

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

07

Anno IV Novembre 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

#### **SOMMARIO**

| EDITORIALE                                 |   | 4  |
|--|---|----|
| Gianni Cambiaso,<br>Roberto Mazza          | Orientarsi nel caos.  | 4  |
| ARTICOLI                                   |   | 6  |
| Andrea Cappabianca                         | Cosa cura? Principi di cambiamento ed efficacia delle psicoterapie.                   | 6  |
| Valentina Fazzi                            | Fra trigenerazionale e controtransfert: quattro madri nella sala degli specchi.       | 14 |
| Caterina Ciucciové                         | Riflessioni In-Versi: Essere presenti a sé e con l'altro nel mistero dell'incontro.   | 33 |
| Federico Elio Calemme<br>e Erika Michielon | La terapia di coppia con le coppie LGBTQIA+:<br>un'integrazione al protocollo Ghezzi. | 41 |
| Giovanna Parimbelli                        | Nido come contesto non terapeutico.   | 57 |
| RECENSIONI                                 |   | 82 |
| Roberto Mazza                              | Terapia esperienziale profonda.   | 82 |
| Liliana Redaelli                           | 88 divagazioni. Psicologia, ricordi e altri pensieri.                                 | 86 |
| Roberto Mazza                              | La casa del Mago.   | 88 |
| Carmela Vaccaro                            | L'età fragile.  | 91 |
| Carmela Vaccaro                            | La nostalgia che avremo di noi.   | 93 |

#### **EDITORIALE**

#### **ORIENTARSI NEL CAOS**

Gianni Cambiaso e Roberto Mazza

Nei primi mesi del 2024, uscirà una pubblicazione a cui abbiamo dedicato l'ultimo anno di lavoro. Si tratta di un agile libro centrato sull'instabilità, la non-determinazione e la teoria del caos, con cui colleghi e operatori di formazioni cugine devono costantemente fare i conti e che spesso interferiscono e incrinano protocolli di lavoro ben definiti, introducendo variabili impreviste e imprevedibili. Ne anticipiamo alcuni concetti.

Chiunque, in particolare in un momento di crisi e di difficoltà, quando, si trova di fronte a scelte o decisioni drastiche e non procrastinabili, ha bisogno di certezze Certezze che mitighino il senso di instabilità, a costo di attaccarsi a riferimenti rigidi, in cui si privilegia l'immutabilità e la certezza.

Esistono momenti e situazioni in cui una decisione, presa magari senza troppo riflettere o addirittura in modo pressoché inconsapevole, o ancora al di fuori della nostra possibilità di influenza, può determinare un brusco e macroscopico mutare degli eventi. Come ad esempio accade nel film *Sliding doors*, in cui arrivare alla metropolitana una frazione di secondo dopo, modifica radicalmente la storia di una persona e, di conseguenza, di tutte quelle che ad essa sono connesse. Sean Connery, nei panni dell'agente segreto 007 si trova in una delle scene finali di *Missione Goldfinger* a dover decidere in pochi secondi quale tra i due cavetti del detonatore di una bomba dover tagliare per disinnescarla. Siamo di fronte ad un bivio decisivo e senza appello: ad un cavo corrisponde la salvezza, all'altro l'apocalisse.

Ma non sempre abbiamo la sensazione di essere di fronte a due scenari così completamente opposti. A volte il bivio di una decisione (i "punti di svolta" di Taleb descritti ne *Il cigno nero*) appare divergere per pochi gradi, ma non per questo la scelta risulta in talune situazioni meno sofferta o meno determinante.

La teoria del caos ci suggerisce che in un sistema instabile, non lineare, i cambiamenti sono difficilmente prevedibili, che non esiste una relazione proporzionale e prevedibile tra causa ed effetto (il leggendario "effetto farfalla" o "dipendenza sensibile dalle condizioni iniziali").

Nei sistemi non lineari, in effetti, risulta impossibile prevedere il comportamento a lungo termine dell'intero sistema: piccoli cambiamenti possono produrre grandi effetti. I «processi di retroazione non lineare sono alla base dell'instabilità e dell'apparizione improvvisa di nuove forme di ordine che sono tipiche dell'auto-organizzazione», scrive F. Capra (*La rete della vita*).

L'auto-organizzazione rappresenta la comparsa spontanea di nuove strutture e di nuove forme di comportamento in sistemi aperti lontani dall'equilibrio, caratterizzati da anelli di retroazione interni e descritti matematicamente da equazioni non lineari. Concetto peraltro alla base della teoria delle "strutture dissipative" di Prigogine. Il caos, in sintesi, tende ad auto-organizzarsi.

La Natura stessa usa il caos come parte integrante del suo programma di evoluzione: per risolvere il problema di adattare le forme di vita per la sopravvivenza in un ambiente in continua trasformazione, complesso, apparentemente caotico, ogni schema deterministico sarebbe destinato al fallimento. Fisica, economia, biologia, psicologia si intersecano così tra loro in una cornice in cui a farla da padrona è la complessità. E proprio la complessità ha prepotentemente fatto sentire la sua voce negli utimi tempi, anche nella nostra vita quotidiana, con i fenomeni delle crisi climatiche, delle crisi finanziarie, dell'immigrazione, delle tematiche ambientali, delle catastrofi imprevedibili. Fino ad arrivare alla pandemia del Covid-19 ed alle guerre che caratterizzano gli ultimissimi tempi. Ci sentiamo impotenti e cresce l'ansia. Facciamo tutti fatica a gestirla, l'instabilità.

"Abbiamo bisogno di un approccio interdisciplinare per non perdere la visione di insieme. Quando le conoscenze sono troppo specialistiche, frammentarie e prive di collegamento si rischia di produrre un nuovo tipo di accecamento. Ma naturalmente, per salvare l'umanità, occorre lanciare al contempo anche altre riforme, quelle che riguardano la società e il nostro modo di vivere, la nostra relazione con le risorse e la biodiversità, come pure il nostro modo di produrre e consumare, di costruire le città e di spostarci. Ci sono due modi per uscire da una crisi. La regressione che torna al passato oppure la creatività che, con un grande sforzo d'immaginazione, inventa soluzioni inedite. Io ho scelto questa seconda possibilità". Chi parla è Edgar Morin (La Via).

Il problema è come comportarci in un mondo simile. E la risposta che ci suggerisce Waldtrop (Complessità) è: "mantenere aperto il maggior numero di scelte possibili. Dobbiamo rinunciare alla ottimalità cercando piuttosto qualcosa di attuabile di funzionante... Si scruta il mondo e non ci si aspettano circostanze durevoli». E, aggiungiamo noi, procediamo per ipotesi leggere, più attenti a falsificarle che a convalidarle, in psicoterapia e nella vita. Come scrive Sara Ferraris (che ha contribuito con un capitolo sull'instabilità in adolescenza): l'attrezzatura necessaria per il viaggio, così come guida sicura e autorevole la mettiamo noi, ma poi si naviga con il vento che c'è.

#### ARTICOLI

## COSA CURA? PRINCIPI DEL CAMBIAMENTO ED EFFICACIA DELLE PSICOTERAPIE

Andrea Cappabianca<sup>1</sup>

**RIASSUNTO.** Partendo dall'analisi di alcuni studi sull'efficacia dei trattamenti, nell'articolo si esplora il tema del cambiamento in psicoterapia. Il focus è sui punti di contatto tra gli orientamenti e sui i fattori che giocano un ruolo primario nel processo terapeutico, al di là del vertice teorico di riferimento: tra questi è centrale la relazione terapeutica e la sua gestione. Si propone, in conclusione, una riflessione sull'utilità della valutazione degli outcome del trattamento sistemicorelazionale

**SUMMARY**. Starting from the analysis of some studies on the efficacy of treatments, the article explores the theme of change in psychotherapy. The focus is on similarities between the therapeutic orientations and on factors that play a primary role in the therapeutic process, beyond the theoretical point of reference: core of psychotherapy seems to be the relationship and its management. In conclusion, a reflection on the usefulness of evaluating the outcomes of systemic-relational treatment is proposed.

**PAROLE CHIAVE**. Principi del cambiamento, fattori comuni, efficacia della psicoterapia

#### INTRODUZIONE

Il tema del cambiamento in psicoterapia è ampiamente discusso nel panorama internazionale ed è molto legato alle considerazioni sull'efficacia dei trattamenti. Da una prima analisi della letteratura, pare che la tendenza dominante sia quella di enfatizzare le differenze tra gli orientamenti e di suggerire psicoterapie approccio-specifiche per classi di disturbi. Alcuni ricercatori, però, si sono chiesti se non vi siano dei fattori terapeutici comuni e trasversali agli orientamenti psicoterapeutici, guardando a questi ultimi come strade diverse che conducono alla medesima destinazione.

Considerando le molte dispute tra scuole di pensiero su chi o cosa funzioni meglio o sia in grado di aiutare più adeguatamente l'essere umano nell'affrontare le proprie vicissitudini esistenziali, sono interessanti alcuni studi sui *bias* nelle autovalutazioni degli psicoterapeuti in merito alle proprie capacità professionali e ai tassi di guarigione dei loro pazienti: in un caso i ricercatori hanno rilevato che i clinici sopravvalutavano la propria

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Psicologo Psicoterapeuta, UOC Psicologia Clinica ASL Napoli 1 Centro

competenza professionale (Brosan *et al*, 2008), in altri due che tendevano a valutare se stessi e il proprio team come migliore rispetto agli altri (Walfish *et al*, 2012; Parker e Waller, 2014).

A prescindere da tali dinamiche, è indubbio che la psicoterapia sia stata osservata da vertici diversi e apparentemente lontani, che però spesso serbano convergenze interessanti. È in quest'ottica che si muovono i ricercatori che studiano i punti di contatto tra i diversi approcci, che cercano i "fattori che curano", al di là della prospettiva teorica di riferimento. Affacciandosi in questo scenario, si scopre che esiste un filone corposo di studi sui principi del cambiamento in psicoterapia, molti dei quali hanno a che fare con la relazione terapeutica e la sua gestione.

### PROSPETTIVA APPROCCIO-SPECIFICO *VERSUS* APPROCCIO TRANSDIAGNOSTICO

Come anticipato, la ricerca sui fattori che promuovono il cambiamento in psicoterapia passa spesso per l'analisi dell'efficacia degli stessi, provando ad individuare i trattamenti più promettenti e gli elementi che li caratterizzano. Ora, è necessario capire cosa renda una psicoterapia efficace e ci sono diversi problemi al proposito, primo tra tutti trovare un sufficiente accordo su cosa definisce un miglioramento clinico e come valutarlo - di recente alcuni autori hanno affrontato anche questi temi riflettendo sulla conclusione della terapia (Cambiaso e Mazza, 2022; Vinci, Vito e Ursini, 2023).

Premettendo che gli studi di efficacia seguono un approccio medico che targettizza i pazienti - li raggruppa in base a una diagnosi o, comunque, ad un set di caratteristiche più o meno vasto -, essi hanno a nostro avviso tre conseguenze.

La prima, che è un rischio, è quella di stimolare il tifo per l'uno o l'altro approccio. Si pensi che gli studi di efficacia di matrice cognitivo-comportamentale hanno avuto un peso notevole sulla diffusione internazionale dell'approccio, per molto tempo presentato come l'unico la cui efficacia è "scientificamente provata", naturalmente a torto.

La seconda, connessa alla precedente, è stimolare una prospettiva approccio-specifica che per sommi capi funziona in questo modo: se la terapia ad orientamento x si è rivelata efficace nel trattamento del disturbo ansioso, la tendenza sarà quella di suggerirla ad ogni paziente che manifesta tale disturbo, con l'implicita marginalizzazione della terapia ad approccio y anche quando quest'ultima non è stata sottoposta ad alcuna valutazione di efficacia.

La terza è che la valutazione degli outcome di un trattamento permette di focalizzarsi su cosa sia più funzionale con un certo tipo di pazienti. Si pensi, ad esempio, che può essere molto utile sapere che le prove di efficacia dei trattamenti del disturbo borderline di personalità propendono a favore degli interventi che stimolano le capacità di mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 2010; Bateman, 2012). La ricerca di questo tipo permette quindi di capire meglio cosa sostiene il miglioramento clinico, in questo caso la capacità di avere una mente che contiene e dà senso ad un vissuto emotivo spesso dirompente e non-pensato.

Proseguendo nell'esempio del borderline, si possono fare ulteriori considerazioni. In primo luogo, alcuni strumenti operativi sono comuni ad approcci molto diversi tra loro, come dimostra il fatto che i terapeuti specializzati in trattamenti Mentalization-Based non sono gli unici a lavorare sulla mentalizzazione. In secondo luogo, interventi di questo tipo possono essere utili con un'ampia varietà di pazienti, al di là della diagnosi specifica che gli è stata assegnata.

Del resto, la clinica ci mostra come sia piuttosto difficile incontrare forme "pure" dei disturbi indicati nei manuali diagnostici e che la condizione reale dei nostri pazienti è molto più "mescolata". Entriamo così nel mondo del transdiagnostico. Più o meno dagli inizi degli anni 2000, alcuni studiosi hanno posto l'accento su pattern di funzionamento emotivo comuni a diversi tipi di disturbi, proponendo protocolli di intervento "unificati" che hanno come sfondo l'implementazione dei meccanismi di regolazione emotiva. Questi protocolli si focalizzano sullo spettro ansioso-depressivo (Moses e Barlow, 2006), sono stati testati in studi randomizzati che ne hanno valorizzato l'efficacia e avrebbero un impatto sia sui sintomi che sul funzionamento generale dei pazienti nel tempo (Farchione et al, 2012).

L'approccio transdiagnostico è forse più vicino al modo di lavorare dei terapeuti sistemico-relazionali, che non si soffermano sull'etichetta ma sulla persona e i suoi sistemi, sulle riattualizzazioni di aspetti familiari non risolti e sulle modalità ricorrenti di relazione con i sistemi interni ed esterni all'individuo che sostengono la disfunzionalità e la sintomatologia.

Molto legato all'approccio transdiagnostico, nonché più longevo, è il cosiddetto Modello dei fattori comuni. La mole di contributi al riguardo prende le mosse da un primo articolo di Rosenzweig (1936) che, a proposito dell'efficacia empirica dei trattamenti, sottolinea come psicoterapie diverse raggiungano medesimi risultati perché condividono aspetti comuni. E' noto il suo richiamo ad Alice nel paese delle meraviglie e al Dodo che esclama: "Tutti hanno vinto e tutti devono avere dei premi". Diversi anni dopo, l'interesse dei ricercatori su questo tema è cresciuto e ha dato vita a una vasta produzione scientifica che mostra come non vi siano differenze sostanziali in termini di efficacia tra psicoterapie di orientamento diverso (Luborsky et al, 2022; Barth et al, 2013; Mulder et al, 2017). Da qualche tempo ci si è iniziati a chiedere cosa sostenga tale similarità e quali siano i fattori che giocano un ruolo nel processo terapeutico, al di là del vertice teorico di riferimento.

#### I FATTORI CHE CURANO

Sono molti i contributi su quelli che sono stati definiti principi del cambiamento terapeutico (Castonguay e Beutler, 2006). Il Modello dei fattori comuni (Frank e Frank, 1993; Wampold, 2001) ha dato un contributo interessante, studiando i punti di contatto tra i vari tipi di psicoterapia. Sinteticamente, i teorici che fanno capo a tale Modello ritengono che i fattori comuni necessari al cambiamento del paziente siano: «un legame significativo ed emotivamente carico tra il terapeuta e il paziente; un contesto di fiducia e di aspettative positive nella terapia; un terapeuta che fornisce una spiegazione psicologicamente derivata e culturalmente valida al disagio emotivo; una spiegazione che sia adattiva (ovvero che offra opzioni

praticabili e credibili per superare specifiche difficoltà) e accettata dal paziente; e una serie di procedure o rituali ingaggiati dal paziente e dal terapeuta che guidano il paziente nel mettere in atto qualcosa che sia positivo, utile o adattivo» (Laska et al, 2014, p. 469, traduzione nostra). Secondo gli Autori ogni approccio funziona perché contiene di per sé tali ingredienti e, di conseguenza, una terapia che contiene questi ingredienti è di per sé efficace.

Più nel dettaglio, gli elementi che si ritrovano in questo filone di ricerca sono l'alleanza di lavoro - ormai nell'olimpo dei predittori del cambiamento - l'empatia, la condivisione di obiettivi, il clima di fiducia, le aspettative positive, la congruenza culturale tra terapeuta e paziente (Figura 1) (Wampold, 2015).

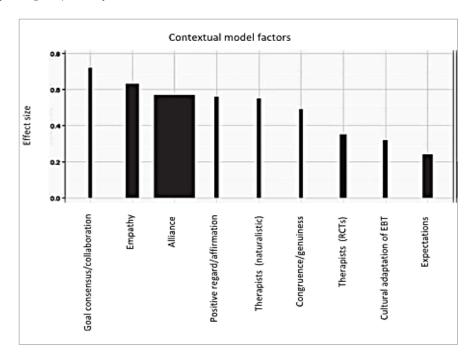


Figura 1 - Effect size dei fattori comuni. La larghezza delle barre è proporzionale al numero di studi considerati (tratto da Wampold, 2015).

In un altro studio è stata invece chiesta direttamente ai terapeuti un'opinione in merito: è emerso che per gli intervistati gli elementi che stimolano maggiormente il cambiamento sono. in ordine, il legame terapeutico, gli interventi guidati dalla teoria, le caratteristiche e la professionalità del terapeuta e infine dalle caratteristiche del paziente, non ultima la sua motivazione (Tzur Bitan, 2022).

Al tema è stata dedicata anche una task force dell'American Psychological Association (Castonguay e Beutler, 2006), che ha provato a delinearli esplorandoli su tre livelli: quello delle caratteristiche dei pazienti e dei terapeuti, quello dei fattori tecnici relativi ai trattamenti, quello delle variabili relazionali. Concentrandoci solo su questi ultimi, il gruppo ha

rilevato il ruolo centrale di elementi quali l'alleanza di lavoro, l'empatia, il consenso e la collaborazione sugli obiettivi, la genuinità del terapeuta, i feedback sul processo, la riparazione delle rotture dell'alleanza, la self-disclosure, la gestione del controtransfert e - molto interessante - la qualità delle interpretazioni relazionali.

Il fatto che approcci diversi condividano fattori comuni e determinanti ai fini del processo terapeutico, non vuol certo dire che le differenze non esistano e che gli orientamenti, in fondo, si equivalgano. Una sistematizzazione che vale la pena citare è quella di Goldfried (1980), che propone di concettualizzare il lavoro dello psicoterapeuta come organizzato su tre livelli di astrazione. Al livello più alto colloca il quadro teorico di riferimento, che spiega come e perché il cambiamento ha luogo ed ha a che fare con una concezione essenzialmente filosofica sulla natura del funzionamento umano. Al livello più basso di astrazione sono invece collocate le tecniche e le procedure specifiche che vengono utilizzate nel processo terapeutico (ad esempio il role playing o l'esposizione, l'interpretazione). Si tratta due di piani in cui risaltano molto le differenze tra gli orientamenti. L'Autore individua in un livello ulteriore, intermedio tra teoria e prassi, il piano su cui entrano in contatto gli approcci diversi. A questo livello si collocano le strategie che stimolano il cambiamento terapeutico, che funzionerebbero come euristiche cliniche che guidano il terapeuta nel suo lavoro. Tra gli aspetti più salienti citati dall'Autore, colpisce la diffusa visione della terapia come "esperienza emozionale correttiva" (Alexander e French, 1946).

Sono diversi i contributi sui principi del cambiamento in psicoterapia e in questa sede ne sono stati citati solo alcuni a titolo esemplificativo. Quello che ci interessa sottolineare è la centralità del legame, della relazione e della gestione della stessa.

#### CONCLUSIONI

Alla luce di quanto esposto, si ritiene che la riflessione sugli aspetti comuni *delle* psicoterapie sia tanto proficua quanto auspicabile per *la* psicoterapia in generale. Come osserva Goldfried: «nella misura in cui i terapeuti che hanno orientamenti diversi sono in grado di arrivare a un insieme comune di strategie, è probabile che ciò che ne emergerà saranno fenomeni robusti, perché sono riusciti a sopravvivere alle distorsioni imposte dalla variabilità dei pregiudizi teorici dei terapeuti» (1980, p. 996).

Forse occorre anche specificare quanto non si debba semplificare la complessità del legame terapeutico - che non è mera sollecitudine verso la persona sofferente - e che agire sulla e attraverso la relazione non significa mettere in secondo piano la tecnica, la solida conoscenza della cornice teorica entro cui ci si muove, la consapevolezza di sé, la supervisione e tutti gli altri elementi cardine dell'essere terapeuta.

Infine, si ritiene opportuna una riflessione sulla valutazione dell'efficacia dell'approccio sistemico-relazionale. I contributi sulla valutazione degli outcome della terapia sistemica presenti in letteratura sono molto positivi (Stratton e Schepisi, 2016), ma gli stessi ricercatori riconoscono che sono da

implementare (Heatherington, 2015; von Sydowet et al, 2013; Pinquart et al, 2016).

Considerando che viviamo un contesto in cui la "dimostrazione scientifica" ha notevole valore – così come pure tanti limiti, ma il punto qui è un altro -, il rischio è quello di arroccarsi di fronte ad una visione, invece che sentirsi coinvolti per contribuire a riorganizzarla. Un rischio molto simile a quello affrontato dalla psicoanalisi in tempi non troppo lontani, quando si diffondeva una narrazione della stessa come ormai superata. Per fortuna gli psicoanalisti hanno risposto producendo una mole di contributi che da un lato ha dimostrato quanto il loro approccio sia tutt'altro che datato, dall'altro ha evidenziato i limiti dei parametri cosiddetti scientifici, contribuendo ad affinare i criteri con cui viene svolto questo tipo di studi (per un'analisi più approfondita su questo tema si veda Lingiardi e Ponsi, 2013).

Il paradosso in cui ci troviamo (proprio!) noi sistemici è che forse non stiamo tenendo adeguatamente presente il contesto in cui ci muoviamo, che dà invece molta importanza agli studi randomizzati controllati e a quelli empirici, alle meta-analisi e alle review, e che fonda anche su questi aspetti le proprie politiche economico-sanitarie.

#### BIBLIOGRAFIA

- Alexander. F., French. TM. (1946). "Psychoanalytic therapy". New York: Ronald.
- Barth. J., Munder. T., Gerger. H., Nüesch. E., Trelle. S., Znoj. H., Jüni. P., Cuijpers. P. (2013) "Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis". PLoS Med. 2013;10(5):e1001454. doi: 10.1371/journal.pmed.1001454. Epub 2013 May 28. PMID: 23723742; PMCID: PMC3665892.
- Bateman. AW. (2012). "Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder". Clin Psychol Psychother 2012; 19: 124-33.
- Bateman. AW., Fonagy P. (2019). "Mentalization based treatment for borderline personality disorder". World Psychiatry 2010; 9: 11-5.
- Brosan. L., Reynolds. S., Moore. R. (2008). "Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are?". Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36(5), 581-587. doi:10.1017/S1352465808004438.
- Cambiaso. G., Mazza. R. (2022). "Si può chiudere una terapia?". Frattali n.5, novembre.
- Castonguay. LG., Beutler. LE. (2006). "Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors". J Clin Psychol. 2006 Jun;62(6):631-8. doi: 10.1002/jclp.20256. PMID: 16538667.
- Farchione. TJ., Fairholme. CP., Ellard. KK., Boisseau. CL., Thompson-Hollands. J,. Carl. JR., Gallagher. MW., Barlow. DH. (2012). "Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial". Behav Ther. 2012 Sep;43(3):666-78. doi: 10.1016/j.beth.2012.01.001. Epub 2012 Jan 18. PMID: 22697453; PMCID: PMC3383087.

- Frank. JD., Frank. JB. (1993). "Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.)". Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Goldfried. MR. (1980). "Toward the delineation of therapeutic change principles". Am Psychol. 1980 Nov;35(11):991-9. doi: 10.1037//0003-066x.35.11.991. PMID: 7436119.
- Heatherington. L., Friedlander. ML., Diamond. GM., Escudero. V., Pinsof. WM. (2015). "25 years of systemic therapies research: progress and promise". Psychother Res. 2015;25(3):348-64. doi: 10.1080/10503307.2014.983208. Epub 2014 Dec 15. PMID: 25506726.
- Laska. KM., Gurman. AS., Wampold. BE. (2014). "Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective". Psychotherapy (Chic). 2014 Dec;51(4):467-81. doi: 10.1037/a0034332. Epub 2013 Dec 30. PMID: 24377408.
- Lingiardi. V., Ponsi. M. (2013). "L'utilità della ricerca empirica in psicoanalisi". Rivista di psicoanalisi, LIX, 4.
- Luborsky. L., Rosenthal. R., Diguer. L., Andrusyna. TP., Berman. JS., Levitt. JT., Seligman. DA., Krause. ED. (2002). "The dodo bird verdict is alive and well—mostly". Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1), 2-12. https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2.
- Moses. EB., Barlow. DH. (2006). "A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science". Current Directions in Psychological Science, 15(3), 146-150. https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x.
- Mulder. R., Murray. G., Rucklidge. J. (2017). "Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box". Lancet Psychiatry. 2017 Dec;4(12):953-962. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30100-1. Epub 2017 Jul 5. PMID: 28689019.
- Parker. ZJ., Waller. G. (2015). "Factors related to psychotherapists' self-assessment when treating anxiety and other disorders". Behav Res Ther. 2015 Mar; 66:1-7. doi: 10.1016/j.brat.2014.12.010. Epub 2014 Dec 25. PMID: 25614972.
- Pinquart. M., Oslejsek. B., Teubert. D. (2016). "Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis". Psychother Res. 2016;26(2):241-57. doi: 10.1080/10503307.2014.935830. Epub 2014 Jul 17. PMID: 25032487.
- Rosenzweig. S. (1936). "Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes'". Am J Orthopsychiatry 1936:6:412-5.
- Stratton. P., Schepisi. L. (2016). "L'evidence-base della terapia familiare e della pratica sistemica". Rivista di Psicoterapia Relazionale. 44/2016. pp 5-38. doi: 10.3280/PR2016-044001.
- Tzur Bitan. D., Shalev. S., Abayed. S. (2022). "Therapists' Views of Mechanisms of Change in Psychotherapy: A Mixed-Method Approach". Front Psychol. 2022 Apr 14;13:565800. doi: 10.3389/fpsyg.2022.565800. PMID: 35496206; PMCID: PMC9050201.
- Vinci. G., Vito. A., Ursini. I. (2023). "Tre commenti all'articolo di G. Cambiaso e R. Mazza "Si può chiudere la terapia?", Frattali n.6, maggio.
- Von Sydow. K., Retzlaff. R., Beher. S., Haun. MW., Schweitzer. J. (2013). "The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent

- externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT". Fam Process. 2013 Dec;52(4):576-618. doi: 10.1111/famp.12047. Epub 2013 Sep 11. PMID: 24102196.
- Walfish. S., McAlister. B., O'Donnell. P., Lambert. MJ. (2012). "An investigation of self-assessment bias in mental health providers". Psychological reports, 110(2), 639-644.
- Wampold. BE. (2001). "The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings". Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold. BE. (2015). "How important are the common factors in psychotherapy? An update". World Psychiatry. 2015 Oct;14(3):270-7. doi: 10.1002/wps.20238. PMID: 26407772; PMCID: PMC4592639.

# FRA TRIGENERAZIONALE E CONTROTRANSFERT: QUATTRO MADRI NELLA SALA DEGLI SPECCHI

Valentina Fazzi<sup>1</sup>

RIASSUNTO. In questo articolo verranno esposte quattro terapie differenti con quattro madri. Verrà illustrato il percorso attraversato con ognuna di esse, attraverso l'uso dell'approccio sistemico-familiare individuale come strumento di orientamento per l'intervento psicoterapeutico. Lo scopo è quello di stimolare una duplice riflessione: quella sulle differenze e sulle similitudini fra queste donne, partendo dall'essere madri come denominatore comune, e quella sulla relazione terapeutica individuale. Racconterò di quattro mamme preoccupate, in difficoltà con il proprio ruolo genitoriale seppur con storie di maternità differenti. Infatti, due di esse hanno ricevuto la diagnosi di autismo per i loro bambini, mentre per le altre due i loro figli manifestano sintomi psicologici. Si vuole porre l'accento sulla relazione terapeutica, come cura, che grazie all'utilizzo dell'approccio sistemico individuale può produrre un cambiamento anche laddove la sofferenza viene solitamente attribuita esclusivamente alla diagnosi. Con ognuna di queste donne, l'analisi della storia trigenerazionale ha permesso di aprire la strada alla conoscenza del proprio vissuto di figlie e di poter fare collegamenti con il loro essere madri e donne oggi. A guidare questo lavoro vi è, inoltre, la riflessione sull'importanza di porre attenzione alle emozioni del terapeuta. Il lavoro individuale con queste donne mi ha condotta ad un sentire differente rispetto a quanto non avvenga nelle terapie familiari. E' il sentire frutto dell'essere in due nella stanza di terapia che genera l'intersecarsi di una tela emotiva fatta di risonanze, vissuti, ricordi, scambi transferali e controtransferali che il terapeuta deve saper cogliere e decifrare in un cammino di continua conoscenza di se stesso.

SUMMARY. In this article, I will present four different therapies on four female subjects during their course of motherhood. The path through each of them will be illustrated through the use of the individual systemic-family approach as an instrument of guidance for psychotherapeutic intervention. The aim is to stimulate a twofold reflection: one on the differences and similarities between these women who have motherhood as a common base and the other on their individual therapeutic relationships. I will narrate about four concerned mothers who all straggle with their parenthood challenges, while experiencing different problems: two have children diagnosed with autism, whereas the other two have children suffering from psychological symptoms. The focus of this study is on the therapeutic relationship, as a cure: the use of the individual systemic approach can produce a change even when the suffering is usually attributed exclusively to diagnosis. With each of these four women, the analysis of the trigenerational history has allowed them to become aware of associative connections between their own experience of daughterhood and that of their motherhood challenges. I have further presented a self-reflection on the importance of paying attention to the therapist's emotions during the course of therapy. Working with these individuals has generated on me different feelings to those usually generated through family therapies. This is due to the private space and the connection shared between the therapist and the patient, alone. This circumstance has generated the intersection of emotional canvas that are made of resonances, life memories, transference and countertransference exchanges that the therapist must be able to grasp and decipher in a journey of continuous self-knowledge.

