical cases concerning two young patients and we'll find the utility of the model to create considerations and hypothesis in the clinician.

PAROLE CHIAVE. Structural Analysis of Social Behaviour, relazioni interpersonali, desideri, paure, bisogni.

INTRODUZIONE

Il modello SASB di Lorna Benjamin nasce nel 1996 per colmare quella che l'Autrice definiva la "*saggezza popolare*" dell'allora DSM III in quanto, a suo avviso, i criteri diagnostici proposti per la classificazione dei disturbi di personalità non tenevano conto del contesto socio interazionale di sviluppo dell'individuo. L'acronimo SASB sta per "*Structural analysis of social behavior*" ossia "*Analisi strutturale del comportamento sociale*" dato che il modello si propone di identificare le basi interazionali e relazionali dei

[1] Psicologhe e psicoterapeute in formazione presso la scuola Mara Selvini Palazzoli sede di Brescia

disturbi di personalità. Ci troviamo quindi in un territorio di confine tra il sistemico e l'intrapsichico, dato il proposito di fornire una visione integrata della connessione tra il contesto educativo e relazionale di sviluppo dell'individuo e i risvolti più strettamente personali, difensivi e adattivi della persona. Per la formulazione del modello l'Autrice riprende le teorizzazioni di Sullivan e di Bowlby in merito al collegamento tra la personalità adulta e le prime esperienze infantili.

Nel suo testo "Teoria Interpersonale della Psichiatria" Sullivan (1962) esprime numerosi concetti legati al tema della personalità e la definisce come "*la configurazione, relativamente durevole, delle situazioni interpersonali che caratterizzano una vita umana*", dove per *situazione interpersonale* l'Autore fa riferimento ad un tipo di attività che si innesca per soddisfare un bisogno (p. 134). L'Autore pone un interesse particolare agli accadimenti della prima infanzia come base di modelli e tipologie di adattamento futuri e si sofferma sul concetto di angoscia che ritiene essere "*la principale forza distruttiva delle relazioni interpersonali, ed il principale fattore nello sviluppo di gravi difficoltà del vivere*" (p. 19). Nel corso del testo Sullivan accompagna il lettore nella riflessione in merito al collegamento tra l'angoscia infantile e la relazione con la figura primaria, all'adattamento come organizzatore dell'esperienza e all'importanza degli accadimenti e vissuti infantili come base per la definizione della personalità adulta.

La Benjamin riprende tali teorizzazioni per sottolineare l'esplicito collegamento tra la personalità adulta e le esperienze infantili relative all'educazione, al contesto di appartenenza e al vissuto personale degli individui.

Per quanto riguarda Bowlby il rimando è alla teoria dell'attaccamento e alla modalità con cui le persone, sulla base della qualità e tipologia di relazione sviluppata in infanzia con la principale figura di accudimento, strutturano i propri legami nella vita adulta. Il modello SASB, come vedremo, permette di identificare determinati stili relazionali sulla base dei vissuti, bisogni ed esperienze che hanno contraddistinto la propria storia evolutiva e che influenzano le modalità interazionali attuali dell'individuo.

A livello metaforico la Benjamin paragona il modello a una scala di note musicali per la quale ad ogni interazione corrisponde una singola nota e afferma che il clinico necessiti sia di abilità tecniche, specifiche della formazione personale, sia di quello che viene definito un *"orecchio" interpersonale* che si acquisisce e consolida attraverso la pratica terapeutica e l'osservazione di ripetizioni di schemi interazionali. La capacità di identificare e riconoscere tali note può aiutare il clinico ad interpretare velocemente i modelli interpersonali e intrapsichici di un paziente e a reagire appropriatamente.

Considerando il rimando agli aspetti intrapsichici e interazionali, il modello può essere descritto sulla base di tre dimensioni collegate tra loro: il focus attenzionale (che verrà spiegato in seguito), affiliazione (il modo e la qualità con cui ci coinvolgiamo nelle relazioni sociali) e interdipendenza (il modo e la qualità con cui si sta in una relazione mantenendo aspetti di dipendenza e di autonomia, che si influenzano l'un l'altro).

A livello grafico il modello può essere rappresentato attraverso l'intersezione di due assi cartesiani: quello orizzontale misura la qualità dell'affiliazione, i cui poli sono ostilità e benevolenza, mentre l'asse verticale misura la qualità dell'interdipendenza, i cui poli sono differenziazione e invischiamento. Come visibile dalla Figura 1, la loro intersezione determina il formarsi di quattro aree: affermazione, protezione, critica e assenza (o trascuratezza).

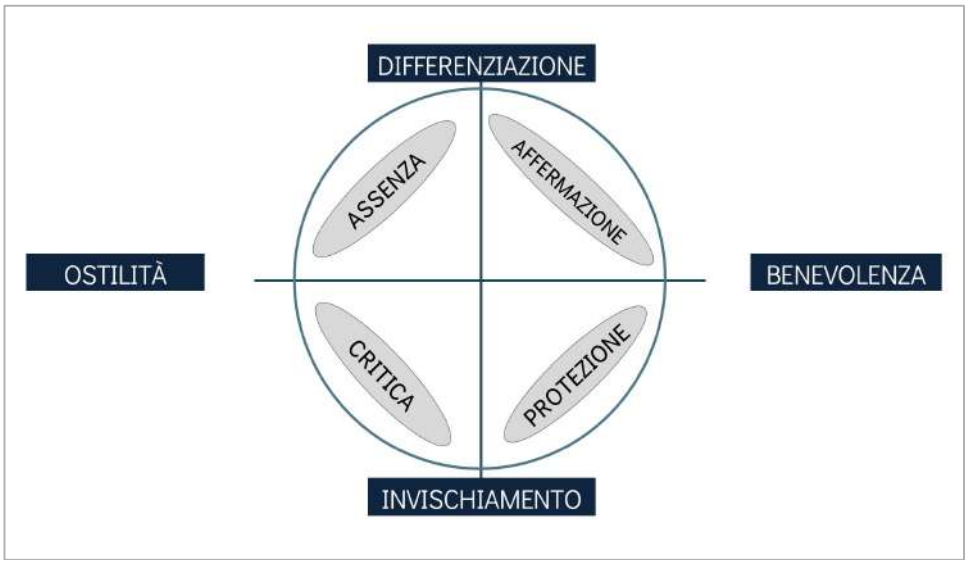


Figura 1. Rappresentazione grafica delle interazioni di base

A queste quattro interazioni di base se ne aggiungono altre quattro in base ad un'ulteriore suddivisione degli assi, determinata dal fatto che la posizione assunta dagli individui è generalmente complessa, quindi non collocabile in modo preciso e netto su uno dei quattro poli indicati (Fig. 2).

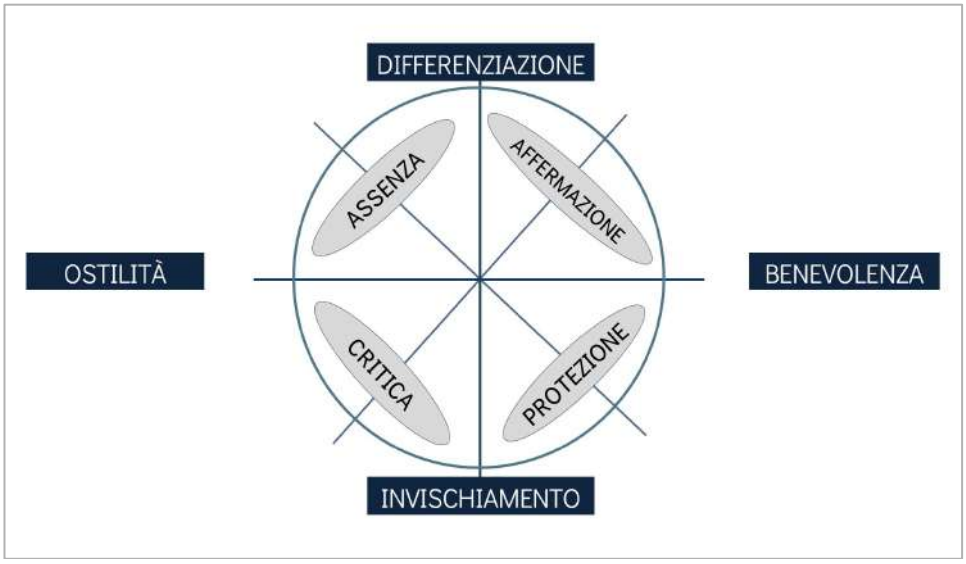


Figura 2. Rappresentazione grafica delle interazioni intermedie

Il modello, quindi, conta 8 sezioni, definite *cluster*, che corrispondono alle diverse modalità interazionali sperimentabili dall'individuo (Fig. 3). Sul versante destro si collocano i cluster definiti "verdi" (2,3,4), che denotano una buona relazione, mentre sul versante sinistro si collocano i cluster "rossi" (6,7,8), che denotano, invece, una relazione disfunzionale (se caratterizzata solo da quel tipo di interazioni: la critica, ad esempio, non è sempre e totalmente disfunzionale, a volte può essere utile per spronare l'individuo). I cluster centrali (1,5) vengono definiti neutrali, in quanto la loro connotazione assume significato in base al contesto in cui si sperimentano.

Come osservabile nella figura 3, ad ogni cluster sono associati dei nomi e delle brevi descrizioni. Queste si riferiscono a quello che in precedenza è stato denominato "focus attenzionale".

Ci sono tre focalizzazioni:

- **Focalizzazione sull'Altro**: è il termine riportato in grassetto e indica come l'individuo si posiziona attivamente nei confronti dell'Altro e del suo comportamento (ES: nel cluster 1 "Emancipare" significa che il soggetto tende a dare libertà all'Altro, a lasciarlo libero di sperimentarsi);
- **Focalizzazione sul Sé**: è il termine sottolineato e indica come l'individuo considera se stesso nella relazione interpersonale, è quindi reattivo a ciò che viene percepito/sperimentato da parte dell'Altro (ES: nel cluster 4 i termini indicano che l'individuo nella relazione tende ad affidarsi all'Altro);
- **Focalizzazione sull'Introietto**: è il termine riportato in corsivo e si riferisce ai vissuti che l'individuo, in base alle proprie esperienze di

vita, sperimenta nella relazione con l'Altro (ES: nel cluster 6 i termini indicano che il soggetto ha introiettato un vissuto di autosvalutazione e di scarsa fiducia in se stesso).

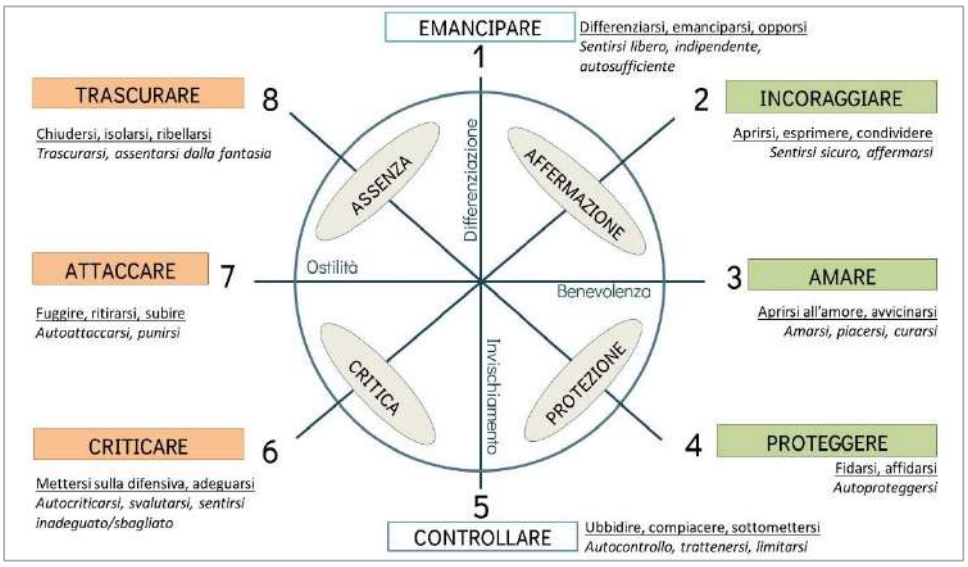


Figura 3. Rappresentazione grafica del modello SASB completo

Sulla base delle prime esperienze relazionali vissute in infanzia, il loro risvolto più strettamente intrapsichico e il contesto di crescita e sviluppo, l'individuo sperimenta, struttura e consolida determinate strategie relazionali, adattive e funzionali per far fronte a un tipo particolare di contesto e di concezione di sé. Tali strategie, secondo la Benjamin, sono influenzate da specifiche paure provate nei confronti degli Altri Significativi e da desideri profondi, spesso inesauditi, con il conseguente tentativo di trovare soddisfazioni compensatorie nelle relazioni adulte.

Data l'importanza di paure e desideri, uno degli obiettivi del percorso di terapia è quello di porsi in armonia con il paziente per cercare di fargli sperimentare, in un rapporto maturo e di fiducia, quanto sente di non aver vissuto in passato, accompagnandolo all'identificazione delle paure e dei desideri insoddisfatti che hanno determinato lo strutturarsi di modalità relazionali compensatorie.

CASO CLINICO 1

Marco è un ragazzo di trent'anni che si presenta in un consultorio pubblico a febbraio 2022, dichiarando di soffrire di un disturbo ossessivo

compulsivo e di essere sfinito dai sintomi che manifesta, in quanto gli generano malessere e malumore. Sostiene di aver sempre avuto alcuni episodi "ossessivi" ma che essi siano insorti con forza e con frequenza a partire dal 2019, in concomitanza con un cambiamento lavorativo e con l'avvio della convivenza con la compagna. Afferma inoltre di avere appena terminato un percorso presso un altro ente territoriale e di aver compreso che la sua sintomatologia, focalizzata su ossessioni di controllo, dipenda dalla sua scarsa autostima. Nel corso dei colloqui, Marco si rivela essere un ragazzo molto intelligente, con tanti interessi e ottimi traguardi formativi raggiunti ma profondamente frustrato e con un sentimento di disistima personale per "*essersi fatto venire questi disturbi*".

Buona parte del tempo di ogni seduta è occupata dal suo flusso di pensieri e di parole legate a episodi o circostanze nelle quali le ossessioni e compulsioni si sono realizzate e c'è bisogno di contenerlo per evitare che i discorsi restino sempre fermi su quegli aspetti. Considerando la sua stessa affermazione in merito alla scarsa autostima e al rimando a una madre ansiosa e critica, gli viene chiesto di eseguire il genogramma, per indagare meglio quel contesto socio-interazionale a cui faceva riferimento la Benjamin: il ragazzo rappresenta esclusivamente la famiglia nucleare, composta dai genitori e dal fratello, maggiore di otto anni.

La madre e il fratello vengono descritti come figure negative, in quanto critiche e svalutanti nei suoi confronti, mentre il padre viene descritto come una figura neutra, marginale e poco incisiva. Marco, nella descrizione di se stesso in ambito familiare si definisce come figura positiva, buona e disponibile ma, allo stesso tempo, ha una concezione di sé ipercritica per la presenza del disturbo e l'incapacità di risolverlo. L'unica fonte di rinforzo positivo, sulla quale riconosce le proprie competenze, è quella della performance, infatti, ha conseguito due corsi di laurea e un master oltre ad aver svolto svariate esperienze di lavoro all'estero.

Il modello della Benjamin è stato molto utile per cercare di collocare meglio i vissuti di Marco e fornirgli una restituzione circa il proprio malessere. Sulla base di quanto esposto e riprendendo la Figura 3, possiamo notare come la sintomatologia di Marco si adatti bene alle coppie di cluster opposti 1-5, 2-6. Il cluster 5, relativo al controllo e al limitarsi, è opposto al cluster 1, ossia al sentirsi libero e autonomo, infatti il DOC di Marco si è manifestato con prepotenza nel momento in cui ha messo in atto il tentativo di svincolo dalla famiglia, andando a vivere fuori casa (e fuori regione), con l'intenzione di dimostrarsi autonomo e degno di fiducia. Il cluster 6, relativo alla critica, può essere considerato come quello da lui sperimentato quotidianamente in famiglia, in opposizione al cluster 2, riferito all'incoraggiamento e all'autoaffermazione, infatti il ragazzo condivide che non ci siano mai stati complimenti né elogi a quanto da lui realizzato nella vita, ma che sarebbe un suo grande desiderio sentirsi riconosciuto e stimato dai genitori e dal fratello.

Il lavoro con Marco, alla luce delle considerazioni dedotte grazie al modello SASB della Benjamin, è stato impostato sulla presa di consapevolezza della natura adattiva del sintomo da lui sviluppato e, soprattutto, dall'autoprotezione verso il rischio di una depressione, data un'importante fase di calo dell'umore antecedente all'insorgenza dei sintomi DOC. Come condiviso con Marco, tale sintomatologia è risultata funzionale

all'evitare di incorrere in critiche, in quanto il controllo protegge dal rischio di commettere errori che, se commessi, sarebbero vissuti dal ragazzo come conferma dell'immagine negativa che la famiglia gli ha sempre rimandato di sé, ma, allo stesso tempo, è costantemente trascinato in un autosabotaggio date le pesanti critiche che muove a se stesso per il proprio malessere.

L'obiettivo del lavoro, quindi, era quello di rinforzare i cluster 1 e 2, essendo quelli in cui Marco ha sperimentato delle carenze, e aiutarlo a riconoscere che il desiderio di essere stimato e valorizzato dalla famiglia, per quanto sano, fosse poco realizzabile, per via di dinamiche e fragilità proprie alla famiglia, e che, di conseguenza, fosse necessario elaborare il lutto di tale desiderio.

Non è stato facile lavorare su tali temi, considerando sia il loro impatto emotivo sul ragazzo, sia il contesto di terapia, che prevedeva un limite massimo di colloqui. Marco ha riconosciuto come plausibile l'ipotesi che i propri pensieri ossessivi scaturissero dal contesto di sviluppo da lui sperimentato in famiglia ed è arrivato a prendere consapevolezza del fatto che la ricerca di buone performance accademiche e lavorative potesse essere vista sia come tentativo di autoaffermazione e di stima agli occhi altrui, sia come reale competenza, sulla quale far leva, avendo realmente raggiunto ottimi traguardi ed essendo sanamente stimolato dall'idea di continuare a crescere tramite corsi di studio e di aggiornamento professionale.

Al termine del percorso, nonostante la sintomatologia ossessivo compulsiva fosse ancora presente, Marco ha espresso un bilancio positivo su quanto svolto, dichiarando di sentirsi cresciuto e maggiormente consapevole dei propri aspetti di fragilità e di risorse. Ha affermato che il riconoscimento del timore di commettere errori e l'aver analizzato alcune dinamiche familiari lo abbiano aiutato a essere più benevolo con se stesso, quindi a non considerare di avere un difetto "in sé" ma di aver adottato determinati comportamenti come strategia adattiva e funzionale per un dato scopo.

Ha riconosciuto la fatica, la sofferenza e la delusione dovute al lutto del desiderio di sentirsi stimato e valorizzato dalla famiglia, ma è stato in grado riconoscere che tale mancanza non dipendesse da se stesso, ma da fragilità e rigidità interne al contesto di sviluppo e dettate dalle fatiche individuali dei vari membri.

CASO CLINICO 2

Luisa è una ragazza di venticinque anni che da circa un anno ha iniziato il percorso di terapia in un contesto privato. Si presenta di bell'aspetto, molto curata e sempre puntuale nei colloqui. La paziente si definisce "*un'analfabeta emotiva*", in quanto si dichiara incapace di trovare e mantenere una stabilità affettiva; afferma, inoltre, di essere molto controllante rispetto alla sfera relazionale e lavorativa (la sua quotidianità, infatti, è pianificata in modo molto rigido, faticando a concedersi momenti fuori programma).

Luisa sostiene che il suo malessere sia legato principalmente alle dinamiche familiari, caratterizzate da tradimenti, da un'assenza di comunicazione affettiva e da una situazione di stallo che non consente di affrontare le fatiche.

Per definire con la paziente gli obiettivi su cui lavorare, alla luce dei macro-temi da lei portati, è stato molto utile utilizzare il modello della Benjamin al fine, soprattutto, di identificare gli stili interazionali e le strategie comportamentali che la caratterizzano. Di fatto, si può notare come la sua storia sia caratterizzata da diversi cluster, che interagiscono l'uno con l'altro: trascuratezza, critica e emancipazione (disfunzionale). La paziente lamenta di non essersi sentita supportata e ascoltata dai genitori nei propri bisogni, ricevendo da loro solo critiche e svalutazioni rispetto alle proprie scelte di vita. Sostiene inoltre che per lei sia sempre stato difficile aprirsi emotivamente dal momento in cui la regola implicita di casa era quella di non comunicare i propri vissuti e di dare un'immagine di sé sempre positiva, evitando di far trapelare fuori casa eventuali problematiche. A tal riguardo, la paziente condivide che in casa ci fosse un equilibrio illusorio e precario, poiché i genitori non hanno mai cercato di far fronte alle difficoltà coniugali, "preferendo" fingere che non ci fossero problemi, nonostante il palese clima di sofferenza. Questo atteggiamento si è manifestato anche in occasione di alcuni problemi di salute di Luisa in quanto i genitori, nonostante i medici avessero caldamente consigliato un supporto psicologico per la figlia, hanno negato tale bisogno, vissuto da Luisa come una mancanza di cure nei suoi confronti e una maggiore preoccupazione dei genitori verso possibili critiche da parte delle famiglie d'origine. La paziente sente la fatica di prendere dei confini dall'ambiente di casa, in quanto i genitori le hanno sempre concesso molto sul piano economico e di autonomia personale, aspetti che ora Luisa legge come ricatti a discapito degli aspetti affettivi.

Dato il contesto di vita della paziente e il modello genitoriale vissuto, per evitare di incorrere in critiche o svalutazioni Luisa ha adottato come strategia relazionale quella del controllo. Nelle proprie relazioni affettive, infatti, per paura di essere rifiutata, si ritrae dal punto di vista emotivo, controllando i propri vissuti, senza concedersi di condividerli con il partner, ma ciò comporta che le relazioni siano di breve durata e scarso coinvolgimento. Adotta inoltre uno stile di vita rigido, sia dal punto di vista degli impegni lavorativi che sociali, al fine di apparire rispettabile e amabile evitando così eventuali svalutazioni dalla famiglia d'origine.

Rileggendo i contenuti in ottica di paure e desideri, si può vedere come il desiderio insoddisfatto di essere vista e apprezzata dalla famiglia d'origine abbia portato Luisa ad avere paura di essere abbandonata e criticata nelle relazioni adulte e, per questo tende ad avere più relazioni in parallelo, tutte senza un particolare coinvolgimento sentimentale, ma con la garanzia di non restare sola. Nonostante riconosca il malessere dato dall'instabilità affettiva, sostiene che questo possa essere il male minore, rispetto a un rifiuto palese.

Grazie al modello della Benjamin svariate sedute sono state impiegate per lavorare sulla comprensione delle paure di Luisa, iniziando ad abbandonare alcune modalità controllanti, e sull'identificazione dei desideri insoddisfatti, sperimentando una relazione terapeutica di fiducia che le ha permesso di dare sfogo ai propri vissuti e iniziare a mettere maggiori confini a livello relazionale.

La possibilità di far emergere la propria sfera emotiva, a lungo tempo repressa, le ha permesso di prendere consapevolezza dei propri bisogni e, di conseguenza, comprendere come relazionarsi e comunicare all'interno di un'unica relazione affettiva, imparando pian piano a fidarsi. Il sentirsi meno vulnerabile al giudizio dell'altro, inoltre, le ha permesso di concedersi maggiori spazi personali, meno controllati.

Gli obiettivi raggiunti finora dalla paziente fanno pensare alla possibilità di procedere nel percorso terapeutico in un clima di fiducia e collaborazione, in cui poter lavorare sulla sua capacità di autonomizzarsi dalla famiglia d'origine, concedendosi di sperimentare diverse possibilità relazionali lontane da un ambiente giudicante e oppressivo. Inoltre, continuare a incoraggiare e sostenere la sua autostima, può portarla ad acquisire sempre maggiore fiducia in se stessa e nelle proprie risorse, al fine di rafforzare un'immagine di sé positiva e accogliente.

CONCLUSIONI

Alla luce dei casi clinici esposti si può notare come il modello SASB sia stato molto utile non solo nell'intervento diretto sul sintomo, ma anche nella procedura di ipotizzazione e di identificazione delle radici relazionali di tale sintomo e delle ripercussioni nel qui ed ora. Si può notare, infatti, che nonostante entrambi i pazienti abbiano "scelto" la strategia controllante, tale modalità è vissuta in modo molto diverso dai due: per Marco rappresenta una sorta di continuo autosabotaggio che non fa altro che confermare l'idea negativa di sé, anche se gli concede di sperimentare brevi momenti di illusoria sensazione di competenza, mentre per Luisa rappresenta una rigida strategia per apparire competente e invidiabile, a discapito della possibilità di sperimentare relazioni sentimentali che la coinvolgano.

Il soffermarsi su paure e desideri ci ha permesso di entrare in una dimensione di profondità emotiva con i nostri pazienti, in una cornice sia intrapsichica che sistemica, dando loro la possibilità di identificare le proprie strategie comportamentali e relazionali e collocarle in un contesto di significato utile a comprenderne sia la natura adattiva di fronte al malessere, sia la difficoltà ad abbandonarle.

Il modello della Benjamin ha rappresentato anche un'ottima bussola di riferimento per capire quale atteggiamento fosse più utile adottare con il paziente al fine di evitare di porsi in una posizione che risultasse nuovamente disfunzionale per lui, cercando invece di elicitare, grazie all'alleanza terapeutica, la possibilità di sperimentare i cluster verdi, le cui carenze sono state tanto dolorose per loro.

Possiamo quindi concludere affermando che il modello SASB sia uno strumento utile e arricchente per tanti aspetti legati alla terapia: la definizione degli obiettivi, il processo di ipotizzazione, l'identificazione di strategie alternative utili al cambiamento. "Posizionare" i pazienti sul grafico, infatti, può aiutare il terapeuta ad avere una fotografia delle fatiche da loro sperimentate, comprenderne i bisogni e calarsi in una dimensione di maggior empatia e rinforzo di quei cluster verdi, la cui mancanza è stata fonte sia di tanta sofferenza, sia di energie per farvi fronte.

BIBLIOGRAFIA

Benjamin., L. S. (1999), D*iagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: LAS.