**PAROLE CHIAVE**. trigenerazionale, transfert, controtransfert, risonanze emotive, emozioni del terapeuta, psicoterapia sistemico individuale, genitorialità, relazione terapeutica.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicologa Psicoterapeuta

"Jim e io ci sentivamo "persi e andati via per sempre", e inizialmente eravamo ognuno assolutamente solo in quello stato – non esistevamo l'uno per l'altro, così come non esistevamo per noi stessi. Mi astenni dal fare domande al paziente su ciò che stava accadendo o su ciò che poteva averlo portato a sentirsi così. Sperimentai semplicemente un terrificante senso di perdita di me stesso, che fu essenziale per potergli essere utile. Nel non essere nessuno, stavo sperimentando qualcosa di simile a ciò che lui stava provando nel corso della seduta e, probabilmente, in tutta la sua vita".

(Prendere vita nella stanza di analisi, Odgen H.T., 2022, p.40)

#### INTRODUZIONE

L'approccio sistemico individuale ci consente di non perdere mai di vista, neppure nei contesti individuali, l'esistenza di un sistema-famiglia dietro ad ogni richiesta di aiuto individuale. Ogni soggetto è parte di un sistema familiare e il prodotto delle generazioni precedenti, della propria storia familiare. L'analisi trigenerazionale ci permette di accedere al mondo del paziente gettando una luce di comprensione sulla sua provenienza, sulle relazioni e gli eventi che hanno permeato la storia della sua vita, includendo tre generazioni.

Divenire genitori implica un cambiamento radicale di identità, attraverso il passaggio dal ruolo di figli a quello di genitori che dovranno svincolarsi dai propri, i quali a loro volta si troveranno a dover lasciare il proprio ruolo per assumere quello di nonni. Questo passaggio generazionale può, talvolta, risvegliare conflitti irrisolti con le famiglie di origine. In questo senso, il modo in cui si diventa genitori ha qualcosa a che fare coi modelli di accudimento introiettati nell'esperienza infantile, ovvero dalla propria esperienza di figli (Bowlby, 1988).

Le donne con le quali mi sono trovata a lavorare, non avevano in comune il solo fatto di essere madri, quanto più il fatto di essere madri preoccupate e ansiose, giunte in terapia a causa di un sintomo portato dai loro figli. Due di esse avevano avuto una diagnosi di autismo per i loro figli, mentre per le altre due i figli manifestavano sintomi di natura psicologica. Il lavoro sul trigenerazionale mi ha permesso di fare psicoterapia seguendo il modello sistemico senza coinvolgere attivamente i membri della famiglia di origine. Essendo ogni individuo parte di un sistema più complesso, il cambiamento di una parte di esso ha comunque provocato un cambiamento più ampio (Cambiaso e Mazza, 2018, p.63).

Nel lavorare con queste donne le ho immaginate come all'interno di una sala degli specchi. Infatti, a muovere queste riflessioni è stata la constatazione delle differenze nella relazione clinica fra il contesto di terapia familiare (dove la conduzione è più direttiva, i terapeuti sono due, l'osservazione della relazione fra i membri della famiglia limita l'accesso al transfert col terapeuta e il controtransfert viene diluito fra i membri della famiglia) e quello di terapia individuale (in cui la relazione a due apre l'accesso all'incontro interiore e alla sintonizzazione) (Cambiaso e Mazza, 2018).

Lo specchio è di fatto un elemento importante della stanza in cui si svolge la terapia familiare, ma in queste specifiche situazioni la stanza di terapia familiare è divenuta luogo di incontro individuale e lo specchio ha assunto un significato simbolico. Nel corso degli incontri individuali con ognuna di queste donne ognuna di esse ha potuto vedere se stessa partendo da un'iniziale confusione sino alla capacità di assumere una nuova e unica prospettiva. Questa metafora può rendere l'idea delle risonanze, del transfert e del controtransfert, immaginando la confusione che può derivare dall'essere in due all'interno di una sala contornata da specchi dove le immagini e le proiezioni a volte si intersecano. Lo specchio distorce e falsa la realtà aprendo la strada a diverse tematiche sia individuali che relazionali.

A livello relazionale la condivisione di tale esperienza consente l'accesso ad altre prospettive e la comprensione della distinzione fra proiezione e immagine reale. Per farlo occorre accettare l'idea di assumere il punto di vista dell'altro, uscendo dalla propria percezione, al fine di offrire altre e diverse prospettive di osservazione.

#### PRESENTAZIONE DEI CASI

"Ogni madre contiene in sé la propria figlia e ogni figlia la propria madre" (Di madre in figlia. Storia di un'analisi -L. Ravasi Bellocchio)

Sono quattro mamme, tutte diverse fra loro, che in comune portano il peso di una difficile maternità. Lavorare con queste donne mi ha spesso condotta a riflettere sui loro punti in comune. Con tutte, conoscere le bambine che sono state è stato utile per comprendere che mamme siano diventate, che mamme avrebbero voluto essere e che mamme vorrebbero essere. Anche laddove il sintomo portato dai figli abbia una componente importante di natura neurobiologica, il lavoro trigenerazionale ha condotto ad un miglioramento della situazione relazionale con ricadute positive sul funzionamento del paziente in modo simile a ciò che accade quando ci si trova di fronte a un sintomo psicologico. Con tutte e quattro mi sono trovata in una dimensione individuale e questo ha permesso la costruzione di una relazione differente da quella che si instaura nelle terapie familiari.

L'interazione fra due persone, nella psicoterapia individuale, permette infatti uno scambio emotivo reciproco dettato anche da processi non verbali, dalla postura, dal tono di voce, dalla reciproca osservazione. È un modo diverso di entrare in relazione e di stare in terapia, sia per il paziente che per il terapeuta. (Cambiaso e Mazza, 2018).

#### "Ho costruito una torre ed è crollata"

Quando ho visto Giulia per la prima volta mi hanno colpita i suoi grandi occhi scuri, mi hanno trasmesso dolcezza e preoccupazione al contempo. È una donna dall'aspetto curato che arriva sempre in anticipo ai nostri appuntamenti e siede sulla sedia, di fronte a me, senza mai accomodarsi sullo

schienale. Giulia è madre di un ragazzo preadolescente, Lorenzo, con la diagnosi di una grave forma di autismo. La famiglia è composta da Giulia, suo marito Renato e i suoi due figli Lorenzo e Mattia, il secondogenito. Giulia riferiva di provare una forte ansia nel trascorrere del tempo da sola con suo figlio ed esprimeva il desiderio di avere uno spazio per farsi aiutare. Si sentiva molto sola e gli sguardi delle altre persone la facevano sentire una "cattiva madre". Questo la metteva costantemente di fronte alla difficoltà dell'accettazione e alla fatica dell'elaborazione di un lutto che si ripeteva ogni giorno. Manifestava un forte senso di inadeguatezza e il timore del giudizio altrui ai quali, probabilmente, stava tentando di far fronte attraverso la necessità di esercitare controllo su tutto e tutti, caricandosi di impegni e mansioni, al fine di poter dire almeno a sé stessa che "stava facendo tanto e tutto". La prima impressione che ho avuto dalla conoscenza di Giulia è stata quella di una donna difficile da contraddire, molto loquace e poco incline all'ascolto, con un inesauribile bisogno di "svuotare". Il nostro lavoro insieme partendo dall'essere madre ci ha permesso di ripercorrere la sua storia di figlia, toccando l'esperienza della gravidanza e della maternità, dunque, del momento della diagnosi di autismo per Lorenzo. Giulia si sarebbe probabilmente posta questa domanda anche se Lorenzo fosse stato sano, ma in tal caso, è possibile che non avrebbe sentito il bisogno di chiedere aiuto. La diagnosi di Lorenzo pone Giulia di fronte a un impegno genitoriale e accuditivo tali da far riemergere potentemente i propri vissuti di ansia e insicurezza. La diagnosi rappresenta la porta d'ingresso all'incertezza, rivolta a sé prima ancora che al proprio figlio. Durante la prima seduta mi colpisce una metafora che utilizza: "Ho costruito una torre ed è crollata". Nel caso di Giulia, infatti, il fare maschera la dimensione emotiva del sentire, impegna il corpo e il pensiero e le permette di sopravvivere nel tentativo di mostrarsi brava madre e brava moglie. In questo modo, Giulia ha costruito una torre di mattoncini sconnessi e troppo pesanti per reggere l'altezza.

Mentre Giulia prosegue con le sue difese, ormai difettose, il soffocamento e il senso di oppressione al petto le suggeriscono di fermarsi per mettere ordine ai quei mattoncini e ristrutturare la base solida di cui la torre ha bisogno per crescere.

#### "È sempre colpa delle mamme"

Elisa è una donna giovanile, veste alla moda, ha dei capelli biondi molto lunghi, diversi tatuaggi e piercing e indossa anelli e bracciali. Dietro il suo aspetto eccentrico si nascondono dolcezza e preoccupazione. Ha un figlio adolescente, Claudio, con una diagnosi di disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento. È separata e col suo ex marito sembra avere un rapporto molto stretto. Roberto è per lei un punto di riferimento quasi genitoriale. Conosco Elisa all'interno di un percorso familiare, suo figlio infatti iniziava a fare domande circa la separazione dei suoi genitori. Spesso Claudio si mostrava eccessivamente preoccupato per sua madre, manifestava ansia e confusione, atteggiandosi un po' a genitore in un'inversione di ruolo ed

imitando il padre. Nell'alternarsi di vari formati, ad un certo punto del percorso c'è stata la necessità di ritagliare anche dei momenti di approfondimento individuale con ognuno dei genitori, è stato questo il momento in cui ho conosciuto meglio Elisa, la quale al termine del percorso familiare mi chiederà di poter iniziare un percorso individuale. Elisa aveva infatti intrapreso una relazione omosessuale con una donna maltrattante dalla quale il suo ex marito ha più volte tentato di proteggerla invano e le preoccupazioni del figlio trovavano fondamento anche in questa vicenda dalla quale lui aveva colto la sofferenza e la fragilità della madre. Elisa in uno dei colloqui individuali mi dice di sentirsi in colpa nei confronti di suo figlio perché "alla fine è sempre colpa delle mamme" e di voler lavorare su se stessa per poter essere una madre più forte ai suoi occhi. Il lavoro sulla storia trigenerazionale di Elisa ha avuto una grande importanza al fine di comprendere il suo essere madre alla luce della sua storia di figlia.

In entrambe queste situazioni, la questione centrale è "sono davvero una brava madre?", a questo proposito Anna Maria Sorrentino (2006) nel libro "Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap" spiega come l'avere un figlio disabile possa catturare una madre in un accudimento totalizzante e molto impegnativo, tanto da destabilizzare il proprio equilibrio adulto. La diagnosi di autismo avviene durante la prima infanzia, pertanto pone il genitore, che sino a quel momento ha vissuto le tappe di sviluppo del proprio figlio confermando la propria "buona genitorialità", di fronte all'inevitabile messa in discussione delle proprie capacità genitoriali.

#### "Se non c'è qualche preoccupazione io non sono tranquilla"

Marta è una donna leggermente in sovrappeso, indossa abiti sportivi e ha alcuni tatuaggi. Ho potuto approfondire la sua conoscenza all'interno di un percorso di terapia familiare su invio dei servizi pubblici presso i quali la collega con la quale ho seguito la famiglia in coterapia aveva in carico la primogenita, Veronica di 13 anni, in un percorso individuale per un sospetto disturbo del comportamento alimentare accompagnato da fobie: mangiava poco o nulla e aveva importanti difficoltà relazionali.

Durante la terapia familiare abbiamo alternato vari formati: familiare, individuale e della coppia genitoriale. Con Marta le sedute individuali hanno preso un notevole spazio alla luce del fatto che durante le sedute di coppia, aveva accennato a vissuti particolarmente dolorosi e complessi inerenti alla sua storia individuale e alle difficili relazioni avute prima di conoscere il suo attuale marito, Giorgio. Prima di conoscere suo marito, Marta aveva avuto una relazione con un tossicodipendente, racconta di periodi depressivi e di sintomi ansiosi così forti da richiedere un supporto farmacologico. Anche la storia con suo marito è stata particolare, Marta è rimasta incinta senza il desiderio di costruire una famiglia insieme a lui, ma con l'idea di escluderlo e di cavarsela da sola. Alla luce di questi vissuti Marta, durante la gravidanza di Veronica, aveva paura della depressione post partum, chiedeva a sua

madre di stare con lei perché aveva paura di rimanere da sola con sua figlia: "avevo paura di far del male a me o a lei, avevo paura di uscire di testa. Avevo paura della morte in culla perché prima di me mia madre aveva avuto un altro figlio morto in culla e del quale mi aveva parlato spesso".

Ritagliare uno spazio per Marta è stato importante al fine di poter comprendere, insieme, in che modo la sua storia di vita potesse aver plasmato il suo essere donna e madre oggi. Veronica ha messo Marta di fronte alla responsabilità materna per la prima volta, ai timori circa le sue competenze, alle sue paure e ansie. Il lavoro con Marta ruoterà attorno ad una frase da lei pronunciata durante uno dei nostri incontri: "se non c'è qualche preoccupazione io non sono tranquilla".

#### "In bianco e nero"

Francesca è una donna dalla corporatura minuta e tratti mediterranei. Appare poco curata ma energica e si presenta sempre con un gran sorriso.

Ha un figlio di 10 anni, Carlo, in carico ai servizi pubblici per problemi comportamentali. Il lavoro è stato avviato da due colleghe prima in un contesto di terapia familiare e successivamente in un contesto di terapia di coppia. Giunge a me con un formato individuale. Infatti, dopo qualche tempo, Francesca era rimasta sola a combattere con la propria difficile genitorialità e con la necessità di digerire una separazione altamente conflittuale da un uomo maltrattante. Riferiva che avere un suo spazio individuale la faceva sentire meglio e la aiutava nella gestione di suo figlio in casa, anche se probabilmente c'è sempre stato, implicito, il desiderio che il suo ex marito potesse tornare in terapia insieme a lei. Infatti, Francesca ha continuato a nominare i nostri incontri come "terapia di coppia" per molto tempo.

Quella di Francesca è la storia di una donna con un disperato bisogno di una famiglia per accudire ed essere accudita, è la storia di una madre che non ricordava di esser stata figlia, di una donna in bianco e nero che aveva voglia di scrivere i suoi pensieri con delle penne colorate.

Francesca è stata per dieci anni insieme a Matteo e da questa unione è nato Carlo. Dopo un paio di sedute Francesca mi ha confidato di aver avuto precedentemente ben tre interruzioni di gravidanza volontarie. Matteo ogni volta rifiutava la responsabilità paterna e la invitava a interrompere la gravidanza. Carlo è nato perché la ginecologa le aveva consigliato di evitare un quarto aborto. Sono stati anni difficili, Francesca descriveva un uomo maltrattante e noncurante, trasandato e con problemi di dipendenza da sostanze. Mi ha raccontato di episodi violenti subiti e, ai quali, il bambino ha assistito. I due non sono mai riusciti a trovare accordi neanche a seguito della separazione: la gestione e l'educazione di Carlo erano i principali argomenti delle loro liti. Carlo, crescendo, ha iniziato a manifestare un malessere davvero molto profondo.

Nel corso delle sedute faccio fatica a interromperla. Francesca ha un modo di parlare a volte confuso e spesso si contraddice. Da una seduta all'altra si racconta e racconta episodi in modo diverso: un giorno "va tutto bene" e la volta seguente "va tutto male". Di Francesca sento la forte rabbia nascosta dietro al suo immancabile sorriso, non troppo nascosta quando a volte permea la stanza di terapia in modo difficile da contenere. Partendo dalla sua domanda: "perché sono stata tanti anni in una relazione così?", abbiamo ricostruito la sua storia di figlia. Ci siamo impegnate nella lotta all'idealizzazione dei suoi genitori, abbiamo conosciuto la protezione attraverso l'assenza di protezione e questo ci ha permesso di giungere a creare delle connessioni con la madre e la donna che è oggi Francesca.

#### LA STORIA TRIGENERAZIONALE: DA MADRI A FIGLIE

"Mi dissi, emozionata, che doveva essere dolce camminare attraverso la vita sentendosi sulla spalla una mano così famigliare che appena se ne sentiva il peso, e così presente che la solitudine ne veniva così scongiurata per sempre"

(Memorie di una ragazza perbene - Simone de Beauvoir)

Ripercorrere la propria storia è un processo complicato verso il quale spesso i pazienti si mostrano resistenti. Durante le narrazioni delle loro storie, nelle mie pazienti, sono emerse emozioni diverse e profonde: dall'angoscia del senso di colpa, alla leggerezza della consapevolezza.

Antoine De Saint-Exupery nel libro "Il Piccolo Principe" scrive: "Tutti i grandi sono stati bambini, ma pochi di essi se ne ricordano". Da adulti impariamo a difenderci, non tenendo conto, spesso, che alcuni bisogni e alcune paure possono continuare a vivere, plasmando la nostra persona, le relazioni e anche la genitorialità. Lavorare sulla propria storia in terapia fa strada alla riconciliazione con il nostro essere stati piccoli e indifesi, aiuta a decolpevolizzare noi stessi e chi, prima di noi, ha assunto il difficile ruolo di genitore lasciando entrare una nuova luce attraverso la quale poter rileggere il nostro passato e il nostro presente.

Il percorso trigenerazionale è una caratteristica identitaria del terapeuta familiare e permette di leggere le sofferenze di un individuo in base alla propria storia familiare, ponendo dunque lo sguardo indietro nel tempo (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). Rileggere e ridefinire la propria storia, il ruolo e le relazioni che hanno caratterizzato la propria vita, consente di poter elaborare di un nuovo progetto di vita (Montàgano e Pazzagli, 2002). La nostra professione si fonda sulla relazione e sulla capacità di stare nella relazione, non solo in quanto professionisti, dunque, ma in quanto persone. Infatti, la storia familiare del paziente, il suo funzionamento di personalità, lo stile di attaccamento e il suo modo di relazionarsi a noi, si incontrano rispettivamente con la nostra storia familiare, il nostro funzionamento di personalità e il nostro stile di attaccamento e questo può influenzare la relazione terapeutica (Cambiaso e Mazza, 2018). A questo proposito Yalom suggerisce l'importanza della psicoterapia personale nella formazione psicoterapeutica. Lavorare su noi stessi, più volte nella vita, con più terapeuti e con diversi approcci terapeutici fornisce un "maggior apprezzamento della complessità e dell'incertezza che soggiacciono al processo terapeutico" (Yalom, 2014, p.54-55). Il lavoro personale ha lo scopo di prepararci all'incontro con l'altro, con il paziente e con la sua storia, partendo dall'incontro con noi stessi e con la nostra storia. Ci permette di sperimentare lo stare sulla sedia del paziente e, quindi, di avere una maggiore comprensione di ciò che avviene nella stanza di terapia, oltre il ruolo professionale.

Le storie riportate, sono storie di vita di quattro donne che prima di essere donne e poi madri sono state figlie. Forse figlie non viste, di madri poco affettive e di padri per lo più assenti.

#### Giulia - Il brutto anatroccolo

"Quando ero piccolina, venivo sempre vestita come una bambola, non potevo sporcarmi e non lo facevo. Mia madre non mi faceva mai giocare, non mi portava mai al parco con gli altri bambini, le ha sempre reputate delle cose inutili. Lei era una donna dedita solo alla casa e a suo marito. Quando mio padre tornava dal lavoro spesso mi portava dei regali e mia madre si arrabbiava sempre molto, è capitato spesso che li buttasse via o che li regalasse ad altri bambini senza dirmi nulla. Non mi permetteva di avvicinarmi alla cucina e di aiutarla a cucinare perché avrei sporcato e comunque non sarei stata capace di fare nulla. Potevo solo stare lì a guardarla".

Giulia è cresciuta per lo più con i nonni materni, sua madre era sempre molto stanca e impegnata con la casa, suo padre, un uomo molto autorevole, sempre fuori per lavoro. Quando in seduta mi parla di sua madre subito dopo si sente in colpa e in dovere di giustificarla mostrandomi i suoi lati positivi. Mi sentivo spesso confusa. La descriveva a volte come una donna indipendente e altre come una donna completamente dipendente da suo marito. Giulia è stata una bambina molto timida e introversa a scuola non parlava mai e questo si ripercuoteva anche sulla prestazione scolastica: aveva paura di parlare e di sbagliare. È sempre stata presa in giro ed emarginata dagli altri bambini: "ero il brutto anatroccolo. Da piccolina ero sempre in un angolo e guardavo gli altri bimbi giocare, perché io non mi potevo sporcare. Io ero la bambina che faceva tutto quello che le diceva l'amica pur di essere accettata. Piangevo sempre".

#### Elisa - La brava bambina

"Secondo me anche io ero autistica come Claudio perché da piccolina battevo tutto il giorno contro il muro con la schiena, non ero capita. Stavo ore e ore a battere sul muro con la musica nelle orecchie. Ero molto chiusa anche se avevo delle amichette."

Elisa alla sera dopo aver finito i compiti prendeva il pullman da sola e raggiungeva la mamma la quale, dopo la morte del padre, aveva intrapreso un secondo lavoro serale per arrotondare e Elisa andava ad aiutarla nelle pulizie di alcuni uffici di professionisti. "Mamma è una persona pulitissima, è tanto brava, la cercavano tutti e puliva anche le case di persone importanti.

Alla sera, dopo i compiti, verso le 20, io prendevo il pullman e andavo ad aiutarla. Mi ricordo che avevo tanta paura in autobus e per la strada perché ero piccola e c'erano i drogati e tante brutte persone nel tratto di strada che facevo. Ero molto studiosa a scuola ero brava e i compiti li facevo sempre da sola, mi piaceva tanto. Quando io e mamma finivamo di fare le pulizie ci veniva a prendere il suo compagno e ci portava a mangiare il gelato in centro.

Io ero felicissima, come se la morte di mio padre fosse stata una cosa superficiale, dopo ti rendi conto che ti manca un padre".

Elisa non ha proseguito gli studi, ha iniziato ancora minorenne a lavorare per andarsene di casa il prima possibile. "Se ci fosse stato papà sarebbe stato tutto diverso. Io sarei rimasta a casa se ci fosse stato lui".

Con sua mamma si dice arrabbiata:

"Sono arrabbiata con mamma perché quando ero piccolina avevo bisogno di mettere apposto i denti ma niente, però se tornava e non avevo fatto il letto erano guai!"

#### Marta - Una bambina ribelle

"Qualche problema psicologico credo di averlo avuto sin da bambina, mi sedevo a terra e sbattevo la testa contro il muro indietro mentre ascoltavo la musica, più mi dicevano di smettere e più io continuavo, più forte. Ora batto a terra il piede quando mi rilasso. Da piccolina ero diventata ipocondriaca, mi rivedo in Veronica, avevo sempre mal di pancia, poi una sera un dottore mi ha detto "qualcuno ti ha fatto arrabbiare oggi?" ci ho pensato ed effettivamente mi sono sempre tenuta molte cose dentro".

Ci siamo domandate se anche sua mamma non fosse stata una madre apprensiva e ansiosa. Marta però negava, raccontando che, al contrario, sua madre la lasciava molto libera, tanto che, quando in preadolescenza ha iniziato ad essere più autorevole, imponendole delle regole, lei le rispondeva: "fino ad ora non ci sei stata, allora continua a non esserci". Ora che lei è mamma, non vorrebbe fare la stessa cosa con i suoi figli. In seduta, esprimeva il timore che i suoi figli potessero diventare come poi è diventata lei, che potessero fare i suoi stessi errori.

Marta stava cercando di essere l'opposto di sua madre.

Durante il periodo delle scuole elementari se la mamma tardava pochi minuti nell'andare a prenderla lei piangeva disperatamente temendo l'abbandono. Quando le ho domandato che figlia crede di essere stata mi risponde: "Quella che non vorrei avere io!" Marta fatica a mettere in discussione sua madre, ad ogni aneddoto che possa evidenziare una

mancanza cerca una giustificazione: "perché faceva sia da mamma che da papà".

"Poi, ovvio, mamma c'era davvero poco e quel poco a me non bastava. Però si è presa l'esaurimento per colpa mia, urlava ma non faceva altro, era stressata perché tutti la chiamavano per dirle che quello con cui stavo non era a posto, ma tanto le basi vanno messe prima, ormai non poteva fare più nulla fuorché urlare, poi papà era come se non ci fosse, non la aiutava".

#### Francesca - La principessa inAttesa

"Ero la principessa di casa. Prima era tutto diverso, si stava tutti insieme, poi alle tre del pomeriggio si scendeva tutti in cortile a giocare con le amiche e poi si tornava a casa per l'ora della cena. Mia madre non ha mai giocato con me, ma non mi è mancata questa cosa. Papà invece rientrava tardi da lavoro e mi portava sempre un piccolo dono".

Suo papà è mancato quando Francesca era incinta di Carlo. Francesca parla della morte di suo padre con molto distacco: "mi è dispiaciuto, ma lui ha fatto la sua vita". Crede che sua madre avrebbe meritato di più, che forse non fosse così innamorata di suo marito.

Ha due sorelle molto più grandi di lei, mi dice di essere arrivata all'improvviso di essere stata la figlia *inattesa*. Descrive suo padre come una persona più debole rispetto a sua madre: la coppia funzionava perché si equilibrava. Il padre di Francesca è descritto come dolce amorevole e buono.

"Mia mamma se lo girava come voleva". La madre di Francesca è descritta, invece, come più astuta, ma buona e amorevole, anche lei. Successivamente mi mostra una foto in cui la mamma la stava prendendo in braccio: "stavo cadendo, lei era sempre pronta a raccogliermi".

La madre di Giulia è stata una madre che ha spesso e volentieri delegato alla propria madre l'accudimento di sua figlia, queste condotte possono rappresentare una forma di accudimento nota in letteratura come "accudimento mimato" (Vinci, 1991) ovvero la tendenza della madre a fornire un accudimento recitato, in modo impeccabile, ma ben poco attento ai reali bisogni affettivi primari del bambino: poco affettuosa e molto attenta all'apparenza. Tuttavia, Giulia nel narrare la relazione con sua madre si mostra spesso contraddittoria definendola talvolta una brava madre e tal altra una madre con la quale da sempre è in conflitto, che percepisce fragile e bisognosa da un lato, ma forte e quasi prepotente dall'altro. Lo stesso meccanismo caratterizza il modo in cui parla del padre: severo, controllante e invadente, ma al contempo punto di riferimento tanto amato e stimato a cui assimila suo marito. Giulia impara a fare da sé, non potendo contare sui suoi genitori, ma nell'autonomia si scontra con il controllo e con la critica paterna, con l'apparente impeccabilità della madre, che la fanno sentire inadatta e costantemente giudicata in tutto ciò che fa. Per Giulia sovraccaricarsi di impegni e responsabilità significa dimostrare ai sui genitori la sua competenza, sperando in un riconoscimento. La scelta di un partner come suo marito, delegante e fiducioso, la affranca dal timore del giudizio concedendole il controllo ma anche il carico di impegni. Tuttavia, la relazione coniugale è stata un'importante risorsa nel lavoro terapeutico, infatti, Giulia non ha scelto un uomo prepotente come suo padre, né un uomo richiedente e dimesso come sua madre, ma un uomo che conosceva altre sofferenze e che, insieme a lei, ha voluto costruire qualcosa di nuovo attraverso la presenza indiscussa e, dunque, la certezza che Giulia non conosceva. In tale contesto, la nascita di un figlio con una diagnosi come quella di Lorenzo e in particolar modo l'imprevedibilità delle sue crisi, la pongono di fronte alla completa assenza di controllo e al dubbio sulla propria competenza generativa e materna.

Elisa, con grande capacità critica riporta la sua rabbia per non essersi sentita protetta da sua madre. Nell'ascoltarla raccontarmi della paura che aveva da piccolina quando prendeva il bus per andare ad aiutarla con le pulizie, vedo di fronte a me una bambina spaventata, non vista e non protetta, la quale, come Giulia, Marta e Francesca, ha dovuto imparare a fare da sé. Elisa non ha avuto modo di imparare da qualcuno a proteggersi, per cui riporta un vissuto di storie amorose sbagliate, nocive e pericolose. La scelta di Roberto come partner potrebbe essere stato un tentativo di ricercare una dinamica diversa, protettiva e salda, dalla quale però, è voluta fuggire per intraprendere nuovamente percorsi tortuosi e pericolosi.

Tuttavia, Roberto resta nella vita di Elisa come unico punto di riferimento importante e sicuro, ma questo conduce Elisa a sviluppare una dipendenza nei suoi confronti impedendole di sentirsi sicura di sé nei panni di una donna adulta. Roberto potrebbe rappresentare il tentativo di differenziarsi dalla propria famiglia di origine, che però viene ostacolato dalla diagnosi di Claudio: Elisa non è stata in grado di generare una vita "sana" e Roberto non è riuscito ad aiutarla in questo compito. In questo senso, viene meno il tentativo di riscatto verso la propria famiglia di origine e la rinuncia al desiderio di riscrivere la propria storia.

Marta parla in modo ambiguo dell'assenza di sua madre: "non c'è stata", ma poco dopo dice: "è stata sia una madre che un padre". L'assenza che Marta ha percepito è un'assenza affettiva, che da bambina non l'ha fatta sentire protetta. Marta si è sentita ed è stata poco vista dai suoi genitori e questo l'ha probabilmente condotta ad intraprendere relazioni pericolose con uomini che necessitavano del suo aiuto, facendola sentire vista. Queste esperienze le permettevano di sentirsi utile e anche di sfogare la sua rabbia verso i suoi genitori quasi come a "punirli" per non esserci stati, mettendosi in una posizione di pericolo e dunque visibile. Marta, infatti, racconta in una seduta della propria sofferenza a causa dell'assenza dei propri genitori e della presenza solo superficiale del fratello, unicamente "per farsi vedere dagli altri". In questo contesto Marta potrebbe aver tentato un riscatto nei confronti della propria madre, attraverso la gravidanza di Valeria. L'assenza

di preoccupazione dei suoi genitori per lei e per le pericolose esperienze di vita vissute potrebbe spingere oggi Marta ad attivare, proprio attraverso la preoccupazione, la vicinanza con i suoi figli, controllandoli e dunque tranquillizzandosi. Guidata dal pensiero "non voglio che Valeria sia come me", Marta è stata più presente di sua madre, comportandosi all'opposto. In equipe ragioniamo molto sulle preoccupazioni di Marta e abbiamo l'impressione che queste la facciano sentire, in qualche modo, protetta.

Marta, preoccupandosi, attiva le persone che le stanno intorno e contemporaneamente attiva se stessa e questo potrebbe darle la percezione di essere più presente. Considerando che i suoi figli sono nati in un contesto dove lei è sempre stata preoccupata per qualcosa e quindi attiva, ci domandiamo come muterebbe il sistema se mamma non fosse più preoccupata. Rispetto alla relazione con Giorgio, Marta ha trovato in lui un partner alla pari e forse per la prima volta ha sentito di avere lei le redini della situazione. Il controllo si potrebbe esplicare attraverso il tentativo di fuga da Giorgio, inattuabile nelle precedenti relazioni a causa del senso di colpa provato nei confronti di uomini altamente problematici. Marta è stata "inseguita" da Giorgio, che voleva prendersi cura di lei e della loro figlia, aspetti di accudimento che fino a quel momento non aveva ricevuto. La fuga di Marta può essere letta come una messa alla prova riguardo alle reali intenzioni di Giorgio, proprio come quando da piccolina, racconta, fuggiva dalla casa materna.

Francesca nel descrivere la sua storia di figlia presenta un contesto familiare molto positivo, lasciando in me molte lacune e punti interrogativi per i quali ho fatto molta fatica a trovare delle risposte condivise con la mia paziente. Il lavoro con Francesca è stato molto lento e necessitava ogni volta di interpretazioni e riformulazioni. Rispetto ai suoi racconti, ho potuto ipotizzare che Francesca abbia avuto una madre descritta come presente nel momento del bisogno, ma totalmente incapace di aiutare sua figlia a prevenire situazioni dolorose e di sofferenza ("stavo cadendo, lei era sempre pronta a raccogliermi"). Forse Francesca ha avuto bisogno di esporsi a rischiose allo scopo di poter rimediare ricorrendo, successivamente, all'aiuto di sua madre. Francesca è stata, inoltre, l'unica figlia a rimanere vicina alla famiglia di origine, le sue sorelle se ne sono andate; questa necessità di mantenere una vicinanza potrebbe derivare dal bisogno di riscattare un'infanzia solitaria e silenziosa, tentando di attivare una madre che solo ora che è rimasta sola e senza impegni lavorativi può forse dedicarsi completamente a lei. La scelta di uomini come Matteo, con una parte emotiva molto accesa e instabile, potrebbe derivare dalla ricerca di qualcosa che nella sua vita è mancato. Se si ipotizza che Francesca possa essere cresciuta in un contesto affettivo come quello appena descritto, dunque, prevalentemente piatto sotto il punto di vista emotivo, uomini con queste caratteristiche possono rappresentare il soddisfacimento del bisogno di una scossa elettrica che, per Francesca, potrebbe essere fonte di attrazione.

#### FRA TRIGENERAZIONALE E CONTROTRANSFERT: RIFLESSIONI SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA

"Stando nell'amore io terapeuta sono aperto alla relazione. Posso e debbo però esperimentare anche l'altro come un Esso e pormi anche a me stesso come un Esso quando "mi pongo in questione" nell'analisi del controtransfert. Analizzo cioè, esattamente come faccio con il mio paziente, le tracce lasciate in me dalle mie esperienze come Esso. Solo in tal modo l'analista non sarà limitante. L'esperienza "io sono" è il raggiungimento della relazione con se stesso, è l'essere colti dalla propria esclusivitàunicità. Nel terapeuta, l'analisi del controtransfert, non è la relazione con l'autenticità di se stesso (che anch'egli coglie raramente) ma l'esperienza di se stesso come Esso, come 'oggetto'."

(Mara Selvini Palazzoli)

Il nostro lavoro richiede di mettersi in gioco non solo come professionisti, ma anche come persone nell'incontro con il paziente. La capacità di ascoltare le proprie emozioni è per il terapeuta il fattore essenziale della riuscita terapeutica (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). Questo processo implica una comprensione profonda di noi stessi come preliminare alla comprensione dell'altro. Ogni terapeuta ha bisogno di raggiungere anche un buon livello di conoscenza di se stesso per poter adempire al compito più complicato, ovvero quello di riuscire a differenziare qual è il ruolo dell'emozione provata durante il contatto con il paziente: se fa diagnosi sul paziente (controtransfert) o su di noi (risonanza) (Cambiaso e Mazza, 2018). Ogni terapeuta dovrebbe avere dimestichezza con la propria storia familiare ed essere formato per un periodo sufficientemente lungo alla conoscenza di se stesso tanto da potergli permettere l'accesso al proprio mondo emotivo (Cambiaso e Mazza, 2020).

Già Bowen nel suo lavoro "La nascita della terapia familiare" (2016) sottolineava la differenza fra ciò che si verifica in una terapia familiare in cui si analizzano le relazioni esistenti fra i membri della famiglia e ciò che può accadere nella terapia individuale in cui prevale l'aspetto transferale della relazione diadica fra terapeuta e paziente.

Nelle terapie individuali assume fondamentale importanza la costruzione di un'alleanza terapeutica e il paziente porta in seduta temi irrisolti trasferendo al terapeuta i propri vissuti relazionali.

Un esempio di ciò che differenzia questi contesti è possibile trarlo dal caso di Francesca la quale durante una seduta rifletteva sulla cura di sé, dicendo di volersi dedicare di più alla cura del suo corpo. Esprimeva il desiderio di andare da una nutrizionista e dal parrucchiere per "farsi bella", come diceva di vedere me, "con i capelli sempre in ordine". Infatti, alla seduta successiva ho trovato Francesca più curata del solito e con i capelli ben sistemati, mi ha raccontato di essere stata dal parrucchiere il giorno prima del nostro incontro.

Un tale episodio è decisamente difficile da osservare in un contesto di terapia familiare, anzi forse risulterebbe quasi bizzarro se un componente della famiglia si rivolgesse in questi termini a uno dei terapeuti.

Nel lavoro con tutte queste pazienti, le costanti supervisioni, i confronti con i colleghi e il mio percorso personale sono stati utili a comprendere le mie risonanze e dunque quali emozioni stavano parlando di me, permettendomi di scindere ciò che stava toccando le mie personali corde da quello che effettivamente poteva essere parte del modo di funzionare delle mie pazienti.

Se il controtransfert è inconscio e necessita di supervisione, è anche importante che il terapeuta sappia riconoscerlo in modo tale da comprendere bene il bisogno del paziente ed evitare di riproporre una risposta secondo un antico schema disfunzionale. Ne è un esempio il caso di Giulia in cui è stato molto importante per me utilizzare il mio spazio di terapia personale anche come supervisione al fine di distinguere i vissuti controtransferali che hanno guidato l'approccio terapeutico, dalle risonanze che avrebbero potuto ostacolare il processo terapeutico.

Giulia riusciva a trasmettermi forte il proprio vissuto di impotenza di fronte ad un evento improvviso e incontrollabile. Ogni volta che si affrontava il tema del suo lutto quotidiano io mi sentivo impotente nell'aiutarla ad affrontarlo e ogni seduta a seguire mi sembrava quasi inutile mentre sentivo aumentare la mia frustrazione. Questo tema, seppur il lutto portato da Giulia sia di altro tipo, ha toccato il mio vissuto di impotenza di fronte alla perdita improvvisa. Quando ho conosciuto Giulia avevo da poco subito un lutto ed il lavoro con la mia terapeuta, mi ha permesso di riconoscere questa mia parte, distinguendo il mio vissuto da quello della mia paziente e impedendo alla rabbia e alla disperazione di permeare il contesto terapeutico. Tali emozioni, infatti, stavano ostacolando il percorso terapeutico e creando una situazione stagnante di impotenza a due, limitando la possibilità della mia paziente di utilizzare strategie adatte a lei. Riconoscerle mi ha permesso di utilizzarle al fine di poterla accompagnare empaticamente alla ricerca e al riconoscimento delle proprie risorse. In questi casi, grazie al mio percorso di terapia, riuscivo ad uscire indossando occhiali che mi permettessero di distinguere i miei vissuti dai suoi e accogliere i suoi bisogni. Giulia mi faceva tenerezza e suscitava in me protezione, la protezione che non aveva avuto perché lei, da piccolina, aveva imparato a fare da sé. Queste emozioni, a differenza dell'impotenza o della rabbia nei confronti di un evento devastante, mi dicevano qualcosa su di lei. Giulia aveva bisogno di sentirsi forte e di riscoprire le risorse e le capacità che non credeva di avere a causa del suo vissuto di insicurezze e di inadeguatezza. Utilizzava il controllo per sopperire al dolore impegnando il corpo e la mente, nell'illusione di fuggire via fino alla disillusione, che giungeva quando lo stesso corpo, stanco e dolorante, entrava in contrasto con una mente sempre vigile. Mi è capitato di sentire il bisogno di guidarla, dicendole che cosa dovesse fare, ma mentre pensavo che avrebbe dovuto fermarsi, mi sono fermata anche io. Giulia aveva bisogno di riflettere sul motivo di questa sua tendenza al fare per controllare al fine di poterne comprendere le origini. Infatti, Giulia quando riesce ad

affidarsi a qualcuno si aspetta che quel qualcuno le dica che cosa fare, come ha sempre fatto suo padre, e io in quel momento stavo per fare proprio la stessa cosa.

La difficoltà del nostro lavoro è la capacità di essere contemporaneamente dentro e fuori dalla relazione terapeutica: dobbiamo riuscire a vivere la relazione, ma al contempo è importante riuscire a vederla e a vederci anche dall'esterno (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). Al fine di una buona relazione terapeutica è importante entrare in profondo contatto con i nostri pazienti mantenendo però il giusto distacco che ci permette di poter formulare valutazioni indipendenti e oggettive in grado di guidare il nostro lavoro al meglio. Al contempo, tutto questo permette di comprendere i propri limiti: ho imparato che il limite non ha un tempo indeterminato e che ogni giorno abbiamo bisogno di riscoprirci per comprenderci di nuovo e più a fondo. Spesso è la relazione terapeutica ad insegnarcelo nel momento in cui ci fermiamo a riflettere sulle nostre emozioni chiedendoci rispetto a chi ci stiano dicendo qualcosa e che cosa. Infatti, nel momento in cui avviene il contatto con il paziente, si apre una porta che mette in comunicazione il dentro e il fuori: il dentro accoglie l'altro e, spesso, può non essere così confortevole; per questo motivo riordinare il nostro spazio interiore è necessario al fine di renderlo davvero accogliente (Cirillo, Selvini, Sorrentino, p.179-180, 2016). Con le mie pazienti ho avuto la possibilità di sperimentare quello scambio reciproco attraverso il quale ho potuto conoscere meglio alcuni lati di me stessa, oltre che su ognuna di loro.

Anna Maria Sorrentino (2012) nell'articolo "L'incontro terapeutico e gli interrogativi diagnostici: un'esperienza di reciprocità", scrive: "Percepirsi mentre si è immersi nella relazione terapeutica, cogliere l'altro attraverso lo specchio deformante della propria interiorità è una caratteristica del nostro lavoro" è questo un altro aspetto del gioco di specchi che ho immaginato.

La conduzione terapeutica è stata più complessa nei casi di Elisa, Francesca e Marta, le quali presentano storie di sviluppi traumatici (Liotti e Farina, 2011). Il tema dominante è una paura senza sbocco, infatti, raccontano di non essersi sentite protette, manifestando, in riferimento a ciò, intensi vissuti di colpa. Le carenze sottolineate sono infatti state gravate da traumi di natura relazionale, solo accennati, che hanno richiesto uno stile di conduzione delle sedute maggiormente improntato al contenimento e alla cooperazione, piuttosto che all'accoglienza e all'incoraggiamento che, nel loro caso, le avrebbe probabilmente spaventate riattivando un sistema di attaccamento fortemente compromesso (Cambiaso e Mazza, 2018).

Elisa suscitava in me emozioni contrastanti, da un lato mi faceva rabbia quando rivolgevo lo sguardo a suo figlio e alla capacità che aveva nel chiedere aiuto e nell'esplicitare il bisogno di sentire sua madre vicina; mi domandavo come facesse lei a non sentirlo. Mi rispecchiavo in lui quando diceva di volersene occupare e sentivo il bisogno di proteggerlo e di preservarlo da

questo ruolo. Seguire queste emozioni avrebbe potuto condurmi ad una simmetria nella relazione con Elisa. Dall'altro lato, quando mi relazionavo a lei, nelle sedute individuali, riusciva ad attivare in me un forte senso di accudimento. Avevo quest'immagine di una donna completamente incapace di badare a se stessa, che spesso utilizzava l'alcol come sedativo e, per di più, si era messa nelle mani di una carnefice. Queste emozioni mi dicevano probabilmente qualcosa dei suoi tratti dipendenti e sottomessi a livello controtransferale. Tuttavia, l'accudimento avrebbe probabilmente, come nel caso di Francesca, condotto ad una riattivazione negativa e pericolosa di un legame di attaccamento che Elisa non aveva mai sperimentato. Anche con lei ho improntato le sedute sull'ascolto e sul contenimento. Inoltre ho più volte portato il caso in supervisione anche alla mia terapeuta, la quale mi ha aiutata a non cadere nella pretesa onnipotente di salvarla da sola. Infatti, nel procedere del percorso individuale con Elisa l'ho invitata a rivolgersi ad un centro antiviolenza, come intervento parallelo al mio, considerando la complessità della situazione che stava vivendo.

Marta ha alle spalle un vissuto molto doloroso e suscitava in me emozioni talvolta opposte: a volte mi sentivo molto vicina a lei, altre volte mi innervosiva il suo avvicinarsi all'emotivo per poi scapparsene via con una risata o una battuta, minimizzando ogni cosa. Vedevo delle risorse in lei e suscitava in me protezione. Il fastidio e l'irritazione che talvolta ho provato nella relazione con lei possono essere letti come il controtransfert del suo ipotetico tratto passivo-aggressivo, mentre la protezione e l'accudimento potrebbero ricondursi all'ipotesi sugli aspetti di dipendenza. Ricordo di aver fatto molta fatica a comunicarle la decisione di vedere solo lei con delle sedute individuali perché avevo timore che si sentisse additata come "cattiva madre", come la causa dei problemi di Veronica. In questo, il lavoro di equipe con la collega è stato preziosissimo: insieme abbiamo più volte provato a dare un significato alle mie sensazioni ed anche in questa situazione il mio percorso personale di psicoterapia è stato necessario.

Nel caso di Francesca quando durante una seduta si riusciva a raggiungere un buon clima ed una buona apertura, alla seduta successiva lo scenario improvvisamente si ribaltava.

Con Francesca il rapporto terapeutico è stato molto intenso e anche molto stressante, mi capitava spesso di concludere la seduta sentendomi priva di forze e "prosciugata". Questo avveniva, in particolar modo, quando Francesca si relazionava a me con aggressività, svalutandomi. Le supervisioni mi hanno aiutata a concentrarmi sul contenere la mia paziente in seduta per favorire l'ordine mentale e l'integrazione, piuttosto che intervenire attivamente. Anche questa modalità segna una differenza fra la conduzione della terapia familiare e la conduzione della terapia individuale, in cui spesso, come in questo caso, occorre limitare la direttività tipica del contesto familiare a favore magari di silenzi e spazi di riflessione che assumono un significato emotivo e relazionale profondo.

La percezione della forte aggressività di Francesca, la sensazione di uscire dal setting, la sensazione di inutilità e la conseguente frustrazione, in alcuni momenti, mi hanno condotta anche a sperare in un abbandono della terapia.

Queste emozioni possono essere ricondotte al controtransfert, in quanto danno un'idea sul funzionamento della paziente. Kernberg (1980) sottolinea come, con questi pazienti, occorra essere capaci di regredire, funzionando a un livello borderline, al fine di stabilire una buona relazione empatica e, in questo caso, il rischio della regressione è, per il terapeuta, quello di entrare in contatto con le proprie parti meno riuscite e con le proprie fragilità (Cancrini, 2006). Spesso, dopo il racconto di episodi traumatici, Francesca mi diceva: "un conto è studiarlo e un conto è viverlo", oppure, "se non sei madre allora non capisci". È stato dunque grazie alle supervisioni, alle intervisioni con le colleghe e alla mia terapeuta che sono riuscita a comprendere ciò che stava riattivando in me la relazione con Francesca.

Infatti, un approccio protettivo da parte mia avrebbe potuto riattivare in lei il vissuto di un attaccamento traumatico, una vicinanza percepita come pericolosa e questo avrebbe potuto condurre a quella che Langs (1973, p. 33-34) definisce "alleanza negativa". Ho dunque iniziato dal non verbale, ponendomi in una posizione di ascolto, prendendo parola aiutandomi con la gestualità e stimolando riflessioni sulla rabbia e l'aggressività che portava in seduta. In alcune occasioni, quando la percepivo totalmente incontenibile, uscivo dalla stanza anche quando dietro lo specchio non c'era nessuno, "uscivo dalla sala degli specchi" per prendermi una pausa e pensare, per riordinare e ritrovarmi. Questo mi permetteva di riconnettermi con me e con lei e al rientro, a volte, condividevo con lei le mie fatiche ed emozioni in seduta. Dopo diverso tempo sono riuscita ad ottenere più ascolto e cooperazione da Francesca e a sentire meno incontenibile la sua aggressività e le sue oscillazioni. Un altro aspetto molto importante è quello dell'osservazione del non verbale, comune anche nelle terapie familiari, ma nelle quali l'osservazione è centrata particolarmente sulla dinamica relazionale che incorre fra i membri della famiglia, mentre, di nuovo, come faceva notare Bowen (2016) nella terapia individuale ciò che va osservato è nella relazione fra terapeuta e paziente. Infatti durante le sedute con Francesca, che ho avuto modo di videoregistrare, ho potuto osservare quanto fosse significativo il nostro non verbale: io e Francesca sedevamo ad un'eccessiva distanza sulle nostre sedie e lei non lasciava uno spazio di dialogo con me. Dopo circa un anno da quella seduta, ho avuto la possibilità di mettere a confronto una recente videoregistrazione con quella passata.

Nella prima videoregistrazione mi sono vista paralizzata sulla sedia, faticavo ad interagire e a farmi ascoltare, mentre nella più recente è stato evidente come avvicinare le sedie, utilizzare il non verbale per prendere parola, con calma e pazienza, abbiano condotto Francesca a lasciarmi parlare, ad ascoltare e a riflettere. La posizione dei nostri corpi sulle sedie di terapia era divenuta speculare, accavallando la stessa gamba e muovendoci in modo armonico e sincronico, proprio come di fronte ad uno specchio, avevamo creato la nostra alleanza terapeutica. Da quel momento in poi,

ricordando anche la postfazione scritta dal Dottor Vannotti nel libro "Entrare in terapia" sull'importanza dell'osservazione della dimensione relazionale corporea, ho capito che era iniziata la nostra danza insieme (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016).

Verso la fine del nostro percorso Francesca insisteva spesso perché io le restituissi una sorta di diagnosi. Avevamo costruito insieme l'idea di un funzionamento "in bianco e nero". Un giorno le ho proposto di scrivere "nero su bianco" alcuni dei pensieri che spesso la tormentavano credendo che potesse aiutarla a mantenere un equilibrio di pensiero, la sua risposta è stata che avrebbe voluto farlo, ma a colori.

Con Francesca ho imparato l'importanza dell'attesa paziente e dell'utilizzo dell'osservazione del non verbale. Il suo percorso è stato per me una grande sfida dal quale ho potuto imparare moltissimo: il dono prezioso della reciprocità ad ogni incontro.

#### CONCLUSIONI

Ho conosciuto queste donne durante gli anni di formazione in psicoterapia e sperimentarmi come terapeuta con ognuna di esse è stata un'esperienza formativa e personale molto importante. Ho compreso il valore di avere un bagaglio formativo familiare nella terapia individuale e l'importanza del lavoro sui genitori quando la richiesta giunge per un figlio. Ho potuto percorrere insieme a loro la difficoltà di volgere lo sguardo indietro, verso il loro mondo infantile e ho potuto apprezzare ogni piccolo passo compiuto in questo difficile viaggio. Tutte, ognuna con le proprie risorse, hanno intrapreso un percorso che altrimenti probabilmente non avrebbero conosciuto, spinte dall'amore per i loro figli, mostrando coraggio e forza. Le ho viste commuoversi e rasserenarsi, rassegnarsi e mostrarsi perseveranti.

Credo che ognuna di esse abbia donato e ricevuto tutto ciò che in quel momento era nelle proprie possibilità. Condividere con loro l'essere donna può aver fatto sì che io mi sia sentita molto vicina ad ognuna di loro, così come mi ha aiutata la riflessione sulla mia esperienza di figlia. Infatti, fra i diversi motivi che mi hanno spinta a scegliere questo tipo di lavoro vi è quello legato all'importanza del percorso di psicoterapia personale nel terapeuta, indispensabile per aiutarci a comprendere i nostri limiti e le nostre potenzialità mettendoci alla prova allo stesso modo in cui noi mettiamo alla prova i nostri pazienti quando ad esempio proponiamo loro di convocare qualcuno o di aprire il vaso di pandora in cui custodiscono gelosamente le mitizzazioni delle loro stesse madri o dei loro padri. Questo elaborato è un estratto della mia tesi di specializzazione che rappresenta la conclusione di un percorso intenso, difficile e meravigliosamente ricco. Il mio lavoro con queste donne racchiude ogni piccolo passo in questo incredibile cammino senza fine di formazione e di conoscenza del fare e dell'essere

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Bellocchio R.. *Di Madre In Figlia. Storia Di Un'analisi.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009
- Bowen M. *La Nascita Della Psicoterapia Familiare*. Roma: Astrolabio editore, 2016.
- Bowlby J. Una Base Sicura. Tr.It. Milano: Raffaello Cortina Editore 1989.
- Cambiaso G., Mazza R. *Tra Intrapsichico E Trigenerazionale. La Psicoterapia Individuale Al Tempo Della Complessità.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2018.
- Cambiaso G., Mazza R. "Transfert-Controtransfert E Risonanze Nella Psicoterapia Individuale-Familiare Sistemica." *Terapia Familiare*. 125, 2021, DOI: 10.3280/TF2021-125002.
- Cancrini L. *L'oceano Borderline. Racconti Di Viaggio.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Cirillo S., Sorrentino A. M., Selvini M. *Entrare In Terapia. Le Sette Porte Della Terapia Sistemica.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2016.
- De Beauvoir S. *Memorie D'una Ragazza Perbene*. Paris: Editions Gallimard, 1958.
- De Saint Exupery A. *Il Piccolo Principe*. New York: Reynal & Hitchcock, 1943.
- Kernberg O. *Mondo Interno E Realtà Esterna.* Tr.It. Torino: Bollati Boringhieri, 1985.
- Langs R. *La Tecnica Della Psicoterapia Psicoanalitica*. Tr.It. Torino: Boringhieri, 1979.
- Liotti G., Farina B. Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, Clinica E Terapia Della Dimensione Dissociativa. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Montagnano S., Pazzagli A. *II Genogramma. Teatro Di Alchimie Familiari.*Milano: Franco Angeli Editore, 1989.
- Odgen H. T. *Prendere Vita Nella Stanza D'analisi.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2022.
- Selvini M. Chiudere il cerchio tra diagnosi sistemica e diagnosi individuale. Relazione d'apertura della Giornata Scientifica in ricordo di Mara Selvini Palazzoli Milano, 28 novembre 2009 Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.
- Sorrentino A. M. *Figli Disabili. La Famiglia Di Fronte All'handicap.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Sorrentino A. M. L'incontro Terapeutico E Gli Interrogativi Diagnostici: Un'esperienza Di Reciprocità. In Terapia Familiare, N.99, 2012.
- Yalom D. I. *Il Dono Della Terap*ia. Vicenza: Neri Pozza Editore, 2014.
- Vinci G. Percorsi Familiari Nelle Tossicomanie Da Eroina. Ipotesi Di Ricerca. In Ecologia Della Mente, 10, Pp.69-94, 1991.

#### RIFLESSIONI IN-VERSI: ESSERE PRESENTI A SE' E CON L'ALTRO NEL MISTERO DELL'INCONTRO

Caterina Ciucciové<sup>1</sup>

**RIASSUNTO**. Questo articolo tratta della centralità della relazione terapeutica e dello spazio e del tempo della terapia non solo come dimensioni misurabili, ma soprattutto come dimensioni interne al terapeuta ed al paziente e proprie della relazione terapeutica. La qualità dell'alleanza come luogo sicuro diventa requisito indispensabile alla cura. Il lavoro di ricerca che il terapeuta fa su di sé, l'ingrediente di formazione indispensabile alla partecipazione autentica e terapeutica nella stanza della terapia.

**SUMMARY**. This article deals with the centrality of the therapeutic relationship and the space and time of therapy not only as measurable dimensions, but above all as dimensions internal to the therapist and the patient and specific to the therapeutic relationship. The quality of the alliance as a safe place becomes an indispensable requirement for treatment. The research work that the therapist does on himself is the essential training ingredient for authentic and therapeutic participation in the therapy room.

**PAROLE CHIAVE**. relazione terapeutica, alleanza, transfert, controtransfert, spazio, tempo.

#### INTRODUZIONE

Dopo aver accettato di scrivere questo articolo sono trascorsi alcuni giorni prima di iniziare a mettere mano alla sua stesura. Ora che ne curo la parte introduttiva mi rendo conto che ho avuto bisogno di un tempo perché si sedimentassero dentro di me i passaggi principali. Questo tempo interno è scorso e si è compiuto nel ritmo della quotidianità. Un continuo passaggio e spazio di comunicazione tra *cronos* e *kairos* così come avviene nella relazione con i pazienti, ma anche un ritmico accogliere e lasciare andare, avere fiducia che i contenuti interni potessero via via emergere ed ordinarsi.

Scrivere del mestiere del terapeuta è anche riflettere sul proprio percorso di formazione professionale e personale. Siamo prima di tutto esseri umani, tutti inseriti nella propria storia e nella storia collettiva contemporanea al proprio tempo di vita. Da quando veniamo al mondo, nella complessità dell'intreccio e della correlazione di numerose variabili, la nostra esistenza si compie, si esprime, prende forma. Quando penso alla "me" seduta ai banchi dell'Università di Psicologia ho chiaro quanto ancora fossi fisiologicamente distante dalla chiarezza che oggi mi accompagna nell' esprimermi professionalmente. Non avevo idea di cosa significasse lavorare come psicoterapeuta, sebbene all'orizzonte ci fosse il desiderio di esplorare la

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicologa Psicoterapeuta

dimensione della cura, dell'incontro. Ho percepito per la prima volta la necessità di comprendermi maggiormente a 20 anni, quando il tumulto adolescenziale lasciava il passo alla curiosità su ciò che vivevo ed avevo vissuto. Il mio primo percorso di psicoterapia si è così inserito in quella fase universitaria. Ho vivo il ricordo delle pochissime parole dette dalla mia psicoterapeuta alla fine della prima seduta della mia vita ed il calore che immediatamente si è espanso in me, un calore che portava senso di sicurezza ed intimo riconoscimento dei vissuti. A distanza di anni posso definire quel momento di profonda connessione emotiva interna e relazionale come un "eureka". Che incredibile possibilità quella di sperimentare un rimando di conferma e validazione che trasforma un po' alla volta lo sguardo che si ha su di sé, potendo affiancare alle emozioni ingombranti e dolorose sentimenti di tenerezza, compassione e fiducia.

Una mia giovane paziente, nel corso di una seduta, mi ha detto:" Dottoressa, come al solito mi stavo torturando, dicendomi che non ce la posso fare, che gli altri non mi vogliono, che in me c'è qualcosa che non va, poi mi è tornata in mente la scorsa seduta e mi sono detta: ma perché dovrebbe essere così? Perché devi pensare che tu non vai bene? Se vai nel mondo con questa idea cosa ne arriverà di buono? Non posso trovare parole più gentili?

Sò che lei me lo ha ripetuto tante volte, ma improvvisamente ho creduto ad un'altra possibilità, ho fatto un passaggio e mi sono seduta nei banchi studio della facoltà ed ho conosciuto nuove persone, un pò alla volta, mi sento come più leggera, mi è venuta la curiosità".

Sono consapevole di quanto l'esperienza personale come paziente, oltre che gli studi universitari ed i successivi tirocini, mi abbia condotto verso la scelta di frequentare una scuola di psicoterapia. Mi sono specializzata alla Mara Selvini Palazzoli di Milano. Il triplice piano di analisi proposto dalla Scuola che, come il diaframma di una macchina fotografica, si muove e mette a fuoco alternativamente il paziente nella sua individualità, le sue relazioni affettive e lo scenario più ampio dell'appartenenza familiare, mi ha sempre guidata e supportata nel lavoro con le famiglie e le coppie, così come nella presa in carico individuale. Inoltre l'impegno richiesto agli allievi nelle giornate di genogramma ha ulteriormente aperto l'esplorazione della mia vicenda personale portandomi alla attivazione di ulteriori percorsi di psicoterapia.

Anna Maria Sorrentino durante gli anni di Scuola ha più volte utilizzato l'espressione "riavviare il motore" nella dimensione di cura della relazione terapeutica, un luogo dove è possibile impegnarsi alla riattivazione della forza riparatrice dell'attaccamento sia nel setting della presa in carico familiare che in quello della presa in carico individuale.

Nel libro "Guarire d'amore", Yalom (2020), con la sua inconfondibile autenticità, apre la porta di dieci psicoterapie: dieci viaggi dentro le storie dei pazienti e dentro la storia di ogni singola relazione terapeutica, ciascuna unica, ma tutte caratterizzate dalla cura che si compie nel legame, nell'alleanza riparativa.

La centralità della relazione terapeutica come "luogo e tempo" fondante la pratica della psicoterapia è consapevolezza ormai trasversale ai vari orientamenti terapeutici. I concetti di risonanza, transfert e controtransfert sono entrati così a pieno titolo anche nelle prese in carico familiari e di coppia e più in generale nella riflessione sistemico relazionale individuale. Già Whitaker aveva rivolto grande attenzione alla persona del terapeuta in un momento storico nel quale nella terapia familiare si dava molta enfasi alle tecniche ed alle strategie. Nel suo libro "Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia", uno spazio rilevante è dedicato al racconto della sua vita e del suo processo di crescita, traducendo praticamente, attraverso il focus sulle esperienze personali, la centralità del lavoro che il terapeuta fa su di sé e l'unicità dell'incontro umano tra chi aiuta e chi chiede aiuto (Whitaker, 1989).