Cambiaso. G., Mazza. R. (2018), *Tra Intrapsichico e Trigenerazionale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

De Coro. A., Ortu. F. (2011), *Psicologia dinamica: i modelli teorici a confronto*. Editori Laterza, Bari.

Sullivan., H. S. (1962), *Teoria interpersonale della psichiatria.* Giangiacomo Feltrinelli Editore, Milano.

https://www.mentalhelp.net/personality-disorders/structural-analysis-of-social-behavior-sasb.

OSTRACISMO E USO DELLE NUOVE TECNOLOGIE IN ETÀ ADOLESCENZIALE.

Aurora Lazzari[1]

RIASSUNTO: Il presente articolo si sviluppa in più parti, un'introduzione che funge da panoramica sul rapporto tra gli adolescenti e le nuove tecnologie e l'ostracismo in età adolescenziale. L'adolescenza si configura come una fase delicata dello sviluppo umano, connotata da elementi di vicinanza e di lontananza rispetto all'età adulta. Gli adolescenti vivono a stretto contatto con le nuove tecnologie e dunque lo studio di quest'ultime è fondamentale per comprendere meglio il loro mondo. Infine, le stesse si inseriscono nelle dinamiche sociali dell'ostracismo, disagio particolarmente sofferto nella popolazione adolescente. Una seconda parte introduce il tema del Phubbing, termine recentemente coniato dalla sincrasi tra "Snubbing" e "Phone": snobbare con il telefono, una pratica che è stato dimostrato in letteratura essere collegata alla sensazione di ostracismo e a tutte le sue conseguenze negative

SUMMARY: This article is developed in several parts, an introduction that serves as an overview of the relationship between adolescents and new technologies and ostracism in adolescence. Adolescence is configured as a delicate phase of human development, characterized by elements of closeness and distance from adulthood. Adolescents live in close contact with new technologies and therefore the study of the latter time is essential to better understand their world. Finally, the same are part of the social dynamics of ostracism, hardships particularly suffered in the adolescent population. A second part introduces the theme of Phubbing, recently coined by the syncrasis between "Snubbing" and "Phone": snubbing with the phone, a practice that has been shown in the literature to be connected to the feeling of ostracism and all its negative consequences

PAROLE CHIAVE: phubbing ostracismo, internet, adolescenti

INTRODUZIONE

L'adolescenza viene generalmente definita una fase di transizione biologica, sociale e psicologica dell'individuo, sintetizzabile come il passaggio dall'infanzia all'età adulta, e si configura come un periodo particolarmente determinante dello sviluppo umano.

Esistono significative differenze rispetto all'infanzia, la quale termina verso il decimo anno d'età del ciclo vitale, anzitutto per il motivo che gli adolescenti passano significativamente meno tempo con i propri familiari, preferendo costruire relazioni complesse con i pari (Lam, McHale, Crouter, 2014).

[1] Dottoressa in Psicologia sociale e dei processi decisionali. Tirocinante presso la Scuola Mara Selvini Palazzoli.

Ciò che caratterizza questa fase della vita è la costruzione di una propria identità psicologica, sociale e culturale coerente, tuttavia esistono differenze importanti con gli adulti, definibili sia in quanto positive che in quanto negative. Gli adolescenti sembrerebbero possedere una maggiore apertura mentale ed essere in grado di avvalersi di maggiori capacità di socializzazione. (Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L (2005). Durante questa fase, infatti, assistiamo ad un forte desiderio e bisogno sia di appartenere ad un gruppo sociale di coetanei, sia alla necessità di costruire legami di amicizia profondi e che puntino a durare a lungo. Le amicizie sono caratterizzate da impegno e forte reciprocità tra individui che si considerano eguali. È possibile ritenere l'adolescenza una fase delicata e potenzialmente problematica per più motivi, tra i quali il fatto che gli adolescenti possiedono una minore capacità di regolazione degli impulsi e maggiori livelli di *sensation seeking*, il che li espone potenzialmente a maggiori rischi. Inoltre, un elemento importante segnalato dalla letteratura è che durante l'adolescenza assistiamo ad una diminuzione della *life satisfaction* e dell'autostima, che raggiungono mediamente i livelli più bassi (Orth., Maes, Schmitt. 2015).

L'influenza dei pari e dell'ambiente sociale creato da essi diviene un elemento essenziale per un sano sviluppo sociale dell'individuo. Il rapporto con i pari è importante nella determinazione della propria identità anche perché il confronto con gli altri rappresenterebbe una strategia utile per valutare noi stessi, secondo la Teoria del Confronto sociale di Festinger (1954), che indica come per un individuo sia impossibile comprendere esaustivamente se stesso se non ha la possibilità di confrontarsi con l'Altro. Secondo la teoria dell'autore, tanto più gli altri sono socialmente simili a noi, tanto più è utile il confronto sociale e dunque il confronto con i pari ci fornisce impressioni accurate su chi siamo. Queste teorie sembrerebbero fornire un'impalcatura che spieghi come l'interazione con i pari aiuterebbe gli adolescenti a creare la propria identità in buona parte attraverso la relazione con gli altri. Ne consegue che durante l'adolescenza un desiderio fondamentale sia non solo essere socialmente accettati ma anche appartenere ad un gruppo di pari. Non è sempre possibile conseguire questo obiettivo e, a tale proposito, facciamo riferimento ad una serie di studi che hanno confermato come l'esclusione sociale possa avere un effetto negativo sullo sviluppo degli adolescenti (Pharo, Gross, Richardson & Hayne, 2011).

Gli adolescenti, inoltre, secondo alcune ricerche, risulterebbero più sensibili a fenomeni quali il rifiuto, comparativamente ai bambini o agli adulti. Esistono infatti prove a sostegno del fatto che il rifiuto da parte dei pari costituirebbe un fattore di rischio nello sviluppo di diverse problematiche tra gli adolescenti, come la depressione (Platt, Kadosh, & Lau,2013). Un'altra conseguenza avversa viene individuata nello sviluppo della fobia sociale, anche ad un anno di distanza dall'esperienza di esclusione sociale (Storch, Masia- Warner, Crisp, & Klein, 2005).

Ci riferiamo a quanto teorizzato da Williams (2009) quando in questo elaborato parliamo di ostracismo, definito dall'autore come la sensazione di venire esclusi e ignorati dagli altri: è un fenomeno inoltre diffuso in ogni cultura ed accompagna l'individuo durante tutto il ciclo di vita.

Questa esperienza andrebbe a minare quattro bisogni fondamentali:

- Il bisogno di appartenenza, cioè l'interazione positiva con gli altri

- Il bisogno di autostima, cioè l'esigenza di mantenere un'immagine positiva di sé
- Il bisogno di un'esistenza significativa, cioè la necessità di venir percepiti dagli altri ed essere degni di attenzione
- Il bisogno di controllo, cioè la necessità di percepire di avere un controllo sull'ambiente circostante.

Secondo Williams (2009), è possibile studiare l'ostracismo seguendo il *'temporal need-threat model'*, che indica diversi stati del processo di ostracismo:

- La *Reflexive stage*: la risposta della vittima è immediata, tanto da poter essere definita un 'riflesso', è un'esperienza dolorosa.
- La *Reflective stage*: è una risposta più riflessiva e basata su meccanismi di coping atti a ridurre la sensazione di disagio. Questi meccanismi si esprimono sia in un tentativo di ristabilire una piena soddisfazione dei bisogni infranti, che nel tentativo di modificare i propri comportamenti e le emozioni esperite.
- La *Resignation stage*: si verifica a seguito di esperienze prolungate di ostracismo della durata di mesi o anni.

Con esclusione sociale intendiamo in generale l'esperienza vissuta dall'individuo nel venir separato dagli altri fisicamente o emotivamente, come avviene nel primo caso nell'isolamento sociale e nel secondo caso quando si viene ignorati e rifiutati (Riva & Eck, 2016). Per gli adolescenti, le emozioni negative si presenterebbero con una maggiore intensità e i loro bisogni fondamentali, teorizzati da Williams, ne risentirebbero di più, rispetto agli adulti. Un'altra questione riguarda i problemi legati alle risorse cognitive: alcuni studi riportano un collegamento tra il rifiuto dei pari e la diminuzione delle performance accademiche (Buhs, Ladd, Herald, 2006). Per quanto riguarda gli effetti sul comportamento, invece, la letteratura sembra evidenziarne due possibili esiti. Il primo conduce alla pro socialità e al conformismo, dal momento che i gruppi sociali utilizzano strumentalmente l'esclusione sociale per esercitare controllo e punire i membri che trasgrediscono alle tacite norme riguardanti i comportamenti comunemente accettati: l'individuo che ha deviato dal comportamento standard deve manifestare mutamenti per ristabilire una relazione con il gruppo dei pari, comunicando, così facendo, l'intenzione di seguire le regole del gruppo (Williams & Carter-Sowell, 2009) . Un secondo possibile esito comportamentale si esprime nell'aggressività e nella diminuzione della pro socialità, davanti ad esperienze di ostracismo. L'aggressività potrebbe scatenarsi come meccanismo di difesa, se la pro socialità non sembra uno strumento utile, nel momento in cui l'esclusione sociale viene percepita come irreparabile e malevola (Timeo, Riva, Paladino, 2019).

Un terzo esito possibile viene definito 'autoisolamento' e consiste nella ricerca attiva della solitudine come strategia di coping: la persona esclusa cercherebbe di proteggersi tentando di prevenire nuovi atti di esclusione sociale (Ren, Wesselmann & van Beest, 2021). Oltretutto, l'esclusione sociale ha un effetto piuttosto tangibile anche sulla salute, paragonabile all'esperienza del dolore fisico e risulta associata negli adolescenti allo sviluppo di patologie depressive ed ansiose (Eisenberg &

Lieberman, 2004). L'esclusione sociale sarebbe positivamente correlata anche a comportamenti delinquenti, come il furto, il danneggiamento di proprietà e l'abbandono scolastico, insieme al consumo di sigarette e alcol fino ad arrivare al suicidio (Cleary, 2000).

L'ostracismo sembra sia molto diffuso nelle scuole e viene classificato come la terza forma di bullismo per diffusione. Secondo alcuni autori, l'ostracismo può essere classificato come 'bullismo emotivo' e viene considerata la forma più dolorosa di abuso da parte dei pari, anche per il fatto che è difficile da individuare e, di conseguenza, da arginare, per gli adulti di riferimento (Maxwell & Carrol-Lind, 1997).

LA DIFFUSIONE DELLE NUOVE TECNOLOGIE

L'uso delle nuove tecnologie è aumentato esponenzialmente negli anni '90: abbiamo assistito ad un enorme sviluppo e diffusione delle stesse, legate ad internet ed alla comunicazione in generale. Con nuove tecnologie intendiamo per esempio i computer, gli smartphone, i tablet ed altri dispositivi. Gli adolescenti che costituiscono il campione del presente studio appartengono a quella che viene considerata la 'generazione Z' e vengono ormai definiti 'nativi digitali', dal momento che sono stati esposti all'uso delle nuove tecnologie fin dalla nascita (Hur J & Gupta 2013), e di conseguenza, le utilizzano con estrema ed istintuale dimestichezza. Questa forte esposizione ha implicato un cambio nel modo in cui gli adolescenti di questa nuova generazione, rispetto alle precedenti, comunicano e interagiscono tra di loro, portando ad una spontanea integrazione delle tecnologie negli schemi della percezione sociale (Rich, 2014). Secondo le stime, l'88% degli adolescenti utilizza quotidianamente il computer da casa e il 95% degli adolescenti, senza significative differenze di genere, etnia e background socioeconomico, utilizza regolarmente uno smartphone. Il 45% riporta di essere 'praticamente costantemente online' e un ulteriore 44% sembra comunque collegarsi numerose volte durante il corso della giornata, il che, sinteticamente, significa che circa 9 adolescenti su 10 sono quotidianamente connessi. Nonostante questa omogeneità dei report, sembra esistano differenze di utilizzo di Internet in base al genere: il 50% delle ragazze dichiara di essere costantemente online, contro il 39% dei maschi (Anderson, & Jiang, J. 2018). Il 70% degli adolescenti utilizza i social network più volte al giorno e il 20% vi spende addirittura più di 5 ore al giorno (Rideout & Robb, 2018).

Il termine 'social media', si riferisce in generale ad un "uso partecipativo di Internet", e, nello specifico, ad una serie di network digitali, come Facebook, Instagram, Youtube, TikTok e Twitter, che permettono alle persone di interagire le une con le altre sia verbalmente che visivamente (Chou, Hunt, Beckjord, Moser, & Hesse, 2009). Oltre all'utilizzo dei social network classici, più di nove adolescenti su dieci utilizzano lo smartphone per scambiare messaggi istantanei con gli amici, collegandosi ad app quali Whatsapp, Telegram, e l'app di Messanger di Facebook (Lenheart, 2015).

IL RUOLO GENITORIALE

I genitori sono gli adulti di riferimento che esercitano maggior impatto sulla vita degli adolescenti. Secondo alcune ricerche:

- Il 65% dei genitori si dichiara preoccupato che i propri figli spendano eccessivo tempo su Internet.
- Il 62% teme che questa attività possa spingere gli adolescenti a perdere la propria capacità di comunicare faccia-a-faccia.
- Il 61% teme che condividano troppe informazioni sulla propria vita.
- Il 59% teme che possano essere adescati online o possano subire cyberbullismo.
- Il 57% teme possano fare sexting.

Tali preoccupazioni spingono i genitori a cercare di esercitare un controllo sull'utilizzo di internet dei figli, limitandone il tempo di esposizione. Tra le pratiche di limitazione esercitate dai genitori, troviamo il sequestro dello smartphone come forma di punizione e i vincoli di controllo parentale impostati manualmente sui dispositivi dei figli, che impediscono l'accesso ad alcuni siti ritenuti potenzialmente pericolosi. La maggior parte dei genitori (90%) sembra sia convinta di poter esercitare una guida efficace per educare i figli ad un utilizzo sano della tecnologia; tuttavia, la principale fonte di preoccupazione dei genitori nella gestione di queste problematiche risiede nel divario che avvertono tra i problemi che vivono gli adolescenti odierni e quelli che hanno sperimentato loro da giovani, elemento indicato dal 48% degli intervistati. Nonostante questo dato, il 51% dei genitori pensa che in qualche modo le difficoltà sociali che possono sorgere in un ambiente diverso da quello in cui sono cresciuti siano in qualche misura assimilabili alle proprie (Anderson, & Jiang 2018).

Le limitazioni nell'utilizzo della tecnologia, imposte per il bene degli adolescenti, tuttavia, sono spesso fonte di tensione tra genitori e figli. Viene riportata una discrepanza di vissuti: i genitori sono convinti di comunicare chiaramente con i propri figli riguardo all'uso dei devices tecnologici, mentre i figli dichiarano di ricevere dai genitori solo delle indicazioni riguardanti comportamenti da evitare senza ulteriori indicazioni su un uso corretto. Inoltre, nonostante sembra che tendenzialmente vengano stabilite delle regole di utilizzo, come per esempio evitare di usare lo smartphone a tavola, sia i genitori che i figli finiscano per infrangerle (Blackwell, Lauricella, & Wartella, 2014).

A questo proposito, costituirebbe una possibile soluzione al conflitto la negoziazione condivisa di regole, con un dialogo attivo che permetta ai genitori di spiegare che, nonostante desiderino sapere cosa gli adolescenti fanno online, i figli siano comunque liberi ed incentivati a stabilire delle barriere per decidere quali informazioni non desiderano condividere con i genitori. Ad ogni modo, sembra che gli adolescenti che ripongono maggiore fiducia nelle strategie di regolamentazione dei genitori, siano all'atto pratico effettivamente esposti a meno rischi, ma questo limita la loro possibilità di sperimentare e riduce le capacità di coping davanti a reali rischi dell'uso di internet.

Il ruolo genitoriale nel rapporto con i figli riguardo all'utilizzo delle nuove tecnologie esercita un'importante influenza anche nello sviluppo della loro moralità, nel momento in cui gli adulti li incoraggiano ad interagire con i coetanei con maturità e serenità (Wajcman & Rose, 2011).

LE CARATTERISTICHE ED IL RAPPORTO CON L'ANSIA SOCIALE

Secondo alcune ricerche, gli adolescenti sembrerebbero essere più vulnerabili a comportamenti problematici legati all'utilizzo di Internet, tra cui la dipendenza da internet (Young, 1996).

Generalmente, viene definito come un uso di internet eccessivo che conduce a sensazioni di ansia e a problemi che influenzano più aree di funzionamento dell'individuo e passa dall'essere associato a disturbi del controllo degli impulsi alla dipendenza comportamentale (Durkee al, 2016). Secondo alcuni autori, questa problematica condurrebbe a sintomi quali l'isolamento sociale e l'interruzione delle relazioni sociali (Moawad & Ebrahem, 2016).

Secondo le ricerche epidemiologiche, la problematica sembrerebbe essere diffusa dall'1 al 18% e interesserebbe in maniera maggiore i maschi. Questo disturbo, tuttavia, non è presente nell'ultima edizione del DSM né nella versione finale dell'ICD e alcune ricerche ritengono che la dipendenza da internet dovrebbe venir considerata un disturbo da dipendenza, poiché manifesta alcune caratteristiche salienti di tali disturbi:

- Uso frequente, eccessivo ed incontrollato che va a minacciare altre importanti attività, che superi le 38 ore settimanali, escludendo quelle dedicate ad attività accademiche. (Guillot et al., 2016)
- La tolleranza ed il bisogno di rimanere collegati per molte ore per riuscire ad ottenere un beneficio a breve termine.
- Sensazioni sgradevoli di privazione, simili all'astinenza, quando non è possibile collegarsi ad Internet.
- Un deterioramento di varie aree di funzionamento dell'individuo, tra cui il benessere psicologico e un peggioramento delle relazioni sociali e delle performance accademiche.

Secondo alcune ricerche, la dipendenza da Internet sarebbe collegata alla FoMO, *Fear of Missing Out*, una forma di disagio legata all'utilizzo di internet, piuttosto diffusa anche nella popolazione adolescente, che si configura come un insieme di vissuti di ansia e sofferenza esperita dalle persone che sentono di star venendo escluse da esperienze che la propria cerchia sociale sta vivendo (Przybylski, Murayama, DeHaan, & Gladwell, 2013; p.1842). Questo fenomeno sembra fonte di grande stress, dal momento che va a colpire le insicurezze degli individui e ad elicitare paure di esclusione sociale ed è associato ad un sovra utilizzo dello smartphone, nel tentativo, spesso maladattivo, di prevenirla o di rimediarvi (Carbonell, Oberst, & Beranuy, 2013).

Molto spazio di studio è stato dedicato all'ansia sociale e al suo rapporto con la dipendenza da Internet e sembra che i due fattori siano strettamente collegati. Le persone che soffrono di dipendenza da Internet presentano livelli maggiori di ansia sociale e quindi è possibile definire questo genere di

ansia come un predittore della dipendenza da Internet (Lee and Stapinski, 2012; Yücens and Uzer, 2018).

La spiegazione avanzata da alcuni autori indicherebbe come la diffusione capillare degli *smartphone* tra la popolazione di adolescenti permetterebbe loro di connettersi con grande facilità e questo li porterebbe ad accedere ad un 'rifugio virtuale' a portata di mano quando lo desiderano. Dunque, gli adolescenti tendono a cercare protezione da stati d'animo negativi quando si ritrovano in situazioni sociali che causano loro ansia o stress tramite il proprio smartphone.

Allo stesso tempo, l'uso compulsivo dello smartphone potrebbe diminuire sensazioni di noia esperite in interazioni sociali che causano fastidio o stress. Questo utilizzo viene definito dagli autori una 'strategia di evitamento' che aiuterebbe a far fronte all'ansia (Liu, Cella, Gershon, Shen, Morales, Riley & Hays, 2010).

L'utilizzo eccessivo dei social network da parte degli adolescenti sembra sia collegato ad un aumento dell'isolamento sociale e ad un peggioramento delle relazioni con gli altri (Kirsh & Mounts, 2007).

Più tempo si passa connessi ai social network, e più aumenterebbe la percezione di esclusione sociale, dal momento che questo tempo speso nel mondo virtuale ne toglierebbe altro ad esperienze sociali condivise e, oltretutto, un utilizzo patologico di queste tecnologie spingerebbe gli adolescenti a compiere continue comparazioni tra sé e gli altri, fino a creare aspettative esagerate di se stessi che finirebbero per danneggiarne l'autostima, fomentando un circolo vizioso di disagio che alimenterebbe l'ansia sociale (Firth et al, 2019).

L'ansia sociale negli adolescenti, in quest'ottica, tende ad essere deleteria, dal momento che li spinge ad incrementare il loro utilizzo di internet e dunque a ridurre il contatto sociale e la comunicazione faccia-a-faccia con gli altri (Ko et al, 2012) che in questa fase di sviluppo, come precedentemente argomentato, è fondamentale.

La dipendenza da Internet, secondo Andreassen (2016) sembra inoltre legata non solo a sintomi emotivi quali la solitudine, l'ansia, sbalzi d'umore e la depressione, ma anche fisici quali disturbi della vista, cefalee, insonnia, dolori alla schiena e perdita di peso; dunque, rappresenta un motivo di sofferenza totalizzante. Come sostiene Giedd (2012) esistono possibili strategie di cura atte a non esacerbare il disagio dell'adolescente, come la terapia cognitivo comportamentale e quella familiare.

IL *PHUBBING*

In un mondo in cui ormai la tecnologia è componente fondamentale delle interazioni sociali, assistiamo facilmente a comportamenti disfunzionali che vanno a minare la qualità dei rapporti umani.

Tra questi figura il *phubbing*, che consiste nel non prestare attenzione al proprio interlocutore, estraendo e consultando il proprio smartphone davanti ad esso, mentre eravamo impegnati in un dialogo o mentre quest'ultimo ci stava raccontando qualcosa. Il risultato, è che l'attenzione viene deviata sul dispositivo e non più sul nostro partner di interazione, il quale si sentirà da noi conseguentemente escluso.

Istintivamente, potrebbe sembrare un gesto, per quanto poco educato, da poco, all'interno di un'interazione sociale; tuttavia, negli ultimi anni sono sorti diversi studi che indagano i danni che tale pratica può provocare sui rapporti umani, fino a poter venir paragonata ad una vera e propria forma di ostracismo, che conduce ad alcuni esiti negativi dello stesso.

Il termine compare per la prima volta nel 2012, ormai dieci anni fa, a seguito di una campagna indetta dal Macquarie Dictionary e consiste in una fusione tra il termine "phone", telefono, e "snubbing", snobbare: dunque, "snobbare attraverso il proprio telefono". Si noti come già dagli albori della formulazione del termine, lo stesso presentava connotazioni negative.

Il *Phubbing* è ritenuto tale solo se il telefono viene utilizzato in un ambiente sociale, in cui due o più persone stanno interagendo tra di loro, nel quale l'individuo phubbante, il *phubber*, snobba uno o più interlocutori, preferendo collegarsi al mondo virtuale piuttosto che parlare con loro. La controparte, ovvero la persona che viene ignorata e subisce il *phubbing* in questa interazione, viene definita *phubbee* (Chotpitayasunondh, 2016). Se ci pensiamo, è una situazione piuttosto comune e sicuramente avremo molti ricordi di situazioni in cui siamo stati *phubber* o *phubbee* a nostra volta, o forse ne avremo pochi, perché ormai il gesto rientra in una dimensione di spontaneità e automatismo che sfugge alla nostra piena consapevolezza.

Il *Phubbing*, infatti, è ormai diventato una nuova norma sociale, rinforzata da meccanismi di reciprocità, all'interno delle interazioni umane e questo spiegherebbe la sua grande diffusione. Trattandosi di un fenomeno studiato da poco, non esiste letteratura esaustiva in merito, e tuttavia sono stati svolti alcuni studi che mirano a indagare gli antecedenti e le conseguenze del fenomeno (Pancani, Gerosa, Gui & Riva, 2001).

Riferendoci alla diffusione del fenomeno, sappiamo che, quando veniva loro chiesto di rifletterci, l'89% degli utilizzatori di uno smartphone riportava di aver effettuato *phubbing* nell'ultima interazione sociale avuta (Ranie & Zickuhr, 2015) il che indica piuttosto chiaramente la notevole estensione del fenomeno.

A quanto risulta dagli studi, lo stesso venir phubbati potrebbe costituire un antecedente del *phubbing*, dal momento che aumenterebbe la percezione del fenomeno come accettabile e normativo ed inoltre è un comportamento che viene continuamente e mutualmente rinforzato all'interno delle interazioni sociali. Per comprendere questo funzionamento, dobbiamo appunto riferirci al principio di reciprocità, che si verifica quando qualcuno ricambia con gentilezza un'azione sociale che ha conseguenze positive per l'altro (Pelaprat & Brown, 2012) oppure reagisce con freddezza ad azioni che hanno avuto conseguenze negative (Keysar, Converse, Wang, & Epley, 2008).

Anche in una situazione in cui si verifica il *phubbing*, il principio di reciprocità è presente, e il comportamento viene ricambiato intenzionalmente o non intenzionalmente. Dunque, questo diffonderebbe la pratica del *phubbing*, rendendola socialmente e comunemente praticata (Leuppert & Geber, 2000).

Un dato importante tratto da uno studio ci indica che il *phubbing* è visto in maniera più positiva nei piccoli gruppi piuttosto che nelle interazioni diadiche, dal momento che non interrompe l'interazione dal vivo. Dunque, si può concludere che nonostante le persone siano consapevoli che il *phubbing*

non sia socialmente corretto, a causa delle norme descrittive finiscano per esercitarlo e non seguono la norma ingiuntiva da loro percepita che ne indicherebbe l'uso sbagliato.

Un altro possibile antecedente del *phubbing* secondo numerose ricerche sarebbe costituito dalla dipendenza da internet (King & Dong, 2017; Lee et al., 2014; Lin et al., 2016) o comunque da un uso eccessivo dello smartphone in generale (King & Dong, 2017; Lee et al., 2014; Lin et al., 2016). Utilizzare quotidianamente per un numero eccessivo di ore lo smartphone e internet in generale, potrebbe spingere le persone a non riuscire facilmente a fare a meno di consultare il web anche in presenza di altre persone. L'intensità di utilizzo incentiva conseguentemente le pratiche di *phubbing* in termini di frequenza.

Anche la tendenza al multitasking, ovvero a svolgere più attività contemporaneamente, potrebbe concorrere ad un inasprimento del fenomeno, dal momento che spingerebbe a prestare marginale attenzione al partner di interazione dal vivo per poter consultare con le restanti risorse attentive i propri *devices* (Vorderer, Hefner, Reinecke & Klimmt, 2018).