Nella postfazione curata da Marco Vannotti in "Entrare in terapia" è di ispirazione il suo racconto personale sul limite delle ipotesi o delle diagnosi proposte al paziente come rivelazioni di funzionamento o di tentativi di ordinare la realtà altrui (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). Quello che Vannotti evidenzia è che non si può prescindere dal considerare il "mistero dell'incontro" tra due esseri umani (il terapeuta ed il paziente) e la dimensione ogni volta specifica che si crea nella relazione terapeutica.

L'incontro può diventare una cura a partire dalla qualità della presenza del terapeuta a sé stesso e del terapeuta verso il paziente o i pazienti. Non si tratta quindi solamente di un impegno cognitivo, che pesca dalla formazione teorica e scientifica (sebbene irrinunciabili quando si parla della consapevolezza professionale), ma in primo piano di un movimento umano di apertura, vicinanza e presenza.

Appare evidente come le emozioni del terapeuta entrano nel flusso, nel processo della psicoterapia ed incontrino i vissuti emotivi del paziente in una sorta di danza tra il transfert ed il controtransfert.

Nel qui ed ora dello scambio, in un tempo non cronologico, ma interno e relazionale e nello spazio della terapia non solo fisico, ma intimo e di connessione si compie un viaggio, quello della psicoterapia.

#### **COME SE IL MARE SI DOVESSE APRIRE**

Come se il mare si dovesse aprire mostrando un altro mare e quello-un altro- e i tre non fossero che annuncio di epoche di mari non raggiunte da rive mari che sono rive di se stessi l'eternità- è così. (Emily Dickinson)

Bisogna salvare le ferite, non lasciarle sole nell'idea fissa della medicazione, della guarigione.
Bisogna interrogare le ferite e aspettare le risposte.
Perdere una ferita significa perdere una segnaletica importante.
(Chandra Candiani)

Nel procedere della mia esperienza di pratica clinica ho iniziato a percepire il privilegio di poter svolgere e vivere il "mestiere" dello psicoterapeuta. Il privilegio di coltivare la lentezza, il silenzio, la compassione, la tenerezza, di dare tempo al cuore di sentire e vibrare, di accompagnare e accompagnarci alla scoperta della nostra complessa umanità per poter camminare verso quello che Fromm ritiene il compito principale dell'essere umano: "nascere completamente". "La nascita non è un atto unico, bensì un processo. Vivere significa nascere in ogni istante" (Fromm, 2019, p.18). Nelle prime pagine del testo di Ogden "Prendere vita nella stanza d'analisi", l'autore parla della "lotta" nella quale tutti siamo coinvolti per arrivare a sentire l'esperienza di vivere come "reale e viva per se stessa", l'esperienza di "essere e divenire" per sentirsi vivi e presenti nel processo di avvicinarsi sempre più pienamente a se stessi (Ogden, 2022). In questo processo sono implicati terapeuta e paziente. Nel tempo parzialmente sospeso e nello spazio sufficientemente sicuro della stanza della terapia i vissuti possono trovare ascolto e parola.

Ieri sera il penultimo paziente della giornata è entrato di corsa portando con sé la frenetica preoccupazione del fare quotidiano. Si è seduto in poltrona ed ha respirato, si è concesso un tempo per sistemarsi e quando ha percepito comodità ha esclamato:" mi sono reso conto di avere respirato solo ora, mi fermo per poter sentire".

Sostiamo con i pazienti su ciò che portano ed anche su quello che non possono o non vogliono portare facendo attenzione contemporaneamente al ritmo del nostro "corpo emotivo". Una danza che necessita di molta cura, sensibilità, pazienza ed una certa dose di fantasia.

Cammino per sapere dove andare. Spero di incontrarmi presto. In ogni passo. (Chandra Candiani)

Ho preso in prestito il termine "mestiere dello psicoterapeuta" così come suggerito dal collega Giuseppe Pellizzari in "L'apprendista terapeuta". Pellizzari ci invita ad immaginare l'artigiano nella sua bottega mentre mette mano alla materia che trasforma, avvalendosi non tanto e non solo della conoscenza tecnica acquisita dallo studio, quanto più coltivando una sensibilità esperienziale creativa e capace di connettersi alle differenti richieste (Pellizzari, 2002).

Ecco il collegamento con il "corpo emotivo" dello psicoterapeuta che si allena a sentirsi e conoscersi per poter attingere anche dai vissuti che via via emergono in seduta, vissuti che possono arrivare come immagini o come stati corporei o come pensieri mutevoli.

Prima di tutto, quindi, bisogna avere un corpo.

Il fatto di essere incarnati, non è immediatamente essere un corpo.

Possiamo avere, essere, carne, senza avere, essere corpo.

Il corpo è la nostra carne abitata, sentita, percepita con attenzione, precisione, profondissima intimità.

(Chandra Candiani)

Certamente le teorie di riferimento acquisite nei lunghi anni di studio sono indispensabili, potremmo immaginarle come dei preziosi strumenti a disposizione del terapeuta, da integrare con il lavoro di indagine che il terapeuta fa su di sé per potersi sperimentare in una certa fluidità. Che grado di accessibilità abbiamo rispetto ai nostri contenuti interni? In che modo sentiamo di abitarci, di muoverci nello spazio del nostro corpo psichico?

Yalom si domanda quale sia lo strumento più valido del terapeuta e la risposta è il terapeuta stesso e ancora: "i terapeuti devono avere familiarità con il proprio lato oscuro ed essere capaci di immedesimarsi con qualunque desiderio ed impulso umano" (Yalom, 2002, p.53). Al pari di uno strumento musicale, è necessaria una sorta di manutenzione che avviene in sede di presa in carico dello stesso terapeuta e nelle preziose occasioni di supervisione dei casi clinici.

Riuscire a stare nei sentimenti più ingombranti, percepirne la portata, il peso, quanta fatica ci costano, quanto ci sono costati. Quanto più si sviluppa una conoscenza di noi stessi, quanto più si riesce nel qui ed ora del tempo della relazione terapeutica a dare senso a ciò che si muove internamente, distinguendo tra risonanze e vissuti controtransferali.

Le risonanze informano il terapeuta su di sé poiché hanno a che fare con gli elementi di possibile identificazione tra alcuni aspetti della vicenda dello psicoterapeuta ed il racconto del paziente o dei pazienti:" io siedo dall'altra parte del tavolo e guardo la persona di fronte a me e vedo me stesso...una specie di processo di unione intrapsichica che ha luogo tra l'altro e il sé. Posso guardare il paziente e vedere me stesso in un lontano passato, può essere simile a me quando andavo al liceo. Posso identificarmi con lui perché siamo simili nei nostri stili di vita, oppure posso osservarlo e sentirmi in risonanza con la struttura del suo carattere perché ha molte somiglianze con il mio." (Whitaker, 1990, p.92).

Il controtransfert sta nella danza di processo che anima la relazione terapeutica, che la costituisce ed informa il terapeuta circa le caratteristiche personali e relazionali del paziente. Una danza che riguarda, come in un flusso, scambi transferali e controtransferali.

Il transfert avviene quando il paziente trasferisce sulla figura del terapeuta sentimenti ed emozioni vissuti in relazioni passate o presenti: "l'idea che qualsiasi paziente possa trasferire sul suo terapeuta fantasie, ruoli, competenze relazionali, capacità affettive, malvagità, malinconia, sfiducia, caratteristiche emozionali o comportamentali non necessariamente presenti nel sé del terapeuta, ma più probabilmente

appartenenti alle storie evolutive del paziente e "proiettate" sul terapeuta, o "inoculate" (attraverso identificazioni proiettive) (Cambiaso e Mazza, 2020).

Per esempio, il paziente può trattare il terapeuta come un brutale carceriere percependo se stesso come la vittima (Kernberg, 2020).

Il controtransfert è l'insieme dei sentimenti che il terapeuta vive nel corso della seduta (noia, irritazione, confusione, ansia, gioia, imbarazzo, vergogna) mentre ascolta le parole, il corpo ed i silenzi del paziente. Yalom suggerisce di usare i nostri sentimenti come dati e di accettare anche gli stati d'animo più faticosi piuttosto che contrastarli o censurarli così da renderli vantaggiosi per la terapia. Perché la noia? Perché l'ansia o la tensione fisica?

Pochi giorni fa un paziente che seguo da qualche mese, ha iniziato la seduta come se stesse facendo una radiocronaca parlando di un libro di una collega che tratta del rapporto con la propria famiglia di origine. Nella seduta precedente aveva fatto entrare per la prima volta in scena il padre e la madre narrando il clima pesante di conflittualità che si respirava in casa. Di lui aveva detto "ero sempre ipervigile, attento a capire cosa poteva succedere e facevo il bravo, il bravo bambino". Cosa stava succedendo in me e nel paziente mentre ascoltavo la dovizia di particolari con la quale presentava il libro della collega? Ho iniziato a percepire ansia, confusione, distanza. Dopo qualche minuto c'è stato uno spazio di silenzio, lo abbiamo vissuto insieme mantenendo lo sguardo. Poi l'ho reso partecipe del senso di lontananza e di preoccupazione performatica che viaggiava in me e lui in uno stato di commozione ha condiviso la paura del giudizio, l'attenzione ad essere un bravo paziente, competente ed il senso di colpa che aveva sperimentato nel raccontarmi le sue ferite nella relazione con i suoi genitori. Ci siamo spostati nel qui ed ora, non eravamo più o non solo nella trama degli eventi passati, ma nel processo della relazione terapeutica, stava accadendo sotto i nostri occhi. Il paziente si è rilassato, ha potuto tradurre alcuni dei suoi vissuti ed ha contattato un senso interno di maggiore sicurezza.

Pellizzari il controtransfert lo chiama "acqua calda, l'acqua nella quale dobbiamo ritrovare la nostra acquaticità, l'acqua calda della nostra sensibilità, dei nostri affetti e sentimenti per quello che sono, al di là dei pregiudizi su come dovrebbero essere, occorre avere il coraggio di provare quello che si prova" (Pellizzari, 2020, p.34). La psicoterapia personale diventa una parte indispensabile della formazione psicoterapeutica. Lunga sul lettino del mio analista mi sono incontrata e mi incontro, seduta dopo seduta, resistenza dopo resistenza. Ho iniziato a considerarmi capace di restituirmi considerazione, validazione e tenerezza. Mi sono percepita intera, integrata e sufficientemente salda.

Come possiamo legittimare l'emotività complessa dei nostri pazienti se non siamo disposti ad incontrare con empatia, pazienza e curiosità ciò che vive nella nostra casa interiore? Che spazio terapeutico offriamo?

Il luogo della terapia non si risolve nello spazio fisico, ma emerge nella relazione terapeutica e ancora può diventare una stanza della casa del paziente dove è possibile avviare un dialogo interno che va oltre il tempo della seduta e che si protrae oltre il termine della psicoterapia.

In qualche modo, una parte di me sa che c'è una stanza in casa dove si coltiva la fiducia...
Che ci sia una stanza, che ci si possa sedere, che il dolore o la gioia possano stare seduti con noi, in noi, nella stanza, che possano essere compresi.
(Chandra Candiani)

Nel tempo della terapia, il "momento presente" (Stern, 2004) è il qui ed ora e si riferisce "agli avvenimenti immediati dell'ora di terapia, ciò che accade nello studio, nel rapporto paziente-terapeuta.

Yalom considera il qui ed ora "la fonte più importante di efficacia terapeutica, il terreno ricco di minerali della terapia, il migliore amico del terapeuta. (Yalom, 2002, p.59).

Nel corso di una seduta con un giovane paziente, improvvisamente l'espressione "cazzo!", interrompe l'incedere noioso e piatto di un ragionamento, uno dei suoi tanti soliloqui di natura intellettualistica.

Altrettanto spontaneamente io esclamo "Oh!", con tono sorpreso ed interessato. Pochi secondi di un contatto nel silenzio seguito a questo scambio. Il paziente subito dopo si è commosso ed ha appoggiato la schiena sulla poltrona. Questo brevissimo passaggio è stato fondamentale per poter sperimentare la legittimità del sentire e l'esplorazione di vissuti angosciosi conseguenti ad eventi di vita traumatici che hanno avuto a che fare con la perdita prematura della madre ed il conseguente stravolgimento dello scenario di vita. "E' come se cercassi di tenere tutto sotto controllo, anche qui in seduta con te, misuro tutte le parole, quasi le preparo prima per non sentire la paura della mia impotenza e il senso di colpa, ma poi mi sento lontano da tutti, anche da me e da te".

Non si tratta di sforzo ma di ricettività, aprirsi a quello che è già li, niente da aggiungere, niente da togliere, solo raccogliere. (Chandra Candiani)

#### CONCLUSIONI

Le difficoltà dei pazienti riguardano per una buona parte le fatiche che si presentano nei rapporti interpersonali e la psicoterapia si compie nella e attraverso la relazione terapeutica. La terapia è un "microcosmo sociale" (Yalom, 2002, p. 60) e così nel flusso dello scambio emergono "sotto il nostro naso" gli elementi di comprensione di quanto accade ai e con i nostri pazienti.

Facciamoci crescere le antenne e continuiamo a coltivare la "ragione appassionata" (Pellizzari, 2002, p. 44) che integra il sapere con il sentire e fa rimanere il terapeuta in un atteggiamento di apertura, curiosità e

apprendimento e che fa sentire il paziente interlocutore competente.

La consapevolezza non appartiene al tempo, vive nel fluire, trascorre, tutt'uno con la vita stessa, come il respiro. Come l'andatura dei passi, un piede si solleva, l'altro sta appoggiato a terra, c'è una costante danza di pieno e di vuoto, di lasciare e di contattare.

La consapevolezza non osserva il fiume, è il fiume. Nel male accolto, sentito, c'è la risposta al male. Non basta leggerlo o sentirlo dire, bisogna provarlo, proprio ora, proprio qui, in pieno corpo...niente interrompe la consapevolezza, è come credere che le onde interrompano l'oceano. Le onde sono il movimento dell'acqua, la sua energia. Così sensazioni, pensieri, emozioni sono le onde.

(Chandra Candiani)

#### **BIBLIOGRAFIA**

Cambiaso G., Mazza R. *Tra intrapsichico e intergenerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità.* Milano: Raffello Cortina, 2018.

Candiani C. Questo immenso non sapere. Torino: Giulio Einaudi, 2021.

Candiani C. *Il silenzio è cosa viva.* Torino: Giulio Einaudi, 2018.

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. *Entrare in terapia*. Milano: Raffaello Cortina. 2016.

Dickinson E. Poesie. Torino: Giulio Einaudi, 2023.

Fromm E. Psicoanalisi e buddismo zen. Milano: Oscar Mondadori, 1960.

Lutz M. Dottor Kernberg, a cosa serve la psicoterapia? Milano: Raffaello Cortina, 2020

Ogden T.H. *Prendere vita nella stanza di analisi.* Milano: Raffaello Cortina, 2022

Pellizzari G. L'apprendista terapeuta. Torino: Bollati Boringhieri, 2002.

Stern D.N. Il momento presente. Milano: Raffaello Cortina, 2004.

Selvini M., Sorrentino A.M. Riattivare l'attaccamento. Torini: Bollati, 2010.

Boringhieri - Onnis L. Legami che creano, legami che creano, 2010.

Yalom I. Guarire d'amore. Milano: Raffaello Cortina, 2020.

Yalom I. Diventare se stessi. Vicenza: Neri Pozza, 2018.

Yalom I. *Il dono della terapia*. Milano: Neri Pozza, 2002.

Whitaker C.A. *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia.* Roma: Astrolabio, 1989.

# TERAPIA DI COPPIA CON COPPIE LGBTQIA+: UN'INTEGRAZIONE AL PROTOCOLLO GHEZZI

Federico Elio Calemme e Erika Michielon<sup>1</sup>

RIASSUNTO. Nell'ambito della psicologia LGBTQIA+ è sempre maggiore lo spazio di pensiero che la letteratura scientifica dedica al lavoro con l'individuo e con la famiglia, mentre sembrano mancare indicazioni orientative rispetto al lavoro con la coppia. Questo articolo è frutto del nostro profondo lavoro d'equipe all'interno dello studio Mente SiCura, con l'obiettivo di poter costruire un'iniziale bussola per i professionisti che si affacciano al lavoro con le coppie LGBTQIA+. Proponiamo un'integrazione al modello di lavoro con le coppie di Dante Ghezzi (2004), adottando uno sguardo più inclusivo e meno orientato da bias eteronormati. Nel lavoro presentato verrà descritto cosa significa parlare di identità sessuale, secondo il modello di Ferrari e Rigliano, e sottolineeremo quali sono le tematiche specifiche, che insieme al minority stress, vanno indagate all'interno di una consultazione con la coppia, per una presa in carico efficace, accogliente ed inclusiva.

**SUMMARY**. In the LGBTQIA+ psychology, there's a scientific literature increasing focus on individuals therapy and family therapy, yet it seems to be a lack of guiding indications regarding work with couples. This article is the result of our deep team work within the Mente SiCura study, aiming to construct an initial compass for psychotherapists in the work with LGBTQIA+ couples. We propose an integration into Dante Ghezzi's (2004) model of working with couples, adopting a more inclusive perspective and less influenced by heteronormative biases. In the presented work, we will describe what it means to discuss sexual identity according to the model of Ferrari and Rigliano. Additionally, we will highlight the specific issues that, along with minority stress, need to be explored within a consultation with the couple for an effective, welcoming, and inclusive approach.

**PAROLE CHIAVE**: coppia LGBTQIA+, minority stress, omogenitorialità, terapia di coppia LGBTQIA+, psicologia LGBTQIA+.

# INTRODUZIONE

Perché è importante parlare di una terapia specifica dedicata alle coppie LGBTQIA+? Questa è la domanda che ha posto le fondamenta per il lavoro di seguito presentato, che si inserisce necessariamente all'interno del contesto socio culturale che ha caratterizzato il nostro secolo. È il 2006 quando, grazie alla Legge Cirinnà (n.76/2006), in Italia vengono regolamentate, e di fatto permesse, le unioni civili tra persone dello stesso sesso.

Questo sancisce una rivoluzione da un punto di vista legislativo, non da meno getta le basi affinché da un punto di vista sociale le coppie omosessuali possano uscire dall'invisibilità. Ed è proprio di invisibilità sociale che circa

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicologi e Psicoterapeuti, specializzati in percorsi terapeutici per la comunità LGBTQIA+, individuali, di coppia e familiari. Erika Michielon è fondatrice dello studio Mente SiCura, Milano. www.mentesicura.it

dieci anni dopo Golombok (2015; 2020) parla, definendo famiglie moderne tutte quelle costellazioni familiari che fino alla fine del Ventesimo secolo o non esistevano, oppure erano, per l'appunto, invisibili nella società. In tal senso tuttavia, siamo certi che si sia davvero superata la coltre di nebbia che avvolge le coppie LGBTQIA+? Da una parte abbiamo un'istituzione legislativa che considera solo una fetta della comunità queer², dall'altra invece ritroviamo una letteratura scientifica in materia di psicologia LGBTQIA+ che ha concentrato il proprio lavoro sulla presa in carico soprattutto di pazienti individuali (Rigliano e Graglia, 2006; Graglia, 2009), o sui temi legati alla genitorialità, sia con un focus su genitori di figli LGBTQIA+, sia sull'omogenitorialità (Ferrari, 2015; Carone, 2023).

La psicologia LGBTQIA+, nel corso degli anni, ha infatti ampliato il proprio osservatorio rendendolo più inclusivo, esemplificativo l'aggiornamento delle linee guida (Lingiardi, Nardelli, Giovanardi, Speranza, 2023) stilate da Lingiardi e Nardelli nel 2013 con l'inclusione di tematiche relative non solo a persone gay, lesbiche e bisessuali, ma anche transgender e non binarie. Il focus del lavoro terapeutico nelle terapie individuali però riguarda in particolare l'accettazione di sé e il disvelamento agli altri, ma poco a proposito delle dinamiche di coppia. Infatti, tra le costellazioni familiari quanta legittimità ha avuto in letteratura la dimensione coppia? Pochissimi se non nulli sono i riferimenti a riguardo. Per questo motivo, nel proficuo lavoro all'interno della pratica clinica abbiamo ritenuto che sistematizzare cosa significhi prendere in carico una coppia LGBTQIA+ contribuisse a quell'obiettivo di dissolvimento della nebbia che permette alle persone di sentirsi riconosciute, e consente a noi professionisti della salute mentale di poter avere una bussola più sensibile, per evitare di perdersi in generalizzazioni rischiose.

In particolare ci siamo posti l'obiettivo di poter integrare il consolidato protocollo di presa in carico delle coppie di Dante Ghezzi (in *Terapia Familiare* n. 74, 2004), appreso da noi negli anni di formazione alla scuola di psicoterapia Mara Selvini Palazzoli e nel corso specifico "La psicoterapia della coppia nell'ottica relazionale" di Dante Ghezzi e Paola Covini. Il protocollo, meglio illustrato in alcune sue caratteristiche nel prosieguo di questo articolo, riguarda il lavoro con coppie "eterosessuali, coniugate o conviventi, che chiedono aiuto specialistico", e sarà ampliato con l'approccio teorico ad una identità sessuale non più eteronormata<sup>3</sup> di Ferrari e Rigliano (2012), unitamente soprattutto alla nostra pratica clinica di questi anni di lavoro con le coppie LGBTQIA+.

# L'IDENTITÀ SESSUALE

Nella terapia di coppia eteronormata ci sono molti aspetti dell'Identità sessuale dei pazienti che diamo per scontati. Assumiamo di avere di

<sup>2</sup> E' un termine generico utilizzato per indicare coloro che non sono eterosessuali e/o non sono cisgender. Nel tempo è stato utilizzato anche per definire più generalmente qualcuno o qualcosa relativo al mondo LGBTQIA+.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Eteronormatività è la convinzione che l'eterosessualità sia l'unico orientamento sessuale o norma unica per la sessualità, e che le relazioni sessuali e coniugali siano appropriate solo tra persone di sesso opposto)

fronte un uomo e una donna eterosessuali e, tenendo fede ai principi del Rasoio di Occam<sup>4</sup>, tendiamo a non porre uno sguardo curioso sull'identità sessuale delle persone all'interno della stanza di terapia.

In realtà, come sistematizzato da Ferrari e Rigliano (2012), l'Identità sessuale di ognuno non si limita ad una questione di sesso genetico, maschile o femminile, ed orientamento sessuale. Infatti possiamo descrivere ben cinque componenti dell'Identità Sessuale:

- 1. **Sesso genetico**: un tempo chiamato sesso biologico, è il genere assegnato alla nascita e definito dal patrimonio cromosomico di ognuno. Una concezione binaria dell'individuo ci porta a individuare solo due sessi genetici, quello maschile e quello femminile. In realtà esiste anche il genere intersessuale, che descrive una condizione organica per cui nell'individuo sono presenti in misura non esclusiva caratteri sessuali sia maschili sia femminili. Viene descritta una condizione rara, ma non rarissima, ed è importante notare che le persone intersessuali sono un gruppo diversificato, con varie condizioni ed esperienze, e la consapevolezza di queste diversità sta crescendo, tuttavia, a causa della mancanza di dati completi e rappresentativi, è difficile fornire una stima precisa del numero totale di persone intersessuali. Nei setting individuali ma anche di coppia, dobbiamo ricordare che un paziente intersessuale con buona probabilità porta con sé un bagaglio traumatico, in quanto nella maggior parte dei casi ha subito in età neonatale interventi chirurgici per "uniformare" il proprio sesso corporeo in senso femminile o maschile, in assenza di pericolo di vita e senza la possibilità di esprimere la propria voce in merito. Tali procedure, che spesso si accompagnano a cure ormonali a lungo termine, possono causare, in età adulta, sintomatologia post traumatica complessa in quanto, riprendendo le parole di Bessel Van Der Kolk, "il corpo accusa il colpo" (2015).
- 2. **Identità di genere**: è il senso intimo e profondo di appartenere ad un genere e di non appartenere all'altro, e/o di appartenere ad entrambi e/o a nessuno. Nuovamente il binarismo culturale ci porterebbe ad individuare solo due possibili identità di genere (maschile e femminile), mentre in realtà Richards and Barker (2013) propongono una visione più inclusiva sistematizzando il concetto di *Identità Non Binarie*, proprio in opposizione al semplicismo culturale vigente. All'interno di tale definizione-ombrello possiamo ritrovare chi non si identifica in nessun genere (gender neutral, genderless, agender, neutrois); chi si indentifica in entrambi i generi (genere misto, pangender, androgino, gender ambivalenti); chi si identifica prevalentemente ma non completamente in un genere (demi-man/boy, demi-woman/girl);

\_

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> La metafora del rasoio concretizza l'idea che, da un punto di vista metodologico, non vi sono motivi per cui, a parità di fattori, si prediliga l'ipotesi più complicata. Ciò significa che, tra le spiegazioni di un evento, bisogna scegliere quella più semplice e scontata

chi si riconosce in generi altri rispetto al maschile e femminile (terzo genere); chi ha un'identità di genere non cristallizzata e si "muove" tra i generi (gender fluid); e infine chi si oppone al binarismo di genere (genderqueer o genderfuck).

- 3. **Orientamento sessuale**: è una componente istintuale che determina la nostra attrazione e il nostro comportamento, e anche in questo caso possiamo guardare all'orientamento sessuale come ad una componente soggetta a plasticità nell'arco della nostra vita;
- 4. Identità di orientamento sessuale: è il processo cognitivo che attribuisce significati al proprio orientamento sessuale e ha uno sviluppo più tardivo rispetto a quest'ultimo. All'interno di tale dimensione possiamo ritrovare identità come gay, lesbica, bisessuale, asessuale e aromantico (persona che non prova alcuna attrazione sessuale e/o romantica verso nessun genere), pansessuale (persona che prova attrazione non tanto per le caratteristiche genetiche dell'altro, ma per la persona in sé) e infine queer o questioning (persona che non si inquadra nelle precedenti definizioni e si sta interrogando su quella più adatta a sé);
- 5. Ruolo ed Espressione di genere: tali definizioni richiamano aspetti prettamente sociali e culturali, e in quanto tali possono variare nella storia e nel tempo e rispettivamente identificano le attività socialmente riconosciute come tipiche di un determinato genere (basti pensare al fenomeno del pianto che nella storia è stato etichettato come affine al mondo femminile piuttosto che maschile), e gli elementi dell'aspetto esteriore che rimandano all'appartenenza ad un genere (i concetti di mascolinità e femminilità racchiudono caratteristiche fisiche, non verbali, interessi e abitudini "assegnate" socialmente ad un genere piuttosto che all'altro).

Tale sistematizzazione proposta da Ferrari e Rigliano (2012) porta necessariamente il terapeuta ad abbandonare il principio di parsimonia di Occam, caro al binarismo culturale, in favore di uno sguardo più inclusivo, curioso e non scontato rispetto al lavoro terapeutico. Tale evoluzione si rende necessaria a fronte del fatto che ogni componente dell'Identità sessuale è indipendente dalle altre e pertanto non possiamo compiere banalizzazioni o associazioni improprie rispetto ai nostri pazienti (dando per scontato, ad esempio, che ad una donna transgender piacciano gli uomini, banalizzazione che spesso compiamo in quanto una complessità ulteriore, ossia che possa non essere eterosessuale, non è contemplata).

#### MODELLO DI PRESA IN CARICO DI COPPIA

La fuoriuscita dal binarismo eteronormato con uno sguardo più inclusivo rispetto all'identità sessuale dei pazienti incontra il nostro modello di formazione rispetto al lavoro con le coppie, che come detto in precedenza, è quello formulato da Dante Ghezzi e sistematizzato all'interno di Terapia Familiare nel 2004. Questo modello trova i suoi punti di forza nella presa in carico delle coppie in un contesto di coterapia alla presenza di due professionisti, che insieme pongono il proprio sguardo terapeutico sui pazienti. Tale setting permette di avere uno sguardo più ampio all'interno di movimenti di coppia che potrebbero portare il singolo terapeuta al rischio della triangolazione. Inoltre all'interno del modello di Ghezzi si sistematizzano i motivi per cui una coppia giunge in terapia, in quattro macro dimensioni: la violazione del contratto di coppia, per cui uno o entrambi i partner pongono in essere un cambiamento nelle "regole" che la diade ha convenuto al momento della scelta dell'altro (il tradimento sessuale ne è l'esempio più rappresentativo); un mancato svincolo con la propria famiglia di origine, per cui istanze relative al ruolo di figli possono ostacolare la progettualità della famiglia che si va a costruire; differenti livelli di crescita personale, che possono generare una distanza tra i due partner e quindi sconvolgere l'equilibrio; la presenza di eventi stressanti e/o traumatici, andando a creare un carico di sofferenza o stress che la coppia può faticare a sostenere.

Tale strutturazione si accompagna a delle premesse su ciò che effettivamente definisce tale una "coppia", condizione imprescindibile per una presa in carico coerente. Ghezzi infatti specifica come sia necessaria la presenza di un legame, che porta i due a rimanere uniti, pur nella sofferenza; l'intenzione di stare insieme come aspetto fondante della qualità di vita dei partner; una quota di convivenza fisica, che essa sia stabile o saltuaria; e infine l'assenza di relazioni al di fuori della coppia.

Come terapeuti per anni abbiamo lavorato con coppie eterosessuali, e tutt'ora continuiamo a farlo, e il nostro interesse per la dimensione della coppia ci ha portato a sempre nuove riflessioni, soprattutto e grazie anche all'esperienza clinica che negli ultimi anni è cambiata: sempre più coppie LGBTQIA+ arrivano nelle stanze di terapia. In che modo quindi poter integrare il protocollo di presa in carico delle coppie di Ghezzi, lo sguardo più inclusivo rispetto all'identità sessuale proposto da Ferrari e Rigliano, e quanto da noi rilevato all'interno della pratica clinica con le coppie LGBTQIA+?

Le nostre riflessioni partono proprio dal momento più importante in una presa in carico terapeutica, ossia il primo colloquio. È durante la prima seduta che dobbiamo adottare uno sguardo non scontato (Lingiardi, Nardelli, Giovanardi, Speranza, 2023) e inclusivo, nell'andare ad indagare fin da subito gli elementi essenziali dell'identità sessuale dei due partner: siamo di

fronte a persone cisgender<sup>5</sup> o transgender<sup>6</sup>? Qual è il loro orientamento sessuale? In quale identità si riconoscono? La pratica clinica ci ha permesso di constatare come tali evidenze emergano in modo spontaneo dai pazienti LGBTQIA+ fin dalle prime battute della terapia. Tale elemento ci ha stupiti, obbligandoci ad una riflessione in merito, in quanto nelle coppie eterosessuali quanto appena detto non accade. Riteniamo che tale aspetto possa riferirsi allo sguardo che la società negli anni ha riservato alla comunità LGBTQIA+, identificandola esclusivamente nella propria identità sessuale, lasciando sullo sfondo tutti gli altri aspetti del Sé, per cui oggi le persone LGBTQIA+ appaiono più propense a definirsi e a parlare della propria sfera identitaria sessuale.