L'esito che ha il *phubbing* sulla qualità dell'interazione è piuttosto significativo: comunica all'interlocutore distanza psicologica e disattenzione, riducendo la connessione emotiva e l'empatia reciproca (cit. Al-Saggaf & O'Donnell, 2019). Secondo altri studi, il *phubbing* potrebbe emergere come reazione di coping ad emozioni negative quali la noia o il senso di solitudine, e a questo proposito ci ricolleghiamo al discorso precedentemente affrontato sulla FoMO. Per quanto riguarda i predittori del *phubbing*, sappiamo che la ricerca ha individuato un collegamento con la dipendenza da Internet e da smartphone, e la FoMo, ma anche la tendenza alla noia (Wegmann, Ostendorf, & Brand, M (2018).

Esistono collegamenti anche con tratti caratteriali come, per esempio, l'introversione: è stato infatti dimostrato che individui estroversi tendono a phubbare in maniera minore, forse per il fatto che soddisfano il bisogno di connessione con più facilità nel mondo reale. Inoltre, la tendenza ad essere più vulnerabili ad emozioni negative spingerebbe gli individui a questo comportamento disfunzionale, dal momento che consultare il proprio smartphone potrebbe costituire una fonte di sollievo emotivo (T'ng, Ho, Low, 2018).

Per quanto concerne le conseguenze del fenomeno, sappiamo che il *phubbing* ha un effetto deleterio sulle relazioni interpersonali e un elemento piuttosto interessante è che le persone tendono ad intraprendere comportamenti di *phubbing* specialmente nei confronti di individui con i quali hanno relazioni più strette (Al Saggaf & O'Donnell, 2019). Il *phubbing* ha inoltre conseguenze negative sulla qualità della stessa conversazione, diminuendo il livello di connessione percepita, l'empatia e la soddisfazione. Gli effetti a lungo termine sono sintetizzabili in una diminuzione della qualità della relazione e in effetti depressivi.

Secondo diversi autori il *phubbing* ha esiti paragonabili a quelli dell'esclusione sociale teorizzata da Williams (2009) e questo si manifesterebbe nel suo essere in grado di elicitare effetti negativi teorizzati dal *Temporal Need-Threat Model* dell'ostracismo.

PHUBBING GENITORIALE

Attualmente, esistono pochi strumenti psicometrici per misurare il *phubbing* genitoriale, cioè il *phubbing* esercitato dai genitori nei confronti dei figli. La letteratura, infatti, sembra dimostrare che gli adolescenti non subiscono *phubbing* esclusivamente dai pari, ma anche dai propri genitori e questa distrazione da parte dei genitori avrebbe diversi conseguenti effetti negativi (McDaniel & Radesky, 2018; Stockdale et al., 2018). Per esempio, sembrerebbe correlare con livelli crescenti di ansia e depressione e con comportamenti antisociali quali il cyberbullismo.

Come sappiamo, l'esperienza della persona che subisce *phubbing* è negativa, conduce ad emozioni negative, alla depressione e ad una minaccia dei bisogni psicologici fondamentali (Chotpitayasunondh & Douglas, 2018; Hales et al., 2018; Roberts & David, 2016; Wang et al., 2017) e secondo gli autori queste conseguenze potrebbero risultare più drammatiche per gli adolescenti che subiscono il *phubbing* dai genitori, dal momento che è di fondamentale importanza nel loro sviluppo sia la comunicazione che l'attenzione degli adulti di riferimento (Baumrind, 1991; Caughlin & Malis, 2004; Davidov & Grusec, 2006; Kochanska & Aksan, 2004; Pinquart, 2016).

Dallo studio di Pancani, Gerosa, Gui, Riva (2020) emergono inoltre delle differenze sociodemogafiche che indicano come le femmine e i figli di migranti risultino maggiormente sensibili alle conseguenze del *phubbing* genitoriale. Inoltre, sembra che non esistano differenze significative tra essere phubbati dalla propria madre o dal proprio padre. Sono state condotte ricerche che spiegano il funzionamento del *phubbing* genitoriale includendo la componente paterna e materna nella dinamica.

Il *phubbing* fino ad ora è stato studiato e definito come un'interazione diadica, ma nel caso del *phubbing* genitoriale bisognerebbe considerare il contesto sociale creato nell'interazione dinamica tra due diadi: quella madre-figlio e quella padre-figlio, definita *'unità familiare'*. Sarebbe dunque necessario studiare approfonditamente come si struttura il contesto familiare, per comprendere l'estensione del senso di disconnessione sociale e la sensazione di essere ignorati dai propri genitori, di cui il *phubbing* potrebbe essere una delle cause.

Secondo alcuni studi, il *phubbing* genitoriale sarebbe una causa determinante della dipendenza da internet negli adolescenti, andando anche ad agire sul senso normativo: inconsciamente viene passato il messaggio ai figli che sia accettabile un sovrautilizzo dei devices e che il *phubbing* in generale sia un comportamento accettabile e comune (Gershon, Shen, Morales, Riley & Hays, 2010).

PHUBBING TRA PARI

Il *phubbing* è un fenomeno relativamente recente e dunque non esiste ancora letteratura esaustiva in merito. Sono state tuttavia condotte ricerche che avevano lo scopo di contribuire ad essa e di evidenziare il forte legame che sussiste tra ostracismo e *phubbing*. Esse hanno come anche in una popolazione adolescente, che è avvezza ad utilizzare lo smartphone con

grande frequenza, un gesto di disattenzione forte come il *phubbing* conduca ad esiti negativi.

Essere *phubbee* in un'interazione diadica con pari conduce ad impatti peggiori in diversi indici:

- Una minore soddisfazione dei bisogni fondamentali
- Una maggiore percezione di esclusione sociale
- Più stati d'animo ed emozioni negative
- Una maggiore tendenza alla messa in atto di comportamenti antisociali
- Una percezione del rapporto con l'interlocutore come più negativo

Le nuove tecnologie non sono né buone né cattive per i giovani, sarebbe errato definirle tali e infatti non solo sono innegabilmente utili e costituiscono un'implementazione un tempo inimmaginabile della comunicazione tra esseri umani, ma allo stesso tempo nascondono insidie che è nostro compito indagare e portare alla luce, per potervi far fronte sinergicamente con altre figure professionali quali counselors o insegnanti, al fine di garantire la protezione del benessere dell'adolescente.

BIBLIOGRAFIA

Abrams, D., Weick, M., Thomas, D., Colbe, H., & Franklin, K. M (2011). Online ostracism affects children differently from adolescents and adults. British Journal of Developmental Psychology, 29(1), 110-123.

Arlington, V. A., & American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, 5, 612-613.

Ballarotto, G., Volpi, B., Marzilli, E., & Tambelli, R (2018). Adolescent internet abuse: A study on the role of attachment to parents and peers in a large community sample. BioMed research international, 2018.

Beam, M. R., Chen, C., & Greenberger, E (2002). The nature of adolescents' relationships with their "very important" nonparental adults. American journal of community psychology, 30(2), 305-325.

Buhs, E. S., Ladd, G. W., & Herald, S. L (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? Journal of educational psychology, 98(1), 1.

Burnett, S., Bird, G., Moll, J., Frith, C., & Blakemore, S. J (2009). Development during adolescence of the neural processing of social emotion. Journal of cognitive neuroscience, 21(9), 1736-1750.

Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L (2005). Personality development: Stability and change. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 453-484.

Chou, W. Y. S., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R. P., & Hesse, B. W (2009). Social media use in the United States: implications for health communication. Journal of medical Internet research, 11(4), e1249.

Cleary, S. D (2000). Adolescent victimisation and associated suicidal and violent behaviors. Adolescence, 35, 671–682.

Durkee, T., Carli, V., Floderus, B., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Apter, A., ... & Wasserman, D (2016). Pathological internet use and risk-behaviors among European adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(3), 294.

Eisenberg, N. I. & Lieberman, M.D (2004). Why rejection hurts: A common neural alarm system for physical and social pain. Trends in cognitive sciences, 8(7), 294-300.

Goethals, G. R (1986). Social Comparison Theory: Psychology from the Lost and Found. Personality and Social Psychology Bulletin, 12(3), 261–278. doi:10.1177/0146167286123001

Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Reddy, Y. J., ... & Stein, D. J (2014). Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD- 11. World Psychiatry, 13(2), 125.

Hur J, Gupta M. Growing up in the Web of Social Networking: Adolescent Development and social media. APS 2013 Aug 01;3(3):233-244.

Lam CB, McHale SM, Crouter AC. Time with peers from middle childhood to late adolescence: developmental course and adjustment correlates. Child Dev 2014; 85: 1677– 93

Moawad, G. E., & Ebrahem, G. G. S (2016). The Relationship between Use of Technology and Parent-Adolescents Social Relationship. Journal of Education and Practice, 7(14), 168- 178.

Nelson EE, Jarcho JM, Guyer AE. Social re-orientation and brain development: An expanded and updated view. Dev Cogn Neurosci 2016; 17: 118–27

Orth U, Maes J, Schmitt M. Self-esteem development across the life span: a longitudinal study with a large sample from Germany. Dev Psychol. 2015 Feb;51(2):248-59.

Pharo, H., Gross, J., Richardson, R., & Hayne, H (2011). Age-related changes in the effect of ostracism. Social Influence, 6(1), 22-38.

Rich M. Moving from child advocacy to evidence-based care for digital natives. JAMA Pediatr 2014 May;168(5):404-406

Pancani, L., Gerosa, T., Gui, M., & Riva, P (2021). "Mom, dad, look at me": The development of the Parental Phubbing Scale. Journal of Social and Personal Relationships, 38(2), 435-458.

Riva, P., & Eck, J (2016). The many faces of social exclusion. Social exclusion: Psychological approaches to understanding and reducing its impact, ix-xv.

Riva, P, & Eck, J (2016). *Social Exclusion*. Springer.

Storch, E. A., Masia-Warner, C., Crisp, H., & Klein, R. G (2005). Peer victimization and social anxiety in adolescence: A prospective study. Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression, 31(5), 437-452.

Sullivan, T. N., Farrell, A. D., & Kliewer, W (2006). Peer victimisation in early adolescence: Association between physical and relational victimisation and drug use, aggression, and delinquent behaviors among urban middle school students. Development and Psychopathology, 18, 119–137.

Timeo, S., Riva, P., & Paladino, M. P (2019). Learning to cope with everyday instances of social exclusion: A review of emotional and cognitive strategies for children and adolescents. Journal of Applied Biobehavioral Research, 24(4), e12173.

Wajcman, J., & Rose, E (2011). Constant connectivity: rethinking interruptions at work. Organization studies, 32(7), 941-961.

Williams, K. D., & Carter-Sowell, A. R (2009). Marginalization through social ostracism: Effects of being ignored and excluded. Coping with minority status: Responses to exclusion and inclusion, 104-122.

Young, K. S (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. Psychological reports, 79(3), 899-902.

Lee, B. W., & Stapinski, L. A (2012). Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic internet use. Journal of anxiety disorders, 26(1), 197-205.

Firth, J., Torous, J., Stubbs, B., Firth, J. A., Steiner, G. Z., Smith, L., ... & Sarris, J (2019). The "online brain": how the Internet may be changing our cognition. World Psychiatry, 18(2), 119-129.

L'UMORISMO IN STANZA DI TERAPIA.

Francesca Dafne Camarda, Valentina Giordano, Giancarlo Paterlini[1]

RIASSUNTO: Come l'umorismo può definire la relazione terapeutica? È legittimo ridere in terapia? Il presente lavoro si pone come obiettivo quello di mostrare l'utilità dell'umorismo nel processo terapeutico. Il modello dinamico Maturativo dell'umorismo offre una chiave di lettura innovativa su un tema poco considerato in ambito clinico ma caratteristico della comunicazione. Infine, ci soffermeremo sull'uso che ne fanno paziente e terapeuta come strumento rafforzativo a favore dell'alleanza terapeutica.

SUMMARY: Could the sense of humour be a psychotherapeutic added value? Is it allowed to laugh during the psychotherapy? The paper's purpose is to show how humour, that can take place in therapy, has a relevant benefit for the therapy itself. The Crittenden's dynamic maturational model, adapted to the sense of humour by Battilani e Lambruschi 82020), offers an innovative interpretation of a dystinctive but poorly considered communicational issue. The paper also looks at the patients' and therapists' sense of humour as a reinforcement of the therapeutic alliance.

PAROLE CHIAVE: Umorismo, paradosso, comunicazione, alleanza terapeutica, attaccamento.

(…) la risata è la distanza più corta fra le persone,
consente di condividere e sentire
con la stessa lunghezza d'onda dell'altro.
(Bernhard Trenkle, 2009)

INTRODUZIONE

Che cos'è l'umorismo?

"Dottore... le ho portato un vasetto di pommarola... sa, al supermercato c'erano i pomodori san Marzano scontati e quindi nel weekend ho preparato un po' di vasetti... Tenga...almeno così mangia un po'!". Almeno così mangia un po'! Su quest'ultima frase la mia paziente inizia a ridere, sorrido anche io ma allo stesso tempo sono colto di sorpresa perché la natura del messaggio e il suo contenuto stridono nella loro formulazione.

[1] Psicologi e psicoterapeuti in formazione presso la scuola Mara Selvini Palazzoli di Brescia.

La paziente ha fatto dell'umorismo, una battuta che mi coinvolge nel mio aspetto fisico asciutto e longilineo. Non sarà che forse vi è una nota di aggressività in quanto da lei detto? Un'aggressività stemperata dall'umorismo, una risata che porta con sé qualcos'altro.

È complesso approcciarsi al tema dell'umorismo nel contesto psicoterapeutico, delimitarne i confini in quanto sembra non averne di precisi; è solitamente soggettivo, spontaneo, abbiamo poca conoscenza di quale sia la sua origine o l'evento scatenante.

Seguendo le parole di Fry (2001) possiamo definire l'umorismo come un processo o una comunicazione interpersonale che iniziano all'interno di una cornice di gioco o che rimangono improvvisamente, e a sorpresa, catturati da una simile cornice nel momento in cui stanno per concludersi. (...)

M.C. Escher,1948,
Drawing Hands, Litografia.

A causa di questa sua natura di gioco e di questo suo aspetto metaforico, l'umorismo deve essere necessariamente paradossale.

Spesso l'umorismo si sovrappone al gioco ed è compito del contesto stabilire se un fenomeno appartiene alla prima o alla seconda categoria; William Fry (2001) afferma che tale coincidenza si nota per la presenza del riso e del sorriso che accompagnano quasi unicamente il gioco e l'umorismo (se si escludono casi ibridi come le risatine nervose, il sorriso laconico o il riso amaro) e si riscontra nei confronti dell'equilibrio tra spontaneità e riflessività che viene a crearsi. Infatti, per quanto concerne il gioco e l'umorismo, un eccesso di riflessività, cioè un continuo tentativo di indagarne le apparizioni attraverso l'auto-osservazione, comporterà una riduzione radicale della spontaneità di questi fenomeni fino alla loro scomparsa. "Quando si fa pratica, si nega la pratica. Quando si fa umorismo, si distrugge l'umorismo" (Fry, 2001). Un ulteriore motivo per cui è possibile affermare che i due processi sono sovrapponibili consiste nel fatto che entrambi implicano un rapporto ed uno scambio personale.

Nonostante queste assonanze, gioco e umorismo non possono essere considerati uno alla stregua dell'altro; Fry (2001) sostiene, difatti, che i due processi si differenziano per quanto riguarda l'ordine dei livelli di astrazione impliciti: l'umorismo è strutturato in modo più complesso, presentando molti più livelli di astrazione in un'unità di comportamento più piccola e detti livelli si spostano più velocemente che nel gioco. Nell'umorismo non si riscontrano la semplicità e la linearità del gioco che acquista molta della sua forza dalla ripetizione del gioco stesso; l'umorismo, se ripetitivo, perde molto del suo vigore sia nel caso, ad esempio, in cui venga ripetuta la stessa barzelletta sia quando si racconta una serie di barzellette troppo simili tra loro.

Uno degli elementi fondamentali dell'umorismo è la scoperta che appare in tutto il suo carico di risate quando una battuta, uno scherzo o una barzelletta raggiunge, nel giro di pochi secondi, il suo culmine. La ripetizione riduce la scoperta, diminuendo a sua volta il culmine e le risate.

Intorno all'episodio umoristico viene a crearsi una cornice di gioco (Fry, 2001) determinata ad esempio dal tono della voce, da un particolare movimento o dalla postura del corpo. Questi segnali di gioco devono essere in ogni istante presenti, rendono irreale il processo in corso (creano la cornice "Questo non è reale") ma anche loro stessi come parte integrante del processo stesso. "Se la situazione è irreale, lo è anche il segnale di gioco e quindi la situazione diventa reale.

Se la situazione diventa reale, altrettanto vale per il segnale e quindi la situazione è irreale (Fry, 2001).

Risulta evidente la presenza di un paradosso circolare. Ogni forma di umorismo è disseminata di paradossi perché, solitamente, questo dispositivo necessita di più di una cornice e di un segnale di gioco; ogni volta che una cornice viene rafforzata, sorge un ulteriore paradosso che non è fine a se stesso ma ne contiene molti altri che modificano il comportamento primario alla base del processo umoristico, si modificano l'un l'altro e modificano loro stessi. Tuttavia è opportuno ribadire che non è sufficiente dire che l'umorismo è gioco perché l'esperienza ludica, nonostante sia metaforica e paradossale, non dispone di un culmine; infatti nell'episodio umoristico c'è sempre un crescendo del processo che giunge fino ad un climax (o a un culmine).

Che cos'è un culmine? Non ci sono regole che prescrivano che cosa esso possa o non possa essere: può essere una parola, un suono, un gesto, un movimento, un'espressione o una situazione. Può essere qualsiasi cosa ma la sua caratteristica principale è di essere essenziale.

Non può esistere alcun processo umoristico senza climax e viceversa, perché l'umorismo provoca le risate grazie al carattere inaspettato del culmine. L'essenza dell'umorismo, ammette Fry (2001), è proprio il rapporto che si instaura tra il climax e il processo. Tale connessione crea un ulteriore paradosso che si ripercuote sulla natura già paradossale dell'umorismo: il culmine è collegato al resto dell'episodio umoristico attraverso il contenuto effettivo di entrambi e in modo tale da creare un paradosso specifico nel contenuto; quest'ultimo è inoltre collegato ulteriormente all'insieme della situazione umoristica di natura paradossale.

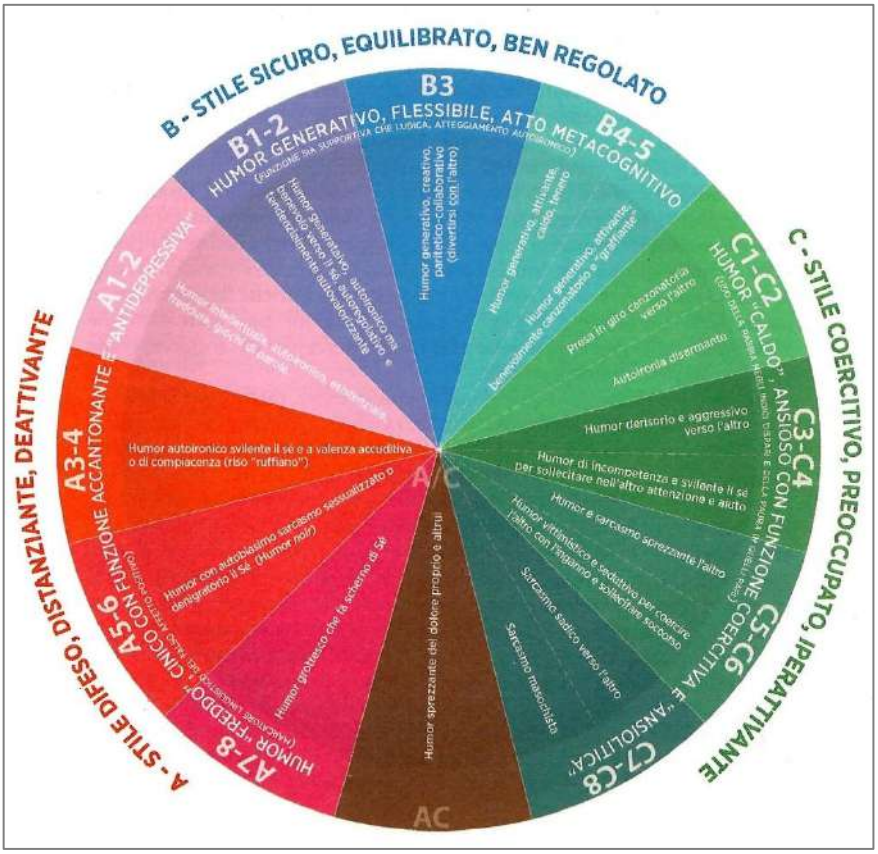
Snoopy e Woodstock sul tetto.

Il contenuto del culmine rimane implicito e nascosto fino a quando non viene raggiunto il culmine stesso e solo allora diventa esplicito, entrando nel mondo reale. Ci troviamo quindi di fronte ad un capovolgimento degli elementi impliciti ed espliciti nel momento

in cui viene espresso il culmine; un ribaltamento che coinvolge la figura e, allo stesso tempo, lo sfondo dell'episodio umoristico.

MODELLO DINAMICO MATURATIVO DELL'UMORISMO

Fatta questa premessa teorica sull'_umorismo ci siamo interessati a ricercare in letteratura modelli che potessero rendere spendibile l'analisi dell'umorismo in terapia. È nella teoria dell'attaccamento che alcuni autori hanno trovato un costrutto completo e complesso che permette di individuare stili e funzioni dello humor differenti sulla base dello stile relazionale. In particolare, Battilani e Lambruschi (2020) hanno rielaborato il Modello Dinamico Maturativo della Crittenden (2008) "in chiave umoristica", ovvero hanno associato a stili di attaccamento utilizzi e funzioni differenti dell'umorismo. Il modello Dinamico maturativo dell'umorismo si propone come uno strumento utile nel legare tra loro aspetti cognitivi con quelli affettivi ed emotivi tipici di ogni stile umoristico, aspetti che raccontano delle strategie che l'individuo ha appreso dalla costruzione dei propri legami di attaccamento.



Modello dinamico-maturativo dell'umorismo da Umorismo, Psicoterapia e attaccamento.

Per comprendere come interpretare le diverse sfumature all'interno del grafico, anch'esso mutuato dalla Crittenden , è necessario considerare un asse orizzontale ed uno verticale. Il primo fa riferimento alla capacità dell'individuo di regolare i vissuti emotivi.

Avremo all'estremo sinistro del grafico quegli stili umoristici caratterizzati da aspetti di evitamento del vissuto emotivo e nei quali si osserva una prevalenza del contenuto cognitivo su quello emotivo (sfumature del rosso). Potremmo descrivere questo stile cinico e freddo, volto a tenere lontani vissuti emotivi che potrebbero risultare intollerabili.

Diversamente, sull'estremo destro del continuum si osservano espressioni umoristiche tipiche degli stili ansiosi-ambivalenti in cui domina la componente emotiva su quella cognitiva (sfumature del verde). Chi a uso di questa modalità spesso si avvale dell'umorismo come modalità per fare pena all'altro così da sollecitarne la cura. Potremmo definire un estremo evitante e l'altro iperattivato.

La dimensione verticale indica il livello di integrazione del sé. Spostandosi dalla parte superiore dello schema verso quella inferiore viene meno il grado di integrazione del sé. Si osserva che soggetti con una scarsa integrazione del sé hanno più fragili capacità di mentalizzazione, di autoironia e di comprensione dell'umorismo. È nella parte superiore del grafico (sfumature dell'azzurro) che si posizionano individui dotati di una buona integrazione del sé, capacità di mentalizzazione e sufficiente equilibrio tra componente emotiva e componente cognitiva. Queste caratteristiche permettono loro di utilizzare lo humor in modo flessibile e generativo in relazione con l'altro. Il sistema motivazionale usato da coloro che rientrano in questa sottocategoria è quello cooperativo.

L'UMORISMO E LE SUE FUNZIONI

Un altro modello presente in letteratura è quello proposto da Martin e collaboratori (2003), che suddivide l'umorismo in benevolo e disadattivo.

Non risultando più sufficiente tale suddivisione Martin ha successivamente rivisto il modello individuando per entrambe le modalità una funzione interpersonale e una intrapersonale. Da questa ulteriore analisi sono pertanto stati delineati quattro stili umoristici che andremo a descrivere arricchendoli con i contenuti offerti dalla teoria di Lambruschi e Battilani.

- **Umorismo affettivo relazione**: stile umoristico benevolo con funzione interpersonale, tipico di chi ha piacere nello scambio comunicativo a far uso dell'umorismo con lo scopo di avvicinare l'altro e farlo sentire a proprio agio. Chi utilizza questo stile umoristico non sente il bisogno di dover ridere di sé o degli altri bensì di ridere per creare un clima piacevole. Tipico delle persone che si approcciano in modo risoluto alla vita. Il sistema motivazionale che elicita principalmente è quello paritetico-cooperativo.
  Questo stile umoristico si associa a maggiori livelli di autostima, benessere psicologico e stabilità emotiva. Rifacendosi al modello dinamico maturativo dell'umorismo è associabile alle sottocategorie B di area sicura.

- **Umorismo autovalorizzante**: stile umoristico benevolo con funzione intrapersonale. Si intende la capacità di ridere di sé e di vicende, talvolta anche spiacevoli, della propria vita quotidiana. Perché ciò avvenga è necessario che prevalga in modo moderato sul vissuto emotivo la componente cognitiva. Facendo riferimento al MDM dell'umorismo potremmo associarlo ai sottogruppi sicuri (aree B1-B2) fino ad arrivare a sottogruppi che presentano moderare strategie evitanti (A1-A2). Seppur la funzione sia prettamente intrapersonale va considerato che questo stile umoristico spesso elicita nell'altro conforto senza attivare però il sistema motivazionale dell'accudimento.
- **Umorismo autosvilente:** stile umoristico disadattivo con funzione intrapersonale. Chi fa uso di questa modalità tende con la svalutazione di sé ad ottenere la cura e l'approvazione degli altri elicitando il sistema motivazionale dell'accudimento. Questo stile di attaccamento può essere usato in modo più adattivo nelle sotto aree di A laddove si voglia tenere sotto controllo l'emotività negativa A3-4, mentre ha aspetti decisamente più disfunzionali nelle aree pari di C (C2-4-6) in cui questo stile umoristico ha l'obiettivo di coinvolgere attrarre e/o sedurre l'altro. In stanza di terapia questa modalità alza il rischio di collusione.
- **Umorismo aggressivo**: stile umoristico disadattivo con funzione interpersonale. Chi ne fa uso è solito utilizzare l'umorismo per deridere l'altro e per manipolare le persone. Scarse capacità di empatia non permettono a questi individui di comprendere gli effetti delle loro battute sugli altri. Mostrano livelli elevati di rabbia, aggressività e ostilità. L'umorismo aggressivo si osserva sia in aree più adattive del modello dinamico maturativo dell'umorismo come in B5, seppur sia da considerarsi come prevalente e più marcato nelle sotto aree dispari di C (C1-C3-C5). La sfida, tipica dello stile motivazionale del rango, è per questi individui l'unico modo che conosco per ingaggiarsi in una relazione, avendo fatto esperienza di discontinuità con le figure di accudimento e cura.

UMORISMO DEL TERAPEUTA IN UN'OTTICA DINAMICO-MATURATIVA

Per condurre un lavoro terapeutico serio non è necessario essere sempre seriosi.

Già nel 1976 Winick mostrava la capacità dell'umorismo di comunicare in modo protetto sentimenti che normalmente rimangono silenti.

Kuhlman (1984) distingue tra effetti a breve e a lungo termini di interventi umoristici in terapia: a breve termini si osserva un allentamento della tensione emotiva in seduta, a lungo termine l'umorismo è in grado di modellare, definire e cambiare la relazione tra paziente e terapeuta. Di recente Clarke (2009) riconosce all'umorismo, sapientemente usato in seduta, la possibilità di aiutare il terapeuta nella comprensione di specifici schemi interpersonali del paziente; in questa direzione Meyer e collaboratori

(2017) hanno osservato come alcuni stili di umorismo siano in grado di modulare il rischio suicidario in pazienti ad alto rischio, in particolare dalla ricerca emerge una correlazione negativa tra umorismo aggressivo e ideazione suicidaria. Dato interpretabile come un tentativo strategico per questi pazienti di mantenere le relazioni significative attraverso il conflitto.

Appare evidente la presenza di una discreta base concettuale e di ricerca che sostiene la possibilità di un utilizzo della comunicazione umoristica all'interno del setting terapeutico. Utilizzo che può andare da un livello semplice, di tipo psicopedagogico, ad un utilizzo complesso che origina dal materiale portato dal paziente e co-costruito nella relazione tra terapeuta e paziente. In quest'ultima accezione l'uso dell'umorismo in terapia diventa generativo perché usato in modo strategico nelle varie fasi del processo terapeutico, procedendo per gradi per stimolare nel paziente un livello superiore di consapevolezza. In altre parole, l'umorismo diviene così una strategia da calare nel setting clinico.

Nella fase iniziale di assesment l'umorismo può favorire la sintonizzazione sullo stile relazionale e sui sistemi di memoria utilizzati dal paziente. Alcune tipologie di battuta agevolano la relazione perché aiutano nel delicato processo atto a meta-comunicare e definire l'assetto relazionale più congruo a quello di cura, quello collaborativo. Secondo il modello dinamico-maturativo gli interventi umoristici del paziente hanno funzioni intra e interpersonali specifiche pertanto osservare come si muove il paziente nei primi minuti di un primo colloquio può arricchire le ipotesi che il terapeuta formula circa il suo funzionamento.

In questa fase l'autoironia del terapeuta può favorire la costruzione dell'alleanza terapeutica, riducendo la distanza e il timore del giudizio che alcuni pazienti sperimentato quando si affacciano ad un lavoro terapeutico. Ad esempio, dinnanzi ad una persona mutacica il terapeuta potrebbe cercare una condivisione empatica attraverso una metacomunicazione autoironica.

P: "Dottoressa, ma non è che con sti attacchi di panico mi viene un infarto e muoio."
T: "Mi viene da dire che non posso permettermi di perdere un paziente subito dopo la prima seduta (sorride)."

Un simile intervento meta-comunica la posizione relazionale del terapeuta che si attesta in una dimensione di collaborazione al fine di avviare il difficile ma prezioso lavoro condiviso di ricerca di senso del sintomo piuttosto che di competizione intellettuale, in cui il terapeuta sfrutta le proprie conoscenze per rimarcare la propria esperienza.

Nel corso del processo terapeutico e solo quando la relazione terapeutica è sufficientemente consolidata è possibile utilizzare l'umorismo come perturbazione strategicamente orientata ad aiutare il paziente a riconoscere gli schemi difensivi, le strategie non più funzionali in quella fase della vita e favorire una nuova prospettiva.

Quest'ultimo concetto è particolarmente difficile da mettere in pratica sul piano procedurale, soprattutto con alcuni pazienti ma il modello dinamico-maturativo di Lambruschi e Battilani può rappresentare una bussola per

veicolare con appropriatezza gli interventi umoristici. Ad esempio, i pazienti che utilizzano una strategia "preoccupata" potranno apprendere, attraverso interventi umoristici, a sdrammatizzare e distanziarsi criticamente da una situazione che tanto li coinvolge. Chi utilizza, invece, una strategia "evitante" potrà imparare ad esprimere le emozioni negative disinibendo gli stati emotivi proibiti dal timore di non essere amabile in virtù di quel colore emotivo sperimentato.

È bene specificare, a questo punto, che ridere congiuntamente in seduta e giocare con pensieri ed emozioni critiche è un'azione possibile solo in un contesto interpersonale sicuro che il paziente non avverte come minaccioso per sé.

Poiché una buona percentuale di pazienti presenta itinerari di sviluppo riconducibili a pattern relazionali insicuri una significativa parte di interventi umoristici tenderà ad assumere un ruolo difensivo finalizzato a prendere le distanze da emozioni negative oppure per sollecitare aiuto e cura. In tali occasioni spesso il rischio è quello di colludere con tali manovre difensive e confermare gli schemi interpersonali del paziente, ma attraverso un movimento di sintonizzazione empatica e secondo un timing adeguato il terapeuta può aiutare il paziente a comprendere che in quello che sta comunicando non "c'è nulla da ridere". È importante quindi riconoscere lo humor difensivo che tende a rivelarsi sottoforma di stati emotivi-affettivi incongrui rispetto al contenuto o espressione strumentale, drammatizzata degli affetti. In secondo luogo, un passaggio utile ad operare in termini terapeutici, è la metacomunicazione sull'affetto incongruo e sulla discrepanza osservata nella sua comunicazione che permette al paziente di entrare a contatto con i propri stati interni e tollerare maggiormente le aree critiche scotomizzate attraverso batture ed ironia. Una volta affrontate le resistenze sostenute dallo humor difensivo sarà possibile esplorare in un clima empatico le strutture di significato che reggono il sé.

L'aggancio scherzoso consente di giocare con il paziente su alcuni aspetti vissuti come problematici e di stimolare un'ironia generativa che consenta di trovare qualità positive su di sé, in altre parole momenti di allineamento umoristico favoriscono la flessibilità cognitiva e la capacità di valorizzarsi al di fuori di schemi di funzionamento rigidi.

In tal senso, il registro umoristico può diventare valido strumento per riparare le possibili rotture nella relazione terapeutica poiché consente di spostarsi su un piano metacomunicativo e comunicare il processo in atto in un clima genuino e di reciproca sintonizzazione, aprendo la strada all'esplorazione dei sentimenti sottostanti di vergogna, vulnerabilità, disvalore, abbandonici, perdita

È necessario però tenere conto dei rischi che un uso eccessivamente spontaneo degli interventi umoristici può comportare soprattutto quando il terapeuta collude con lo schema interpersonale del paziente probabilmente perché offre a lui stesso una difesa da temi delicati. Può capitare che il terapeuta dinnanzi ad una tonalità emotiva critica, come angoscia o profonda ambivalenza, utilizzi difensivamente una battuta per sdrammatizzare pensando così di risolvere lo stato emotivo in corso ma in realtà non consente al paziente di starci, anzi trasmette l'idea che l'espressione e la condivisione possano minacciare la relazione. Per lavorare

con lo humor difensivo del paziente il terapeuta deve avere sufficiente consapevolezza del proprio funzionamento in modo da agire con libertà e consapevolezza ed introdurre nella relazione elementi nuovi, capaci si riorganizzare in senso generativo i modelli operativi interni del paziente.

CONCLUSIONI

In conclusione, l'umorismo rappresenta un valido strumento per il terapeuta da usare con attenzione e consapevolezza. Comprendere come ridono e per cosa ridono i nostri pazienti è certamente di grande utilità nella pratica clinica, l'uso in ottica dinamico-maturativa dell'umorismo in una cornice relazionale paritetica-collaborativa stimola nuove competenze metacognitive ed aiuta a cogliere rigidità, stereotipie e ripetitività. L'uso strategico dello humor nel setting clinico diventa così un potente strumento per metacomunicare su aree emotive critiche difficilmente accessibili attraverso canali comunicativi più espliciti.

Lo humor, secondo noi, può essere considerato come una metafora aperta che stimola la funzione riflessiva ed arricchisce il repertorio relazionale di nuovi significati. Come fenomeno denso di significato e pervasivo nella quotidianità relazionale da utilizzare per favorire la costruzione dell'alleanza terapeutica in ottica cooperativa e non relegare a tema minore della pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

Bateson G. (1952), *The position of humor in human communication*. In H. Von Foerster Cybernetics Casual and Feedback Mechanism in Biological and Social Sciences, Transcritions of the Ninth Conference 1-47.

Bateson G. (2006), *L'umorismo nella comunicazione umana*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Clairke. (2009), *The Eight pattern of humor*. Phyrric House

Crittenden P.M. (1994), *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Guerini studio.

Crittenden P.M. (1999), *Attaccamento in età adultà: l'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview.* Raffaello Cortina, Milano.

Crittenden P.M. (2008), *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento.* Edizioni Libreria Cortina.

Freud S. (2010), *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*. Milano, BUR.

Fry W.F. (2001), *Una dolce follia. L'umorismo e i suoi paradossi*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lambruschi F., Battilani L. (2020), Umorismo, psicoterapia e attaccamento. Giovanni Fiorini Editore, Milano.

Liotti G., Monticelli F. (2008), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Edizioni Libreria Cortina.

Liotti G., Monticelli F. (2014), *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitiva-evoluzionista.* Edizioni Libreria Cortina.

Kuhlman T.L. (1984), *Humor and Psychoterapy. Dow Jones-Irwin.* Homewood.
Trenkle B., a cura di Stubner B., Landricina M. (2009), *Curare ridendo. L'intervento psicoterapeutico attraverso le storie divertenti*. Alpes Italia
Winick C. (1976), *The social contexts of humor.* Journal of Communication 124-128.

SITOGRAFIA

http://www.mcescher.com/gallery/back-in-holland/drawing-hands/
http://www.nanopress.it/cultura/foto/vignette-dei-peanuts_5613_39.html

LA TEORIA DELLA REGOLAZIONE AFFETTIVA: TRA TERAPIA E PREVENZIONE

Lucrezia Barbato[1]

RIASSUNTO: La teoria della regolazione affettiva è un modello clinico di matrice psicodinamica che ha ben integrato i contributi dei teorici dell'attaccamento, la letteratura sul trauma e le recenti scoperte delle neuroscienze sullo sviluppo e sul funzionamento delle strutture corticali e sottocorticali del nostro cervello. La visione complessa che ne deriva ben si avvicina al modello sistemico e può rappresentare una valida guida per il lavoro clinico, sia in termini di processo diagnostico del funzionamento del paziente, sia rispetto alla lettura delle dinamiche della relazione terapeutica ed, infine, come strumento nell'agire terapeutico. In questo articolo si cercherà di delineare quali sono gli elementi fondanti del modello, con l'obiettivo di trasporre i vari costrutti in una dimensione più pragmatica; si farà riferimento al contesto terapeutico, valorizzando come il modello teorico abbia guidato la scelta verso strumenti e tecniche utili al funzionamento del paziente e del sistema familiare. Inoltre, si cercherà di evidenziare l'applicabilità del modello anche in un contesto preventivo, nello specifico l'area della psicologia perinatale in ambito consultoriale, dove i costrutti teorici del modello sono stati utilizzati dentro interventi di prevenzione primaria e secondaria di empowerment della relazione genitore-bambino.

SUMMARY: The Affect Regulation Theory is a clinical model rooted in psychodynamic framework that has successfully integrated the contributions of the theorists of attachment, the literature on trauma and the recent discoveries of neuroscience regarding the development and functioning of cortical and subcortical structures of our brain. The resulting comprehensive perspective closely aligns with the systemic model and serves as a valid guide for clinical work, both in terms of diagnosing the patient's functioning, understanding the therapeutic relationship dynamics, and as a tool in therapeutic interventions. This article aims to outline the foundational elements of the model, effectively translating the various constructs into a more pragmatic dimension; it references the therapeutic context, valuing how the theoretical model has guided the selection of tools and techniques that are beneficial to the functioning of the patient and the family system. Furthermore, the article seeks to highlight the model's applicability in a preventive context, specifically within the field of perinatal psychology. In this regard, the theoretical constructs of the model have been employed in primary and secondary prevention interventions of parent-child relationship empowerment.

PAROLE CHIAVE: regolazione affettiva, attaccamento, psicoterapia, prevenzione, alleanza terapeutica, genitorialità, psicologia perinatale, cervello, trauma relazionale, emisferi cerebrali.

[1] Psicologa psicoterapeuta, collabora con IRCCS Fatebenefratelli di Brescia e Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest

INTRODUZIONE

La teoria della regolazione affettiva si inscrive in un approccio terapeutico tradizionalmente psicoanalista e di conseguenza, di primo acchito, lontano dal paradigma sistemico familiare originario della Scuola Mara Selvini Palazzoli; in realtà, addentrandosi nei contenuti, essa si colloca in corrispondenza del perfetto punto di incontro con l'evoluzione del pensiero della Scuola (Cirillo et al., 2016), che ha visto l'integrarsi tra elementi sistemici ed intrapsichici.

Lo sguardo posto da Hill (Hill, 2017) sul tema della regolazione affettiva si muove dinamicamente tra grandangolo e teleobiettivo, comprendendo diversi livelli di osservazione: quello neurobiologico, nella trattazione dei substrati organici che le ricerche e scoperte delle neuroscienze ci hanno offerto negli ultimi decenni; quello intrapsichico, nella descrizione del funzionamento individuale e di strutturazione del Sé; quello interpersonale, nel riferimento ai monoliti teorici dell'attaccamento. La complessità che ne deriva non può che avvicinarsi all'ottica sistemica.

L'intento di questo elaborato teorico è quello di presentare gli elementi chiave del modello della regolazione affettiva, per poi proporre alcuni scenari di pratica clinica, sia in contesto terapeutico che preventivo, nello specifico attinente all'area della perinatalità e dei primi 1000 giorni del bambino, in cui questa teoria è stata una solida e utile guida.

IL CONCETTO CARDINE: LA REGOLAZIONE AFFETTIVA

Per poter comprendere al meglio il nucleo fondante del modello di Hill (Hill, 2017), è importante percorrere a ritroso il processo ideativo dell'autore partendo dai presupposti di fondo della teoria di Schore (Schore, 1994). Questi mette in luce quanto sia significativa ed essenziale nello sviluppo del bambino la capacità di *sintonizzazione* del genitore, intesa come capacità di generare una *sincronicità di stati affettivi,* che a sua volta crea una risonanza affettiva condivisa tra caregiver e bambino. È questa risonanza a dar vita all'esperienza di essere sentiti, conosciuti ed accettati/accuditi ed a permettere la regolazione del figlio; perciò, in altre parole, potremmo dire che la regolazione affettiva costituisce il compito principale del caregiver. A partire dalla teoria di Schore, Hill organizza una concettualizzazione più complessa definendo due livelli di regolazione affettiva: quello primario e quello secondario.

Il livello primario riprende il costrutto di regolazione e sintonizzazione come descritto da Schore e riguarda, di conseguenza, i processi automatici a base psiconeurobiologica che si formano precocemente e che generano ciò che Hill definisce *Affetto.*

Il livello secondario chiama in gioco la teoria della mentalizzazione (Fonagy et al., 2002) e implica l'attivazione di processi cognitivi verbali, riflessivi, intenzionali e coscienti che consentono all'individuo di nominare l'emozione e prenderne consapevolezza per poterla regolare. Hill nomina il prodotto di questo processo secondario di regolazione affettiva, *Affetto Categoriale.*

LE BASI NEUROBIOLOGICHE DELLA REGOLAZIONE AFFETTIVA

Le neuroscienze ci hanno offerto negli ultimi decenni una lente osservativa diversa, ma non per questo dissociata dal pensiero clinico del terapeuta, anzi essa può rappresentare una chiave di entrata diversa per accedere alle porte del funzionamento del paziente, del suo sistema familiare e della relazione terapeutica stessa. Il cervello rappresenta un sistema complesso aperto, ciò significa che dobbiamo immaginarci la presenza di reti di elementi in connessione tra loro, di gerarchie tra sistemi e sottosistemi, il passaggio di informazioni in entrata e in uscita, il processo di auto-organizzazione, integrazione e di adattamento alla ricerca di un'omeostasi di sistema (Hill, 2017). Più il sistema è integrato, più lo stato del sistema è stabile e flessibile e, di conseguenza, capace di adattarsi ai cambiamenti e agli agenti di stressor interni ed esterni. Tra le strutture neurobiologiche coinvolte nei processi di regolazione affettiva che hanno di conseguenza un ruolo cruciale nel processo di integrazione del sistema mente-corpo troviamo il sistema limbico, che valuta l'informazione emotiva e vi risponde, attraverso il processamento di informazioni provenienti dal corpo e dall'ambiente relazionale del soggetto.

Accanto ad esso abbiamo il sistema nervoso autonomo e l'asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene), che svolgono un ruolo cruciale nella risposta a stimoli stressogeni: essi generano un'alterazione dell'equilibrio corporeo, in termini di ipo-attivazione o iper-attivazione, che influenzano la risposta del soggetto alla situazione stressante. Infine, altro elemento importante è l'azione sinergica e flessibile degli emisferi cerebrali che mediano processi differenti: l'emisfero destro i processi impliciti, l'emisfero sinistro quelli espliciti; la modalità di integrazione tra i due emisferi ha un effetto sul funzionamento intrapsichico e interpersonale nel bambino e nell'individuo.

Negli scambi interattivi tra caregiver e bambino e, seguendo l'evoluzione del ciclo di vita, tra adulti, ogni soggetto invia e raccoglie informazioni implicite ed esplicite rispetto a ciò che prova e pensa e a ciò che accade intorno a lui. La capacità delle strutture cerebrali descritte di lavorare in modo integrato consente al soggetto di regolare l'affetto e mentalizzare l'emozione in una modalità adattiva e flessibile.

LO SVILUPPO DELLA REGOLAZIONE AFFETTIVA: DAL PERIODO PRENATALE ALLA COSTRUZIONE DELLA RELAZIONE DI ATTACCAMENTO

I genitori dovrebbero possedere la capacità di mantenere in equilibrio il proprio stato di regolazione per regolare i propri figli in modo competente, di conseguenza la relazione di attaccamento, che rappresenta il setting interattivo privilegiato per la crescita del bambino, assume un'importanza fondamentale (Riva, Crugnola, 2012).

La regolazione diadica che prende vita entro la relazione caregiver-bambino è, a sua volta, il prodotto dell'integrazione tra i cablaggi pre e post natali nei circuiti neurologici del bambino e i dispiegamenti epigenetici. La teoria della regolazione affettiva pone l'accento su alcune componenti

sottostanti la relazione di attaccamento: i processi attentivi, il comportamento relazionale, la regolazione affettiva e i mezzi con cui la si agisce; inoltre associa particolari caratteristiche di tali categorie alle tipologie di attaccamento come identificate dalla Strange Situation.

Per una maggior chiarezza si riporta lo schema proposto dall'autore (Hill, 2017; p.36)

Caratteristiche	**Att. Sicuro**	**Att. Evitante**	**Att. Ansioso-Ambivalente**	**Att. Disorganizzato**
Dispiegamento dell'attenzione	Diretta verso l'attesa della soluzione dello stress	Distolta dall'attesa di fonte di stress	Ipervigilante nei confronti dell'attesa di fonte di stress	Attenzione disorientata, caotica
Comportamento relazionale	Va in direzione della figura di attaccamento	Si allontana dalla figura di attaccamento	Si muove contro la figura di attaccamento	Movimenti relazionali incoerenti o contradditori
Regolazione affettiva	Resiliente	Stati prolungati di ipoarousal	Stati prolungati di iperarousal	Pattern caotico di iper e ipo arousal
Mezzi di regolazione affettiva	Sia regolazione diadica che autoregolazione	Auto-regolazione	Regolazione diadica	Né regolazione diadica né autoregolazione

Se si vuole considerare il modello di Hill come buona bussola per il lavoro clinico, si possono considerare significativi due pensieri teorici di fondo: la precoce genesi delle componenti alla base dell'attaccamento e la condotta regolatoria-contenitiva del genitore in termini di up e down regulation del sistema di arousal. Collocare il tempo zero della "nascita dell'attaccamento" nelle prime settimane di vita del bambino, se non per certi aspetti anche in un periodo antecedente la venuta al mondo del neonato, secondo le evidenze scientifiche della teoria neurobiologica dell'attaccamento, ci impone uno sguardo clinico più ampio e complesso.

Se fino a pochi decenni fa la valutazione dell'attaccamento e delle modalità di accudimento genitoriali suggeriva al clinico di osservare la relazione madre-figlio in vivo, analizzando i pattern interattivi in termini di vicinanza, lontananza, intrusività, condotte spaventanti, etc., oggi non possiamo non raccogliere dati ed informazioni attinenti all'epoca prenatale. Gli studi più recenti nel campo dell'epigenetica e della biologia psichiatrica ci offrono spunti interessanti sull'influenza che eventi stressogeni ambientali durante la gestazione possono avere sull'espressione genetica e fenotipica del nuovo nato (Pariante et al., 2021). Si ipotizza che una specifica

condizione materna in epoca gestazionale, sia essa in termini di resilienza e benessere o di vulnerabilità e malessere, possa avere un impatto sullo sviluppo di strutture e connessioni neurobiologiche del bambino senza che si siano ancora attuati nella relazione particolari condotte genitoriali, più o meno funzionali.

Quanto poco si considera che i primi mille giorni di vita, oggi concetto chiave di numerose linee guida nazionali ed internazionali, così importanti per il loro impatto sulla crescita e sviluppo long life dell'individuo, partano dal concepimento e non dal giorno del parto?

In terapia succede abbastanza spesso di incontrare bambini, adolescenti, ma anche adulti che manifestano sintomatologie di sofferenze e malesseri la cui origine si colloca sulla linea della vita in un momento precedente la loro nascita o afferenti al periodo perinatale, quando le strutture corticali superiori non hanno raggiunto una maturazione raffinata. Ne sono esemplificative le memorie corporee delle ospedalizzazioni precoci, i traumi transgenerazionali che attraversano le generazioni come se diventassero parte dei corredi genetici, gli effetti della depressione post-partum sullo sviluppo del bambino. Il secondo assunto teorico concerne invece la possibilità per il terapeuta di leggere il comportamento genitoriale non solo nel suo significato relazionale, ma anche rispetto all'impatto a livello neurobiologico su quelle strutture descritte da Hill come essenziali per la costruzione di una buona capacità di regolazione affettiva.

Un genitore con una modalità propria di regolazione delle situazioni stressogene di tipo *up* genererà nel proprio bambino un iperarousal che si tradurrà in un abbassamento della soglia di tolleranza della minaccia o della frustrazione; viceversa un genitore che regola le sue emozioni in modalità *down* più probabilmente attiverà nel bambino un ipoarousal che potrebbe con il tempo cristallizzare in strategie di comportamento più evitanti. Il genitore incapace di modulare il proprio stato emotivo, mettendo in atto dei pattern caotici, non sarà in grado di trasmettere alcuna strategia organizzata di regolazione emotiva e di conseguenza il bambino sarà, per logica causalità, maggiormente a rischio di sviluppare nel corso della vita una sintomatologia più pervasiva e disfunzionale.

IL FALLIMENTO DELLA REGOLAZIONE AFFETTIVA: IL TRAUMA RELAZIONALE

La regolazione affettiva è agli occhi dell'autore elemento chiave e cardine per un sano sviluppo dell'individuo, non solo in termini emotivi, ma anche di funzionamento adattivo: la competenza regolatoria che si apprende nella relazione con le figure di caregiving pone il soggetto in stati della mente regolati che, in quanto tali, permettono all'individuo stesso di poter attivare il sistema esplorativo, se vogliamo utilizzare un riferimento teorico di Liotti (Liotti, 2014), cioè di porsi con un atteggiamento di apertura verso l'esterno e di esplorazione di sé e dell'Altro.

Se teniamo a mente questa premessa di fondo, non appare difficile comprendere il link logico che lega il fallimento della regolazione affettiva al trauma relazionale, proprio perché è nelle relazioni di attaccamento più disorganizzate e caotiche che riscontriamo la maggior probabilità di vivere

dei traumi precoci e, parallelamente, di vedere mancare una competenza genitoriale di buon contenimento emotivo (Van der Kolk, 2014).

Il trauma relazionale viene infatti descritto da Hill (Hill, 2017) come esposizione ad un misattunement (mancata sintonizzazione) cronico e a stati di disregolazione prolungati nel contesto della relazione di attaccamento precoce, che determinano un funzionamento carente del sistema primario di regolazione affettiva. La considerazione guida è l'idea che i pattern di arousal inadeguati messi in atto dal genitore limitino risposte adattive all'ambiente e possibilità di esplorazione e crescita. Il substrato teorico sottostante riprende gli assunti neurobiologici per i quali uno stress cronico determini a livello organico: un'iperproduzione di cortisolo che può diventare neurotossico ed alterare la mielinizzazione delle strutture limbiche; la sovraesposizione a oppioidi endogeni che danneggiano il funzionamento dell'asse HPA; l'alterazione del processo fisiologico di pruning (potatura sinaptica); le influenze epigenetiche implicanti l'espressione di geni esperienza-dipendenti.