Ilaria e Filippo si presentano in prima seduta di bell'aspetto. Ilaria indossa un vestito a fiori e porta i capelli lunghi e sciolti, mentre Filippo ha camicia, blue jeans ed è rasato. Pensiamo subito di avere di fronte una coppia eteronormata, ma nel presentarsi Ilaria dice "ho 32 anni, faccio l'insegnante... ah si, sono di genere non binario... tra l'altro questa è una cosa che ci fa litigare perché lui non sa mai come chiamarmi e per prendermi in giro invece di Ila mi chiama  $\Pi u^r$ , e questo mi fa arrabbiare da morire"; quindi Filippo prende la parola e dice "si è vero ma non lo faccio di proposito... comunque io ho 36 anni e sono bisessuale, prima di Ilaria sono stato con una ragazza ma prima ancora ho frequentato un uomo"

Ma quali sono gli aspetti importanti da indagare all'interno di una consultazione di coppia LGBTQIA+? In che modo si integrano o si discostano dal modello di Ghezzi? All'interno della nostra pratica clinica ne abbiamo sistematizzati cinque:

- 1. Modelli relazionali di riferimento;
- 2. Minority Stress;
- 3. Coming Out;
- 4. Sessualità;
- 5. Genitorialità.

# MODELLI RELAZIONALI DI RIFERIMENTO

I modelli relazionali di riferimento sono alla base del lavoro clinico che svolgiamo con le coppie, nel protocollo Ghezzi, ma anche nelle riflessioni portate successivamente da Laura Fino e Alberto Penna (2023), l'indagine relativa ad essi ci porta ad approfondire con la coppia i loro vissuti e rapporti rispetto alle famiglie di origine. È nel confronto con esse infatti che la persona continua ad interrogarsi sulla strada da percorrere, sia come individuo, sia

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Il termine Cisgender si riferisce a persone il cui genere identitario corrisponde al sesso assegnato loro alla nascita.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Il termine transgender si riferisce a persone il cui genere identitario è diverso dal sesso assegnato loro alla nascita

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Nel vocabolario LGBTQIA+ in modo inclusivo le persone non binarie possono essere chiamate con parole al cui termine, per evitare una connotazione maschile o femminile, al posto della "a" o della "o" viene utilizzata la lettera "u"

nella costruzione di un modo di stare in coppia, di vedersi all'interno di essa e come questa si inserisce nelle famiglie estese.

Per le coppie LGBTQIA+ tale processo appare necessariamente più complesso: infatti il confronto in essere è con modelli eteronormati e spesso, con definiti e cristallizzati ruoli ed espressioni di genere, che si discostano in termini strutturali con la diade affettiva che le persone costituiscono.

Emerge quindi la necessità di costruire modelli relazionali "ex novo" nel costante riadattamento tra i modelli genitoriali interiorizzati e l'identità di coppia attuale. Tale operazione può portare a frustrazione e immobilità, a volte nell'impossibilità di trovare un'integrazione con le interiorizzazioni derivanti dal passato, producendo nella coppia un vissuto di desolazione e delegittimazione rispetto proprio alla dimensione affettiva.

Luca, durante la seconda seduta di consultazione di coppia, con accanto il compagno Davide, racconta: "per me è faticoso pensare che Davide guadagni più di me... vengo da una famiglia in cui mio padre portava i soldi a casa e mi ha sempre detto che un bravo marito e padre è quello che si occupa della moglie e dei bambini... e secondo me mia madre era pure d'accordo... dopo tanti anni ora vorrei essere un buon marito ma non so come si fa, come si fa ad essere un buon marito senza una moglie di cui occuparsi?"

Questo passaggio è stato trasformativo per la coppia, cambiando la narrazione interna di Davide "io ho sempre pensato che fosse invidioso di me e mi faceva arrabbiare il fatto che non riuscisse a dirmi bravo per la promozione che ho avuto due mesi fa... vuoi un modo per occuparti di me? Fammi i complimenti e gioiamo insieme"

Diventa quindi essenziale fornire modelli di relazione altri e risorse comunitarie, in cui trovare occasioni di confronto e un grado di rispecchiamento nutritivo per i partner. A tal fine uno degli obiettivi di noi terapeuti è quello di promuovere nei pazienti l'integrazione all'interno della comunità LGBTQIA+ territoriale che, all'interno del contesto milanese in cui operiamo, offre numerose occasioni per costituire un contenitore funzionale.

Quale altro modello di coppia i due partner esperiscono? Quello della coppia terapeutica. Infatti noi sappiamo che i pazienti trovano un valido rispecchiamento anche nei professionisti che si pongono di fronte a loro e, all'interno del lavoro con le coppie eteronormate, spesso il sesso genetico dei professionisti può influenzare tali meccanismi (in numerose occasioni abbiamo incontrato mariti che cercavano alleanza con il terapeuta uomo, mentre le mogli tendevano una mano verso la professionista donna). Cosa si complessifica nella presa in carico con coppie LGBTQIA+? Entrano in gioco, all'interno dei meccanismi sopracitati di rispecchiamento e di costruzione dell'alleanza terapeutica, anche tutte le altre variabili dell'identità sessuale riferite ai co-terapeuti, come orientamento sessuale e identità di genere, che i pazienti conoscono o ritengono di conoscere. Prendere coscienza di come si complessifichino i movimenti di transfert e controtransfert permette a noi professionisti di avere una lettura più completa e attenta di ciò che accade nella stanza di terapia.

## **MINORITY STRESS**

Il Minority stress, come definito da Lingiardi (2012) e Meyer (2003) è la sofferenza percepita in quanto la persona fa parte di una minoranza.

Tale esperienza di stress continuativo può essere frutto di episodi di discriminazione diretta (atti di violenza e di omobilesbotransfobia), di discriminazione indiretta o assistita (le notizie di cronaca possono portare la persona a pensare "sarebbe potuto succedere anche a me"), e di ambienti reputati ostili o indifferenti. È giusto inoltre specificare che quest'ultima dimensione sia da intendersi sia in termini di contesti personali privati del singolo (la comunità LGBTQIA+ è l'unica, a differenza di altre minoranze, a poter subire episodi di discriminazione anche all'interno del contesto familiare) sia in termini di tessuto sociale e istituzionale. Mark Hatzenbuehler e collaboratori (2009, 2010, 2012) hanno dimostrato infatti che l'incidenza di problemi psicologici in persone LGBT fosse superiore in Paesi in cui non erano presenti leggi contro la discriminazione e la violenza omobitransfobica, situazione che ad oggi è realtà nel contesto italiano (basti rammentare la mancata approvazione del disegno di legge Ddl Zan del 2021). Inoltre è importante sottolineare come, se da una parte la sopracitata legge Cirinnà ha permesso alle coppie LGBTQIA+ maggiori livelli di legittimazione, tuttavia a livello simbolico, permangono differenze che influenzano il vissuto di discriminazione (Lingiardi, Nardelli, Giovanardi, Speranza, 2023); basti pensare che per le unioni civili non vi è l'obbligo di fedeltà, presente invece all'interno dell'istituzione del matrimonio, veicolando un messaggio di differenza che intacca il benessere psicologico.

Il minority stress si compone di tre dimensioni che si intrecciano e si potenziano vicendevolmente (Lingiardi e Nardelli, 2007):

- **omofobia interiorizzata:** l'insieme di sentimenti e atteggiamenti negativi (dal disagio al disprezzo) che una persona può provare (più o meno consapevolmente) nei confronti della propria identità sessuale;
- **stigma percepito:** il livello di vigilanza relativa alla paura che le cose (soprattutto quelle negative) accadano alla persona in quanto identificati come "LGBTQIA+". Tanto più alta è la percezione del rifiuto sociale, tanto più alto sarà il livello di allerta:
- **esperienze vissute di discriminazione e violenza:** tutte le situazioni, vissute direttamente o indirettamente, spesso di stampo traumatico, di natura discriminatoria e omobilesbotrasfobica.

All'interno della pratica clinica questi tre aspetti emergono in numerose occasioni e per questo come professionisti abbiamo l'obbligo di sapere quali esperienze descrivono, e strutturare la raccolta anamnestica della coppia cercando di indagare i livelli di minority stress presenti. È fondamentale ricostruire all'interno del clima familiare quali siano state le opinioni rispetto al mondo LGBTQIA+ e i sistemi valoriali presenti ("quando alla TV c'era il Gay Pride mio padre diceva che erano tutti pervertiti") cercando di comprendere se vi siano state lotte interne alla persona tra ciò che sentiva e il mondo a cui apparteneva. Andremo ad indagare se i contesti familiari

raccontati sono stati legati fortemente ai precetti religiosi, perché è dimostrato che vi sia un impatto psicologico negativo tra omosessualità e religione (Hatzenbuehler, Pachankis, Wolff, 2012; Schuck, Liddle, 2001); chiederemo come è andata l'esperienza scolastica, cercando di capire se vi sono stati episodi di bullismo legati all'orientamento sessuale o l'identità di genere, e di come questi siano stati affrontati, nell'istituzione scolastica e in famiglia; raccoglieremo la storia del coming out (su cui ci soffermeremo successivamente) e quali dinamiche ha prodotto nei contesti significativi; chiederemo se vi siano stati episodi di discriminazione sfociati in violenza, sia essa psicologica, fisica e/o sessuale.

Fare un'accurata raccolta anamnestica ci permette quindi, all'interno della fase d'ipotizzazione di quale sia la dinamica di coppia che contribuisce alla crisi, di individuare il minority stress della coppia che si può tradurre, a fronte delle esperienze sfavorevoli riportate, in una scarsa fiducia di sé, un senso di inferiorità e vergogna, la difficoltà a vivere la propria relazione in pubblico, o addirittura la difficoltà a legittimarsi e a legittimare i sentimenti che si provano o che vengono provati ed espressi dal partner. Tali vissuti legati al minority stress potrebbero essere letti dal partner come mancanza di amore o interesse e portare pertanto ad interpretare le azioni dell'altro in modo erroneo ("non vuole nemmeno prendermi per mano quando siamo in giro"; "di fronte ai suoi genitori mi definisce ancora la sua amica"). Come terapeuti il nostro compito è quello di portare entrambi i partner a risignificare le loro narrazioni, portandoli alla comprensione del minority stress presente, lavorando perché essi si possano ridurre.

Come possiamo intuire da quanto descritto, nel nostro intento di poter integrare il protocollo di Ghezzi con le evidenza cliniche raccolte, comprendiamo come il minority stress possa essere individuato in ben due motivi di una possibile crisi sistematizzati nel 2004: la presenza di eventi stressanti e/o traumatici e il possibile mancato svincolo dalla famiglia di origine, che potremmo ritrovare in situazioni in cui per la persona è difficile poter legittimare la propria identità sessuale e la propria coppia se avverte il pericolo che ciò creerebbe un conflitto con le aspettative genitoriali.

Marco e Antonio arrivano in terapia per una problematica sessuale, sono una giovane coppia omosessuale che fatica nell'intimità.

Nel corso della terapia emerge una grande difficoltà da parte di Antonio a legittimare i suoi sentimenti verso Marco, c'è un profondo vissuto di svalutazione di Antonio che ci racconta risalire alla sua famiglia di origine.

E' originario di un paesino del Molise dove ha vissuto con i genitori e il fratello fino al trasferimento a Milano, avvenuto 3 anni prima.

E' sempre stato consapevole della propria omosessualità, vergognandosene profondamente. Era riuscito a fare coming out con il fratello e gli amici sentendosi accolto e capito, in casa invece aveva sempre sentito un forte giudizio su di sé, amplificato dai commenti omofobici di entrambi i genitori.

Si è sempre sentito "senza le carte in regola" agli occhi dei suoi genitori, ma quando alla madre venne comunicata la sua omosessualità da una compaesana la situazione precipitò ulteriormente.

Ad Antonio, ormai ampiamente maggiorenne, venne proibito di presenziare alle cene domenicali di famiglia e nel corso delle settimane successive la madre indicò ad Antonio la necessità di un suo trasferimento altrove per evitare la vergogna alla famiglia.

Dopo poco dall'arrivo a Milano, senza lavoro e con pochi risparmi, conobbe Marco con cui andò presto a convivere.

Dopo un'iniziale periodo di buona intimità, Antonio riporta che più sentiva che il legame tra loro diventava più forte, più sentiva di "spegnersi" dal punto di vista sessuale con grande sofferenza da parte di Marco.

Il lavoro di coppia ha permesso a Marco di scoprire questo racconto, così da riuscire a dare significato ad alcuni comportamenti di Antonio. Mentre ad Antonio ha permesso di capire quanto sentiva il rifiuto verso di sé e verso la propria sessualità, sentendo che più amava Marco, più "disubbidiva" ai propri genitori, aprendosi così la possibilità di iniziare un percorso terapeutico personale per elaborare i traumi subiti.

## **COMING OUT**

Lingiardi e Nardelli (2023) specificano come il *coming out*<sup>8</sup> sia un processo sempre in corso, all'interno del quale ogni persona, in prima istanza, raggiunge consapevolezza rispetto al Sé, e solo successivamente può scegliere se condividere gli aspetti della propria identità sessuale "non eteronormata" con la propria famiglia e/o con altre persone. È importante specificare come la comunità LGBTQIA+ sia l'unica minoranza a poter subire discriminazione anche all'interno del proprio nucleo familiare (Lingiardi, Nardelli, Giovanardi, Speranza, 2023) e, se è vero che, come dice Pierantoni (1999) lo svelamento della propria identità sessuale può aumentare l'autenticità delle relazioni e rinsaldare legami familiari, è altrettanto vero che questa è solo una delle eventualità, per cui al bivio potremmo incontrare invece reazioni di rifiuto che possono sfociare anche nella violenza. Le esperienze sfavorevoli di coming out possono intaccare la costruzione del sé, alimentando il minority stress e i livelli di omofobia interiorizzata, come in precedenza specificato, andando pertanto a demolire la legittimità della persona rispetto alla propria identità. Ben possiamo comprendere come tali dinamiche non possono non coinvolgere anche l'immagine interiorizzata che ognuno ha della coppia. Per tali motivi è essenziale all'interno della consultazione della coppia comprendere al meglio il processo di coming out di ogni partner, per provare a ri-significare eventuali dinamiche legate alla coppia in termini sistemico-relazionali. Una situazione tipica che potremmo incontrare, ad esempio, è quella per cui tra i due partner il processo di coming out è in fasi diverse, e il minor svelamento dell'uno potrebbe essere letto dall'altro come mancanza d'amore o interesse ("se non fai coming out significa che non mi ami"). In tal senso invece poter raccogliere la storia del coming out alla presenza della coppia aiuta a comprendere le radici profonde del proprio posizionamento, aumentando la comprensione reciproca.

Giuliana, fidanzata con Filomena da 7 anni, racconta con difficoltà il momento del proprio coming out in famiglia "all'inizio sembrava non fosse successo nulla, parevano averla presa bene... poi è successo che, due

50

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Processo attraverso il quale una persona rivela pubblicamente la propria identità sessuale e/o di genere

settimane dopo aver detto ai miei genitori di essere lesbica, a mio padre hanno trovato un tumore e da quel momento mia madre mi ha detto che è stata colpa mia... papà si è ammalato per il dolore che gli ho causato... faccio il medico so che non è così, ma a distanza di anni in realtà un po' me lo dico che forse papà oggi potrebbe essere ancora vivo se me lo fossi tenuta" per poi aggiungere, rivolta verso Filomena "forse è per questo che non ti presento a casa a mia madre, non ci avevo mai pensato... non lo so ho paura di farle del male"

All'interno della nostra indagine rispetto al coming out riteniamo sia importante comprendere se, tra le esperienze sfavorevoli di vita, possiamo ritrovare anche episodi di *outing*, intendendo con questo termine l'esperienza per cui la persona non sceglie di svelare la propria identità sessuale, bensì è qualcun altro, in assenza di consenso, a rivelarlo ad altri. In termini invece di risorse possibili è significativa la scelta delle persone con cui si è deciso di fare coming out inizialmente, così da comprendere all'interno del mondo delle relazioni quali sono state identificate come "base sicura", riprendendo il concetto elaborato da Bowlby (1988). Tale ricerca è utile anche a valutare in senso prognostico l'entità di livelli di minority stress, in quanto la presenza di una rete di sostegno aumenta la possibilità di costruzione di un Sé funzionale. A titolo esemplificativo alcune ricerche sottolineano come la presenza, in adolescenza, di un "migliore amico" o "migliore amica" con cui condividere in modo autentico la propria identità sessuale costituisce una risorsa contro eventuali reazioni familiari avverse (Baiocco, Laghi, di Pomponio et al, 2012).

#### **SESSUALITÀ**

Il protocollo Ghezzi, parlando di intimità di coppia, pone il focus sulla vicinanza e sul legame, e se è pur vero che la presenza del sesso e la soddisfazione rispetto a ciò viene indagata all'interno delle terapie con coppie eterosessuali, è altrettanto vero che vengono approfondite poco le dinamiche sessuali e come il sesso ha significati condivisi nel contratto di coppia. Ci siamo chiesti se questo non derivi dal fatto che, nella nostra esperienza clinica, le coppie eteronormate con più fatica tendono a nominare le dinamiche sessuali, all'interno della stanza di terapia, probabilmente per un precetto culturale che rilega alla sfera del sesso un'aura di segretezza e vergogna, condivisibile a fatica. Inoltre è possibile che, nel guardare alla coppia eterosessuale, non si adotti lo sguardo curioso e mai scontato che invece è necessario per i pazienti LGBTQIA+, inferendo che le dinamiche sessuali vengano regolate all'interno di contenitori che rimandano a background culturali di stampo cattolico.

Se parliamo di coppie LGBTQIA+ invece la dimensione della sessualità acquista importanza primaria per diversi fattori: da una parte le ricerche hanno dimostrato come le coppie *queer*, all'interno della variabilità presente nelle varie componenti dell'identità sessuale, sviluppano una ricca diversità di espressioni sessuali (Peplau e Fingerhut, 2007); dall'altra, nella nostra esperienza clinica, notiamo come le coppie LGBTQIA+, fin dalle prime battute di un percorso di psicoterapia, tendono a nominare le dinamiche sessuali della diade, descrivendo ruoli sessuali dei partner e pratiche condivise.

Nuovamente, come detto in precedenza rispetto alla facilità con cui i pazienti LGBTQIA+ parlano della propria identità sessuale, ipotizziamo che tale spontaneità affondi le proprie radici nella lotta che da mezzo secolo la comunità LGBTQIA+ porta avanti per l'affermazione del proprio Sé, definito spesso proprio nei termini della sessualità, abituandosi pertanto a parlarne.

Ovviamente nella nostra consultazione dobbiamo tenere a mente, come evidenziato dalla ricerca (Ross et al., 2017), quanto descritto in precedenza rispetto alle esperienze di discriminazione e i livelli di minority stress, necessariamente vada ad intaccare anche la sfera sessuale, cercando di risignificare alla coppia la connessione tra questi due aspetti.

"Il sesso non va troppo bene, almeno finché io faccio il passivo e lui l'attivo tutto okay, anzi lo facciamo anche tre, quattro volte a settimana... il problema è che anche io voglio fare l'attivo e lui è egoista e non vuole, gli ho anche detto che avremmo potuto usare qualcosa per evitare che faccia male ma continua a dirmi che "lui la femmina non la fa" ma che poi che diavolo di discorso è?! Continua a dirmi che è gay ma è anche maschio, cos'è siccome io faccio il passivo non sono maschio?!" (Valentino descrive le problematiche legate al sesso con Manuel durante la prima seduta di consultazione di coppia, mentre emergerà nelle successive sedute l'esperienza di profonda discriminazione subita a scuola da Manuel, a cui davano della "femmina").

Inoltre se parliamo di sessualità LGBTQIA+ è importante sapere come sia più probabile che la coppia porti esperienze legate alla dimensione della coppia aperta, oppure del poliamore. Tale aspetto non deriva dal fatto che le coppie queer siano più inclini a relazioni aperte, bensì potrebbe essere connesso ad una maggiore apertura sociale e accettazione nei confronti di tali strutture relazionali, tanto da facilitare la possibilità di nominarle senza temere il giudizio dell'altro, e l'esplorazione di modelli relazioni non tradizionali, aspetto ancora complesso e difficoltoso per le coppie eterosessuali.

Tali evidenze pongono in essere una possibile trasformazione di una delle premesse per l'idoneità di una terapia di coppia sistematizzate da Ghezzi, ossia l'assenza di relazioni al di fuori della diade. Difatti abbiamo notato che la presenza di relazioni, intime o sessuali, altre rispetto alla coppia che è presente in seduta, non sempre corrisponde con l'effetto di una crisi, ma bensì può costituire semplicemente un aspetto all'interno di un contratto di coppia, che trova la soddisfazione di entrambi i partners. In più situazioni ci è capitato di riscontrare, a fronte di altri nuclei di sofferenza e disaccordo, come invece la presenza di una coppia aperta non costituisse tema di discussione o dissidio.

Ciò che dobbiamo quindi considerare come "relazioni al di fuori della diade" sono tutte quelle azioni che trascendono il patto relazione sessuale elaborato dalla coppia. Per avere tutti gli elementi utili a riguardo, è quindi necessario all'interno della consultazione fare domande specifiche e approfondite ai pazienti in merito alla loro struttura relazionale e sessuale, avendo a mente che, come per i modelli relazionali di riferimento, anche per i modelli prettamente sessuali ogni coppia costruisce "ex novo" i propri, e che pertanto non esistono coppie aperte uguali tra loro o strutture poliamorose simili ad altre.

A titolo esemplificativo potremmo incontrare coppie aperte che hanno deciso di avere rapporti con terzi solo congiuntamente e altre che invece permettono la possibilità di incontrare altre persone anche separatamente; coppie ritengono di avere rapporti con altri non all'interno della propria casa, oppure esclusivamente quando uno dei due partner è via per motivi lavorativi; e ancora vi sono partner che come veto ritengono di non voler avere rapporti con terzi se questi sono conosciuti dalla coppia, preferendo incontri solo con sconosciuti.

Infine riteniamo utile nominare anche che nella sessualità queer il corpo costituisce spesso un tema cruciale, da poter trattare con estrema sensibilità e cura. In particolare la dimensione corporea diventa maggiormente complessa qualora all'interno della coppia vi siano persone transgender, per cui anche in questo caso è utile poter comprendere a pieno il rapporto tra il Sé del paziente e il proprio corpo, oltre a comprendere a pieno se all'interno del percorso di affermazione di genere<sup>9</sup> qualora presente, sia in essere una cura ormonale o se vi siano stati interventi chirurgici per uniformare i propri organi genitali esteriori all'identità di genere.

"A volte faccio fatica a fare sesso con Vittoria e lei si arrabbia e dice che non la desidero, e pensa sia una scusa tutta la questione dell'essere trans perché il mio pene mi piace e me lo voglio tenere... a me il mio pene piace perché mi dà piacere, e in più non si vede quando cammino per strada tra la gente... sono il mio viso, le spalle e le gambe che non sopporto.. Sono queste cose a farmi far fatica, non Vittoria..." (Lavinia, ragazza transgender, terza seduta di coppia con la compagna Vittoria, ragazza cisgender)

# **GENITORIALITÀ**

Il focus della comunità scientifica rispetto al tema della genitorialità per le coppie LGBTQIA+ (definita omogenitorialità), che nell'ultimo decennio è diventato un tema sempre più concreto dato il crescente numero di famiglie omogenitoriali (Goldberg, 2010), si è concentrato principalmente sulla domanda "sono in grado di crescere i bambini in modo adeguato?". Rispetto a ciò molti sono gli studi a favore dell'omogenitorialità, tra cui la ricerca di Gartrell e Bos (2010), che suggerisce che non vi siano differenze significative nel benessere psicologico tra i figli cresciuti in famiglie omogenitoriali e quelli cresciuti in famiglie con genitori eterosessuali; lo studio condotto da Farr et al. (2017) indica che i bambini provenienti da famiglie omogenitoriali mostrano un adeguato adattamento sociale e un normale sviluppo emotivo, evidenziando l'importanza dell'ambiente familiare nella formazione di competenze sociali, al di là che esso sia formato da genitori eterosessuali oppure no; uno studio longitudinale condotto da Rosenfeld (2010), su bambini provenienti da famiglie omogenitoriali, e seguiti fino all'età adulta, ha evidenziato come fossero capaci di formare relazioni stabili e di raggiungere una buona realizzazione personale.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Un tempo definito come percorso di transizione di genere, è il percorso che la persona transgender compie al fine di affermare la propria identità di genere, e può passare attraverso percorsi psicologici, ormonali, chirurgici e infine legali, al fine di poter avere la ratifica dei propri documenti all'anagrafe

Ma se parliamo di dinamica di coppia su cosa dobbiamo concentrare la nostra attenzione? Uno degli aspetti principali è il fatto che la coppia può essere di fronte ad un limite strutturale della propria dimensione di genitorialità, in quanto è possibilmente assente una componente biologica diretta nel concepimento. Per le coppie di sesso opposto, il concepimento può avvenire naturalmente attraverso un rapporto sessuale, le coppie dello stesso sesso richiedono soluzioni alternative, come la fecondazione in vitro (FIV) o la gestazione per altri. Dobbiamo avere in mente come tale aspetto e la necessità di "un terzo" all'interno del progetto di coppia faccia emergere fatiche secondo vari livelli che possono intaccare il benessere di coppia. In termini concreti, spesso i percorsi per diventare genitori sono costosi, realizzabili solo all'estero e fisicamente molto impegnativi. Inoltre, se guardiamo l'aspetto maggiormente simbolico, ben possiamo capire come a seconda della coppia, il terzo possa assumere un ruolo più o meno ingombrante (dalla donazione del seme sino alla presenza di una donna che agisce la gravidanza per altri) e definire asimmetrie nella diade. Basti pensare che in Italia, qualora vi siano figli di coppie omogenitoriali generati all'estero, non è possibile in termini legali il riconoscimento di entrambi i partner come genitori, costringendo pertanto la coppia a decidere chi dei due può essere anche legalmente genitore, e a chi invece relegare il ruolo legale di "sconosciuto".

I vuoti legislativi presenti nel nostro paese, unitamente agli episodi di discriminazione ancora in essere, inoltre contribuiscono all'aumento del minority stress che può portare l'individuo a non sentirsi legittimato nella propria genitorialità "sono gay, essere padre non fa per me", intaccando possibilmente l'equilibrio di coppia qualora invece l'altro partner abbia posizioni differenti.

Pertanto nuovamente sottolineiamo l'importanza di una raccolta di informazioni dettagliata durante le sedute di consultazione con la coppia LGBTQIA+, perché potremmo cadere nell'errore di pensare che siccome i partner non hanno parlato di genitorialità questo non sia un tema presente; invece dobbiamo mantenere lo sguardo curioso e capire se effettivamente non sia un tema desiderato, oppure se sia un aspetto castrato e obnubilato dal minority stress.

Chiara e Maddalena arrivano in terapia preoccupate per il futuro. Convivono da 5 anni, hanno sempre parlato di bambini. Quando Chiara due anni prima parla alla propria famiglia di origine della possibilità di una gravidanza, la madre le dice "Chiara, non sarebbe naturale, non si fanno così i bambini, va bene voi due, ma non mettete in mezzo i bambini". Chiara sente che questo le ha provocato una rottura interiore, e così quando Maddalena insiste sulla gravidanza, lei fatica a decidere. Vorrebbe, ma sente di avere molti dubbi, Maddalena decide di intraprendere il percorso in Spagna e dopo un solo tentativo rimane incinta.

All'arrivo in studio Maddalena è di 30 settimane, la gravidanza procede, ed entrambe le nonne sono partecipi e contente, ma Chiara ha molti dubbi.

"Penso che dovrò essere più brava delle altre mamme, perché mi chiederò sempre se sono capace, se la bambina soffrirà, se la prenderanno in giro, se sarà discriminata. Non sono neanche riconosciuta legalmente come genitore, vi rendete conto, se dovesse succedere qualcosa a Maddalena, io non esisto"

Quanto sopradescritto speriamo possa costituire una iniziale bussola interiore per ogni professionista, nella possibilità di guardare alla coppia LGBTQIA+ con occhi nuovi rispetto al contesto socio-culturale che ognuno di noi ha interiorizzato. I pazienti che affrontano la sfida del minority stress, con maggior facilità potrebbero andare incontro ad un percorso di cura con la diffidenza di chi pensa di non poter essere accolto in modo adeguato, dove anche solo alcune sfumature potrebbero costituire un trigger che può inficiare l'alleanza terapeutica. Per questo motivo è essenziale che la coppia di fronte a noi possa sentirsi accolta e legittimata nella propria esperienza specifica.