Considerando il trauma relazionale come eziopatogenesi della regolazione affettiva disturbata, diverse sono le manifestazioni fenotipiche che possono incorrere lungo il ciclo di vita: la dissociazione cronica come meccanismo elitario di difesa; i disturbi di personalità come outcome nel processo di crescita; la vergogna pervasiva dissociata come emozione disorganizzante.
Se l'affetto regolato è ciò che consente all'individuo di avere consapevolezza del proprio stato emotivo e di accedere al livello meta della mentalizzazione, l'affetto dissociato rappresenta l'informazione del corpo che non può essere valutata ed utilizzata per dare risposte adattive al proprio ambiente interno ed esterno e che, di conseguenza, non viene integrata nel lavoro sinergico tra i due emisferi. In altre parole, l'affetto viene processato solo dall'emisfero destro, venendo a mancare il trasferimento a quello sinistro per un'elaborazione consapevole e cosciente; esso diventa compartimentalizzato, entra in un meccanismo di automaticità e può generare, nei casi più gravi, stati alterati di coscienza.

I fenomeni dissociativi si collocano comunque entro un continuum di gradualità che vede forme lievi e moderate in contrapposizione a forme più gravi: maggiormente sarà disfunzionale la relazione di attaccamento e quindi più deficitaria la competenza di regolazione emotiva, più probabilità vi sarà di incorrere in forme dissociate gravi. È interessante notare come la dissociazione grave possa assumere morfologia differente a seconda della tipologia di arousal: la dissociazione con ipoarousal vede l'attivazione del sistema nervoso parasimpatico e l'osservazione delle condotte di freezing e/o depersonalizzazione/derealizzazione; la tipologia con iperarousal implica l'attivazione del sistema simpatico e la manifestazione di attenzione iperfocalizzata e ristretta, pensieri intrusivi, assorbimento totale.

Per quanto concerne invece i disturbi di personalità, Hill (Hill, 2017) si sofferma sul disturbo narcisistico di personalità e sul disturbo borderline di personalità, i cui tratti caratteriali sono definiti come manifestazioni di modelli operativi interni insicuri, sviluppati in relazioni precoci disfunzionali per evitare o prevenire misattunement e vergogna.
L'etichetta diagnostica di Disturbo Personalità Borderline, alla luce della trattazione teorica dei primi capitoli del libro, potrebbe apparire limitante rispetto alla descrizione di funzionamento più complessa e ricca di

sfumature descritta da Selvini (Selvini, 2008) nella narrazione dei tipi di personalità da riorganizzazione post-traumatica. Sarebbe interessante cercare di delineare le caratteristiche di funzionamento neurobiologico insite nelle riorganizzazioni post traumatiche ed i possibili intrecci tra i profili clinici e alcuni concetti sottostanti il modello della regolazione affettiva: modalità ipo vs iper arousal, attivazione emisferica prevalentemente destra o sinistra, intensità dei fenomeni dissociativi.

Infine, è interessante porre alcune riflessioni sul costrutto di vergogna pervasiva dissociata. Il primo aspetto da sottolineare, a mio avviso, è l'inquadramento del termine "vergogna" in una cornice di contesto che non le attribuisce il solo significato di "emozione traumatica", come spesso si è soliti leggerne in tutti i capisaldi dei modelli teorici del trauma.

Hill infatti sostiene che la vergogna moderata rappresenti un'esperienza essenziale che genera resilienza e stabilisce la capacità di regolare l'arousal parasimpatico; se è vero che la vergogna rappresenta l'emozione cardine dei quadri clinici post-traumatici, non è altresì vero, secondo Hill, che sia la vergogna stessa ad installare un vissuto traumatico.

Per meglio dire, l'autore affida al genitore l'arduo compito di saper modulare la vergogna quando provata dal bambino precocemente nella diade relazionale, per generare un outcome di funzionamento adattivo nel bambino stesso; è l'incapacità genitoriale di regolare la vergogna del proprio figlio che diventa elemento preferenziale dell'attaccamento insicuro.

È invece attraverso una buona riparazione genitoriale del vissuto di vergogna provato dal bambino, che egli può così diventare capace di viverla e di modularla a sua volta, evitando che essa nel futuro assuma quel carattere di pervasività e di dissociazione, come accade nei contesti dei traumi dello sviluppo. La vergogna può avere un effetto disgregante per il soggetto che la prova, molto più per esempio della colpa, perchè impatta maggiormente sul senso identitario di Sé: la vergogna ha un'espressione facciale, di cui la colpa è priva, infatti origina a livello preverbale, mentre la colpa implica un processo di elaborazione superiore; la vergogna paralizza, mentre la colpa spinge alla riparazione. Il potere patogenetico della vergogna sta nel suo essere una spaventosa e inaspettata rottura della relazione di attaccamento e disorganizzazione del Sé, in individui che non hanno mai avuto modo di conoscere e fare esperienza della possibilità di vivere, modulare e regolare tale emozione in un contesto relazionale funzionale e sintonizzato.

ALLA RICERCA DI UN ISOMORFISMO: L'ALLEANZA TERAPEUTICA

L'ultima sezione del manuale di Hill si sofferma sul traslare in pratica clinica quanto appreso sino a questo momento da un punto di vista teorico.

Il focus narrativo si sposta sulla relazione terapeutica come scenario di dinamiche relazionali entro cui si generano, si modificano e si adattano processi impliciti ed espliciti. La chiave di lettura non è diversa da quella proposta da Liotti (Liotti, 2014) prima e ripresa da Cambiaso e Mazza (Cambiaso, Mazza 2018) poi, rispetto al cercare le stesse forme relazionali adottate dal paziente nelle sue interazioni di vita e nella relazione con il

terapeuta. Ciò che cambia è l'oggetto della microanalisi: Hill (Hill, 2017) osserva le strategie di attivazione corporea, l'incontro tra i cervelli di paziente e terapeuta, gli enactment e de-enactment, e da queste ne estrapola delle strategie terapeutiche che seguono la logica delle tecniche top/down e bottom/up.

La teoria della regolazione affettiva focalizza l'azione terapeutica sul cervello destro, sui processi impliciti, poiché sono questi a generare, secondo l'autore, il cambiamento di primo ordine che implica la trasformazione di pattern automatici ed impliciti e la sostituzione dei processi comportamentali cognitivo-affettivi del MOI insicuro con quelli di un MOI più funzionale.

Ciò che accade in terapia altro non è che una riorganizzazione del sistema primario di regolazione affettiva, che comporta: il rinforzo delle connessioni tra corteccia orbitofrontale e strutture sottocorticali; la maturazione terapeutica delle strutture limbiche autonome in un sistema più flessibile ed integrato; la co-costruzione con il terapeuta di una positiva esperienza di Sé.

Hill auspica l'incontro tra i cervelli di paziente e terapeuta, capace di creare una connessione neurobiologica diretta, a partire sia da processi espliciti, attraverso tecniche top/down, psico-educazione e mentalizzazione degli stati affettivi, sia dai processi impliciti, attraverso l'attivazione dell'emisfero destro.

Il terapeuta è chiamato a porsi in una posizione di auto-osservazione per poter cogliere e avere consapevolezza dei propri stati regolati e dei momenti di disregolazione: i processi impliciti attivati nell'alleanza terapeutica attivano, tanto per il paziente quanto per il terapeuta, quei modelli operativi interni nati nelle precoci esperienze di attaccamento.

I temi e i contenuti portati dal paziente, così come le sue modalità interattive e comportamentali, attivano nel terapeuta ciò che già conosciamo in termini di risonanze e controtransfert, ma che Hill associa al concetto di enactment: lo scenario in cui le parti dissociate di paziente e terapeuta che entrano in gioco, in risonanza ad aspetti irrisolti di uno dei due soggetti della relazione terapeutica.

L'enactment non è di per sé nocivo all'alleanza, ma deve essere terapeutico: il clinico che entra in uno stato disregolato, in risposta a disregolazione del paziente, deve saper auto-organizzarsi e riconnettersi al paziente per poterlo regolare.

Qui emerge in modo chiaro l'isomorfismo tra relazione di attaccamento con il caregiver e relazione terapeutica, qui dove la capacità di sintonizzazione vitalizzante del terapeuta assume una funzione riparativa, agendo da catalizzatore per lasciar emergere nel paziente un senso di Sé nuovo, coerente e di sfumatura positiva. Questo diviene il luogo del processo di maturazione di quella competenza di regolazione affettiva che nel corso della vita del paziente è risultato deficitario, incompleto o nullo, capace di attuare due tipi di trasformazione: il ripristino di un senso di fiducia verso Sé e l'Altro e l'emergere di una nuova immagine di Sé, un Sé integrato che esiste ed evolve in sinergia con le parti che l'hanno costituito e che oggi lo rendono tale.

DALLA TEORIA ALLA PRATICA CLINICA

La teoria della regolazione affettiva ci offre un modello clinico che consente al terapeuta di costruirsi una buona guida a supporto del lavoro.

La trattazione del modello di Hill (Hill, 2017) porta riferimenti pratici che si riferiscono al setting terapeutico, si pensi sia alla casistica di quadri di funzionamento intrapsichico afferenti storie di trauma relazionale, sia alla descrizione delle dinamiche insite nella relazione terapeutica e delle tecniche utili al terapeuta; a mio parere, i contributi teorici offerti possono avere un'ampia significatività anche a livello di contesto di prevenzione.

Per meglio dettagliare questa riflessione, si riporteranno degli scenari di pratica clinica in cui il modello della regolazione affettiva ha avuto particolare utilità, riferiti ad entrambi i contesti di lavoro.

Il contesto terapeutico

Un caso interessante che vorrei citare è quello di Filippo, un ragazzo di 18 anni che richiede una terapia per un generale malessere di cui fatica a trovare l'origine, ma anche a descriverne le caratteristiche.

Incontro Filippo in contesto di studio privato: dagli incontri di consultazione emerge che il ragazzo "finge" di vivere la realtà in una modalità evitante per paura di entrare in contatto con le proprie emozioni.

Parafrasando le parole di Hill (Hill, 2017), il suo cervello sinistro è costantemente attivo, il suo cervello destro è posto in modalità silente, il suo sistema nervoso autonomo lo colloca sempre in una posizione di downregulation. Filippo ha imparato che dissociare il mondo emotivo è salvifico: dai suoi sei ai dodici anni, sua sorella maggiore di tre anni ha manifestato un livello di sintomatologia ansioso-depressiva tale da non uscire di casa, chiudersi negli armadi, pensare al suicidio, vedersi proposto un ricovero a soli 14 anni. In altre parole, Filippo ha imparato da una parte che le emozioni sono pericolose e dall'altra che per non turbare ancor di più i suoi genitori una buona strategia fosse non provare emozioni negative. Filippo nella vita è un abilissimo autosabotatore: consegna verifiche in bianco, rischia ogni anno la bocciatura, lascia ogni ragazza che gli si avvicini, si comporta da menefreghista, facendo credere a tutti di essere una persona superficiale.

In seduta Filippo porta tutte le sue buone resistenze: Hill (Hill, 2017) ci suggerisce di utilizzare delle tecniche top-down per agganciare il paziente e così un semplice lavoro psicoeducativo su come funzionano i *nostri cervelli* permette di rendere pensabile ed accessibile al ragazzo l'ipotesi che nel suo funzionamento odierno, per una qualche buona ragione da ritrovare nella sua storia, il cervello sinistro abbia avuto il sopravvento su quello destro. Riprendere con il ragazzo la linea della vita per scorgere i momenti emotivamente più faticosi ci ha aiutato a delineare la buona ragione generatrice della sua modalità di funzionamento odierna: legittimare quel vissuto emotivo del là e allora, nel qui ed ora, ha permesso a Filippo di poter accedere ad un materiale emotivo nuovo. Seguendo la logica della modalità di elaborazione dell'informazione cerebrale, si è pensato che utilizzare la metafora potesse essere un buono strumento per attivare il cervello destro e connettersi così con una memoria più implicita, emotiva.

Abbiamo costruito l'immagine dell'iceberg per spiegare quanto ci sia una parte di Sé visibile al mondo e una parte, più estesa e complessa, che esiste

ed è densa di emozioni, ma che è tenuta sommersa; Filippo si dice volenteroso di capire cosa c'è sotto quell'iceberg che di poco emerge dal profilo dell'acqua.

L'utilizzo della metafora dell'iceberg ci permette di addentrarci in un mondo emotivo sconosciuto e messo sotto chiave: per poter navigare in questo ambiente inesplorato utilizziamo le carte Dixit con l'obiettivo di trovare quegli stimoli grafici che possano aiutarlo a descrivere la parte sommersa dell'iceberg.

Interessante che Filippo, la cui reazione in incipit è stata "*non so cosa potrei scegliere*", trovi addirittura diciannove carte e che, descrivendone i motivi di scelta, racconti di: paura del fallimento, tagliare dei rapporti di amicizia dannosi, un'armatura che mostra agli altri, solitudine....

Questi temi ci mostrano la fotografia di un paesaggio vulnerabile, fragile da ri-conoscere e da esplorare con prudenza e tutela dei vissuti di Filippo: non possiamo smantellare violentemente le buone difese costruite nel tempo, ma possiamo accompagnarlo e supportarlo nel processo di legittimazione e riconoscimento di queste parti di Sé oscurate e silenziate.

In una prima fase della terapia, questo tipo di lavoro teso a comprendere il funzionamento intrapsichico anche da un punto di vista più neurobiologico ha permesso di raggiungere e mantenere, parallelamente, una buona alleanza terapeutica ed un clima di sicurezza tali da poter approfondire nella successiva fase di terapia un lavoro centrato sulla possibilità di integrare quelle parti di Sé ancora sommerse dall'acqua.

Un secondo breve scenario di contesto terapeutico riguarda la consultazione con una coppia genitoriale in fatica nella gestione di comportamenti rabbiosi e provocatori della figlia Clara di cinque anni, adottata a poche settimane di vita.

Rossella e Claudio sono molto affaticati: quando Clara ha degli scoppi di rabbia non sanno cosa fare, si creano delle escalation tra loro e la bambina che si concludono, a fatica, con Clara che tira calci e pugni e loro sfiniti e frustrati. Non accettano l'oppositività della figlia: non comprendono che dietro questa modalità comportamentale vi sia una fisiologica fase evolutiva con cui Clara, da una parte, cerca di autoaffermarsi e dall'altra mette alla prova il genitore come buon contenitore. La coppia si aspetta che la bambina gestisca la sua rabbia e/o che si consoli, sottostando alle regole di comportamento familiari.

Ciò che manda in crisi la mamma sono i numerosi "capricci" che la bambina fa in pubblico: si sente sfidata e legge nel comportamento della figlia l'intenzionalità di volerla ferire e svalutare.

Sono due persone molto organizzate, precise, razionali: tutto pensiero e logica.

Con questa coppia genitoriale è stato chiaro fin da subito che dietro la fatica di gestione dei comportamenti della figlia vi erano delle risonanze emotive individuali. La loro modalità di funzionamento evitante, razionale, palesemente da cervello sinistro, poco riusciva a sintonizzarsi con la propria bambina vivace, emotiva, *tutta cervello destro*. Affiorava in modo sempre più evidente quanta difficoltà potessero vivere questi genitori nel porsi in vicinanza ad una figlia tanto lontana dal proprio modo d'essere, che sembrava non fare altro che ricordar loro la natura non biologica del loro legame. C'era inevitabilmente il rischio di apparire giudicanti ai loro occhi,

evidenziando la loro poca capacità di stare sul bisogno della bambina, con il pericolo che essi si potessero sentire accusati di non sentire Clara *figlia loro* al pari di un figlio biologico.

Il modello clinico della regolazione emotiva è stato utile per creare un'alleanza con i genitori ponendo l'accento sulla valorizzazione della funzione genitoriale di modulazione dell'emozione della bambina, sul loro importantissimo ruolo come risorse e massimi esperti, in quanto genitori, di Clara.

Rimandare una lettura del comportamento esplosivo di Clara non come intenzionale ma come immaturità emotiva, coerente con la sua età e in parte anche con la sua storia adottiva, ha rappresentato una prima porta di accesso nel lavoro con i genitori, propedeutica al poter approfondire in che modo quel comportamento esplosivo risuonasse sulle loro corde calde, non solo come genitori, ma in primis come individui portatori di storie e di vissuti.

Tenendo a mente i presupposti teorici integrati tra teoria dell'attaccamento (Attili, 2007) e teoria della regolazione emotiva (Hill, 2017), si è potuto accompagnarli a riconoscere i vissuti emotivi di Clara ma anche i propri, che inevitabilmente entrano in gioco, e a comprenderne le buone ragioni.

Se dovessimo poi fare un'analisi clinica rispetto alla disregolazione emotiva di Clara su un livello neurobiologico, non potremmo prescindere dal considerare un continuum temporale che parte non dalla creazione della relazione di attaccamento con i suoi genitori, quanto dalle sue esperienze perinatali. Si potrebbe ipotizzare che in epoca prenatale e perinatale possano esserci stati dei fattori ambientali di rischio rispetto al fisiologico sviluppo dei circuiti afferenti le basi neurobiologiche dell'attaccamento e della regolazione emotiva: sappiamo infatti che la madre biologica di Clara faceva uso di sostanze in gravidanza; la bambina è stata ospedalizzata alla nascita.

Ciò potrebbe essere un elemento da tenere in considerazione nel lavoro con la coppia per disinnescare possibili sensi di colpa nati dal vissuto di incapacità di gestire e aiutare la bambina, citati all'inizio.

In questi termini, una lettura più *neurobiologica* del funzionamento di ciascun membro del sistema familiare può indirettamente de-colpevolizzare il genitore dal suo vissuto di inadeguatezza: ognuno può trovare delle buone ragioni alla base del proprio comportamento e della propria modalità di stare in relazione con l'altro. Parallelamente, partire dal bisogno sottostante di Clara di essere contenuta emotivamente dalla figura di attaccamento nei momenti per lei di maggiore fatica, permette di spostare il focus dal piano comportamentale a quello emotivo e di co-costruire con i genitori degli strumenti di cambiamento nuovi e, forse, più facilmente accolti ed applicabili.

Per esempio, è stata data l'indicazione ai genitori di scrivere su un quadernetto gli episodi in cui si fossero sentiti in difficoltà con la bambina, sottolineando la situazione ma anche le emozioni provate da ciascuno, interrogandosi su quali potessero essere le emozioni sottostanti ai comportamenti della figlia. Inoltre, è stato consigliato alla coppia di provare a cambiare il copione di interazione nei momenti di forte rabbia espressa da Clara: invece che porsi in opposizione agendo una funzione puramente normativa, provare a vivere con la bambina quell'emozione, aiutandola a regolarla con strategie non razionali, tipiche e spontanee per loro genitori

adulti, ma corporee, emotive, non verbali. Un abbraccio di contenimento, spezzettare la carta insieme alla bambina, pasticciare insieme un foglio con un pennarello rosso: questi sono degli esempi di strategie co-costruite con loro che potessero parlare direttamente al *cervello destro* di Clara, al suo mondo emotivo e al suo funzionamento di bambina.

Contesto di prevenzione

Il Consultorio Familiare è un Servizio che nasce con una mission di prevenzione e di presa in carico del benessere della donna, della relazione mamma-bambino e, più in generale, della famiglia stessa.

In questo Servizio mi occupo dell'area della perinatalità: mi trovo ad incontrare donne sia durante la gravidanza che nel post partum, avendo modo di accompagnarle e supportarle nel meraviglioso quanto complesso viaggio che le porta a diventare madri.

Il modello clinico della regolazione emotiva è facilmente applicabile nel contesto della psicologia perinatale: a partire dai corsi di accompagnamento alla nascita sino agli interventi focalizzati nella fase del post partum, sia in termini di incontri di sensibilizzazione su temi specifici, sia nei percorsi di supporto psicologico dedicati alle neo-mamme.

L'idea è stata quella di prendere in prestito i concetti di sintonizzazione, di regolazione affettiva e di mentalizzazione per accompagnare le mamme in gravidanza e nel post partum, così come i papà, passando loro l'immagine di se stessi come risorsa importantissima per lo sviluppo e la crescita del proprio bambino. Già il modello dei Touchpoints di Brazelton (Brazelton, 2017), sicuramente appartenente ad un contesto più medico, ha voluto rimandare la competenza del genitore come massimo esperto del proprio bambino. Il pediatra infatti parte dal presupposto che tutti gli interventi che mirano a promuovere il sano sviluppo bio-psicosociale del bambino non possano prescindere dal coinvolgimento del genitore come co-operatore. I Touchpoints sono momenti, definiti come salti evolutivi, in cui il bambino apprende delle nuove competenze, ma che rappresentano anche un'occasione di empowerment del sistema genitore-figlio, in cui il caregiver è chiamato ad affinare le proprie capacità di lettura del comportamento del bambino e di sintonizzazione sui suoi bisogni evolutivi, fisici ed emotivo-relazionali. Il tentativo di portare il focus non solo sugli aspetti di fasi evolutive che riguardano le tappe fisiche e cognitive (sonno, linguaggio, cammino, svezzamento...) ma anche su quelli emotivi si pone il fine, sul lungo termine, di sensibilizzare i genitori ad una funzione di contenimento, specchio e regolazione delle emozioni del proprio bambino. Questo rappresenta un ingrediente fondamentale per il suo sano sviluppo bio-psicosociale: aiutare i genitori a comprendere quanto la relazione abbia un peso sostanziale nella costruzione del Sé e dell'identità del bambino sin dal giorno zero (e anche prima) può rappresentare un elemento prognostico positivo sull'outcome di livello di benessere in età evolutiva.

All'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita, trattare il tema della nascita affettiva e della costruzione della relazione di attaccamento rappresenta una buona occasione per iniziare a costruire i mattoncini delle competenze genitoriali.

Risulta significativo evidenziare che il neonato sin da subito entra in relazione con l'adulto, traendo da quel contesto relazionale e interattivo informazioni su di Sè e sul mondo; ciò chiaramente si realizza attraverso i canali di apprendimento e le modalità di processamento dell'esperienza tipici del periodo neonatale: corpo, emozioni, percezioni sensoriali, che, non a caso, rappresentano proprio gli elementi sostanziali dei processamenti afferenti al cervello destro.

In un contesto di prevenzione primaria di sensibilizzazione, durante un incontro informativo-formativo dedicato ai genitori della prima infanzia sul tema dei Baby Digitali, il riferimento al costrutto di regolazione emotiva ha aiutato a far comprendere loro la differenza tra la funzione consolatoria immediata del dispositivo digitale e quella del genitore, nonché sugli effetti sul medio-lungo termine della mancata funzione regolatoria e di modulazione del caregiver quando delegata costantemente ad un Intelligenza Artificiale, quali i devices, sempre più precocemente a libero accesso ai piccolissimi.

I temi di regolazione emotiva e sintonizzazione affettiva sono stati una valida guida anche nella costruzione di un incontro rivolto ai neo-genitori e operatori della prima infanzia sul tema del gioco condiviso e dell'importanza del contatto corporeo. L'équipe multidisciplinare che caratterizza i servizi dei Consultori Familiari permette di integrare, per esempio, la competenza psicologica con quella educativa, per offrire una lettura più complessa ai genitori. Accanto ad una visione più pratica e pragmatica come quella educativa, aprire uno spazio di riflessione sul mondo emotivo di genitori e bambini pone le basi per costruire delle competenze genitoriali che si collocano più ad un livello meta, un *pensare i propri pensieri ed emozioni*.

Rispetto alle domande di aiuto portate dai genitori sui temi della genitorialità della prima infanzia, un po' come è accaduto nel caso dei genitori di Clara, avere a mente tra i vari modelli teorici anche quello di Hill (Hill, 2017), consente di poter accompagnare le mamme e le famiglie nelle fatiche di gestione quotidiana della relazione con i bambini, dando loro strategie e tips anche psicoeducativi che in un contesto di prevenzione secondaria, come anche quello del servizio di Consultorio Familiare, permetta di raggiungere un buon livello di efficacia di intervento, nonostante i limiti di tempo e di risorse con cui spesso ci si scontra.

BIBLIOGRAFIA

Attili G. (2007), *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente. normalità, patologia, terapia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Brazelton (2017), *Il bambino da 0 a 3 anni. Guida allo sviluppo fisico, emotivo e comportamentale del bambino*. Rizzoli, Milano.

Cambiaso G., Mazza R. (2018), *Tra intrapsichico e trigenerazionale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016), *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica.* Raffaello Cortina Editore, Milano.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., et al. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé.* Raffaello Cortina, Milano.

Hill D. (2017), *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Liotti G. (2014), *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Pariante, Cattaneo, et al. (2021), *Depression, obesity and their comorbidity during pregnancy: effects on the offspring's mental and physical health.* Molecular Psychiatry 26.2 (2021): 462-481.

Riva Crugnola, C. (2012), *La relazione genitore-bambino tra adeguatezza e rischio*. Il Mulino

Schore, A.N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Norton, New York

Selvini, M. (2008), *Undici tipi di personalità - L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso*. In Ecologia della mente 31, 1, giugno, pp. 29-55.

RECENSIONI

SAGGISTICA, NARRATIVA, ARTICOLI, FILM, TEATRO E VIDEO
Di oggi e di ieri

Laura Fino e Alberto Penna
AL DI LÀ DELLE PAROLE.
Un modello di terapia di coppia basato sulla Connessione Interpersonale
Mimesis 2023, pp.334

Bianca Poggi e Liliana Redaelli[1]

In "Al di là delle parole. Un modello di terapia di coppia basato sulla Connessione Interpersonale" Laura Fino e Alberto Penna propongono un modello di terapia con le coppie fondata sul paradigma della complessità in cui integrano il lavoro sulle relazioni interpersonali con gli aspetti intrapsichici, emotivi e corporei.

Così come la psicoterapia sistemica ha concepito l'individuo all'interno del sistema relazionale, ecco che gli autori si muovono in profondità connettendo i molteplici livelli interni dell'individuo. Grazie agli studi sui mammiferi, il lavoro di Stern, gli approfondimenti sui neuroni a specchio e la psicotraumatologia, gli autori si spingono "al di là delle parole" per cogliere e far emergere in terapia la connessione esistente tra il linguaggio verbale, emotivo e corporeo.

La ricerca di Fino e Penna è dunque una proposta che nasce dalla tradizione della terapia sistemica di coppia per evolvere in un nuovo approccio basato sulla Connessione Interpersonale, mantenendo il paradigma sistemico come sfondo teorico di riferimento.

[1] Psicologhe e Psicoterapeute

Le radici sistemiche a cui gli autori fanno riferimento in particolare sono legate a James L. Framo (1992) e al suo modello intergenerazionale, ad Alfredo Canevaro (2009) e alle proposte emotive e corporee, al protocollo di Dante Ghezzi (2004) e all'attenzione verso l'etica e l'empatia di Marco Vannotti (2022).

L'originalità del modello è racchiusa in quella che i due autori definiscono Connessione Interpersonale intesa come un fluido nel quale siamo costantemente immersi, basato sulla comunicazione emotiva e corporea.