All'interno del nostro lavoro auspichiamo infine di poter portare sempre maggiori riflessioni e considerazioni per la pratica clinica, consapevoli dell'estrema plasticità e trasformazione che l'ambito della psicologia LGBTQIA+ sta avendo e avrà nel prossimo decennio.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Baiocco R., Laghi F., Di Pomponio I. Self-disclousure to the best friend: Friendship quality and internalized sexual stigma in Italian lesbian and gay adolescents In Journal od Adolescence, 35, 2012.
- Bowlby J. Una Base sicura. Raffaello Cortina Editore, 1988.
- Carone N. Le famiglie omogenitoriali. Raffaello Cortina Editore, 2023.
- Farr, R. H., Forssell, S. L., & Patterson, C. J. Parenting and Child Development in Adoptive Families: Does Parental Sexual Orientation Matter? Applied Developmental Science, 14(3), 2010.
- Ferrari F. *La famiglia "in" attesa. I genitori omosessuali e i loro figli.* Edizioni Mimesis, 2015.
- Fino L., Penna A. Al di là delle parole. Edizione Mimesis, 2023.
- Gartrell, N., & Bos, H. *US National Longitudinal Lesbian Family Study: Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents.* Pediatrics, 126(1), 2010.
- Ghezzi, D. *Terapia con le coppie, un protocollo consolidato.* In Terapia Familiare n.74, 2004.
- Goldberg, A. E. Lesbian and Gay Parents and Their Children: Research on the Family Life Cycle. Washington, DC: American Psychological Association, 2010.
- Goldberg, A.E. *Omogenitorialità. Famiglie con genitori gay e lesbiche: studi e ricerche.* Erickson, 2015.
- Golombok S. *Famiglie moderne. Genitori e figli nelle nuove forme di famiglia.* Edizione Edra, 2015.
- Graglia M. *Psicoterapia e omosessualità*. Edizione Carocci Faber, 2009.
- Hatzenbuehler, M. L. How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. Psychological Bulletin, 135(5), 2009.
- Hatzenbuehler M.L., Pachankis J.E., Wolff J. (2012), Religious climate and health risk behaviors in sexual minority youths: A population-based study in American Journal of Public Health, 102

- Lingiardi V., Nardelli N. *Linee guida per la consulenza psicologica e la psicoterapia con persone lesbiche, gay e bisessuali*. Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Lingiardi V., Nardelli N., Giovanardi G., Speranza A. Consulenza psicologica e psicoterapia con persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, non binarie. Raffaello Cortina Editore, 2023.
- Meyer I.H. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence.* Psychological Bulletin, 129(5), 2003.
- Peplau, L. A., & Fingerhut, A. W. *The close relationships of lesbians and gay men.* Annual Review of Psychology, 58, 2007.
- Pietrantoni L. L'offesa peggiore. L'atteggiamento verso l'omosessualità. Nuovi approcci psicologici e educativi. Del Cerro. Pisa, 1999.
- Richards C., Barker M. Sexuality and gender for mental health professional Ed. Sage Publication, 2013.
- Rigliano P., Graglia M. Gay e lesbiche in psicoterapia. Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Rigliano P., Giliberto J., Ferrari F. *Curare i Gay?* Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Rosenfeld, M. J. Non traditional Families and Childhood Progress Through School. Demography, 47(3), 2010.
- Ross, L. E., Dobinson, C., & Eady, A. *Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination.* American Journal of Public Health, 107(3), 2017.
- Schuck K.D., Liddle B.J. *Religious conflicts experienced by lesbian, gay, and bisexual individuals* In Journal of Gay & Lesbian Psychoterapy, 5, 2001.
- Van der Kolk B. *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina Editore, 2015.

# IL NIDO COME CONTESTO NON TERAPEUTICO

Giovanna Parimbelli<sup>1</sup>

RIASSUNTO. Il Nido la stellina ha il desiderio di essere un contesto preventivo delle fragilità che i neo genitori incontrano. Per sostenere la centralità della famiglia e non solo del bambino, è stato elaborata una scheda che viene compilata dall'educatore nel colloquio di pre-ambientamento che viene svolto da 1 a 2 mesi prima dell'inizio di frequenza. Tale scheda ci offre innumerevoli sguardi a quel sistema familiare che si presenta a noi in un momento del ciclo di vita così particolare e ci orienta nell'agire. Divenire genitori sposta gli adulti dalla posizione di essere solo figli ad una nella quale sono anche genitori, per questo la scheda ci permette di cogliere almeno in parte aspetti del loro essere genitori oggi, ma al tempo stesso ci offre la possibilità di approfondimenti successivi con me, nel ruolo non solo di pedagogista ma come psicologa e psicoterapeuta in formazione. Nel tempo ci è stato possibile individuare fragilità interne al sistema attuale ma non solo. Infatti "la fragilità di una famiglia non riguarda solo la sua organizzazione attuale, ma è definita dalla sua storia e dai meccanismi di trasmissione intergenerazionale sia dalle carenze sia dai fattori di resilienza". Al Nido non ci viene chiesto di "lavorare sui genitori" soprattutto quando questi non lo richiedono, ma sicuramente possiamo lavorare con i genitori per il benessere dei loro figli, per questo motivo la presenza di un Terapeuta permette al nido di poter essere un contesto non terapeutico nel quale il cambiamento è possibile. SUMMARY. Il Nido la Stellina has the desire to be a preventive context of the fragility that new parents encounter. To support the centrality of the family and not just the child, a form has been drawn up which is filled in by the educator in the pre-accumulation interview which is carried out 1 to 2 months before the start of attendance. This card offers us countless glimpses of that family system that presents itself to us at such a particular moment in the life cycle and guides us in acting. Becoming parents moves adults from the position of being only children to one in which they are also parents, for this reason the card allows us to grasp at least in part aspects of their being parents today, but at the same time offers us the possibility of further insights with me, in the role not only of pedagogist but as a psychologist and psychotherapist in training. Over time it has been possible for us to identify internal weaknesses in the current system but not only. In fact "the fragility of a family does not only concern its current organization, but is defined by its history and by the mechanisms of intergenerational transmission both by deficiencies and by resilience factors". At the kindergarten we are not asked to "work on the parents" especially when they

**PAROLE CHIAVE**. Terapeuta-Asilo Nido-Cambiamento-Mentalizzazione-Genogramma-ambientamento-prevenzione-infanzia-genitorialità-attaccamento-metafora-trigenerazionale-confini

to be a non-therapy in which change is possible

do not request it, but we can certainly work with the parents for the well-being of their children, for this reason the presence of a therapist allows the kindergarten

> "All'asilo nido la stellina non c'è un progetto da finire ma un percorso da vivere"

57

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicologa Clinica, Psicoterapeuta in formazione, Pedagogista e Coordinatrice Asilo Nido la stellina, Coordinatrice Centro Psicologico II filo

«Se una società vuole veramente proteggere i suoi bambini, deve cominciare con l'occuparsi dei genitori.» John Bowlby

« Una società può esser giudicata in base ai suoi atteggiamenti nei confronti dei bambini più piccoli, non solo per ciò che viene detto di loro ma per ciò che viene loro offerto mentre crescono.» Elinor Goldschmied

# INTRODUZIONE

« La cura della persona di ogni operatore del nido deve avere la stessa attenzione raffinata della cura dell'ambiente, delicatezza, prudenza, sospensione del giudizio e nessuna spinta alla competizione, controllo del tono verbale e delle parole in relazione con ogni bambino: sono tutti aspetti che rendono libero il piccolo e al tempo stesso ne sostengono l'attività.

L'adulto è la guida, il punto di riferimento, la fonte del conforto, della protezione; è la persona che accoglie ogni mattina il bambino garantendogli un legame privilegiato. Prepara e cura gli oggetti, ogni giorno come fosse il primo: controlla che siano sempre adeguati al bisogno instancabile di esplorazione proprio in questa età e quindi ne studia la disposizione, l'ordine logico, la progressione, ben sapendo che una tale accuratezza favorisce il riordino spontaneo e aiuta indirettamente il bambino a formarsi il proprio ordine mentale. L'adulto protegge l'attività individuale, non la interrompe; al tempo stesso rispetta le relazioni spontanee tra bambini riconoscendo in ogni momento il diritto ai bambini di esprimere ogni loro sentimento ...»

Tratto da: Grazia Honegger Fresco, Un nido per amico, Edizioni la meridiana, 2001.

In seguito alla lettura del testo "Il cambiamento nei contesti non terapeutici", a cura di Stefano Cirillo e Diego Barbisan, e all'aver preso parte al seminario di presentazione dello stesso a Milano ad aprile, mi sono chiesta in che modo il Nido la stellina potesse essere "promotore di cambiamento" laddove non è posta una domanda diretta da parte dei genitori che scelgono il nido. Diverso invece, per quei genitori che volutamente accedono allo sportello psicologico interno portando vere e proprie domande tese al cambiamento. Per tentare di rispondere alla domanda, ho ripercorso sin dalle origini le premesse sottostanti l'apertura del Nido e la rilettura del "caso di mamma Silvia (nome di fantasia)."

Quando nel 2005 ho aperto l'asilo nido "La stellina" avevo ben chiaro quale avrebbe dovuto essere la proposta educativa del mio servizio. Una proposta finalizzata alla creazione di un contesto che sostenesse il processo di strutturazione dell'identità e la promozione dello sviluppo globale del bambino valorizzando le sollecitazioni e le esperienze messe in atto dalla famiglia e facendo attenzione alla qualità delle relazioni e all'accoglienza. La finalità principale del progetto educativo era quella di rimettere al centro il bambino, la sua autonomia e la sua famiglia.

Per questo era fondamentale avere a me chiaro:

- il concetto di bambino: un bambino attivo, non dipendente, predisposto alla relazione, desideroso di comunicare con bambini e adulti. Un bambino ricercatore mosso dalla curiosità, dall'esplorazione e costruttore delle sue conoscenze;
- il concetto di adulto: l'adulto deve essere accogliente, sostenere e dare sicurezza al bambino, non si sovrappone o sostituisce. Un adulto che sa osservare e cogliere quando mettersi da parte per permettere al bambino di ricercare e vivere il suo spazio, di fare esperienze e costruire la propria autonomia.

L'educatore, quindi, si dovrà porre ed operare nei confronti del bambino e dei suoi genitori come una figura di riferimento per garantire la stabilità, la continuità e l'individualizzazione delle cure del bambino, l'accoglienza e la cura delle relazioni tra adulti nel nido. Dovrà, inoltre, individuare e mettere in atto strategie relazionali, predisporre i contesti e le esperienze in cui le diverse potenzialità del bambino si uniscono per la costruzione dell'identità. Si occuperà dell'organizzazione di un contesto (fisico e relazione), che possa essere per il bambino fonte di benessere e sicurezza affettiva, permettendo lo sviluppo dell'autonomia, della voglia di esplorare e della capacità di scegliere.

Ne consegue un'idea di adulto che mette al centro del proprio operare l'osservazione come strumento base della sua professionalità. Egli, in particolare, saprà:

- osservare per conoscere, capire il significato dei comportamenti del bambino e quindi progettare (pianificare, verificare, modificare);
- osservare per predisporre un ambiente adeguato facendo attenzione a spazi, arredi, materiali, dedicando tempo e operando per la "cura" degli stessi, cercando di far cogliere ai bambini ed ai genitori il "gusto estetico", il piacere di vivere in spazi gradevoli;
- non è direttivo, non "fa fare" cose al bambino, ma gli sta vicino, lo accoglie, lo sostiene nella manifestazione delle sue potenzialità e dei suoi bisogni, in modo che diventi consapevole delle proprie competenze;
- è attento alla cura delle relazioni con la famiglia, per dare senso al proprio lavoro educativo e costruire insieme una linea educativa che corrisponda ai reali bisogni del bambino, in modo da evitare conflitti e confusioni nello stesso, creando cioè una continuità tra nido e famiglia.

Proprio per questo mio modo di pensare l'educazione, l'incontro con il pensiero di John Dewey (1859-1952) è stato per me fonte di conferme, riflessioni continue e profonde.

Il suo credo pedagogico mi è parso così contemporaneo, così semplice ed attuabile quasi da apparire "scontato", "banale" nella sua assoluta genialità. Pur risalente ad un periodo, un luogo ed un contesto storico molto differenti, allora come oggi per molti bambini fare esperienze educative utili alla crescita è un lusso. Oggi come allora mi sembra urgente soffermarsi a riflettere sull'idea di bambino e quale dovrebbe essere il ruolo dell'educazione. Prendendo in prestito i pensieri e le parole di Dewey, ritengo sia indispensabile che i bambini possano "esperienziare democraticamente" "Experience democratically".

Il Nido non è più quindi solo assistenza e cura, nemmeno un "parcheggio", ma un ambiente preparato per rispondere ai bisogni dei bambini perchéé possano espandere le proprie forze ed energie, cioè le proprie necessità di sviluppo senso/motorio/percettivo/affettivo e comunicativo, nel rispetto dei loro tempi e delle loro competenze.

I bambini hanno bisogno di essere accuditi da adulti responsabili, hanno bisogno di cure stabili e costanti, sia a casa che nei contesti educativi. Il nido può essere positivo solo nella misura in cui le persone che si occupano del bambino hanno una corretta formazione, in crescita continua, che garantisca un accudimento intimo, costante e individualizzato. Per questo il Nido non può chiudere fuori la famiglia al contrario, deve permettere una attiva partecipazione e favorirne la relazione.

Rileggendo queste prime righe, mi rendo conto del mio desiderio di "integrare" Giovanna Pedagogista, Giovanna Psicologa e Psicoterapeuta in formazione all'interno del mio Nido e nei Nidi che coordino, cercando di aprire uno sguardo che troppo spesso è esclusivamente educativo, nella direzione della complessità. Consapevole che osserverò l'individuo, la coppia e la famiglia con le lenti della mia personale formazione teorica, che come fari e bussole mi orientano nel percorso. (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p. 19)

# NIDO LA STELLINA E LA CENTRALITÀ DELLA FAMIGLIA

Il modo in cui le educatrici e i genitori si parlano, si vedono e si sentono a vicenda è inevitabilmente influenzato dal perché il nido è stato pensato dai genitori: unica alternativa al lavoro, piuttosto che una scelta pedagogica consapevole. In entrambi i casi, le basi del rapporto con la famiglia si pongono nella fase iniziale del primo contatto e in modo più strutturato nel primo colloquio di pre-ambientamento. In seguito, ambientamento e frequenza sono caratterizzati da continui e indispensabili momenti di scambio, confronto tra nido e famiglia rispetto l'andamento dell'esperienza per tutti gli attori coinvolti. Sicuramente la persona di riferimento (educatore prevalente) ha il compito essenziale di stabilire un efficace canale di comunicazione tra l'ambiente familiare e il nido, il suo rapporto con un genitore determinerà profondamente la qualità dell'esperienza dei bambini, tuttavia porterà in sé anche tensioni intrinseche che dovranno essere riconosciute e gestite" (Reale D., Antiseri M. Laeng, 1986, p.210) Ma rischia, se esclusivo, di avere dei paraocchi nella lettura della complessità stessa, per questo risultano indispensabili:

- un costante lavoro in équipe
- una formazione specifica alla complessità e a rivedere "il ruolo dell'educatore"
- uno sguardo psicologico interno giornaliero, non in termini solo di valutazione sulle competenze di tutti gli attori (genitori, educatori e bambini) ma soprattutto in termini di attenti osservatori delle relazioni in essere.

Inoltre, il nido ha scelto di aprirsi alle famiglie nei termini che, organizzandosi con la struttura, possano trascorrere momenti della giornata con noi e ancora permanere negli spazi di gioco esterni

al termine dell'orario stabilito. Questa apertura, offre alle famiglie l'opportunità di:

- · Possibili narrazioni comuni
- Generare solidarietà tra di loro
- Vedersi con occhi diversi, paritetici rispetto all'educatore per come è percepito (e per come talvolta l'educatore stesso si pone)
- Individuare nell'altro "un genitore esperto" in fatiche ed insieme condividere possibili strategie
- Vedere nell'altro similitudini e differenze, perché come sosteneva Bateson "è la differenza che crea un'informazione e che aiuta ad accendere un'idea. L'informazione, per aumentare la nostra conoscenza, deve essere inversamente proporzionale a quanto noi ci aspettiamo: tanto più qualcosa è scontato, quantomeno produce informazione" (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p. 69)
- Osservazione delle dinamiche relazionali genitori-figli successivamente alla fase dell'ambientamento.

Le educatrici svolgono quotidianamente colloqui con i genitori che possono prendere anche diversi minuti. "Consegne" che non si limitano all'attività svolta o al menù del giorno, queste notizie sono disponibili via chat, in modo da dedicare spazio alla narrazione emotiva del loro bambino, ma al tempo stesso cogliere come stanno loro, all'interno di una modalità informale.

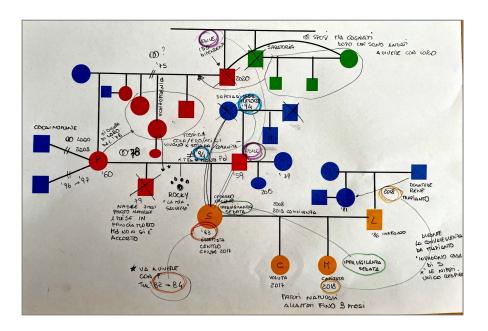
Inoltre siamo disponibili per colloqui qualora il genitore ne sentisse la necessità, ma anche se noi riteniamo necessario avere ulteriori informazioni al fine di comprendere meglio i comportamenti dei bambini stessi, o approfondire cambiamenti in famiglia ai quali talvolta i genitori non danno peso: un trasloco, una ospedalizzazione, l'arrivo di un fratellino. Tutto diventa occasione di dialogo e scambio. Qualora le educatrici intercettassero situazioni di maggiore complessità, ne parliamo in équipe e poi viene proposto al genitore un colloquio specificatamente con me, se lo desidera.

Altre volte, a quella segnalazione, faccio in modo di essere presente all'arrivo di quel genitore ed essere io a proporre un incontro dove il focus è sì il loro figlio, ma che mi sembra possa essere anche per loro un'occasione per interrogarsi sul loro agire ma soprattutto sul loro sentire. Una sana autocritica è matrice trasformata della nostra vita, segno di una disponibilità al cambiamento (Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 2016, p.66). Silvia è sempre stata disponibile alle nostre richieste di dialogo.

#### Caso di Maria e di mamma Silvia

Silvia giunge al Nido su consiglio di un'amica fidata (come emerge dalla scheda) per iscrivere la sua bambina primogenita Claudia (nome di fantasia). Potremmo affermare che questo primo ingresso non aveva comportato particolare attenzione da parte nostra, una mamma come molte, alla sua prima esperienza di genitorialità, con papà Luca un po' periferico e la nonna materna Paola un po' troppo presente. Ma durante questo primo ambientamento di Claudia, Silvia ci comunica che è gravida" della secondogenita Maria e che questo l'ha totalmente destabilizzata, e mi sento di dire a giusta ragione, l'idea di avere due bambine molto ravvicinate spaventerebbe chiunque. Il viaggio al nido di Claudia non desta particolari preoccupazioni, né evidenza tutta la fragilità di mamma Silvia. Sarà il

successivo ambientamento di Maria e la compilazione della scheda di preambientamento con quella voce "capitata" ad essere la premessa dell'enorme
fatica di quel sistema familiare. Anche l'aspetto del sonno meritava molte
riflessioni in quanto a detta di Silvia, Maria "è nata così, non dorme mai
proprio come me. Mia mamma mi dava delle gocce sedative" e così è toccato
a Maria con somministrazione di un sedativo su prescrizione del pediatra
(abbiamo verificato ed era corretto, contattando il pediatra, dato questo che
viene richiesto al momento della compilazione della scheda). Inoltre la paura
principale di Silvia era che la bambina potesse soffocare e che la normale
esplorazione orale la terrorizzava e attivava in lei un forte controllo. Silva
appare molto nervosa e distaccata da Maria, ma qualcosa ci sfugge, è diversa
rispetto all'inserimento della prima figlia. La fatica di due bambine molto
vicine di età può essere la motivazione, ma ... qualcosa non torna. Tra le molte
informazioni, scopriremo successivamente, che nel primo anno e mezzo di



Maria, Silvia ha avuto a sorpresa quasi tutti i pomeriggi la suocera e la cognata perché "le nipotine erano il loro respiro". Luca non riusciva a mettere i confini, probabilmente perché la sorella era stata da poco trapiantata di rene, con donazione dal padre, e questo poneva fine alla possibilità per lei di avere figli.

La scelta di descrivere in particolare la storia di Silvia non vuole sottolineare l'esclusività della diade madre-figlia rispetto a Maria, ma di porre l'accento sulla sua storia personale.

# Genogramma

"Tutte le famiglie sono segnate da qualche storia traumatica. Ogni trauma è conservato all'interno di una famiglia in maniera unica e lascia il proprio marchio emotivo su quelli che non sono ancora nati." (Atlas, 2022, p.11)

Il genogramma familiare rappresenta lo strumento in grado di organizzare le relazioni e gli eventi del ciclo di vita di una famiglia (Sorrentino, A.M., 2008). I suoi dati sono raccolti in modo analogico, facilitando così ipotesi e commissioni. Proprio per queste caratteristiche, il genogramma permette all'operatore di costruire una mappa scritta con un alfabeto semplice E una sintassi intuitiva di immediata comprensione.

#### SCHEDA PRE-AMBIENTAMENTO

Per sostenere questa centralità della famiglia e non solo del bambino, è stato elaborata una scheda che viene compilata dall'educatore nel colloquio di pre-ambientamento che viene svolto da 1 a 2 mesi prima dell'inizio di frequenza. Tale scheda ci offre innumerevoli sguardi a quel sistema familiare che si presenta a noi in un momento del ciclo di vita fondamentale: la neo genitorialità e ci orienta nell'agire. Divenire genitori sposta gli adulti dalla posizione di essere solo figli ad una nella quale sono anche genitori; "rappresenta la possibilità di ridefinire il ruolo genitore-figlio nei confronti della propria famiglia di origine". (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.58)

"La famiglia è infatti un micro sistema (nel senso che la totalità diversa dalla somma delle parti), un piccolo gruppo con storia in continua evoluzione, che possiede (... o dovrebbe possedere) capacità autopoietiche cioè di auto-organizzarsi. Nel corso della sua storia si trova a dover affrontare eventi stressanti (che comportano un processo di riorganizzazione di compiti e ruoli) e crisi di transizione (sia a causa di eventi imprevedibili, sia in seguito ai normali eventi del ciclo di vita familiare), alternando, di conseguenza, fasi di stabilità e di cambiamento".(Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.47)

Per questo la scheda ci permette di cogliere almeno in parte, con possibilità di approfondimenti successivi con me, nel ruolo non solo di pedagogista ma come psicologa e psicoterapeuta in formazione. Nel tempo ci è stato possibile individuare fragilità interne al sistema attuale ma non solo. Infatti "la fragilità di una famiglia non riguarda solo la sua organizzazione attuale, ma è definita dalla sua storia e dai meccanismi di trasmissione intergenerazionale sia dalle carenze sia dai fattori di resilienza" (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.71), e "la storia trigenerazionale della famiglia, acquista una particolare importanza ai fini di dare un senso alle risorse e alle criticità dell'individuo" (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.74). Occorre inoltre tenere presente che "spesso nelle relazioni intergenerazionali sono presenti particolari meccanismi difensivi che si tramandano allorquando eventi traumatici insopportabili rischierebbero di mettere in crisi l'identità della famiglia o la costruzione del sé nei vari membri che la compongono". (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.78)

# Modello di scheda

# Asilo nido la stellina e centro ascolto psicologico il filo

| Data compilazione giugno 2019, ingresso al nido previsto settembre 2019  |
|--|
| Scheda Pre ambientamento del Minore. Maria N.  |
| Genitore presente Md Silvia  |
| Riferimenti e contatti dei genitori  |
| Mamma  |
| Papà   |
| Contatti eventuali parenti Nonna Paola   |
| GRAVIDANZA   |
| come è stata vissuta se il clima relazionale è buono chiedere se ev. Aborti, $\ensuremath{PMA},$   |
| Faticosa avevo già Claudia piccola!! Non ce lo aspettavamo, non abbiamo nemmeno mai pensato all'aborto, eh eh male perché <b>capitata</b> appena smesso allattamento di Claudia e iniziato il Nido (sorella maggiore del 2017 già inserita ad aprile 2018) |
| <b>NATO A TERMINE</b> $SIx$ il 3-12-2018 NO a quanti mesi è nato? perché   |
| Essendo nato prematuro è stato necessario ricovero in Patologia? SI ${\tt NO}$   |
| se si per quanti giorni, è tutt'ora seguito?   |
| PARTO naturale x cesareo programmato cesareo urgenza   |
| <b>ALLATTAMENTO</b> naturale x ad orari x fino 9 mesi o richiesta artificiale  |
| se artificiale perché? (intolleranze, scelta, obbligata)   |
| chi se ne occupa?  |
| Di notte?  |
| <b>ALIMENTAZIONE</b> : a quanti mesi è stato svezzato 5 mesi ma da sempre utilizzo una garza (utilizzata per recupero riabilitativo nella deglutizione) per timore soffocamento  |
| $\underline{\text{tipo di svezzamento}}$ : $classico x$ autosvezzamento  |
| Orari (mangia da solo o con i genitori) le bambine mangiano sedute al seggiolone prima dei genitori, imboccate e pezzi molto piccoli   |

Modalità (*seggiolone*, a tavola, con utilizzo tablet)

Come mangia imboccato, in autonomia, con le mani

Cibi introdotti e dimensioni

GLUTINE (pane, grissini, biscotti etc) si

VERDURE zucchine, patate, carote

FRUTTA mela, pera, banana

LATTICINI si

CARNE bianca

PESCE si

UOVA no

CIBI PREFERITI

EV INTOLLERANZE storia allergica e celiachia del pd e della sorella

**SONNO** come si addormenta utilizzo passeggino, ev routine)

Con chi si addormenta (figura esclusiva?) solo con me o con mia madre

Dove si addormenta e dove dorme appiccicata, ma da quando è al nido NON DORME MAI, abbiamo iniziato un sedativo (prescritto dalla pediatra) ad agosto 2018, a volte io vado in hotel una notte per recuperare il sonno, a casa ci sta mia madre con le bambine

Utilizzo ciuccio SI NO

oggetto transizionale SI NO

Orari del sonno

GIOCO: come e con cosa gioca

Gioca da solo? no perché ho paura che si faccia male

Avete individuato un suo gioco preferito? No

Avete momenti a 2 o a 3 di gioco? .....

#### MOVIMENTO

Quando ha iniziato a gattonare 7 mesi

Quando ha iniziato a camminare non ancora

LINGUAGGIO: a che età ha lallato? Non ricorda

Ricordate la prima parola? Forse mamma

Come distinguete il pianto che segnala dolore da stanchezza a quello che è una modalità di richiesta altra *piange sempre soprattutto per il sonno* 

Quando vuole un oggetto lo indica?

**RELAZIONI AFFETTIVE**: riesci a descrivere come ti sembra il tuo bambino (timido, aperto, chiuso)

Con chi vive la maggior parte della sua quotidianità

È stato affidato ad altri? SIx mia madre NO

Se si a chi? Mia mamma

EV PATOLOGIE? SI NO x

OSPEDALIZZAZIONI? SI NO x

PEDIATRA DI BASE: .....

ORA SE VUOI DIRCI QUALCOSA CHE RITIENI IMPORTANTE CHE È UTILE CHE NOI SAPPIAMO DEL TUO BAMBINO? È nata nervosa come me, dicono lo stesso di me, non dorme mai, è nata isterica

VUOI DIRCI LA COSA CHE Più TI PREOCCUPA DELL'AFFIDARLO ALLE NOSTRE CURE (soffochi, non dorma, pianga etc...) soffochi perché mette tutto in bocca

**NOTE A CURA DELL'EDUCATRICE:** la mamma molto stanca e affaticata, molto controllante e delega molto alla nonna materna

# AMBIENTAMENTO COME OSSERVAZIONE DIRETTA DELLE DINAMICHE RELAZIONALI

L'ambientamento al Nido avviene secondo modalità e tempi specifici per ogni famiglia che tengono in considerazione sia la scheda di pre ambientamento, che l'osservazione diretta sin dei primi attimi dell'ambientamento stesso. Un bambino che non si stacca fisicamente dalla figura genitoriale avrà bisogno di un tempo altro, e al contrario, un bambino che apparentemente esplora senza timore potrebbe fare pensare ad un più rapido ambientamento. Ma non possiamo basarci su osservazioni così superficiali, noteremo come il bambino verifichi più o meno costantemente dove sia il genitore rispetto, piuttosto se si lascia coinvolgere in piccole esperienze modulate all'età del bambino rispetto a quanto si allontana fisicamente dal genitore. In generale è possibile ritrovare delle similitudini tra ambientamento e "Strange Situation Procedure" di Mary Ainsworth sia in termini di contenuto: il tipo di risposta che il bambino mette in atto in presenza dell'estraneo, la reazione alla separazione e al ricongiungimento con il caregiver, la qualità del gioco e dell'esplorazione, e la funzione di base sicura che il caregiver svolge per il bambino, cioè l'equilibrio tra desiderio di vicinanza e desiderio di esplorazione; sia in termini di modalità di svolgimento:

- per alcuni giorni il bambino e il genitore trascorrono del tempo insieme all'educatrice nella stanza, prendendo per così dire confidenza con il contesto. Raramente è capitato che fossero entrambi i genitori contemporaneamente a svolgere l'ambientamento Infatti, nel nostro contesto sociale, questo compito è quasi per la totalità svolto dalla madre. Quindi qualora fosse un padre a svolgerlo, dovremmo porci qualche domanda: la mamma è impossibilitata lavorativamente? oppure non sta bene? O, ancora, è un padre controllante e svalutante verso la madre?
- Successivamente verrà invitato il genitore a salutare il figlio (spesso vorrebbero sparire di soppiatto senza comprenderne il danno) e assentarsi per poche decine di minuti. Questo permette a noi di osservare come si comporta il bambino e a differenza di quello che si può pensare, un bambino indifferente a questo distacco ci farà porre alcune riflessioni su quella diade,
- Osserveremo come si comporta il bambino con il genitore al rientro nella stanza,
- Aumenteremo progressivamente il tempo di permanenza del bambino senza il genitore, chiedendogli però, di essere a disposizione tempestivamente, qualora non riuscissimo a tranquillizzare il bambino. Qualora un genitore non ci risponde al telefono o sottovaluta la nostra richiesta, ci sta offrendo ulteriori informazioni rispetto la loro relazione.

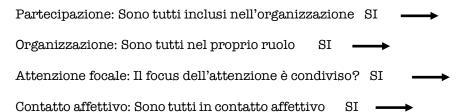
Le prime relazioni di cura costituiscono probabilmente la chiave del normale sviluppo in tutti i mammiferi, inclusi gli esseri umani. John Bowlby, padre della teoria dell'attaccamento, ipotizzò un bisogno umano universale di creare stretti legami che vanno aldilà del fornire solo protezione fisica, (Bowlby J., 1982), infatti, i comportamenti attaccamento vengono attivati

quando qualcosa nel suo ambiente lo fa sentire insicuro. L'obiettivo del sistema di attaccamento è di sperimentare una esperienza di sicurezza, " e costituisce il primo e principale regolatore di esperienza emotiva". (Midgley N., Vrouva I., 2014, p.24). L'ambientamento ci consente di farne un'osservazione diretta, sia pur non validata, e fare le prime ipotesi. Nessuno di noi nasce con la capacità di regolare quindi le proprie reazioni emotive, il sistema diadico di regolazione evolve gradualmente a partire dalla comprensione e dalle risposte del caregiver ai segnali di cambiamento dello stato del neonato. Il piccolo apprende che non sarà travolto dall'attivazione emotiva mentre è in presenza del caregiver perché quest'ultimo è lì per aiutarlo a ristabilire l'equilibrio. Quando inizia a sentirsi sopraffatto dalle emozioni, andrà in cerca del caregiver o gli rivolgerà segnali, nella speranza di essere consolato e di recuperare l'omeostasi. L'attaccamento, quindi, è alla base dell'emergere della mentalizzazione. (Midgley N., Vrouva I., 2014, p.26).

Silvia durante l'ambientamento di Maria era costantemente in allerta per la paura che ingoiasse oggetti o pezzetti di carta, e Maria esplorava in modo poco finalizzato. All'uscita della mamma non ha pianto. Se stanca, era necessario cullarla a lungo, anche per un'ora, così che si potesse abbandonare al sonno. Una volta addormentata crollava per diverse ore, anche per il sedativo. Durante il pasto mangiava quasi tutto frullato perché nonostante avesse un anno si ingozzava costantemente.

Ma come poteva Silvia leggere i reali bisogni di Maria ed attuare di conseguenza le possibili risposte al fine di riportare equilibrio, se lei stessa non è stata una bambina pensata?

L'Intersoggettività nella famiglia viene intesa come la capacità dei componenti del gruppo familiare di comunicare e di comprendere le intenzioni, le motivazioni significati dell'altro, (Malagoli Togliatti M., Mazzoni S., p.39), per questo durante le fasi dell'ambientamento e/o le fasi successive di frequenza, se abbiamo l'occasione di vedere le interazioni della Famiglia Nucleare, svolgiamo delle osservazioni seguendo lo schema sotto riportato:



In questo caso vi è un'alleanza collaborativa (Malagoli Togliatti M., Mazzoni S., p. 47) e sia nella famiglia di origine, che in quella nucleare di Silvia, l'intersoggettività non era ottimale. Nonna Paola, ad esempio, non stava al proprio posto mentre il papà Luca inizialmente non era incluso nell'organizzazione.

# MENTALIZZARE È UN PO' IMMAGINARE

Ora l'ambientamento del bambino si è concluso ed inizia la vera e propria frequenza che rifornirà ulteriori dati utili: i tempi di concentrazione, l'esplorazione, l'autonomia, etc. Allo stesso modo, ogni occasione di relazione con la famiglia sarà preziosa per offrirci ulteriori informazioni, anche una dimenticanza costante nel portare cambi di vestiti al Nido, oppure il non valutare che le scarpine sono ormai troppo piccole, può aiutarci a leggere e non giudicare la capacità di tenere nella mente il loro bambino.

Quando mentalizziamo siamo impegnati in una forma di attività mentale immaginativa che ci consente di cogliere o interpretare il comportamento umano in termini di stati mentali come bisogni, desideri, emozioni, credenze, obiettivi, intenzioni e motivazioni. (Allen, Fonagy, Bateman, 2010)

Usiamo quindi l'immaginazione perché dobbiamo farci un'idea in merito a ciò che gli altri potrebbero pensare o provare, e la capacità di mentalizzare è di vitale importanza per l'auto organizzazione. Nel primo mese di vita, il neonato comincia apprende di essere un agente fisico, le cui azioni possono portare a mutamenti nei corpi con cui ha un contatto fisico immediato. Allo stesso tempo egli comincia a capire di essere un agente sociale, cogliendo che il suo atteggiamento influisce sui comportamenti e sulle emozioni del caregiver. A circa 3-4 mesi, il piccolo inizia a essere attratto maggiormente da contingenze elevate ma imperfette- quel livello di contingenza che caratterizza il rispecchiamento empatico del genitore sintonizzato con le manifestazioni emotive del bambino-, piuttosto che da quelle perfette. (Midgley N., Vrouva I., 2014, p.31)

L'esperienza ripetuta di queste risposte consente al neonato di cominciare a differenziare i suoi stati interni. Una relazione appropriata e di attaccamento sicuro contribuisce in maniera fondamentale alla nascita di precoci abilità di mentalizzazione che permettono al bambino di scoprire o trovare il proprio sé psicologico nel mondo sociale. (Midgley N., Vrouva I., 2014, p.32)

Al contrario se il rispecchiamento del caregiver è incongruente, la conseguente rappresentazione dello stato interno del bambino non corrisponderà allo stato costitutivo del sé E ciò potrebbe predisporre il bambino a sviluppare "un falso sé". (Winnicot, 1970 p.177)

La regolazione emotiva è un preludio alla mentalizzazione, inoltre una volta che compare la mentalizzazione, la natura della regolazione affettiva si trasforma ulteriormente. Non solo la mentalizzazione consente la regolazione degli stati affettivi, ma ancor più importante, è usata per regolare il sé (Midgley N., Vrouva I., 2014, p.32). L'emergere della funzione metallizzante segue una linea evolutiva, che è stata approfondita dalle ricerche che identifica alcuni "punti di fissaggi":

- Durante la seconda metà del primo anno di vita, il bambino inizia a diventare capace di cogliere relazioni causali tra le azioni, i loro agenti e l'ambiente. Il piccolo non ha ancora idea dello stato mentale dell'agente,
- Durante il secondo anno di vita, i bambini cominciano a capire che loro stessi e gli altri sono agenti intenzionali, le cui azioni sono causate da stati mentali sottostanti, come i desideri, e che le loro azioni possono portare a cambiamenti sia nelle menti sia nei corpi. In questo periodo i bambini

cominciano ad acquisire un linguaggio sugli stati interni e la capacità di ragionare in maniera nonna egocentrica sui sentimenti e desideri degli altri. Tuttavia, il bambino non è ancora in grado di rappresentarsi gli stati mentali in modo indipendente dalla realtà fisica e non è ancora pienamente raggiunta la distinzione tra interno ed esterno, apparenza e realtà,

- Intorno ai 3-4 anni il bambino comincia a cogliere che le azioni delle persone sono causate dalle credenze. Intorno ai quattro anni le abilità di mentalizzazione compiono un salto di qualità, da questo momento il bambino può comprendere se stesso gli altri come agenti rappresentazionali. Il bambino comincia a preferire il gioco con i coetanei E questo cambiamento porta a termine il periodo in cui la mentalizzazione è stata acquisita attraverso la mediazione di una mente adulta e apre a una fase, che durerà per tutta la vita, di ricerca di miglioramento della capacità di comprendere se stessi e gli altri in termini di stati mentali attraverso legami,
- Durante il sesto anno di vita ci sono ulteriori progressi, come la capacità del bambino di mettere in relazione i ricordi delle sue attività ed esperienze intenzionali all'interno di un'organizzazione causale-temporale coerente, che conduce alla costituzione del sé esteso nel tempo (Midgley N., Vrouva I., 2014, pp. 33-35)

Pensiamo ora a Paola, la mamma di Silvia, presa ad accudire la sorella schizofrenica e gli altri fratelli tossicodipendenti, parentificata alla madre, abbandonata dal padre. Quale sarà la sua capacità di mentalizzare? Non stupisce che Silvia a sua volta non sia in grado leggere e comprendere lo stato emotivo di Maria; e che di fronte al suo pianto intenso, senta il bisogno di sedarla o di uscire dalla stanza.

È noto che una modalità non mentalizzante viene portata all'interno della famiglia da un genitore che può essere temporaneamente assorto in importanti questioni concrete della vita. (Midgley N., Vrouva I., 2014, p.38). Inoltre sappiamo che all'interno del contesto familiare la mentalizzazione genera ulteriore mentalizzazione, mentre la non mentalizzazione può portare ad una ulteriore non mentalizzazione. (Midgley N., Vrouva I., 2014, p.40)

Nel caso di Silvia inoltre, i confini labili tra le generazioni spesso descritti come "invischiate", (Minuchin, 1974), possono manifestarsi delle forme di mentalizzazione intrusiva. In queste situazioni, la separazione tra le menti non viene rispettata all'interno del nucleo familiare: ciascun membro della famiglia è fermamente convinto di sapere ciò che l'altro pensa e prova ... questo autorizzava la madre di Silvia ad agire sulle nipoti, Silvia di contro non dubitava minimamente che quello non fosse il modo corretto. Alcune domande della scheda di pre-ambientamento, sia pure in modo molto limitato ci possano orientare verso la capacità mentalizzante del genitore.

Ovviamente, parallelamente al lavorare con Silvia, abbiamo attuato strategie affinché Maria stesse bene al nido, ma non è su questo aspetto che vorrei focalizzarmi, avremmo infatti potuto solo elargire consigli senza preoccuparci che venissero poi effettivamente attuati, ma il nostro obiettivo era provare ad attuare un cambiamento in Silvia pur non facendone lei

richiesta diretta. Sin dall'inizio sembrava impossibile far riflettere Silvia del significato sottostante all'ipervigilanza della bambina, né sulle normali fasi di sviluppo della stessa, evidenziando una scarsa capacità di mentalizzare e di conseguenza di regolare Maria.

#### LA METAFORA DELLA TORTA MARGHERITA

Nel corso dei colloqui, risulta fondamentale l'utilizzo della metafora. Questa aiuta a connettere emotività e cognitivi, a superare con la distanza dell'immagine le resistenze, ad attivare la creatività e il pensiero laterale, a dare forma ai problemi, aiutando a porre domande diverse e nuove e quindi focalizzandosi su possibili soluzioni non usuali. (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p. 196)

Probabilmente, anzi sicuramente, questa metafora parla di me, del profumo di vaniglia che mi accompagna da sempre, e per questo mi capita spesso di utilizzarla con i genitori, soprattutto quelli "affranti" dai propri errori nel crescere i loro figli. Ipotizziamo che i massimi esperti di genitorialità abbiano stabilito che per essere un genitore "sufficientemente buono" occorra fare una torta margherita alla settimana ai propri figli.

Questo presuppone che l'abbiamo assaggiata innumerevoli volte e che la ricetta originale ci venga tramandata di generazione in generazione. Alcuni di noi hanno magari mangiato qualche volta una fetta di torta margherita, quindi hanno almeno un vago ricordo del sapore di vaniglia e limone, della consistenza soffice e dello zucchero a velo che ricopre la superficie, ma gli veniva portata senza sapere di preciso chi l'avesse preparata. Altri più fortunati l'hanno mangiata molte volte, ma non solo hanno affiancato il genitore mentre la preparava, aiutandolo sotto il suo sguardo attento in alcuni passaggi come rompere le uova o incorporare il lievito. E ancora hanno spiato dal forno insieme al genitore per verificarne la cottura ed hanno ricevuto in dono la ricetta trascritta con la calligrafia del genitore stesso su un foglio, che ancor oggi porta qualche macchia di zucchero cristallizzato, che ne testimonia l'utilizzo, inoltre insieme ai genitori sono stati al negozio di alimentari sotto casa a comprare gli ingredienti esatti.

Questi sicuramente saranno dei genitori capaci di preparare e trasmettere la ricetta, sicuri del risultato. Ogni genitore ha una versione leggermente personalizzata della ricetta, adatta al proprio figlio. Alcuni genitori, al contrario, non hanno mai assaggiato la torta, e solo da adulti hanno scoperto di doverla preparare ai propri figli, ma non sanno nulla degli ingredienti, quelli più "malmessi" non sanno nemmeno dove trovare gli ingredienti e passano giorni tra le corsie di supermercati per individuarli. Altri ancora recuperati gli ingredienti sbagliano i passaggi o non sanno la giusta cottura.

Ovviamente non esiste un social che si possa sostituire all'esperienza mancante, però possiamo aver spiato qua e là ed aver appreso qualche passaggio. Possiamo quindi dire che se non sappiamo fare una torta margherita ai nostri figli è perché è qualcosa che non abbiamo conosciuto e che non possiamo inventare dal nulla. Alcuni genitori non si sforzano di rimediare a questa mancanza di eredità, altri invece si prodigano e a forza di tentativi ed errori alla fine riescono a preparare delle ottime torte margherite. Ritengo che Silvia appartenga a questo ultimo gruppo di genitori

volenterosi e tenaci, ma che di fatto non hanno colpe nel non saper fare in modo istintivo una torta margherita ai propri figli.

# PERCHÉ RACCOGLIERE LA STORIA IN UN CONTESTO DI NIDO

Come evidenziato siamo partite dalla scheda di pre-ambiemtamento e dai punti critici emersi, uniti alla somministrazione del sedativo che portava Maria a dormire numerose ore durante la giornata limitando la sua esplorazione e il gioco, così come le interazioni. Ci siamo chieste quale fosse la storia personale di Silvia tale da spiegare questo suo essere mamma, spostandoci dal semplice giudizio che avrebbe collocato Silvia in una categoria almeno parzialmente negativa. Non penso proprio di etichettare Silvia come un "cattivo genitore" ma certamente ho intenzionalmente puntato lo sguardo al bambino incompiuto che si nascondeva dentro di lei. (Cirillo S., 2005 p.11)

L'idea del Nido, come accennato nella premessa, non è quella di sdoganare consigli o soluzioni, ma piuttosto porre le basi di un possibile cambiamento tenendo conto della specificità del funzionamento familiare e individuale. (Cirillo S., 2005, p.20). Il nostro desiderio era di porre l'adulto in contatto con la propria sofferenza di bambino, in modo tale che egli possa finalmente empatizzare con quella sofferenza che lui infligge propri figli, così da interrompere, se riuscirà, la catena della ripetizione. (Cirillo S., 2005, p.54). Pensando a Silvia, il cambiamento può essere quello di imparare a mentalizzare, lei che è stata una bambina non pensata e maltrattata.

Come abbiamo letto dalla ricostruzione della sua storia personale, c'è di fatto una storia di infanzia "maltrattata", quindi così come "chi è stato ferito diviene ansioso, irritabile, rivede le immagini di orrore, il più piccolo evento risveglia la memoria del trauma e fa ritornare la sofferenza" (Cyrulnik B., 2009, p.12), per i bambini maltrattati, infatti, tutto costituisce un segnale di allerta (Cyrulnik B., 2009, p.76)

Abbiamo ipotizzato inoltre, che la particolare paura che le sue figlie potessero farsi male e soffocare fuori dal suo controllo, potrebbe risiedere in un trauma vicario del fratello nato morto e la cui narrazione straziante della mamma Paola ha intriso i ricordi di Silvia. I segreti della mente non includono soltanto le nostre esperienze di vita personali, ma anche quelle che inconsapevolmente portiamo dentro di noi: ricordi, sentimenti e traumi che ereditiamo dalle generazioni precedenti. (Atlas G., 2022, p.16)

"mi raccontava che lo aveva tenuto in pancia morto per un mese, e che poi lo ha partorito, ho sentita un sacco di volte questa storia e ancor oggi per lei parlarne è straziante".

La raccolta della storia è avvenuta durante alcuni colloqui individuali, colloqui che Silvia ci richiedeva per avere strategie e consigli. In quelle richieste abbiamo letto il desiderio "non esplicito" di un cambiamento. Tutti i pazienti che intraprendono una psicoterapia sono disposti, pur con mille resistenze a mettere in atto dei cambiamenti, e lo fanno per ottenere qualcosa ... Silvia almeno inizialmente desiderava riposare e con lei la sua bambina e per questo era disposta a cambiare.

Siamo partiti dal chiederci come mai, pur avendo una storia di maltrattamento, Silvia chiedesse aiuto proprio a quella mamma che ancor

oggi risulta squalificante e che si sostituisce a lei in apparente accondiscendenza totale di Silvia e Luca.

Silvia infatti mi racconta che la madre entra in casa ogni mattina alle 6,30 quando loro si stanno per svegliare, "tanto ha le chiavi" e li aiuta a preparare le bambine accompagnandole di fatto lei al Nido. Luca è concorde e non trova per nulla imbarazzante il fatto che lui sia ancora in mutande "ci aiuta", sono così sopraffatti dall'evento, che quella mamma ingombrante è l'unica certezza utile.

Sappiamo infatti che "chiunque in particolare in un momento di crisi e di difficoltà quando, per esempio, si trova di fronte a scelte o decisioni drastiche e non procrastinabili, ha bisogno di certezze. Certezze che mitigano il senso di instabilità a costo di attaccarsi a riferimenti rigidi di cui si privilegia l'immutabilità e la certezza". Quindi per Silvia, Nonna Paola era l'attrattore (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.39)

L'intervento clinico ha il compito di rompere la funzione dell'attrattore fisso, così che il sistema svincoli dalla funzione centripeta dell'attrattore strano e sostituisce il caos con l'instabilità Intervenire in un sistema instabile, anche se con evidenti rischi di vederlo ripiombare in un'organizzazione caotica, può comunque renderlo più sensibile all'introduzione graduale di fattori protettivi che gli permettono di riorganizzarsi secondo schemi via via più ordinati e funzionali. (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.41).

Ci sembrava inoltre che le bambine fossero in una sorta di *affido parziale*, non necessario e nemmeno stabilito aggiungerei, alla nonna materna che le "gestiva" per numerose ore al giorno anche in presenza dei genitori, questo poneva le bambine stesse al rischio dei medesimi fattori carenziali e traumatici che hanno segnato la vita di Silvia. Tale "affido parziale" delegittimata il ruolo di madre di Silvia con il rischio alto che le piccole si trovassero al crocevia di conflitti tra la nonna la madre, che in apparenza pareva essersi volontariamente sottratta dal ruolo di maggiore esperto dei sui figli. (Cirillo S., 2005, p.77)

Abbiamo fatto un tentativo di coinvolgere la nonna al fine di riportarla nel ruolo collaborativo, così da permettere a Silvia e Luca di riposizionarsi centralmente, ma da subito le resistenze sono apparse troppo elevate. In seguito a diversi colloqui che avvenivano con entrambi i genitori, noi nel ruolo di "esperti" che forniscono i modelli e le chiavi di lettura, ma sottolineando che essi erano gli esperti di se stessi e delle loro bambine, abbiamo individuato con loro alcune strategie:

- ingressi differenziati di orario per le due bambine così che un genitore alla volta, magari alternandosi, potesse portarle al nido, lasciando molta elasticità in quelle mattine più difficili per Silvia, così che la sola idea di far tardi a prepararle e non poterle portare al Nido e doversi quindi occupare lei per tutta la giornata, fosse rimossa. Una sorta di "arriva quando riesci", così da riportare la centralità dei genitori almeno nel pezzettino riguardante l'ingresso al nido,
- mamma Silvia e papà Luca, così come altri genitori, hanno avuto l'opportunità, ma soprattutto hanno accettato, di stare al nido durante il momento del pranzo e osservare le competenze ed autonomie di Maria che si gustava il cibo senza alcuna difficoltà,

• Colto che le bambine, in particolare Maria, non dormivano perché cercavano vicinanza e calore, abbiamo insieme cercato una nuova routine. Sono stati posizionati due materassi a terra, uno per ogni stanza, così che ogni genitore, alternandosi, facesse addormentare una e l'altra figlia, se necessario restando durante la notte così che tutti potessero recuperare un sonno più continuativo e meno disturbato, soprattutto per Luca che lavorava regolarmente. Pian piano, dopo diversi mesi, hanno portato le due bambine nella loro stanza e mamma e papà si sono riappropriati della loro, ma continuano ancor oggi ad accompagnarle al sonno con libre e coccole e se necessario a consolarle durante la notte.

Una volta iniziato il processo di svincolo, riposizionato il ruolo della coppia genitoriale al centro si presentava ora un ulteriore rischio, e cioè quello di una dipendenza da noi. Prendendo in prestito alcune parole del dottor Cirillo nel libro "Cattivi genitori", quali si riferisce ai terapeuti, ma che sia pure in modo diverso penso riguardino anche il ruolo dell'educatore "sta a noi non sfruttare tale dipendenza per trionfare su di loro, schiacciarli con il nostro potere, per soddisfare i nostri bisogni di onnipotenza e di riparazione delle nostre miserie a loro spese (Cirillo S., 2005, p.279). Il mondo è pieno di ottimi genitori con i figli degli altri. Un buon educatore non è certo colui che fa sentire inadeguato il genitore sfoggiando tutte le sue competenze.

Sicuramente veniamo spesso sollecitati a dare risposte, consigli all'interno del contesto Nido, contesto inteso come contenitore, concreto e simbolico nel quale si attua il nostro intervento, e se Mara Selvini Palazzoli insegna che il contesto è la matrice dei significati, il contesto nido oltre ad essere luogo di accudimento, di esperienza educativa è sicuramente un luogo più affine alla psico-educazione, ma anche luogo di apprendimenti del processo di mentalizzazione. I genitori spesso hanno la necessità di provare ad adeguarsi al ruolo che immaginavano di aver "scritto in fronte" a seguito del modo in cui gli altri si stavano rapportando con loro, e proprio per questo chiedono all'educatore di sfornare consigli proprio perché l'immagine che gli viene restituita è proprio di inadeguatezza. Ma qualsiasi contesto definibile come non terapeutico può offrire all'operatore insostituibili occasioni per agire terapeuticamente, purché si eseguano interventi, intesi a provocare desiderabili cambiamenti relazionali non solo restando coerenti al contesto, ma perfino strutturandone le marche e le regole come validi propulsori. (Selvini Palazzoli, 1989, p.XIV, presentazione in Cirillo S., Di Blasio, P.).

### Attaccamento di Silvia

Partendo dall'assunto che l'attaccamento è la strategia di difesa dal pericolo, così come assodato che l'ambiente influenza concretamente il suo comportamento e il suo sviluppo, le esperienze, le relazioni e i fatti caratterizzanti l'età infantile, risultano quindi determinanti e incisivi rispetto allo sviluppo della persona. (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p.82)

Nei primissimi minuti dopo la nascita, non appena il bambino viene adagiato sul petto materno, in genere madre e neonato possono sentire l'uno il palpitare del cuore dell'altro. Questa e altre esperienze precoci di attaccamento costituiscono esperienze corpo a copro: abbracciare, cullare, nutrire, accarezzare, stabilire un contatto visivo. Più che attraverso le

parole, comunichiamo ai neonati attraverso versi e altre interazioni affettuose che trasformano la cadenza della nostra voce, quasi stessimo cantando, una melodia. (Fisher J., 2022 p.134). Migliore è la qualità delle nostre esperienze precoci di attaccamento, maggiore sarà la nostra capacità di tollerare gli affetti negativi durante lo sviluppo verso l'età adulta. La capacità di tollerare gli affetti, autoconsolarsi e conquistare un senso integrato di sé nel corso della vita dipende dalla capacità di autoregolazione e auto consolazione acquisite nel corso dei primi anni di vita che comprendono sia la capacità di regolazione interattiva (venire consolati dagli altri) sia di autoregolazione (la capacità di regolare se stessi). Durante la fase dello sviluppo il bambino crea e organizza una serie di modelli di sé stesso e degli altri sulla base di specifici pattern ripetuti di esperienze interattive (Holmes, 1993) (Cambiaso G., Mazza R., 2018, p. 81). Il processo di costruzione di modelli operativi interni accompagna la crescita dell'individuo.

Sappiamo ormai con certezza che un bambino sicuro acquisisce il sentimento di essere capace di conquistare il mondo mentre un bambino abbandonato, senza una base sicura o attaccato a una base insicura acquisisce il sentimento di essere sottomesso al mondo "la mia libertà dipende dalla forza che mi da' lei", pensa certamente il neonato. (Cyrulnik B., 2009, p.126)

I segnali di attaccamento sono identici a quelli della dipendenza: piangere per chiamare, esprimere la mancanza di lei, ricercarne la vicinanza, aggrapparsi quando arriva, calmarsi. Nei primi mesi di vita il bambino è totalmente dipendente dell'adulto di riferimento, una dipendenza che via via dovrebbe lasciare spazio a margini sempre maggiori di autonomia. Questa dipendenza dalle braccia dell'altro e del suo mondo mentale, pone, fin dai primi mesi di vita, il problema dell'obbedienza: senza l'altro non ho alcuna possibilità di svilupparmi, e nemmeno di sopravvivere" (Cyrulnik B., 2009, p.126); ma se non avviene questa sintonizzazione non mi resta che urlare sempre di più, o rinunciare. Il bambino, intrappolato in un ambiente prevaricante, si trova a dover affrontare un compito di adattamento di grande complessità. Dovrà trovare una strada per conservare un senso di fiducia in gente inaffidabile, sicurezza in un ambiente insidioso, controllo in una situazione di assoluta imprevedibilità, senso di potere in una condizione di totale mancanza di potere. Incapace di occuparsi di se e di proteggersi, egli deve compensare la mancanza di cura e protezione degli adulti con i soli mezzi che a sua disposizione (Herman, J.L., 1997, p.131). L'adattamento a questo clima di costante pericolo richiede uno stato di allerta permanente. I bambini in un ambiente del genere sviluppano straordinarie abilità nell'individuare i segnali di un'aggressione. Essi imparano a sintonizzarsi perfettamente sugli stati interiori dei loro oppressori e a riconoscere i più piccoli cambiamenti nelle espressioni del viso, della voce e del linguaggio del corpo come segnali di rabbia. (Herman, J.L.,1997, p.135).

Maria come sua mamma Silvia ha deciso di fare tentativi di iper attivazione del genitore, possiamo dire che a Maria è andata meglio che a Silvia, perché pian piano la mamma si è lasciata permeare dal pianto aprendosi al significato sottostante.

Dopo circa 4 mesi dall'ingresso di Maria, ma ormai quasi più di un anno che ci conosce, riesce ad aprirsi con me e mi racconta la sua storia

Silvia è una bambina nata dopo un fratello deceduto in pancia, senza che la madre se ne rendesse conto. Il suo parto sembra sia stato altrettanto pericoloso "avevo il cordone intorno al collo", ed infatti è venuta alla luce con un parto cesareo d'urgenza. Un'infanzia affidata ad altri, con una convivenza con una zia schizofrenica e in piena astinenza da droghe pesanti proprio quando Silvia viene al mondo. Un padre dedito al lavoro, edile come il nonno materno, e che tradirà mamma Paola più volte, proprio come fece il nonno materno. Una madre fredda e spaventante che per riconquistarsi un padre abbandonico e traditore riprende a lavorare con lui quando Silvia ha pochissimi mesi di vita. Non ricorda momenti di gioco, di coccole, non cucinava mai. "Il mio cane Rocky era la mia salvezza, così come la nonna paterna Lucia, lei sapeva di casa, di cibo". Quando è morta la nonna Lucia per me è stato traumatico, nello stesso anno i miei si sono separati ed io sono rimasta a casa in prevalenza con la mamma. A volte anche papà era la salvezza che diceva alla mamma "lasciala un po' stare quella povera figlia".

La mamma era presa dal suo star male e bastava un niente per esplodere con me, mi picchiava e mi diceva brutte cose "sei deficiente" "lascia stare faccio io ". Mamma Paola, già all'età di 16 anni si è occupata dei tre fratelli tossicodipendenti che hanno fatto una vita tra strade e comunità. Silvia racconta che la madre le diceva che andava con l'allora fidanzato e poi marito a cercarli. Una nonna materna semplice ma di cuore, un nonno materno che dopo aver accolto in casa la cognata e i due nipoti del fratello morto in una sparatoria, lascerà moglie e 4 figli per sposarsi con lei. Mamma Paola avrà due storie successive, l'ultima con un ragazzo più giovane di lei e cocainomane, mentre il padre si rifarà una famiglia, ma Silvia continua a sentirlo presente. Silvia frequenta nido, scuola infanzia e scuole private, ritenuta da tutti non abbastanza intelligente decide di fare un professionale (unica di tutta la suo scuola) e aprirà un centro estetico grazie all'aiuto economico dei suoi genitori, che chiuderà per crescere le sue bambine.

Il ripercorrere la sua storia personale, in un processo narrativo coerente, ha permesso a Silvia di comprendere nel tempo il perché dell'agire della madre. Solo una narrazione tranquilla e coerente, in grado di costruire una parola dopo l'altra, in una intimità condivisa, può permettere una ripresa resiliente. Risalendo alla storia di mamma Paola, primogenita che si è trovata ad accudire tre fratelli entrati nella tossicodipendenza quando ancora era minorenne, ha permesso a Silvia di vedere la ferita della madre. Inoltre, Silvia ha compreso che la trascuratezza appena nata aveva come senso per mamma Paola il mantenere un minimo di legame con il padre. Un padre che si era rifatto una vita, abbandonandoli e sposando la cognata vedova e adottandone i due figli che aveva portato in casa dopo la morte violenta a causa di una sparatoria del fratello minore. "praticamente ha rinunciato a me pur di avere un po' suo padre".

"Il semplice fatto di essere genitori richiede una cospicua dose di generosità: mio figlio viene prima di me ... mi sento talmente bene quando sta bene, ma questa centralità del figliolo può essere totale e prolungata all'infinito. Questo piacevole dono di sé, non è una perversione, poiché viene tracciato un limite, come se il genitore dicesse: "renderti felice mi rende felice ma tu non puoi esigere tutto". Il genitore che adotta una strategia affettiva di questo tipo assume il proprio ruolo di base sicura, impedendo che coloro

che egli ama esercitino un potere totalitario: "non puoi domandarmi tutto, non puoi trasformarmi in tiranno affettivo". (Cyrulnik B., 2019, p.116)

Nel Caso di Silvia, lei viveva Maria come un tiranno, ma di fatto erano richieste continue e adeguate di vicinanza da parte di una bambina che non riusciva a percepire la sua mamma su di sé in modo adeguato, al contrario veniva accusa lei stessa di esserne la causa di eccessive richieste "è nata così, già al nido in ospedale non dormiva"

Con una figura di attaccamento spaventata/spaventante, i bambini sono presi da una trappola relazionale: il loro sistema di difesa li motiva a fuggire dalla figura di attaccamento mentre, al tempo spesso, il loro sistema di attaccamento li motiva, sotto l'influenza perentoria della paura di separazione, a sforzarsi di ottenere il conforto della sua vicinanza. (Fisher J., 2022, p.135)

Possiamo configurare l'attaccamento di Silvia come "disorganizzato" e le due potenti motivazioni innate (attaccare e difendersi dalla figura di attaccamento) rimangono entrambe fortemente attive, alternando momenti in cui domina una sull'altra e viceversa. (Fisher J., 2022, p.136)

Il bambino e più tardi l'adulto, sarà intrappolato tra due spinte ugualmente forti: nel contesto di un accudimento spaventato/spaventante il Caregiver diventa allo stesso tempo la fonte e la soluzione dell'allarme provato dal bambino (Liotti, p.234). Silvia riferisce di aver avuto sempre paura di sua madre ma al tempo stesso era la persona da cui sentiva di dipendere ... persino nell'accudire Maria. Sono trascorsi 3 anni dall'ingresso di Maria al nido, ora frequenta la scuola dell'infanzia. Silvia ora è in grado di comprendere il perché del comportamento di sua madre, sente di essere passata dall'iniziale dipendenza, alla successiva rabbia e ora in una sorta di perdono.