Come affermano Fino e Penna, la terapia basata sulla Connessione Interpersonale "*è un approccio che allarga l'attenzione dell'équipe terapeutica e della coppia dagli aspetti verbali a quelli emotivi e corporei. Mira a far ristabilire ai partner una buona connessione emotiva interpersonale, normalmente deteriorata nelle patologie relazionali*". Si sviluppa nel terapeuta la capacità di stare sul qui ed ora della seduta, dando rilevanza agli aspetti emotivi e corporei, che portano le tracce del passato dell'individuo e della coppia e che possono dare indizi rispetto ad aspettative future.

Oltre a proporre un approccio innovativo, il libro permette anche di fare chiarezza sulle fasi del processo terapeutico di coppia, riprendendo, con alcune modifiche, il protocollo proposto da Ghezzi (2004).

L'*inizio del percorso* prevede due domande fondamentali da porre ad ognuno ossia: "Quale ritiene sia il suo contributo, spesso involontario, al malessere della coppia?" e "Qual è, secondo lei, il punto di sofferenza dell'altro?". Questo ribaltamento della prospettiva invita a passare dalla recriminazione degli errori altrui a ciò che non è funzionale nel proprio modo di fare. Si pone così, fin dalle prime battute, un tema che sarà un filo rosso all'interno della terapia e del libro ovvero la relazione esistente all'interno delle dinamiche di coppia tra responsabilità ed empatia. Come verrà ripreso più avanti nel testo "*l'empatia può essere tenuta in scacco dall'equità, come l'equità può esserlo dall'empatia*".

La *fase di consultazione* viene intesa non come anticamera della terapia, ma come luogo di lavoro in cui si cerca di passare dalle rivendicazioni dei propri bisogni e dolori, all'ascolto e alla comprensione dei dolori dell'altro. In questa fase si sperimentano le prime attivazioni emotive e corporee attraverso le quali ottenere una definizione del problema e sondare la disponibilità di ciascuno ad impegnarsi nel percorso di terapia. È un tempo in cui si consolida l'alleanza, si riconosce la sofferenza, si pongono le basi per l'apertura da parte di ciascun membro della coppia verso un cambiamento su di sé e si definiscono gli obiettivi del percorso di coppia.

La *fase della terapia* è legata all'allenamento al cambiamento e all'aumento della consapevolezza e della vicinanza. Vengono proposte nuove attivazioni di sintonizzazione reciproca ed è in questo momento del percorso che sono possibili gli allargamenti ai familiari (genitori e figli).

La *conclusione* del percorso di coppia può avvenire al termine della terapia, un momento condiviso in cui si ritualizza il raggiungimento di un nuovo equilibrio oppure in cui si accompagnano i partner a una separazione consapevole.

All'interno del libro, l'esposizione teorica delle fasi è arricchita dal racconto di numerosi casi e dalle interessanti attivazioni intorno ai nodi cruciali, causa del malessere della relazione. Questo non deve ingannare il

lettore nell'idea di avere in mano un libro centrato sulle tecniche, si tratta piuttosto di una riflessione condivisa che permette di esplorare nuovi linguaggi per esprimere i bisogni e le emozioni, di sostenere l'integrazione del livello emotivo, corporeo e cognitivo e di sperimentare nuove modalità di interazione all'interno della coppia. Il terapeuta non dovrà ragionare in termini di esercizio riuscito o non riuscito, ma accogliere empaticamente e con curiosità anche le fatiche che i pazienti possono avere nello sperimentare queste attivazioni.

Il libro di Fino e Penna è un invito affinché anche il lettore possa sperimentare l'ascolto attivo, la fiducia nel silenzio come creatore di significati, la pazienza e la fiducia nelle risorse dei pazienti, la familiarità con il mondo delle emozioni e la flessibilità nel percorso, centrandosi sui messaggi che arrivano dai pazienti.

La terapia basata sulla Connessione Interpersonale mantiene attivo l'interesse verso l'attivazione del sistema cooperativo sia all'interno della coppia che con i terapeuti. Gli esercizi vengono proposti prestando attenzione al fatto che i pazienti possano restare all'interno della loro finestra di tolleranza. Qualora, invece, non fosse possibile e fossero proprio le attivazioni corporee a elicitare dei vissuti traumatici, sarà importante aiutare i pazienti a rielaborarli.

Il lavoro con le coppie è un lavoro intenso, in cui il terapeuta può sentirsi preso in mezzo al conflitto. Anche con le coppie, così come con i singoli, i terapeuti possono essere smossi o coinvolti da elementi di controtransfert e da risonanze. L'eventuale fatica che il terapeuta può sentire sarà da gestire all'interno dell'équipe terapeutica o nel caso di situazioni particolarmente difficili, attraverso la supervisione.

Il libro di Laura Fino e Alberto Penna è un libro scorrevole e piacevole, intenso e ricco di spunti, che apre alla terapia di coppia basata sulla Connessione Interpersonale, a partire da un assunto semplice, ma fondamentale, convalidato dalle neuroscienze e citato come incipit del primo capitolo: *"Le nozioni di sé e dell'altro si implicano reciprocamente: non esiste alcun sé senza l'altro e viceversa"* (Vittorio Gallese, 2014).

Matteo Selvini, Laura Fino, Liliana Redaelli, Azzurra Senatore.
LE SEI FASI DELLA RESILIENZA.
Un modello di terapia sistemica del trauma.
Libreria Cortina Milano 2023, pp. 300.

Roberto Mazza[1]

Il volume *Le sei fasi della resilienza. Un modello di terapia sistemica del trauma* è frutto di una ricerca clinica avviata più di dieci anni fa all'interno della Scuola Mara Selvini Palazzoli e coordinata da Matteo Selvini. Un'esperienza collettiva che raccoglie oltre trenta terapeuti di formazione sistemica che negli anni si sono occupati di eventi traumatici.

L'essenza del testo è principalmente quella di aver tradotto le esperienze cliniche e le diverse psicoterapie individuali-familiari sul trauma in una sorta di manuale, metodologicamente ben orientato, scandito regolarmente in fasi di intervento processuali o propedeutiche.

Le sei fasi di impianto sono a loro volta sature di sofisticati suggerimenti tecnici, procedurali e comunicativi che fanno diventare il volume uno strumento didatticamente utilissimo per chi abbia già avuto esperienze professionali sul trauma, ma anche per chi, neofita, stia iniziando a sperimentarsi come terapeuta nelle tante condizioni in cui il trauma emerge: attraverso le richieste dirette di un paziente; indirettamente tramite le segnalazioni di disagio che arrivano dai servizi o dai tribunali; involontariamente attraverso il trattamento di disagi familiari che svelano il trauma; inconsciamente attraverso la cura di patologie psichiche o psicosomatiche che nell'esperienza traumatica originaria hanno una loro genesi; nella maggior parte di condizioni psicosociali caratterizzate da maltrattamenti e abusi.

Il testo contiene una lieve velatura paradossale che non deve tuttavia trarre in inganno: recupera infatti in modo consistente la necessità di avviare il percorso partendo dal "riconoscimento del trauma", quindi di pensare in modo diagnostico (procedura che per anni è stata poco amata perché considerata etichettante dai sistemici), ed allo stesso tempo avere come modello teorico ispiratore il paradigma sistemico e della complessità

[1] Didatta Scuola Mara Selvini Palazzoli.

(antiriduzionistico e multifattoriale per definizione). Lungi dall'essere contraddittorio questo elemento deve divenire la cifra caratterizzante e innovativa degli interventi sistemici individuali-familiari per il futuro. La diagnosi serve a semplificare, mentre la complessità è indispensabile per avere la mente aperta alla multicausalità. Il trauma è un'esperienza e non una diagnosi. E per comprendere appieno la portata del trauma sappiamo che dobbiamo convogliare non solo l'evento, ma tutti gli elementi che lo rendono pernicioso, patogeno e qualche volta virale. L'evento traumatico può essere di vario genere, ma soprattutto in questo libro si parla quasi esclusivamente del trauma determinato da vicende interpersonali, spesso familiari e da trasmissioni intergenerazionali, qualche volta episodi accidentali. Le variabili che influiscono sull'esperienza traumatica e che possono portare ai sintomi e a un disturbo correlato possono essere molteplici, naturalmente il temperamento (quindi le reattività del singolo, le difese, la biologia), e poi di seguito l'accumulo di altre esperienze avverse, la continuità e pervasività del trauma oppure, esattamente al contrario, condizioni protettive e stabilizzanti, per primi l'accudimento ricevuto e l'esperienza dell'attaccamento che in qualche modo fortificano il temperamento e diventano in parte genetica (cfr. Lyons-Ruth), ed infine le risorse in itinere, gli incontri fortuiti, le persone importanti, i testimoni significativi, le psicoterapie precoci e le varie elaborazioni narrative e dei vissuti che possiamo compiere nella vita, che possono attenuarne l'impatto drammatico. Il concetto di resilienza ha questa sua collocazione semantica nella processualità del testo, ed un suo rilievo in ogni fase, dal trauma iniziale, alla sua rilevazione e successivamente nelle diverse tappe del trattamento, nella fiducia, nella narrazione e nel senso dato alla sofferenza, nel legame con i curanti.

La costruzione necessaria di un modello diagnostico orientato alla complessità è ben evidente nel testo attraverso la disanima e l'integrazione che gli autori compiono utilizzando prospettive diverse, non necessariamente di scuola sistemica e interdisciplinari. Dagli sforzi di Ferenczi (si parte da lontano, da una disputa necessaria interna alla psicoanalisi degli anni '30 quando prevaleva l'ipotesi "immaginaria" all'evidenza e realtà del trauma, che occulterà per molti anni le ricerche di Bowlby - ma anche quelle di Anna Freud e Dorothy Burlington sulla deprivazione - alle ricerche attuali di Lyons-Ruth e Shore sulla disregolazione emotiva, alle indispensabili elaborazioni di Liotti sulla relazione tra trauma e dissociazione psichica, e si potrebbe ancora continuare attraverso la ricerca di Hermann e Van Der Kolke sui segni corporei del trauma psichico, ma ritengo che la specialità di quest'opera polifonica consista soprattutto nel coraggio di valorizzare (forse per la prima volta in modo così deciso) la ricerca sistemica prodotta dalla nostra Scuola in questi ultimi vent'anni applicata all'approccio clinico (e qui alla clinica del trauma in particolare), l'importanza degli intrecci sistemici orizzontali e intergenazionali, l'integrazione dei setting individuali e familiari, l'importanza di una narrazione che si muova sul trigenerazionale, la rilevanza della nostra ricerca sulla trasmissione del misconoscimento, sui segreti familiari, sulla messa in sicurezza dei minori nei processi di tutela, sui sistemi psicotici o quelli legati ai disturbi dell'alimentazione. Li abbiamo

integrati naturalmente con quelli evoluzionistici, cognitivisti, dell'attaccamento, dell'*infant research*. Oggi la complessità ci obbliga a non escludere neppure il temperamento, l'intrapsichico e l'ambiente sociale, compresa la cultura e le difficoltà economiche (cfr. Van Der Kolke, *Il corpo accusa il colpo*).

Il rammarico è che a fronte di tali aperture verso un'inclusione di altri modelli e ricerche, ben rappresentate in questo lavoro, non corrispondano sempre altrettante attenzioni all'approccio sistemico e complesso al familiare e alle dinamiche relazionali, nella maggior parte di quei modelli di ricerca sul trauma, i cui trattamenti si risolvono per lo più in approcci diadici (così è per la scuola cognitivo evoluzionista, così per la pratica Emdr).

Credo che il testo curato da Matteo Selvini, Laura Fino, Liliana Redaelli e Azzurra Senatore (di agevole lettura, nonostante le molte storie indigeribili, spesso drammatiche) descrivendo l'efficacia delle tecniche psicoterapeutiche individuali-familiari, confermandone la validità attraverso l'esposizione di un modello teorico complesso, illustrando un metodo processuale d'intervento per fasi e infine producendo decine di vignette cliniche di verifica empirica di trattamenti efficaci, renda la sua disamina utilissima per chiunque e su più livelli, dell'esperienza clinica, per la formazione, nella didattica.

Nicola Carone
LE FAMIGLIE OMOGENITORIALI.
Teoria, clinica e ricerca
Raffaello Cortina Editore 2021, pp. 304

Laura Testa[1]

Il termine omogenitorialità è un termine ombrello come ombrello sono molti termini che ormai caratterizzano l'ambito sempre più complesso della sessualità.

Cominciamo con il dire che per famiglie omogenitoriali si intendono diverse realtà familiari nelle quali almeno un genitore ha un orientamento sessuale non eterosessuale. Troviamo quindi famiglie in cui i figli o le figlie sono nati e nate dalle precedenti relazioni eterosessuali dei genitori; famiglie composte da madri lesbiche single o in coppia che hanno adottato o che hanno fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita; famiglie composte da padri gay che hanno adottato o che hanno avuto accesso alla gestazione per altri; ci sono anche famiglie composte da un uomo gay e una donna lesbica che, insieme, decidono di portare avanti un progetto di cogenitorialità insieme ai loro eventuali partner.

Le modalità con le quali una coppia omosessuale può accedere alla genitorialità, oltre all'adozione, sono quindi molteplici e tra queste vi sono:

- La Inseminazione intrauterina (IUI) che consiste nel trasferimento degli spermatozoi donati alla coppia lesbica e opportunamente preparati in laboratorio, direttamente nell'utero della ricevente della coppia omogenitoriale. Questa una tecnica nel caso delle coppie lesbiche è sempre eterologa poiché il gamete maschile è reperito all'esterno della coppia;
- Fecondazione in vitro e successivo transfer embrionale (FIVET/ICSI). In questo caso la fecondazione dei gameti viene realizzata in laboratorio e poi proseguita con una FIVET "classica" che prevede l'incubazione di questi con il seme donato (fecondazione eterologa) oppure con la tecnica ICSI. Seppur più costosa, questa tecnica ha una più alta percentuale di successo rispetto alla inseminazione intrauterina in quanto

[1] Psicologa e Psicoterapeuta

permette di fecondare più ovociti, osservarne lo sviluppo in vitro e trasferire più embrioni aumentando così la probabilità di impianto;

- Ovodonazione. Nel caso di una coppia lesbica, prevede sempre l'utilizzo di seme da donatore esterno alla coppia ed è perciò una tecnica di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo. Possiamo distinguere il caso in cui una partner dona all'altra che porterà poi la gravidanza oppure il caso in cui la donazione di ovociti si realizza mediante il coinvolgimento di una terza donna esterna alla coppia, che dona alla ricevente. La coppia può anche decidere di "adottare" un embrione congelato e donato da coppie che si sono sottoposte a procedure di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) e avendo raggiunto i loro obiettivi hanno donato gli embrioni sovrannumerari. In quest'ultimo caso si parla di embrioadozione;
- Gestazione per altri (GPA). Questa modalità di accesso alla genitorialità è definita anche maternità surrogata. Essa prevede il reperimento degli ovociti o all'interno della coppia lesbica o da una donatrice; nel caso di una coppia composta da due uomini il reperimento degli ovociti è realizzato mediante il coinvolgimento di una donatrice. In entrambi i casi viene coinvolta nel processo una donna portatrice che si presta a portare a termine l'intera gravidanza. Esistono Paesi in cui le donne donatrici e le portatrici ottengono soltanto un rimborso spese per le cure mediche e in questo caso questa forma di GPA viene detta altruistica, mentre altri Paesi contemplano il pagamento delle donatrici e delle gestanti.

La grande eterogeneità delle modalità attraverso le quali una coppia omosessuale accede alla genitorialità oggi è amplificata dalla complessità e dalla varietà di combinazioni relazionali possibili, dovute alla molteplicità di unioni, separazioni, ricongiunzioni, adozioni.

In Italia, le ultime stime relative alla diffusione delle famiglie omogenitoriali risalgono a 8 anni fa e sono relative ad un'indagine del 2005 condotta dall'Istituto Superiore di Sanità. Questa indagine rilevò su circa 7.000 omosessuali, che il 18% degli uomini gay e il 21% delle donne lesbiche dichiarò di avere dei figli. Si arrivò a stimare la presenza in Italia di circa 100.000 minori che vivono con almeno un genitore omosessuale, la maggior parte, tuttavia, nati da precedenti relazioni eterosessuali. Il 15° Censimento generale della popolazione italiana, avvenuto nel 2011 dall'ISTAT, ha riportato in totale 7513 coppie dello stesso sesso che hanno dichiarato di essere unite da un legame affettivo di tipo coniugale. Tuttavia, lo stesso istituto ci tiene a precisare che il dato è sottostimato perché molte coppie conviventi hanno preferito non fare coming out e perché il dato riguarda solo le coppie residenti sotto lo stesso tetto.

Sempre nel 2005, L'American Academy of Pediatrics si occupò del tema dell'omogenitorialità, in particolare in relazione a tre punti: capacità educative e comportamento dei genitori, personalità e livello di adattamento

dei genitori; sviluppo emotivo e sociale dei bambini; identità di genere e orientamento sessuale dei bambini. La conclusione a cui si giunse fu la seguente: "*I risultati delle ricerche dimostrano che i bambini cresciuti da genitori dello stesso sesso si sviluppano come quelli allevati da genitori eterosessuali. Più di 25 anni di ricerche documentano che non c'è una relazione tra l'orientamento sessuale dei genitori e qualsiasi tipo di misura dell'adattamento emotivo, psicosociale e comportamentale del bambino. Questi dati dimostrano che un bambino che cresce in una famiglia con uno o due genitori gay non corre alcun rischio specifico. Adulti coscienziosi e capaci di fornire cure, che siano uomini e donne, eterosessuali o omosessuali, possono essere ottimi genitori. Inoltre, i diritti, i benefici e i fattori protettivi che derivano dall'unione civile possono dare ulteriore stabilità a queste famiglie".*

Dal 2005 in poi tutte le ricerche scientifiche che si sono occupate di omogenitorialità hanno replicato tali risultati. Inoltre, molte tra le più importanti associazioni di psicologia, medicina e pediatria hanno diramato le rispettive prese di posizione ufficiali su questo tema, confermando quanto già espresso in precedenza. Tra queste vi sono l'American Psychiatric Association, la National Association of Social Workers, l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatric e l'American Medical Association. Nonostante l'ingente mole di studi che hanno confermato questi risultati, continuano ad essere sollevati dubbi in merito alla possibilità che essere figli di una coppia omogenitoriale rappresenti una condizione di pregiudizio per il benessere psicoemotivo dei minori.

Recentemente in Italia, le coppie omogenitoriali sono tornate al centro di un dibattito politico dopo che il Comune di Milano è stato costretto ad interrompere le registrazioni dei figli nati da coppie omogenitoriali in base a una circolare del ministero dell'Interno attraverso il prefetto. Ad attivare la polemica è stato il no del centrodestra al certificato europeo di filiazione che prevede che la genitorialità stabilita in uno Stato membro venga riconosciuta in ogni altro Stato membro, senza alcuna procedura speciale, che si tratti di figli di coppie eterosessuali, omogenitoriali, figli adottati o avuti con la maternità surrogata dove è consentita.

Numerosi sono gli scritti di diversi autori che recentemente si sono occupati di quest aocmplessa tematica da diversi punti di vista. Tra questi citiamo il recente "Famiglie omogenitoriali" di Nicola Carone ed. Cortina, 202.

Il libro di Carone parla di omogenitorialità e di procreazione medicalmente assistita (PMA) e gestazione per altri (GPA) facendo riferimento alla funzione psicologica e relazionale, non allo status di avere dato vita ad un altro essere umano. In questo passaggio il legame genetico con la prole non trova un ruolo, un punto questo (dice l'autore) ardentemente dibattuto, purtroppo spesso perdendo la lucidità dell'argomentazione a favore di prese di posizione rigide e aprioristiche.

Il libro parte dal presupposto che l'omogenitorialità possa ulteriormente emanciparsi rinunciando al proprio adattamento a modelli eterosessuali preesistenti per costituirsi come qualcosa di originale invitando i genitori omosessuali a costruire un proprio stile di genitorialità. Il testo si divide in una parte teorica, impostata sulla formazione psicodinamica dell'autore

supportata dalla ricerca presente in ogni passaggio, nel tentativo, in un ambito in cui le prese di posizione ideologiche sono più la norma che l'eccezione, di dare sostanza scientifica ad ogni affermazione e in una parte clinica che procede di conseguenza alle prime due.

Stefano Cirillo e Diego Barbisan (a cura di)
IL CAMBIAMENTO NEI CONTESTI NON TERAPEUTICI.
Raffaello Cortina. Nuova Edizione 2023,
pp. 216

Roberto Mazza[1]

Stefano Cirillo ritorna a scrivere su un tema che gli è caro da sempre, ed è un filo conduttore della sua ricerca clinica nell'area psico-sociale che ormai lo appassiona da più di trent'anni e che corre parallela a quella sulle gravi patologie dei giovani adulti (anoressie, psicosi, tossicomanie, padri abusanti): come produrre cambiamenti in contesti non marcatamente clinici - e dove la "domanda classica" di terapia familiare o di psicoterapia individuale non c'è (o è velata, spuria, inespressa) - oppure all'interno di organizzazioni, servizi e comunità o centri di consulenza in cui operano psicologi e psicoterapeuti che faticano a innescare processi di cambiamento.

Lo fa coordinando, assieme a Diego Barbisan, che da anni fa esperienze importanti nei servizi territoriali, dove le domande non possono che co-crearsi tra utenti-pazienti e operatori desiderosi di aiutare anche chi non ha piena consapevolezza del proprio disagio (o ha paura a rivolgersi ai servizi, o addirittura li teme), un gruppo di operatori e terapeuti esperti che si muovono controcorrente rispetto alle regole classiche della psicoterapia, secondo cui senza motivazioni autentiche, adesione al setting, solide alleanze con tutti i richiedenti - e magari transfert – "non si ha terapia", o non si ha cambiamento.

Il testo, che ha lo stesso titolo del precedente (*Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, curato da Stefano Cirillo nel 1989) non è una riedizione aggiornata, ma la prosecuzione di una ricerca, completamente nuova, con altri contenuti, e che del primo contiene soltanto la filosofia di fondo, "l'ipotesi originaria", che sostanzialmente era ed è racchiusa nell'idea batesoniana di *contesto* come matrice dei significati comunicativi: contesto come luogo istituzionale in cui emerge una domanda o si svolge una relazione d'aiuto, contesto di controllo, di consulenza, negli attuali scenari socio-economici e culturali in cui maturano relazioni disfunzionali e si sviluppano nuovi bisogni. Contesto infine come luogo fisico "insolito" in cui avviene un incontro clinico speciale tra professionisti dell'aiuto e utenti: nella scuola, in tribunale, negli ospedali, nei servizi sociali territoriali, a domicilio degli

[1] Didatta Scuola Mara Selvini Palazzoli.

utenti, nei centri diurni, nei gruppi di auto-aiuto. Luoghi che "marcano" le relazioni, che producono aspettative, modificano le comunicazioni che lì intercorrono, svalutano, squalificano, etichettano, ma possono offrire, se ben gestiti, opportunità straordinarie di cambiamento.

Già il saggio del 1989 aveva modificato l'auto-percezione di moltissimi operatori dimostrando che in tali contesti si potesse svolgere un lavoro di alta qualità - per certi versi anche una qualità maggiore - considerando che le capacità del terapeuta di lavorare fuori dagli studi professionali richiede abilità aggiuntive (come chi fa l'oculista, l'ortopedico o il chirurgo nei territori di guerra), sovvertendo l'idea dei molti ancorati alla premessa che la psicoterapia di soddisfazione, quella di fascia alta, si possa svolgere negli esclusivi setting psicoterapeutici privati. Ma stemperando anche, di converso, l'idealismo di giovani terapeuti che accedono ai servizi complessi convinti che la sola formazione accademica e le specializzazioni possano costituire un bagaglio sufficiente per operare in territori impervi. Ricordiamoci che molti chirurghi chiamati da Gino Strada negli ospedali di Kabul o in Sudan erano ex primari in pensione o con straordinarie esperienze ospedaliere o con fortissime motivazioni all'aiuto.

Nelle dieci pagine introduttive di questo nuovo testo curato da Cirillo e Barbisan vengono condensate, in un contributo di agevole lettura, ed estremamente utile per gli allievi delle scuole di psicoterapia, quarant'anni di storia dell'evoluzione della terapia familiare e del pensiero sistemico applicato al cambiamento nei diversi contesti di lavoro psico-sociale, a partire dalla prima spinta evoluzionistica di Gregory Bateson, all'influenza dei lavori di Watzlawick, Weakland, Jay Haley, al contributo creativo di Mara Selvini Palazzoli fino ai lavori più recenti di Umberta Telfener.

Il volume, come il precedente, affronta nuove aree di azione e temi raramente trattati, *Il contesto di consultazione* (Laura Colangelo); quello *Psicoeducativo*, la scuola, il lavoro con i genitori, l'intervento a domicilio degli adolescenti, (Castiglioni; Minola, Paschetta; Lo Giudice; Fazi, Lutzu); l'area della *Tutela minorile* nelle forme della consulenza tecnica d'ufficio, i gruppi multifamiliari (Luisa Arrigoni e Laura Testa) i contesti dei *centri diurni* (M.E. Piccione); l'area della *Malattia organica e della disabilità*, il lavoro sul lutto, la disabilità e l'inserimento lavorativo, le cure palliative e la cura del corpo nei vari contesti, domicilio, hospice, ambulatorio (Roda; Cerutti; Marchetti, Gusella, Mandelli).

La qualità dei vari contributi (l'originalità dei contenuti), ma anche la loro organizzazione interna (la relazione e connessione tra le parti), rende il testo particolarmente coerente e di grande utilità, sia per i principianti che per i veterani dei servizi. Consente risonanze costruttive a chi è pratico di tali contesti, avendoli attraversati (come può capitare) magari senza avervi meditato troppo, permettendo qui un confronto costruttivo e stimolante con i propri pensieri rimasti embrione, ma anche per chi, neofita, si stia avvicinando a questi servizi e voglia usare le diverse sezioni come piccoli manuali introduttivi, utilizzandoli come bussole per orientarsi da subito nella complessità. A me è successo qualcosa di simile in particolare sulla sezione consulenza tecnica (Arrigoni e Testa) avendo più volte in passato sperimentato le possibilità trasformative e implicitamente terapeutiche delle perizie, contro un uso "burocratico e standardizzato" (come scriveva

Mara Selvini Palazzoli a proposito di alcuni interventi psicosociali) di valutazioni peritali statiche, e talvolta finanche dannose.

Così come ho trovato risonanze importanti nel saggio di Laura Colangelo, un contributo che trovo metodologicamente e didatticamente perfetto, sull'importanza della *consultazione*, quando è controindicato insistere con la proposta di una terapia, perché prematura o non condivisa da tutti, o perché nasconde richieste implicite, o giochi sottesi all'interno delle relazioni familiari disfunzionali. L'attenzione all'analisi della domanda e alla sua definizione e ridefinizione apre la strada ad un processo motivazionale inatteso nel caso di Paolo, dove l'autrice esemplifica la dinamica paradossale di rimanere nella cornice della consultazione frustrando costruttivamente le richieste del paziente a favore del cambiamento in un contesto terapeutico atipico, dove l'alleanza tra terapeuta e paziente rappresenta, mi pare, la caratteristica più significativa.

Ognuno insomma può trovare in questo bel libro ciò di cui ha bisogno, come stimolo e risorsa per l'uso, pescando tra i vari capitoli a seconda dei propri interessi.

Diego Barbisan cura e introduce molte delle diverse sessioni facilitandone la comprensione - definendone i contesti, ma sempre con il timone orientato alle potenziali capacità trasformative di ciascuno dei diversi ambiti professionali e degli operatori che vi operano con passione.

Il libro ha un debito, espresso a più riprese nei diversi contributi, nei confronti di Mara Selvini Palazzoli e delle sue rivoluzionarie idee sull'applicazione delle teorie sistemiche ai sistemi umani e alle organizzazioni, e non solo a quelli familiari: i servizi pensati come sistemi interagenti complessi, l'uso della comunicazione applicata al lavoro nelle organizzazioni, nella scuola, nei servizi di salute mentale (l'editore Feltrinelli pubblicò già negli anni 70 i due volumi *Il mago smagato*, e *Sul fronte dell'organizzazione*, cui seguirono per La Nuova Italia Scientifica, il volume *Alla conquista del territorio*), ma anche al suo spirito etico che schiudeva, già nel secolo scorso, il sapere professionale, la dedizione e la competenza clinica non solo alle moderne patologie sociali (anoressie), ma anche alle nuove emergenze psicopatologiche co-determinate dalle trasformazioni culturali, e ai più attuali bisogni di comunità (penso alle belle prefazioni ai volumi di Paola Di Blasio e Stefano Cirillo *La famiglia maltrattante*, e a J. Weakland e J. Herr, *L'anziano e la sua famiglia*) offrendoci ancora oggi un grande stimolo alla ricerca e alla sperimentazione clinica nei contesti psicosociali, di cui questo lavoro è una delle più originali espressioni.

GLI ABUSI FRA FRATELLI
Jean-Paul Mugnier

Seminario 11 febbraio 2023

Anna Cavedon[1]

Jean-Paul Mugnier è un terapeuta sistemico con un'esperienza trentennale nel trattamento di famiglie violente e abusanti nei servizi psicosociali francesi. In occasione della pubblicazione in italiano della sua esperienza raccolta nel volume "L'abuso sessuale in famiglia: quando chi abusa è un fratello" *(R. Cortina, 2022)", Jean-Paul Mugnier ha presentato a Milano un modello collaudato di trattamento di vittima e autore, illustrandolo con stralci di video sottotitolati in italiano.*

GLI ABUSI FRA FRATELLI

Tra gli autori psicoanalitici che per primi hanno studiato la dinamica abusante tra fratelli, Mugnier riporta più volte le parole di Sandor Ferenczi: l'abuso è "*confusione di lingua fra il discorso degli adulti e del bambino, dal linguaggio della tenerezza al linguaggio della passione".* Nel caso degli abusi tra fratelli si possono trovare 4 tipi di situazioni:

- L'abusante è il membro meno brillante del gruppo dei fratelli;
- L'autore è stato lui stessa vittima di aggressioni sessuali;
- L'autore si interroga molto precocemente sulla sua propria sessualità;
- L'autore e la vittima lottano entrambi contro una sensazione di vuoto affettivo.

QUANDO L'AUTORE È IL MEMBRO MENO BRILLANTE DELLA FRATRIA

Lo scenario relazionale:

- un bambino sovrainvestito da parte del padre,
- la madre non si oppone al padre,
- la sorella si sente esclusa da questo legame privilegiato che unisce suo fratello a suo padre ma non trova presso la madre la compensazione che potrebbe sperare;
- il ragazzo dubita delle sue capacità di rispondere alle attese del padre.

Cosa succede quindi?

- Il ragazzo constata i cattivi rapporti fra sua sorella e i suoi genitori.

[1] Psicologa e psicoterapeuta

- A 13/14 anni i suoi amici raccontano loro prime esperienze amorose. Lui ha paura di non essere all'altezza.
- Fa esperienza con una partner vicina a lui, sua sorella.
- La sorella si spaventa tanto quanto ne risentono le vittime degli abusi.

Parlare può salvare la vita: ma l'interlocutore può:

- Mettere in dubbio la veridicità di quello che è detto (trauma secondario);
- Guardare la vittima con disgusto;
- Ritenere che sia colpevole se non ha detto niente;
- Accusarla di voler distruggere la famiglia.

CASO CLINICO

Figlio di 24 e figlia di 19. Tutti e due pensavano al suicidio. Il clima della famiglia corrisponde all'ipotesi sistemica presentata prima: il ragazzo cercava un legame privilegiato col padre che però non ha trovato; 10 anni prima aveva abusato della sorella dai 12 ai 13 anni. La ideazione suicida della ragazza è collegata agli abusi sessuali del fratello. Lui non aveva mai fatto violenza, sperava di non essere scoperto, ma non era molto convinto. La colpa che dà alla sorella è di essere una traditrice, mentre i genitori sono accusati di non essersi accorti di niente.

Sembra che per certi versi la vittima sia più colpevole dell'aggressore perché non ha parlato. Dall'altra parte vengono interrogati i genitori: come mai si era creato questo clima di omertà che ha spinto il fratello ad abusare della sorella? Il padre ha detto che il figlio ha fatto delle "stupidaggini", banalizzando la realtà di quanto accaduto. I colloqui con i famigliari non danno molti particolari. Il padre si sente poco coinvolto, sua madre è molto fragile.

Il terapeuta parla alla figlia: segue un ragionamento senza domande, spiega come poteva essere la sua realtà famigliare di allora ed attuale, cercando di riformulare ed empatizzare con lei. Dice le cose indicibili: empatizza sul fatto che non se la sentiva di parlare perché era solo una bambina, ma ora che è grande ed ha parlato ha visto che non è bastato. Mostra la fragilità dei genitori e la vergogna del fatto di non aver capito cosa stesse succedendo.

Domande dal pubblico:

Da cosa si può capire che la ragazza era dissociata? L'ho ipotizzato, poiché l'esperienza clinica e la ricerca confermano questa possibilità.

Quanto è importante il confronto della vittima con l'aggressore? Quanto dobbiamo lavorare per ricucire la famiglia? Dobbiamo costruire un legame molto forte con la vittima e lavorare innanzitutto sull'alleanza. Solo dopo

questo è possibile far incontrare vittima e aggressore e valutare se l'aggressore continua a negare.

Come mai la vittima chiede a sua volta di avere rapporti?

Nel caso visto prima, è la prova rivelatrice del vuoto affettivo in cui viveva questa ragazzina. Bisogna differenziare lo stato di eccitazione del corpo, anche in una situazione imposta, dal piacere. Il piacere ha a che fare con il consenso, l'eccitazione no.

Quanto impatta un abuso sulla vittima se si tiene conto della giovane età?

Per misurare l'impatto dell'abuso bisogna tener conto dell'età. L'impatto è maggiore se sono molto piccoli, anche 3-5 anni. Non hanno avuto la possibilità di fondare un'immagine di sé sufficientemente forte per poter distinguere l'abuso perpetrato. Il bambino è scisso: vede sé stesso sia come colpevole che come vittima.

CASO CLINICO

Bambina di cinque anni. Assiste alla violenza fisica del padre sulla madre. Succedeva mentre lei veniva presa in braccio dalla mamma per evitare di essere picchiata dal marito. Intervengono le forze dell'ordine. La bambina viene allontanata dalla famiglia e data in affido ad una famiglia più funzionante.

La bambina dall'età di 5 anni fino ai 22 anni (per disposizione delle forze dell'ordine e dei servizi sociali) va dal terapeuta.

Oggi ha 24 anni e ha portato la sua testimonianza a un convegno di Mugnier.

La storia della terapia: la bambina arriva dal terapeuta preoccupata che i genitori divorzino se lei rivela gli abusi del padre. La bambina aveva dovuto fare del sesso orale al padre: chiede al terapeuta "*tu aiuti i bambini che hanno avuto queste cose*?". La bambina, nonostante cerchi di comunicare l'accaduto, non riesce a farsi ascoltare dalla mamma che nega quanto è successo.

Il terapeuta, quindi, registra un videomessaggio della bambina per farlo vedere alla mamma. La bambina afferma che non le piace quando i genitori litigano, non le piace quando il papà picchia la mamma.

- "*Mi piacerebbe che papà ragionasse di più".*
- *"Vorrei tornare dalla mamma ogni weekend e vorrei che non divorziassero*".
- Racconta anche quello che il padre le ordinava: *"Succhia il mio pisello, c'è del latte dentro! Sono come i cucci del biberon*", *io lo facevo così papà è meno nervoso.*
- "*Perché mi hai fatto questo scherzo*?" "*Mamma mi ha detto di non credere a questo! Mi piace questa vita ma non mi piace quella cosa lì... Non mi piace che il papà sia nervoso con le persone."*
- *"è vero quello che dico!"*
- *"papà e mamma vorrei che facciate la pace e che la mia vita vada un po' meglio, e non mi piace quando litigate*"
- "*Papà ho paura che uccidi la mamma*"
- *"Ma tanto mio papà non crederà a tutto questo"*

- *"Perché hai picchiato la mamma fino a farla sanguinare ed è svenuta Per fortuna è arrivata la polizia*".

Mugnier ha seguito la ragazza fino ai 22 anni. La ragazza ha rivisto la registrazione e commenta: *"Mi aspettavo di essere triste, ma sono contenta, sono commossa e questo lo devo alla bambina che ero.*" "*So che non ho tradito la me stessa di prima*". "*Mi fa tenerezza vedermi e dirmi che sono riuscita a dirlo anche se era difficile*".

La bambina ha degli atteggiamenti protettivi nei confronti del terapeuta affermando che il papà non si deve arrabbiare con il signor Mugnier. Protegge qualcuno che le ha dimostrato di proteggerla!

Memorie implicite o esplicite: la vittima può anche avere ricordi confusi, in particolare se i ricordi sono al di fuori della sua finestra di tolleranza e sicurezza.

Differenza tra pedofilia e abuso familiare:

È molto importante distinguere la pedofilia dall'abuso familiare. I pedofili quando escono dal carcere recidivano quasi sempre. L'abuso sessuale intra-famigliare ha delle caratteristiche legate alla situazione: una volta che la vittima è stata sottratta alle seduzioni, una volta che l'abusante ha capito i suoi motivi, e una volta che la figura protettiva ha iniziato a proteggere, l'abuso può cessare. Ciò è diverso dal pedofilo che ha un forte impulso sessuale.

Domanda: lei usa l'EMDR? Lui pensa che sia utile. Lui propone l'EMDR a partire da un'alleanza forte.

QUANDO IL BAMBINO CHE ABUSA È STATO LUI STESSO ABUSATO:
Due casi:

- Il bambino che abusa è il solo ad essere (stato) abusato.
- Parecchi bambini della fratria, se non tutti, sono (stati) abusati.

Per i bambini abusati la pubertà può rappresentare un momento difficile! Gli impulsi che sento sono normali o sto per diventare con il mio aggressore? Riusciranno a sopportare i rapporti senza che gli agiti ritornino?

Sorgono alcune domande nel bambino:

- perché io?
- Ma io lo farò più tardi?

Può sviluppare anche una sessualità post-traumatica.

QUANDO COLUI CHE ABUSA È IL SOLO BAMBINO ABUSATO

Se l'aggressore è nella famiglia: sorge la domanda al bambino "Perché io?" Subentrano quindi aspetti seduttivi: perché tu sei il più buono ed il più gentile. L'abuso rovina la relazione con l'altro genitore. Ci sono tre scenari possibili:

1. FAR SAPERE: Poiché il bambino cerca di dirlo e prova, ma non viene capito dall'adulto.
2. VENDETTA: riuscire ad avere una relazione privilegiata agli occhi dei fratelli.

3. IL BAMBINO CERCA DI CAPIRE DI "PERVERTIRE LA TERRA INTERA": immagini intrusive di sé stesso, cerca di liberarsi di quelle immagini cercando di indentificarsi con l'aggressore. L'aggressione della fratria è sempre il riflesso di un'insoddisfazione del genitore.

QUANDO MOLTI BAMBINI DELLA FRATRIA SONO ABUSATI

I bambini che si abusano gli uni con gli altri è perché sono stati abusati a loro volta. La prima regola è quello di separarli tra loro e far entrare i servizi. Quando gli abusi iniziano i bambini possono avere addirittura meno di 3 anni: sono abusati insieme, sono sia testimoni che aggressori. Per i bambini abusati il mondo si divide in due: le persone normali e i bambini rifiuti.

CASO CLINICO

Una famiglia viene mandata da Mugnier dai servizi sociali. Domanda dei servizi: i figli possono stare insieme dalla mamma nel fine settimana? I bambini hanno 6, 8, 10 anni.

L'evento scatenante: per andare a lavorare, la signora lascia i bambini con i vestiti stirati da mettere nei cassetti. Quando torna è successo qualcosa: i vestiti sono in disordine e avverte che è successo qualcosa. Porta i bambini dalla polizia. I bambini confessano che il papà tornava a casa per farsi fare delle fellatio dai bambini a turno. Prima che la polizia riesca ad interrogarli passa un anno. Il padre verrà messo in prigione.

Il bambino di dieci anni è stato abusato per molto tempo, si ipotizza che sia stato pervertito e quindi viene allontanato dal nucleo perché non diventi a sua volta abusante. Viene allontanato proprio perché non aveva comunicato nulla, quindi si ipotizza che beneficiasse della relazione (presunta) privilegiata col padre.

La madre arriva da Mugnier con la richiesta di vedere tutti e tre nel weekend. Lui chiede: "*sapete perché siete qua oggi?" "Sì, perché papà ci chiedeva di ciucciargli l'uccello*". Il più grande dice che ha provato disgusto: il terapeuta durante la narrazione ha spiegato che se avesse fatto una smorfia di disgusto sarebbe stato per il fatto che stava sentendo lo stesso disgusto che aveva sentito il bambino la prima volta.

Ci si chiede perché la mamma non vedesse niente, lei cerca di scusarsi più volte dicendo che non poteva vedere perché era via.

Il terapeuta osserva che il bambino più grande aveva una relazione amorosa e seduttiva col padre, per questo poi non ha più parlato. Ma è stato scoperto a masturbare il cane e a ciucciare il pisellino di un bambino più piccolo ospite a casa loro.

Con il passare del tempo il terapeuta ha guidato la madre ad accogliere i figli a casa uno alla volta: durante le vacanze di Natale la madre ha chiesto avere i tre figli. Il giudice accettò per 3 giorni. Gli operatori si sono chiesti come hanno potuto farlo, appunto perché la madre ha sorpreso due bambini nello stesso letto.

I bambini non erano stati abusati poche volte, ma molte volte, in particolare i primi due bambini insieme.

VIDEO SEDUTA. Presenti: madre e due fratelli più grandi. Il terapeuta chiede come mai avevano dormito insieme a Natale. Il bambino non riesce a parlare e la mamma le dice in tono arrabbiato "non avere paura". È un sistema confusivo e perverso. Nasconde a sua madre il fatto che era stato abusato anche prima.

VIDEO SEDUTA N.2: il terapeuta parla con il bambino e cerca di metterlo a suo agio. Chiede più informazioni a proposito di quando è successo a Natale dopo che il fratellino più piccolo ha sorpreso i più grandi nel letto insieme.

In seduta il terapeuta e la madre chiedono se fosse successo solo durante le vacanze di Natale, ma non è così: i fatti si sono ripetuti anche prima delle vacanze estive, molto molto tempo prima. Il bambino racconta tutto all'educatrice di fiducia, ma non osa dirlo alla mamma. Il terapeuta dice che è importante che la mamma sappia, perché è importante per ricucire il rapporto con la mamma. È importante che lei sappia cosa succede ai suoi bambini.

Mugnier commenta il non verbale del bambino di 6 anni: quando il bambino abbassa la testa lui sente di essere sulla strada giusta. Ipotizza che il papà ha abusato del più piccolo facendolo sentire speciale, ma il bambino si arrabbia moltissimo col papà quando scopre che lo faceva anche col più grande. Era così in collera col papà che poi l'ha detto alla madre. Allora il terapeuta gli propone di riparlarne con la mamma.

Il padre dalla prigione confermerà tutto.

In presenza della madre il bambino ritratterà, la madre continuerà a dire che il bambino dice che è successo solo una volta. La madre si convincerà degli abusi ripetuti solo dopo aver visto la registrazione bambino-terapeuta la seconda volta.

La madre che si gira verso il bambino è un atteggiamento di apertura e in questo contesto il bambino sente di confermare che l'abuso è avvenuto molte volte.

Il tema ricorrente è sulla veridicità di quello che viene raccontato dal bambino: loro rivedono insieme la seduta terapeuta-bambino con la promessa di vederla e basta e di stare zitti. Il bambino sentirà di poter parlare quando la madre dice "*ora capisco quello che volevi dire*": il bambino è contento di aver fatto queste confessioni.

Il padre: era suo diritto suicidarsi e allo stesso tempo non era suo diritto, è come dire che sono le dichiarazioni che lo fanno uccidere e non quello che ha fatto.

Due settimane prima della scarcerazione ha ottenuto la libertà condizionata: si è chiesto perché ha fatto questo ai suoi figli e non ad altri bambini. Il padre aveva subito lo stupro del fratello. Prima e dopo la prigione: se gli venisse ancora voglia sentirebbe che non è colpa del fratello o della moglie. Mugnier vede il padre per qualche mese, dopo un po' ha cominciato a non uscire di casa perché aveva paura di incontrare i suoi figli.

Il padre sente che i figli non potrebbero perdonarlo perché è il primo a non perdonarsi.

Dopo queste vicende, la madre racconta che la coppia aveva problemi sul piano sessuale. Ne parla col padre (suocero) ma vieta il divorzio: è in quel momento che sono iniziati gli abusi su Sylvan (il più grande). La madre

racconta della nuova relazione con un uomo, molto cauta. Aveva paura a presentarlo ai suoi bambini, è andata molto piano. Ha pensato che la sua vita non fosse finita e che non poteva privare il suo compagno della relazione sessuale. Però non riesce a togliersi dalla testa il dolore dei suoi figli mentre fa l'amore col suo compagno: lei non è pazza, è semplicemente una madre protettiva.

Il bambino ha rischiato di essere manovrato dalle domande degli adulti? Più o meno: i bambini tendono a minimizzare quello che è successo più che ingrandirlo.

Il terapeuta si è sentito legittimato a parlare col bambino perché il padre era già stato incarcerato. Inoltre, c'erano fatti che riguardavano il bambino, ovvero la ripetizione della fellazione sugli altri bambini, vuol dire che da qualche parte li aveva visti o li aveva fatti.

Queste manovre di interrogazione del terapeuta si fanno solo quando ci sono dei sintomi sessuali. Se i sintomi non sono sessuali allora bisogna formulare le domande in un modo diverso (ad esempio enuresi: si indaga che se le lenzuola sono bagnate nessuno verrà a dargli fastidio, ma questo è una formulazione larga di ipotesi, non si parla di aggressione sessuale al bambino ma di qualcosa che gli dà fastidio).

Nel caso una sorella viene abusata dal fratello, quando si possono definire vittima e aggressore due minorenni se sono vittime di una famiglia disfunzionale?

Se l'esplorazione viene da entrambi non si può parlare di abuso, ma se viene chiesto dal più grande sì. È sempre delicata la questione: la bambina anche se non è d'accordo e non ha la stessa curiosità il trauma è pesante, specialmente se viene imposto. Non dobbiamo invece creare un trauma se non è situazione traumatica, ma è sempre una rivelazione di un legame fragile con i genitori.

QUANDO I GENITORI HANNO UN LEGAME "OPERATIVO" E HANNO DEI GENITORI CON POCA AFFETTIVITÀ

I bambini si fanno caldo a vicenda, i fratelli hanno una lunga relazione sessuale per combattere la solitudine di entrambi.

CASO CLINICO

Famiglia altolocata di Parigi. La ragazza viene chiamata "puttana" a scuola. Quando viene interrogata dal terapeuta dice che il suo comportamento sessuale non è legato agli abusi. Per parlare scrive che lei ha fatto l'amore col fratello, dà la lettera alla mamma e chiede di non dire niente al padre. È una famiglia ricomposta: i due figli sono di un padre diverso. Si è lasciata con il primo marito quando il secondo figlio aveva 6 mesi. Il fratello che ha abusato è schizofrenico. Il senso della terapia famigliare è che la sorella abusata vorrebbe vedere il fratello dopo dieci anni. Il padre non vede i figli appunto da dieci anni.

La madre lo scopre e il padre scialacqua l'informazione. "papà *lo sa già* ": la ragazza non capisce se il padre lo sapesse da anni o se la madre lo abbia rivelato subito dopo.

VIDEO: il ragazzo abusante ha paura di uscire di casa per paura di essere un pedofilo. La seduta è tra padre e figlio dove lui racconta che cosa ha imposto alla sorellina. Si ricorda addirittura di averlo fatto 30 volte!

VIDEO FAMILIARE: l'aggressore e la vittima si abbracciano stretti. Il terapeuta si aspetta che la ragazza voglia far male al fratello, ma non è così.

Perché la ragazza è così triste? Perché è arrabbiata con sé stessa. Abuso che si determina nel vuoto affettivo.

Elena Ferrante
I GIORNI DELL'ABBANDONO
Edizioni e/o 2011, pp. 228

Carmela Vaccaro[1]

"*Voglio capire se questo strazio che mi porto dentro è amore o solo paura, paura di stare senza di lui*"

Lei è Valentina (nome di fantasia) non è la protagonista del romanzo di Elena Ferrante ma è una paziente che seguo da poco meno di un anno in studio privato.

Parto da lei per raccontare le pagine di questo libro, perché, Valentina e Olga (la protagonista), hanno delle storie simili e le attraverso entrambe negli stessi giorni, quelli dell'abbandono.

Incrocio il libro per caso dopo l'incontro con Valentina che quella mattina mi chiede una seduta in più rispetto al nostro appuntamento settimanale, arriva colma di lacrime che ha pianto a casa e poi per strada e, ancora, seduta li, con me, nel nostro spazio.

Si siede, lasciandosi il corpo all'indietro senza guardare, come quell'esercizio sulla fiducia in cui ti abbandoni nelle braccia di altri che, sono li, pronti a recuperare il corpo che vola.
Si fida di quella poltrona azzurra, mi dico.

Non riesce ad andare al lavoro, o più semplicemente a recuperare da qualche parte pezzi di sé per affrontare le giornate. Viene da me e basta, e la ringrazio per questo sforzo, lo sento immenso rispetto a quello che rimane di lei in quei mesi.

Il suo compagno la lascia dopo una relazione durata 4 anni.

Valentina ha 28 anni fa un lavoro creativo, arriva da una storia di abbandono da parte del padre, di uso di droghe e di anni di autolesionismo. Ha un'emotività che adesso ci piace descrivere come piena di tanti colori. Lei però l'ha odiata, spesso la odia ancora, dice che c'è una parte buona e una cattiva di sé. Le abbiamo conosciute entrambe; quella cattiva è fatta di desideri di libertà, di una vita che esplode e che spesso lo fa nelle mani sue e degli altri come una bomba. Quella buona è fatta invece di bisogni di accudimento e attaccamento, è fatta di devozione verso l'altro, annullando se stessa permette all'altro di amarla. Quello ha imparato a fare. La fine di

[1] Psicologa e Psicoterapeuta. Consulente per il Fatebenefratelli Sacco di Milano.

questa relazione la lascia sola con la sua parte cattiva, portandosi tutto ciò che di buono sentiva vivere dentro di lei. Lui rappresentava per Valentina il collegamento con un reale sano, lontano da tutti i giri di gente balorda, come li chiama lei, lontana dalla droga e dai tagli con cui puniva la sua pelle tutte le volte che si sentiva sprofondare dentro la colpa e la vergogna.

Adesso Valentina non le chiama più parti buone e parti cattive ma solo parti di sé.

Mi faccio strada nel raccontare questo romanzo con la sua storia perché leggendo il libro può venirci da pensare che ci sia come una esasperazione nella storia di Olga, nel vissuto, nel dolore che racconta attraverso la voce cruda e potente della Ferrante.

Olga stessa lo fa, in un racconto dell'infanzia ci fa incontrare una donna, una vicina di casa che il paese chiama la Poverella, una donna morta suicida alcuni mesi dopo essere stata lasciata. Non si capacita, lo sguardo leggero di una bambina, cosa scava dentro una ferita d'amore. Il fantasma di una donna che incontra 30 anni dopo nei suoi movimenti, riflessa allo specchio e nel salone di casa, tra le cose di un uomo che non c'è più. È il riflesso del dolore che sente simile alla Poverella, e la vergogna di quello che sta provando.

Olga ha 40 anni, due bambini, nessun lavoro, un marito da quando era ragazza, un cane lupo, una casa. Sceglie di dedicarsi a tutto questo fino al giorno in cui Mario se ne va, lasciandola lì, nell'inconsistenza che inizia a occupare tutto quanto la circonda, dentro e fuori. Ovunque intorno a lei.

Quello che vive giorno dopo giorno come un abbandono, la trascina verso reazioni che sfondano la superficie delle cose. Precipita in luoghi in cui non era mai stata, dove non c'è profondità, non c'è precipizio, non c'è nulla. È da li che parla, come un grembo materno. Tonfo dopo tonfo Olga cade nei labirinti segreti della sua storia, sul fondo di se stessa alla ricerca di segni di autonomia che fa fatica a trovare. Chi era, chi era adesso senza Mario, quanti segni di lui aveva fatto suoi in quegli anni di amore? Come faceva a raschiarli via dal suo corpo senza raschiare via anche sé stessa?

Senza respiro ci fa vivere tutte le emozioni che la colpiscono, la rabbia, la vergogna, e poi la depressione, l'autosvalutazione e l'idealizzazione dell'altro. La mancanza e tutti i segni della sofferenza.

I giorni dell'abbandono parla di una donna che racconta cosa può accadere ad un corpo e una mente di fronte alla separazione, all'inganno, all'assenza di parole da parte dell'altro. Di fronte allo strappo continuamente lotta per rimanere sul filo sottile delle cose, costringendosi a rimanere vigile e su quel mondo insieme ai suoi figli, che trascura, trascina, maltratta fin quando non ritorna e ritrova l'altra parte della corda che la tiene attaccata alla vita. Se stessa.

Anche Valentina ritorna, con l'animo di chi ha saputo andare nel proprio inferno e risalire su. Quella mattina io non dico nulla, o poco più che nulla. Qualsiasi parola avrebbe solo rotto quel dolore che invece lei voleva vivere. Non volevo spiegare nulla, non lo faccio mai. Volevo solo farla sentire legittimata in quello che stava sentendo. Ho fatto qualcosa che solitamente non faccio e che mi ha insegnato il training da allieva di teatro, ho usato il corpo.

Ho preso la mia poltrona azzurra e mi sono avvicinata a lei fino a quando le nostre ginocchia si sono incontrate, e poi, le ho preso le mani e insieme le abbiamo strette dentro i palmi.

È stato molto brutto?
Si.
Cosa ti è successo quella notte?
Ho avuto una reazione eccessiva che ha sfondato la superficie delle cose
E poi?
Sono caduta.
E dove sei finita?
Da nessuna parte. Non c'era niente.

Mariagrazia Calandrone
DOVE NON MI HAI PORTATA
Einaudi Editore, 2022, pp. 256

Carmela Vaccaro[1]

Sembra che la morte per acqua sia la più dolce
Due minuti, ed è tutto oblio.
Due minuti e sotto il fiume ci sono le stelle della tua campagna
ci sono le mattine dell'infanzia, la Pasqua
e mamma che ti lascia dormire
col tuo cane,
ci sono io che dal futuro ti guardo
calarti piano in quello specchio atomico,
in quella fine del mondo, e ti guardo
e ti lascio
libera ti lascio
così senza rimedio
e per me prendo solo da chiarire
la solitudine della tua materia
disabitata.
Siamo dentro una vasca di luce. Ogni passo che faccio verso di te
fa un rumore subacqueo.

Maria Grazie Calandrone è una poetessa, un artista visiva, una giornalista e una scrittrice e ci mette tutto quello che sa, che è, che può dentro questo suo potente e intimo libro. È una donna, una figlia e una madre, anche quello

[1]Psicologa e Psicoterapeuta. Consulente per il Fatebenefratelli Sacco di Milano.

mette, che si è fatta mare, anzi no fiume, per farci vedere, entrare dentro, quello che le abitava sul fondo e che piano piano è emerso, mostrandoci tutto ciò che ha lavorato dentro lei quando neanche lo sapeva.

Ci mostra la sua storia, quella di una bambina di 8 mesi lasciata nel mezzo di un parco romano bellissimo da due genitori che senza scampo decidono di interrompere la loro vita. È la storia di una donna che, insieme alla sua di figlia, ritorna nei luoghi di una madre sofferente, coraggiosa, abbandonata, i luoghi della sua storia e la illumina, con la sua penna, di una luce diversa, giusta e colma d'amore.

La Calandrone compie un'operazione sensazionale di ricostruzione e riparazione d'amore e ci porta insieme a lei nella storia d'Italia degli anni 60, la Milano dell'immigrazione, i pensieri della gente, le ingiustizie della legge di un tempo e i paraocchi di un popolo ancora troppo bardato dentro schemi e convinzioni sociali.

La sua è una ricostruzione lucida, al dettaglio, precisa, è attenta alle parole, al loro ordine dentro una frase impressa da 50 anni; l'ordine disordinato dell'amore materno.

Parte dalle origini raccontando la storia della sua mamma Lucia, una donna innamorata della vita che presto le riserva tagli e ferite insanabili. Lucia nasce e cresce in un piccolo paesino del sud Italia, e in quegli anni per una donna non c'è molto scampo se non eseguire alla lettera gli ordini impartiti da generazioni di uomini che zittiscono le bocche delle loro figlie e mogli. Ma non i pensieri, né gli animi. Lucia, come Mariagrazia, viene abbandonata, ma a differenza sua, i suoi genitori sono vivi e rimangono tali per molto tempo.

Nel raccontare Lucia, Mariagrazia ci regala immagini e tenerezza. In questa prima parte del libro emerge tutto l'amore di una figlia alla ricerca di una verità ricostruibile, o anche solo più gentile, di un'appartenenza, d' identità.

Il racconto piano piano si trasforma in un processo, la scrittura diventa ancora più precisa da sembrare un atto giudiziario presentato al Tribunale delle figlie perdute e delle donne interrotte. Un processo in cui Mariagrazia piano piano mette insieme i lembi di pelle strappati dalla separazione della vita prima e della morte dopo, ricuce, restituisce dignità e storia e chi non ne ha mai avuta, Lucia. Si rivolge a lei poche volte chiamandola mamma, utilizzando l'aggettivo possessivo mia, mia mamma. E alla fine di questo viaggio dei luoghi e dell'identità, la chiama figlia, figlia mia.

Dove non mi hai portata è una preghiera, un canto solenne, l'inno d'amore antico, la speranza di un futuro diverso, il perdono e la condanna, mettere in parole pensieri impensabili e farlo con una delicatezza che solo un cuore libero è in grado di fare. Cinquant'anni raccolti in 256 pagine. Un andirivieni tra ieri e oggi, tra storie che vivono ancora, tra caos e caso.

Non mi capita spesso, a dir la verità quasi mai, di piangere leggendo un libro. Mi emoziono si, quello sempre, ma piangere no. L'ho fatto leggendo Lucia e Mariagrazia, più volte nel corso di queste pagine la mia pelle ha avuto freddo e poi un caldo improvviso. Un incredibile rispetto per questa cosa meravigliosa che chiamiamo la Nostra Storia.

Quando leggo e poi decido di scrivere una recensione mi capita spesso di pensare ai miei pazienti, ad aspetti che mi hanno ricondotto a loro e alle loro storie.

Ma questa volta questo libro mi ha condotto alla mia di storia. Ho portato Lucia e Mariagrazia dentro lo spazio della mia terapia personale, ne sono stata emotivamente colpita oltre che per la storia anche per il senso, il simbolo di ciò che essa rappresenta, la ricerca di noi dentro l'Altro e dell'Altro dentro noi.

Lo specchio del tempo che ci porta a fare i conti con le radici fradice delle stagioni che passano e di tutto quello che resta al di la di tutto. E da paziente, figlia, donna, madre chissà, in un (dis)ordine alternato condivido con la Calandrone che affinché ci sia vita è necessaria la separazione, il primo e più lungo dolore è separarsi. Cosa resta di questo umano dolore quando diventiamo grandi? E diventare grandi non è forse imparare a tollerare la solitudine?

Non parlo di spiegare ciò che siamo oggi alla luce della storia di qualcun altro, i nostri genitori, che poi è anche la nostra di storia, parlo di trovare in quella storia una qualche forma di appartenenza che ci permetta di sopportare questo dolore condiviso.

Grazie Mariagrazia, ho sentito anch'io la necessità di tornare li, dove tutto è venuto al mondo e si è separato.

Ogni cosa che ho visto di te,
te la restituisco amata.

Stephen King
CARRIE
Hodder & Stoughton Ltd, 1974, pp. 224

Valeria Pinoni[1]

Stephen King ha avuto, ed indubbiamente ha, una *vita spericolata*. Forse è proprio questa vita ad averlo reso lo scrittore che più in assoluto è in grado di descrivere la psicologia dell'essere umano. Credo sia quindi doveroso, prima di addentrarci nell'analisi di uno dei suoi scritti migliori, fare un breve excursus (che in psicologia sistemica chiamiamo "genogramma") degli episodi salienti della sua storia familiare e personale. S.K. nacque nel 1947 a Portland *nel Maine* (sottolinearlo è d'obbligo) due anni dopo il fratello David, adottato in quanto i coniugi King pensavano di essere una coppia sterile.

Il padre, ex capitano della marina mercantile americana, nel 1949 uscì per fare una passeggiata e non fece più ritorno a casa, lasciando la moglie a destreggiarsi tra più lavori per mantenere due figli che non lo conosceranno mai. Durante l'infanzia S.K. era sempre ammalato. All'età di quattro anni vide la morte del migliore amico travolto da un treno, evento che lo segnerà inevitabilmente. Con una fervente passione per la letteratura e i film horror, si diplomò in letteratura inglese all'università del Maine, dove conobbe Tabitha, poetessa, moglie e madre dei loro tre figli. Dopo i primi successi letterari seguirono anni scanditi da alcool e tossicodipendenze, anestetici per il lutto della madre, morta per una grave malattia. A completare questa già lunga lista di eventi traumatici, nel 1999 rischiò la vita travolto da un furgone mentre camminava sul ciglio della strada. Questa breve introduzione ci permette di ipotizzare alcuni, dei molti aspetti del suo funzionamento che ritorneranno frequentemente nei suoi libri: King è stato un bambino che si trovava a giocare solo in luoghi estremamente pericolosi e potenzialmente un po' trascurato da una mamma che per contro si prodigava in ogni modo per garantirgli un futuro; un bambino che si è dovuto presto abituare all'abbandono e alla morte; un uomo senza un modello maschile affidabile e con un inesistente rapporto padre/figlio. S.K. si è però dimostrato un uomo capace di amare e di essere grato verso la propria famiglia; *Carrie* si apre infatti con una dedica meravigliosa alla moglie: *"A Tabby, che mi ha fatto entrare in questo incubo, e poi me ne ha fatto uscire".* Dobbiamo proprio a Tabitha il merito della pubblicazione del suo primo romanzo, dato che l'autore temeva di non essere riuscito a identificarsi in

[1] Psicologa e Psicoterapeuta.

modo adeguato alle problematiche relative ad una ragazza di sedici anni, in particolare il ciclo mestruale e la sessualità. Veniamo al testo (che questa volta non potrò fare a meno di *spoilerare*). *Carrie* è un romanzo breve con una trama molto semplice: una teenager con il potere della telecinesi bullizzata dai compagni si innamora del principe del ballo scolastico che, inizialmente riluttante, poi si accorge di quanto è carina ed interessante. A primo impatto la classica pop story americana. Ed è questo il tranello dell'autore. *Carrie* è un romanzo traumatico nel quale la protagonista, gravemente seviziata da una genitrice malefica e da coetanee perverse, ad un certo punto esplode e grazie ai suoi poteri paranormali elimina tutti. Un testo nel quale infanzia, adolescenza, violenza, fanatismo religioso, vendetta e soprannaturale si fondono perfettamente. Chi è quindi la nostra eroina?

Niente di meglio delle stesse parole dell'autore per descriverla quando, all'inizio del libro, è alle prese con le sue prime mestruazioni (nonostante i sedici anni) e le compagne di classe la deridono bersagliandola con una pioggia di assorbenti:

"*Carrie girò intorno uno sguardo bovino. I capelli le si erano appiccicati sulle guance, come un casco aderente, Aveva un'eruzione di acne sulla spalla.*

A sedici anni l'impronta delle ferite che le erano state inferte dall'infanzia era già chiaramente stampata nei suoi occhi [...] C'erano stati tutti quegli anni: tutti quegli anni di facciamo il sacco al letto da campo di Carrie e nascondiamo da qualche parte le sue mutande e mettiamole questa biscia in una scarpa e facciamole questo e facciamole quest'altro, e Carrie che arrancava in bicicletta, sempre in coda, sentendosi chiamare una volta budino mal riuscito e un'altra volta faccia di merda, sudando e odorando di sudore e non riuscendo mai a raggiungere le altre; Carrie che si pungeva con le ortiche mentre faceva pipì nei cespugli e tutti la scoprivano (ehi grattaculo, ti brucia il didietro eh?); e Billy Preston che le metteva un pezzo di margarina nei capelli quella volta che si era addormentata in sala studio; e i pizzicotti, gli sgambetti nei corridoi della scuola, i libri spinti giù dal suo banco, le foto pornografiche infilate nella sua borsa; Carrie che in chiesa si inginocchiava goffamente per pregare e la vecchia gonna di madras si strappava lungo la lampo facendo un rumore da scoreggia; Carrie che non riusciva a prendere la palla neanche con i piedi; Carrie che cadeva lunga e distesa durante la lezione di danza moderna e si scheggiava un dente; Carrie che finiva contro la rete giocando a pallavolo; Carrie che aveva sempre le calze cascanti o sul punto di cascare ; Carrie che aveva sempre macchie di sudore sotto le ascelle; e la volta che Chris Hargensen le aveva telefonato a casa chiedendole se sapeva che il culo dei maiali in America si chiamava anche Carrie. Di colpo tutto questo si era sommato e si era arrivati all'esplosione. Il colpo definitivo, così a lungo cercato, era stato inferto. Fissione."

Ogni volta che leggo questo passaggio penso: "S.K. si è sentito talmente insicuro da non volerlo pubblicare". Ma in questo paragrafo c'è tutto l'inferno di Carrie, un inferno non solo scolastico purtroppo. Margareth, la madre di *Carrietta* (che la puniva già dal nome) è, come ha sancito un amico, *"il cattivo più cattivo di tutti i cattivi di Stephen King"*: al confronto Randall Flagg un tenero agnellino. Una donna spietata affetta da un grave disturbo delirante a contenuto religioso, fermamente convinta di essere depositaria di uno speciale messaggio divino che la sollecita a rileggere la Bibbia secondo una

spiegazione fanatica ed estremista. Penso alla non casualità del contenuto del suo delirio: la aiuterebbe a veicolare la sofferenza derivante da un passato traumatico ed abusante. Margareth, a sua volta probabilmente abusata, rifiutata dalla madre, ha assistito a diverse violenze per poi trovare rifugio nella Chiesa fondamentalista che ne ha esacerbato l'ossessione per il sesso al punto da considerare le mestruazioni un segno di presenza demoniaca. King, che è un maestro nel coniare neologismi atti a descrivere al meglio situazioni e stati d'animo, anche in questo caso non ci delude; il rifiuto del corpo della madre di Carrie diventa "*I can see your dirtypillows*" tradotto "*Posso vedere le tue sporchetette*" ogni volta che la povera protagonista si trova al confronto con la propria o altrui nudità. Ciononostante, questo è il male minore se pensiamo che Margareth ha cresciuto Carrie persuadendola che i suoi poteri telecinetici la rendano progenie del diavolo, che *la vita è sporca,* che le persone sono pericolose e che è sua la colpa e che l'isolamento e l'abnegazione siano l'unica salvezza. Che non c'è alcuno spazio per l'amore e per la speranza. Ma ad un certo punto accade qualcosa: per "una serie di più o meno sfortunati eventi" che lascerò al lettore il piacere di scoprire, la ragazza viene invitata al ballo scolastico dal Danny Zuko della High School e da quel momento il mondo di Carrie cambia. In questa prima primavera capisce *che ne può avere ancora*: è una *tenera età in fiore*, è il tempo di guardare le vetrine dei negozi e cucire un vestito nuovo, ma soprattutto è il tempo di riscoprire il suo potere evolutivo, il potenziale resiliente celato ma insito in ognuno di noi, l'arma per la salvezza che le permette di ribellarsi, seppur con grande garbo, a quella madre detestabile, che nonostante l'evidente paura del cambiamento della figlia non sembra dare segni di cedimento e persiste nel bloccarla nella ricerca della felicità.

E così Carrie va al ballo con il suo principe ma *la natura è una puttana* che *lascia lividi sul frutto.*

C'è un tema fondamentale in questo libro ed è il tema del *sangue*. Carrie inizia e finisce con il sangue. Metaforicamente il sangue ha un valore simbolico fortissimo: è la vita stessa. Connesso ad ogni parte del nostro corpo è direttamente legato al cuore ed alle emozioni. Per Carrie e Margareth il sangue si connota diversamente: per la madre è legato a memorie traumatiche come l'accoltellamento del padre durante una rissa ed al primo aborto vissuto da sola, senza aiuto alcuno. Per Carrie è il ciclo mestruale stesso come fonte di vergogna ma anche di rinascita, è la femminilità che si emancipa dalla repressione materna, è vita e morte insieme per la strage che ne conseguirà. È la crudele vendetta di Chris e Billy che sopprime l'unico momento di gloria della protagonista, scagliando sulla stessa e sul compagno due secchi colmi di sangue di maiale ("*sangue di maiale per un maiale*") durante l'incoronazione per il re e la regina del ballo. È il massacro che Carrie riserva ai propri banali vessatori.

Ma è soprattutto il legame tra Carrie e Margareth, un *legame di sangue* imprescindibile, anche nell'ultimo, intensissimo scambio durante il quale si verifica un'evidente vis a vis di vita o di morte, nel quale Carrie per evolversi deve svincolarsi dall'oggetto delle proprie torture.

Per merito di tale legame Carrie sceglie di congedarsi con un regalo alla propria aguzzina e primaria fonte di sofferenza, la madre che l'ha generata e sconvolta, ma della quale sentirà una terribile mancanza.

Così si conclude la nostra Biancaneve dark: senza lieto fine...Oppure no?

Sally El Hosaini
LE NUOTATRICI
Distribuito da NETFLIX
Data di uscita: 10 novembre 2022

Giuliana Alquati[1]

Lettura in chiave psicologica

Film basato sulla storia vera delle sorelle Mardini di origini Siriane: Yusra, nuotatrice di talento che dopo aver ottenuto asilo in Germania ha partecipato per la squadra Olimpica dei rifugiati del CIO alle Olimpiadi di Rio 2016 e Sarah, attivista per Emergency Response Center International (ERCI), una organizzazione no profit nata in Grecia, attualmente processata per quelle che la ONG Human Rights Watch ritiene accuse "farsesche" e "motivate politicamente".

L'inizio del film è caratterizzato dalla fresca vita adolescenziale delle sorelle Mardini in Siria, precisamente a Lesbo. Il padre delle ragazze è un ex-nuotatore professionista, il quale ha dovuto interrompere la carriera agonistica per il servizio militare riponendo così speranze olimpioniche nelle figlie da lui stesso allenate.

Yusra è la figlia che meglio interpreta la volontà del padre, impegnandosi negli allenamenti e concentrandosi sugli obiettivi performativi. Sarah, apparentemente meno talentuosa della sorella, di fatto sente che lo sport non è la sua strada e sovente si ribella alle regole di vita per una buona atleta vivendo la sua istintiva ma audace adolescenza: sarà il coraggio di Sarah che muoverà le sorti di un'intera famiglia portandola alla salvezza e sarà la coscienza del limite di Yusra, nonché la sua ostinata determinazione nella realizzazione dei suoi sogni, a portare il cognome e la storia a livello mondiale.

Un'infanzia ed una adolescenza comuni in una famiglia in cui entrambi i genitori credono nelle possibilità realizzative delle figlie femmine; rilevante è pure la figura della madre che desidera per loro una piena soddisfazione e prospettiva di vita non caratterizzata dagli stereotipi classici della donna vista esclusivamente come madre di famiglia. Il tema del femminile è

[1] Psicologa e Psicoterapeuta.

delicatamente attraversato quasi in sottofondo ma vividamente presente nelle qualità di cui entrambe le sorelle, ognuna nella propria esclusività, sono portatrici.

La guerra in Siria, un conflitto che dal 2011 costringe migliaia di persone a tentare salvezza come profughi attraverso il mare e attraverso migliaia di chilometri a piedi nelle condizioni disumane più avverse e nei confini politici più assurdi. Tuttavia, la vita ha la priorità: la natura conservativa dell'uomo spinge ognuno di noi a tentare la salvezza per sé, per i propri cari, per il popolo di una nazione che è casa, identità e storia.

La morte di amici e soprattutto di una cara coetanea nonché l'avanzare del conflitto sempre più minaccioso spinge Sarah ad affrontare il padre per il permesso di tentare la salvezza in Germania e richiedere il ricongiungimento familiare. Sarah fa leva soprattutto sul desiderio del padre nel vedere la figlia Yusra alle Olimpiadi dopo che, durante una competizione agonistica, il complesso sportivo che le ospitava fu bombardato e una mina difettosa caduta in acqua ha impedito la morte di Yusra che stava nuotando, concentrata nel suo obiettivo di qualificazione.

La spinta vitale, coraggiosa, impetuosa e strategica, in termini relazionali, di Sarah provoca la convinzione del padre nel benedire il viaggio delle sue figlie accompagnate dal cugino rappresentante dell'idea di una protezione maschile: sarà di fatto quest'ultimo a beneficiare del legame protettivo tra sorelle e dell'istinto conservativo di queste due ragazze.

Il viaggio, o meglio l'impresa, salvifica in cui il legame tra sorelle, la loro reciprocità, la connessione affettiva e la fiducia reciproca l'una nell'altra ha caratterizzato l'elemento fondamentale di protezione e sicurezza durante tutte le tappe soprattutto quella attraverso il mare. Sarah, in una condizione critica per tutto l'equipaggio del piccolo gommone, decide di alleggerire ulteriormente il peso del carico legandosi ad una cima e gettandosi in mare. Yusra la segue perché non può abbandonare il loro legame. Ognuna in mare, di notte a combattere per la propria vita continuamente alla ricerca dell'altra. Porteranno così tutti i profughi alla salvezza sulle coste della Grecia. Approdati sull' isola greca verranno toccate dal regista molte tematiche tra cui: la reticenza di alcuni abitanti nel dare un primo soccorso, le ONG in aiuto e l'ambivalenza dei contesti caratterizzati dal benessere. Dove a pochi chilometri si spendono, nella tacita sordità del mondo, tragedie umane, si consuma la vita benestante di ignari vacanzieri che interroga tutti, ognuno nel proprio apparente benessere. La domanda che io mi pongo ora nell'incrocio esistenziale della mia vita con l'esempio di questo vissuto è sul coraggio di scegliere ciò che per me significa vitale. Quella spinta interiore che intravvedi portarti lontano dall'ordinario, dal conosciuto, dal certo, dal già costruito e che smuove paure legate all'incertezza delle proprie scelte.

La freschezza, l'impavidità di due ragazze adolescenti che nonostante abbiano appena rischiato la vita in mare ritrovano l'entusiasmo di camuffarsi all'occidentale e per poche ore godersi una vita lussuosa che non gli appartiene sbeffeggiando l'indifferenza di tutti gli "addormentati".

Per poi riprendere attraverso la marcia la via verso Berlino.

Le relazioni di solidarietà tra profughi che si co-costruiscono durante il viaggio. Il mutuo aiuto e la condivisione. Tra coetanei ci si trova e ci si allea. Durante il film vengono citate senza eccessivo risalto, ma sempre in modo delicato e rispettoso anche le storie di chi non ce l'ha fatta o di chi è ritornato

indietro. Anche questi passaggi sono significativi nella vita di ognuno di noi: quanti nel tentativo di uscire da una situazione possono non farcela e naufragare oppure ritornare per qualsivoglia ragione sui propri passi? Penso che nessuno possa avere risposte prima di mettersi in viaggio seguendo quella che è la propria spinta vitale, caratterizzata da uno sciente ascolto di sé, da un rallentare ascoltando le sensazioni dei passi lenti ed incerti come quelli di un bambino.

Scelte. Come quella di salire o meno su un camion in cui uno degli autisti ha appena tentato di stuprare Yusra. Nel trauma di questa vicenda Sarah si sintonizza col malessere della sorella appoggiando la sua prima decisione di non viaggiare in quel modo. Questa volta è Sarah a seguire la sorella per la prima volta. Lasciano il gruppetto che era diventato famiglia durante il viaggio. Sarah saluta un ragazzo che sin lì le aveva fatto battere il cuore e che ritroverà a Berlino dove inizieranno una frequentazione.

Troveranno un autobus come corridoio umanitario che finalmente le porterà a destinazione.

L'attesa e la ripartenza in un luogo che non è casa, con un'identità da ricostruire, con luoghi da conoscere reinventandosi: sì, ma da dove?

Sarah e Yusra sono in attesa dei documenti e a scadenza la minore età di Yusra per il ricongiungimento familiare. Sono nell' hangar con vitto e alloggio nella sospensione di una quotidianità senza obiettivi. La pesantezza del corpo e l'inerzia in un luogo in cui far trascorre un tempo non proprio.

La decisone di Yusra legata al suo ricordo di atleta. Il rimettere in movimento il proprio corpo. La spavalderia nel ritentare la strada ambiziosa per le Olimpiadi. Yusra vuole riscattare se stessa attraverso il nuoto portando con se Sarah ripartendo da una parte identitaria, la strada dello sport.

Si presentano all'allenatore della squadra di nuoto di Berlino che inizialmente le disdegna, ma poi si ricrede dando ad entrambe un'opportunità che solo Yusra coglierà come propria impegnandosi come a Lesbo negli allenamenti. Sarah sceglierà la sua strada che intravvede nel bisogno di aiutare altri che, come lei, hanno bisogno di rifugio da contesti di guerra. Le strade iniziano a delinearsi per entrambe e la differenziazione ha corso nel timore di Yusra di aver perduto un importante riferimento, la parte di sé rappresentativa del coraggio.

L' angoscia della solitudine viene rappresentata dall'incubo di Yusra poco prima della sua competizione alle Olimpiadi di Rio, quando sogna di aver perduto la sorella nei fondali del mare tra Lesbo e la Grecia. Il legame tra le sorelle viene espresso anche attraverso il tema della presenza: come può mancare Sarah ad un impegno così importante? La presenza di Sarah rassicurerà Yusra facendole sentire quella complicità originaria necessaria alle sue possibilità realizzative.

Entrambe le sorelle Mardini attualmente sono impegnate in organizzazioni umanitarie (e come non esserlo?). Mi piacerebbe pensare che sia stata la vita a consegnare a queste ragazze un impegno così importante; tuttavia, meno fatalmente credo che sia stata una decisione e un atto di responsabilità davanti alla sopravvivenza e alla possibilità di riscatto in simili situazioni.

Quali elementi rimangano o risuonano come oggetto di riflessione? I temi sono molti, tutti legati alle diverse dimensioni di vita in ciascuno di noi. Ora,

il tema risonante risiede nel fare scelte, orientarsi verso uno scopo avvalendosi di quella connessione interna a cui affidarsi ritrovando senso nella propria identità.

www.rivistafrattali.it
rivista.frattali@gmail.com

ISSN 2724-5101
Frattali (Online)