Superare, infatti, una sofferenza inflitta da altri uomini implica un lavoro narrativo ancora più complicato, poiché non si deve dominare solamente la realtà della ferita, ma in più, è necessario trovare un significato all'intenzione dell'altro, al suo desiderio di distruggerci. (Cyrulnik B., 2019, p.43). Il perdono verso i genitori è una caratteristica centrale delle sedute intergenerazionali. E' un esito fortunato, perché chi perdona un genitore perdona se stesso, e non deve soffrire le manifestazioni multiforme dell'odio verso di sé. (Framo J.,1996 p.57). Possiamo comunque affermare, che al di là del perdono quando possibile, maltrattamento e abuso inducono cicatrici difficili da guarire e forse mai del tutto rimarginatili. E le ferite deprimi anni di vita, anni fondamentali per lo sviluppo del corpo-mente, della formazione dell'autostima, della rappresentazione di sé rispetto a un altro, dell'immagine corporea, del senso e del valore della vita umana, sono le più profonde. (Cancrini L., 2017, p. XIII).

### TERAPEUTA AL NIDO

Sin dall'inizio, ho sempre pensato al percorso al nido come un viaggio che percorriamo insieme con le specificità ed unicità dei bambini e delle loro famiglie. Yalom parla della relazione tra il terapeuta e il paziente come "compagni di viaggio" e sottolinea l'importanza che il terapeuta debba tentare una terapia nuova per ogni paziente, allo stesso modo, ogni bambino ha il diritto di avere una progettualità educativa a misura sua e della sua famiglia. L'idea di Yalom di cercare di elaborare una terapia su misura per ogni paziente, di trovare il modo migliore di lavorare e considerare il processo di dar forma alla terapia non una base, un preludio, ma l'essenza stessa del lavoro credo sia in qualche modo trasversale anche al Nido. (Yalom I., 2014, p.47)

Il viaggio, quello con Silvia e la sua famiglia nucleare, ci ha visti solo inizialmente metterci alla guida, ma poco dopo siamo andati a sederci dietro lasciando come avrebbe dovuto esser sin dall'inizio il posto di Luca accanto a lei. Mi sento di dire, che siamo potuti scendere dopo qualche fermata lasciandoli proseguire da soli.

Sicuramente, almeno inizialmente, abbiamo cercato di guardare dal finestrino, cercando di vedere il mondo come lo vedeva lei (Yalom I., 2014, p.34) e, piano piano, farle scorgere il paesaggio da tutti i punti di vista a disposizione. Questo è stato possibile quando Silvia si è sentita pronta a narrare la propria storia e ad ascoltare il proprio dolore. Perché il presupposto di una terapia efficace è la capacità di adattarsi all'immagine del mondo dell'altro. (Watzlawick P., 2019, p.75)

Spesso il terapeuta è l'unico testimone di grandi drammi e atti di coraggio, (Yalom I., 2014, p.30), Silvia ci ha permesso di essere per un momento della sua vita testimoni del suo dolore ma anche della sua forza. Noi come equipe siamo stati facilitatori del processo, così che siano potuti emergere i veri protagonisti della storia, Silvia, Luca, Claudia e Maria. Restituendo ai genitori la piena titolarità così che potessero fare delle assunzioni di responsabilità non posizionandosi più come solo delle vittime. L'assunzione di responsabilità è indispensabile perché si possa attuare un cambiamento, e sentiamo che in parte silvia e Luca lo abbiano attuato, questo è stato possibile anche all'interno di un contesto non terapeutico come il Nido, nel quale io in qualità di terapeuta ho rinunciato al ruolo (non ho svolto una vera psicoterapia) ma non all'obiettivo (Cirillo S., 2023, p.XXI): il possibile cambiamento.

### CONCLUSIONI

Prendo in prestito alcune parole del Dott. Cirillo, parlando a proposito del complesso contesto di una famiglia che abbandona un bambino, nel quale ci si chiede quale è il gioco più grande di loro che si sta giocando? Sicuramente il caso di Maria non ha certo la stessa gravità, ma allo stesso modo, quale è il gioco in atto per cui due genitori decidono di sedare la propria bambina senza presupposti clinici rilevanti?

La sfida, prosegue il dott. Cirillo, è capire chi ci sta di fronte e, per raggiungere questo obiettivo, sarà necessario raccogliere informazioni

significative utili a costruire un'ipotesi sul disfunzionamento della famiglia. Per questo, riteniamo possa essere utile la compilazione della scheda di preambientamento al Nido, ci permetterà di ragionare su molti perchè:

- perché se un bambino è allattato artificialmente il padre rimane periferico? È la madre che accentra o il padre che delega?
- se non va mai a dormire al di fuori della coppia genitoriale anche dopo diversi mesi dalla nascita è per non volontà della coppia, per mancanza di una rete supporti?
- se c'è stato un ricovero alla nascita sono consapevoli i genitori dell'interruzione dell'attaccamento, etc. Si potrebbe proseguire a lungo sulle ipotesi che emergono dai dati che raccogliamo, di sicuro "i dati possono divenire informazioni utili per costruire un'ipotesi solo se li possediamo" (Selvini M., p.71)

Mi vorrei soffermare ora su una affermazione del dott. Barbisan presente nel libro "Contesti non terapeutici" (Cirillo S., Barbisan D., 2023, p.19)," nell'esercitare la professione psicosociali possiamo scegliere, oppure può capitarci disperare in luoghi presso utenti che non prevedono una messa in discussione delle premesse alla base di comportamenti problematici su cui ci è chiesto di intervenire". Al Nido non ci viene chiesto di "lavorare sui genitori" soprattutto quando questi non lo richiedono, ma sicuramente possiamo lavorare con i genitori per il benessere dei loro figli.

Riteniamo che il Nido come contesto non terapeutico sia stato per Silvia come un trampolino per la terapia (Cirillo S., Barbisan D., 2023, p.51) iniziata qualche anno dopo. Silvia è finalmente pronta a ripercorrere la sua infanzia e la frammentazione del sé: Silvia mamma o Silvia bambina, così da percepirsi come una sola. Silvia è ancora poco compassionevole con se stessa, mentre lo è maggiormente con gli altri, prova imbarazzo nel ricordare quando affermava che Maria era anche piuttosto brutta, ora invece la vede bella con grandi occhioni curiosi, "ora Maria è una meraviglia". Spero che nel tempo Silvia riesca a fare pace con le proprie parti. "Fare amicizia con le proprie parti non costituisce soltanto un intervento terapeutico: contribuisce anche allo sviluppo dell'auto-accettazione, una parte alla volta".

Fare amicizia con se stessi e mostrarsi curiosi e interessati piuttosto che svalutanti o giudicanti, porta ad un rallentamento del proprio arousal (Fisher J., 2022, p.129). Il cambiamento è un congedo lieve dal nostro passato: dalla nostra infanzia, dai nostri ruoli familiari, dai nostri Sè conosciuti. Per evolvere ed essere creativi è necessario separarsi e vivere il futuro, anziché cullarsi nel passato. Un passato non elaborato non ci consente di progredire, bensì ci trattiene nel ruolo di guardiani della nostra storia (Atlas G., 2022, p.99), in questo penso che per Silvia sia stato un cambiamento, ripercorrere la sua storia per poter vivere le sue bambine. Silvia è riuscita a vedere le differenze tra lei e sua madre, al tempo stesso si è riconosciuta più consapevole dei cambiamenti fatti e di quelli che ancora può attuare, è riuscita a guardare in modo più compassionevole i suoi "sbagli" comprendendo che sono stati il suo miglior tentativo, e che ora sa fare delle ottime torte margherite alle sue bambine.

Questo articolo è stato condiviso con Silvia e Luca.

Ringrazio prima di tutto Silvia, Luca e le loro meravigliose bambine, per avermi permesso di viaggiare con loro e per aver voluto condividere la loro storia.

Ringrazio le educatrici del nido la stellina che hanno accolto la mia visione di educazione e che soprattutto hanno saputo farla loro

Ringrazio tutte le famiglie del Nido per affidare a noi i loro figli e perché condividono con noi le trame intime delle loro storie personali. qui il testo

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A., *La mentalizzazione nella pratica clinica.* Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2010
- Atlas, G., L'eredità emotiva. Raffaello Cortina, Milano 2022
- Bowlby, J., Costruzione e rottura dei legami affettivi. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1982
- Cambiaso, G., Mazza, R., Tra intrapsichico e trigenerazionale. Raffaello Cortina, Milano 2018
- Cancrini, L., Ascoltare i bambini. Raffaello Cortina, 2017
- Cirillo, S., Cattivi genitori. Raffaello Cortina, 2005
- Cirillo, S., Barbisan, D., *Il cambiamento nei contesti non terapeutici.* Raffaello Cortina, Milano, 2023
- Cirillo, S., Di Blasio, P., *La famiglia maltrattante.* Raffaello Cortina, Milano 1989
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M., *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica.* Raffaello Corina, Milano 2016
- Cyrulnik, B., *Autobiografia di uno spaventapasseri.* Tr. it. Raffaello Corina, Milano 2009
- Dewey, J., *Esperienza e educazione*, [1938], Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014
- Fisher, J., *Guarire la frammentazione del sé.* TR. it. Raffaello Cortina, Milano 2022
- Framo, J., L., *Terapia intergenerazionale. Un modello di lavoro con la famiglia d'origine.* Raffello Corina, Milano 1996
- Goldschmied E., Jackson S., *Persone da zero a tre anni.* Tr. it. Edizioni Junior, Azzano S. Paolo (BG) 1996
- Herman, J. L., Guarire dal trauma, Magi. Tr. it. Roma 1997
- Honegger Fresco G., *Un nido per amico.* Edizioni La meridiana, Molfetta (BA) 2001
- Liotti, G., Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration". In Journal of Psychotherapy Integration, 21(3), pp.232-252
- Malagoli Togliatti M., Mazzoni S., Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Raffaello Cortina Milano 2006
- Midgley N., Vrouva I., *La mentalizzazione nel ciclo di vita.* Tr. it. Raffaello cortina, Milano 2014
- Minuchin, S., Famiglie e terapia della famiglia. Tr. it. Astrolabio, Roma 1977

Reale D., Antiseri M. Laeng, *Filosofia e pedagogia dalle origini ad oggi, vol. 3.* Editrice la scuola, Brescia 1986, p. 762.

Selvini M., Reinventare la psicoterapia. Raffaello Cortina, 2004

Sorrentino, A.M., *Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale del paziente.* in Terapia Familiare, pp.59-91

Yalom I.D., *Il dono della terapia.* Tr. it. Neri Pozza editore, Vicenza 2014 Watzlawick P., *Il linguaggio del cambiamento.* Tr. it. Feltrinelli, Bergamo 2019

Winnicot, D.W., *La distorsione dell'io in rapporto al vero e falso sé*. Tr. it. Armando, Roma 1970.

## RECENSIONI

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



## Esteban Laso e Alfredo Canevaro TERAPIA ESPERIENZIALE PROFONDA

Luigi Guerriero Editore, 2023, pp. 246.

### Roberto Mazza<sup>1</sup>

Alcuni dei contenuti del libro di Laso e Canevaro *Terapia emozionale profonda*, tradotto da poco in Italia, mi sono noti da tempo attraverso gli articoli in cui in questi anni Canevaro ha anticipato contenuti originali del suo pensiero in riviste scientifiche di terapia sistemica, nei seminari e alle lezioni cui negli anni ho potuto presenziare presso la nostra Scuola di Psicoterapia. Al contempo conoscevo già alcuni dei lavori di Laso proprio attraverso lo stesso Canevaro che mi aveva fornito in particolare materiali utili per la riflessione su concetti di risonanza in ambito sistemico (Terapia familiar en clave emocional. Breve revisiòn teòrica, 2015).

Il libro che presento ha una serie di peculiarità che lo contraddistinguono nel panorama della letteratura clinica sistemica più recente, innanzitutto nel presentare un approccio clinico assolutamente originale (direi soprattutto per le terapie di coppia, e in parte per quelle individuali-sistemiche) con uno stile didatticamente molto efficace sia nelle prime due parti dedicate alla teoria e ai principi della terapia, ma in particolar modo nella terza parte del testo dedicata alla terapia esperienziale profonda. Vorrei soffermarmi più su

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Didatta Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

questa parte con l'intento di poter rappresentare un modello d'intervento piuttosto singolare, anche se non trascurerò una breve rassegna delle prime due parti che fanno da cornice teorica, ma anche etica ed esistenziale, forse anche politica, al testo.

### Le cornici del lavoro clinico: teorie e principi.

Direi che un caposaldo concettuale e clinico, ben rappresentato nelle prime due parti del libro, è che i pazienti per cambiare abbiano bisogno di esperienze reali, emozionali, "vive", prodotte nello spazio terapeutico o agite successivamente nelle loro relazioni e nei contesti di vita, non solo pensate, non solo frutto di consigli ed elaborazioni cognitive. Un secondo principio teorico che mi è parso nel libro un concetto guida per la pratica è l'idea che in ogni sintomo o in qualsiasi disagio sia presente la convinzione di non essere stati amati, o aver subito un'esperienza carenziante in un ambito vitale: un trauma, una violenza, una separazione...ma anche un discredito o anche, come si diceva un tempo, una disconferma (purchè prolungata nel tempo) sul piano comunicativo e relazionale. Eventi che per lo più contengono una loro perniciosità e patogenicità se avvenuti durante l'infanzia e qualche volta in adolescenza, ma che spesso trovano una contiguità isomorfica nelle relazioni del presente dove sostanzialmente l'esperienza negativa si ripete o si protrae oppure si ricrea con un nuovo partner o in un nuovo contesto. Un terzo piano d'appoggio teorico su cui si dipana la matassa clinica riguarda la "svolta emotiva della terapia sistemica", l'idea che se si voglia produrre una terapia esperienziale profonda non si possa prescindere dalle emozioni, dal loro significato, dalla loro analisi e dall'uso che ne dobbiamo fare in terapia. Ciò che viene proposto sul piano della psicoterapia non è cambiare l'emozione, ma riconoscerla, affrontarla, intensificando e irrobustendo soprattutto le emozioni primarie (amore, protezione, riconoscimento, rispetto, valorizzazione), identificare le emozioni che feriscono, salvaguardando le necessità primarie delle persone, ridefinendo le relazioni con gli altri in funzione delle basi di affetto/rispetto.

Sul piano metodologico gli autori non possono che declinare il tema delle emozioni improprie e la loro risoluzione all'interno di un contesto relazionale e familiare, lavorando spesso con le famiglie d'origine. In questo spazio trovo sempre una convergenza tra pensiero psicoanalitico e pensiero sistemico (il presente metacomunica sul passato e viceversa, ma anche la sincronia relazionale sul presente può riparare falle del passato). Nella convocazione a scopo terapeutico dei familiari significativi (e in particolare le famiglie d'origine) Canevaro è il Maestro. Ci ha insegnato che il modo più efficace per cambiare il nostro rapporto col passato e produrre una trasformazione nel presente, in noi e nelle persone che ci circondano, è farlo con la partecipazione delle persone che ci hanno portato a essere quello che siamo, cioè la nostra famiglia d'origine. Una parte specifica del suo lavoro è anche da anni concentrata sulla presentificazione della

famiglia nella terapia individuale, laddove la famiglia non ci sia o non sia disponibile e l'utilizzo dell'esperienza della terapia familiare e delle potenzialità e complessità dei vari intrecci familiari nella terapia individuale.

Sul piano della tecnica la terapia esperienziale profonda di Laso e Canevaro promuove un processo di maturazione dell'individuo che idealmente possa a sua volta produrre un cambiamento sia nell'asse orizzontale della famiglia attuale sia in quella verticale, di origine secondo una reazione a catena che parte dalla consapevolezza della connessione tra gli eventi di vita importanti ma sino ad allora non collegati.

Se il principio base dell'impianto teorico del testo è il far prevalere la via esperienziale nella seduta clinica rispetto alla razionalizzazione e al pensiero, molte parti del libro delineano una serie di capacità che il terapeuta deve necessariamente acquisire o affinare per portare a termine questo tipo di terapia esperienziale profonda e produrre cambiamento. Si tratta in particolare di lavorare sul terapeuta perché sviluppi un'autentica empatia relazionale in grado di ben condurre i pazienti con autorevolezza e carisma in grado di sostenere efficacemente la tecnica. Aggiungerei anche, con quella necessaria dedizione e solidarietà umana che sappiamo così viva e presente in Alfredo e che solo intuisco anche nelle sole descrizioni cliniche di Esteban (pp.140-41) che renderebbero tali esperienze difficilmente replicabili.

### L'esperienza clinica

Sul piano operativo si aggiungono ai principi e alle teorie guida la capacità l'impegno e la speranza: sembrano essere gli ingredienti comuni e necessari per un buon risultato terapeutico che si richiedono a entrambi, paziente e terapeuta. La filosofia della terapia di Esteban e Alfredo presuppone un punto cardine che è l'accettazione da parte dei pazienti del contesto terapeutico che prevede un atteggiamento mentale in cui si condivida l'idea che i sintomi e i dilemmi del paziente hanno origine nella sua storia familiare e relazionale. Tale predisposizione diventa la base della costruzione dell'alleanza, una relazione di fiducia in cui si superino le paure, gli atteggiamenti troppo protettivi verso i familiari e una discreta apertura verso le convocazioni dei familiari. Superare in fase iniziale l'atteggiamento difensivo. Se questo appello riesce il semplice atto di riunire le persone in un clima di accettazione e condivisione scioglie le incomprensioni e permette di condividere quelle esperienze particolari incoraggiandoli a esprimere apertamente le loro emozioni. Questo ritengo sia il primo passaggio clinico, assai impervio, ma indispensabile per poter accedere alle terapie esperienziali profonde, i percorsi delle terapie di coppia o individuali, le diverse e originalissime tecniche (la tecnica dello zaino, gli ampliamenti ai familiari, il ringraziamento reciproco, l'uso delle identificazioni proiettive) la procedura dei rituali, che costituisce un modello operativo (non una mera "tecnica") che si muove nell'ordine del simbolico e del metaforico e costituisce un importante "atto di trasformazione delle emozioni" attraverso una serie di azioni simboliche che strutturino un cambiamento nell'esperienza dei partecipanti, con l'obiettivo che questi persistano nella vita quotidiana.

Il volume nella sua ultima parte espone quindi dettagliatamente casi clinici esemplari e didatticamente efficaci per i vari settori elencati. Li penso soprattutto per i nostri allievi che troveranno nei vari percorsi l'elencazione di tappe metodologiche in grado di fornire non un protocollo rigido d'azione ma un utile orientamento elastico e adattabile ad ogni singolo caso. Mi ha colpito molto la sequenza che gli autori tracciano per le terapie di coppia, dove le variabili sono infinite e discernere per ogni tappa cosa fare, cosa chiedere, come valutare la tenuta, la motivazione, le differenze, le aspettative, le speranze di ciascuno diventa un compito improbo. Così come indagare le varie aree: le famiglie d'origine, le influenze intergenerazionali, le affinità di coppia, la trasparenza, i segreti. O ancora come utilizzare le informazioni ricavate in setting diversi, coi singoli partner, coi genitori, con un figlio. Come ci ricordano gli autori i protocolli sono utili, tracciano strade, spianano sentieri rendendo più facile l'orientamento, ma non potranno mai sostituirsi alla persona del terapeuta, con le sue caratteristiche la sua esperienza la sua empatia, né limitarne la creatività irrigidendone le procedure. Si tratta di un buon libro che aiuta il clinico a pensare, un testo di partenza su cui poter costruire ulteriori percorsi clinici, sempre più sofisticati e adattabili alle nuove realtà e ai nuovi disagi psico-sociali che si profilano sempre più intensi e di non facile trattabilità in questi momenti di crisi e di grande disorientamento delle famiglie.



# Alberto Vito 88 divagazioni. Psicologia, ricordi e altri pensieri La valle del Tempo, 2023, pp. 180.

### *Liliana Redaelli*<sup>l</sup>

A ottobre del 2020 Alberto Vito, psicologo-psicoterapeuta familiare e sociologo, inizia a collaborare con il giornale online @ltroPensiero.net. È da una selezione ragionata degli articoli apparsi nell'arco di questi tre anni che nasce il libro 88 divagazioni. Psicologia, ricordi e altri pensieri. Questa raccolta, ordinata per attinenze tematiche, spazia dalle riflessioni sulla vita personale a quelle sulla politica, passando dalle considerazioni sulla psicologia, sulla sociologia e sull'attualità.

La qualità che pervade il libro è legata alla profondità delle riflessioni, alla chiarezza dello stile, allo spirito ironico e alla costante connessione con il vivere quotidiano.

Appena inizia il libro, ci si si dimentica che questi scritti sono nati per una finalità pubblica e sembra di trovarsi di fronte a un diario personale in cui l'autore lascia traccia del proprio vissuto, dipana i fatti del quotidiano, si interroga sul mondo, condividendo riflessioni e stati d'animo. L'autore avvicina il lettore grazie allo stile essenziale e diretto con cui racconta aneddoti personali ed eventi collettivi.

Come scrive nella prefazione Cristiano Gatti, direttore della rivista @ltroPensiero.net, "se Alberto Vito scrive di vita e di uomini come scrive, lasciando sullo sfondo l'accademia e il sapere tecnico delle sue discipline, un motivo ci sarà. Quello che ho trovato io sta tutto qui: ha una grande umanità e una grande sensibilità, gli attrezzi migliori per mettersi comodo davanti a chi gli chiede aiuto e provare a capirci qualcosa".

Il libro rende testimonianza ai piccoli e grandi eventi dei nostri dei tempi: dal covid alla guerra in Ucraina, dalla vittoria 5 a 1 del Napoli sulla Juve all'evoluzione dell'intelligenza artificiale, ai fatti di cronaca agli avvisi nella bacheca del reparto di oncologia del Federico II di Napoli. Vito è in grado di incuriosire il lettore offrendo numerosi spunti e riferimenti. Grazie alle domande che l'autore stesso si pone riesce a interpellare la coscienza di chi

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicologa Psicoterapeuta

legge. Ha, inoltre, la capacità di mostrare con trasparenza la sua visione etica, mantenendo un senso di rispetto, garbo e ironia che ispira il lettore in un clima costruttivo. Riprendendo lo stesso Vito (pag.83) "non sono i contenuti (o, almeno, non solo essi) a rendere eccelsa un'opera artistica. La grande arte non prende posizione esplicitamente, non è ideologica, mostra ma non dichiara, talvolta usa l'ironia, ci offre nuove visioni, allarga la mente e il cuore".



## Emanuele Trevi LA CASA DEL MAGO

Ponte alle grazie, 2023, pp. 244

### Roberto Mazza<sup>1</sup>

"Sai come è fatto tuo padre" (un distratto, un umorale...) è una battuta, la traccia di una diagnosi, un tema familiare classico, in cui molti sentiranno risonanze nel leggere il bel libro di Emanuele Trevi. Ma la lettura fatta da psicoterapeuti offrirà altre sonorità e identificazioni poiché La casa (del mago) apparteneva a Mario Trevi, noto psicoanalista junghiano e padre non ordinario. Si parte con un ricordo di Emanuele bambino che viene portato dal padre a Venezia in visita alla Biennale dell'arte, Emanuele viene istruito dalla madre (neurologa) a non lasciare neppure per un momento il contatto con il padre, gli suggerisce di tenersi stretto a lui magari tenendosi l'indirizzo dell'hotel in tasca. Emanuele prova a stringere tra le mani la cintura dell'impermeabile del padre, ma si smarrisce nel labirinto delle calli veneziane. Per fortuna, ben consigliato dalla madre, ha messo in tasca una saponetta con l'indirizzo dell'hotel dove sono alloggiati. Comincia quindi così il primo racconto sul padre per proseguire poi con un secondo viaggio alla biennale nel quale un Emanuele già adulto, involontariamente (o distrattamente), fa sì che i ladri ripuliscano lo scompartimento del vagone letto del treno dove dorme col padre, privando quest'ultimo di tutto, comprese le scarpe, mentre il Figlio si trastulla al vagone ristorante.

La casa studio del mago è quella che per quarant'anni ha ospitato pazienti e pensieri densi, e nella quale il figlio deciderà di tornare a vivere, acquistandola alcuni anni dopo, riattivando memorie all'ombra del padreguaritore, ma anche producendo pensieri nuovi, immergendosi in una irrealtà della realtà, nella casa e nel placido quartiere romano della sua infanzia. Il romanzo, con lo sfondo autobiografico, è appassionante, spesso divertente, qualche volta profondo (si intrufola nelle oscurità del pensiero di Jung semplificandolo). Ogni mago ha il suo maestro, quello di Mario Trevi è Ernst Bernhard (una specie di leggendario Mago Merlino) e da lui si sale direttamente a Gustav Jung. Bernhard è stato l'analista di Fellini, di Cristina Campo di Pasolini e di Giorgio Manganelli, e di molti intellettuali italiani del dopoguerra, formatore dei primi analisti junghiani. Emanuele Trevi figlio del Mago si inoltra nella psicoanalisi anche affrontando un tema tecnico che diremmo di "domanda" o di "alleanza": anche Natalia Ginzburg per qualche

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Didatta Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

tempo frequentò Bernhard, arrivò in terapia in uno stato di prostrazione morale e materiale. Aveva perso mezza famiglia il marito trucidato a regina celi, due figli piccoli; entra in questo studio famoso con vista su tutta Roma con un analista diremmo empatico visto che scappa dalla Germania in quanto ebreo, ma è meno sensibile al luogo e alla persona riconosce che è un uomo intelligente, ironico e pieno di attenzioni rassicurante ci sono tutte le buone premesse ma qualcosa si guasta, Natalia si sente come una scolara che deve fare il compito, sente di non riuscire a dire l'essenziale, e che nella relazione con terapeuta era escluso qualcosa di essenziale (non specifica cosa) un desiderio di reciprocità, vorrebbe anche lei interrogare lui, sapere le cose del dottore, ma non può interrogarlo, vedere la moglie o la casa, la camera da letto, avere una reciproca pietà, e lo lascia con un pretesto, interrompe l'analisi e si trasferisce da Roma a Torino. "Esattamente come le storia d'amore che dopo una scintilla iniziale si arenano al primo ostacolo, alla prima diffidenza, senza che la colpa sia dell'uno o dell'altro, e l'unica cosa che se ne può pensare è che non era destino, anche la relazione tra paziente e guaritore può prevedere che uno dei due si metta di traverso, finendo per arrendersi: non si stanno abbastanza simpatici, se vogliamo dare una spiegazione grossolana, o generano delle resistenze che rendono impossibile qualunque beneficio" (p.220).

Il protagonista-autore, stupito e impigrito, a tratti depresso, talvolta spaventato come un bambino che sente i rumori in corridoio o lascia la luce accesa per allontanare i fantasmi. Ha un rapporto surreale con la donna di servizio peruviana che lo domina coscientemente come fosse un ragazzino che non sa vivere, e per tirarlo su lo mette in contatto con la nipote Paradisa, dolce amante, procace, alla ricerca di un mantenimento, con cui stabilisce una relazionale sentimentale-sessuale a tratti comica (ma di certo terapeutica) che lo muove dal torpore. Peraltro, questa giovane signora, traballante sui "zatteroni", col tatuaggio di Michael Jackson sul bicipite e unghie lunghissime smaltate di nero, con la quale tornava a casa sorreggendosi dopo una cena silenziosa e alcolica e coricandosi abbracciato come in una coppia legata da forti sentimenti, gli fa scrivere cose sublimi sul pregiudizio e l'evanescenza del pettegolezzo (anche nella capitale è difficile avere vita privata) e sul rispetto della prostituzione.

Vive trasognato in questo quartiere dove aveva passato l'infanzia chiedendosi se ci sia una psicologia dei quartieri (o un'urbanistica degli individui) particolarmente adatta per guaritori: forse si, quartieri borghesi e tranquilli dove si campa meglio, dove si può passeggiare tra corniciai e artigiani, tappezzieri e venditori di lampade. Si pone domande impossibili sul senso delle terapie: forse tutte le terapie ridotte all'osso si assomigliano, consistendo nel lenire il dolore e allargare l'orizzonte, la prospettiva. "Più la prospettiva è larga, più è facile accettare il fatto di stare al mondo" (p. 88). E come proteggere i "guaritori" dalle insidie delle anime ferite? L'esposizione prolungata alle anime ferite è pericolosa per i terapeuti. Tutti finiscono per soccomberle. Ma c'è un rimedio, un riparo della normalità che può ridurre il danno. Sbirciando il libro sottolineato di Jung (Simboli della trasformazione) nel cassetto del padre trova l'esergo giusto: "era molto importante per me

avere una vita normale nel mondo reale, per bilanciare la stranezza del mondo interiore" (p.97).

Si immerge tra gli appunti fitti fitti alle opere di Jung, scritti a matita dal padre. Spesso dubbiosi, talvolta critici. Sfiora l'ipotesi di un conflitto non dichiarato tra il padre e il proprio analista Bernhard e naturalmente scova tra gli appunti indizi di dissenso con gli scritti di Jung. Il lettore è sfiorato dall'eco del conflitto generazionale, una piccola assonanza nella relazione tra il figlio Trevi e il padre, tra il padre e Bernhard, tra Freud e Jung. Emanuele, scrittore ormai noto e originalissimo, rilegge e commenta a suo modo gli scritti di Jung, e in modo assai diverso. Ricorda le opinioni scambiate col padre sulla scrittura, ma soprattutto sulla lettura e sul metodo, sulla necessità della leggerezza, sul modo con cui posare lo sguardo su ciò che riteniamo "essenziale". Due modi diversi di leggere, il rigore estremo del padre, che però approvava il metodo del figlio di sfogliare e lasciar perdere. Ognuno di noi in fondo ha un suo metodo, buono per la persona che lo utilizza. Stili e passioni raramente si trasmettono di padre in figlio. Ma nella perdita delle persone care si ritorna alle nostalgie dei momenti e nelle identificazioni coi luoghi, con i tic e le emulazioni inconsce: "L'aria si faceva ogni notte più tiepida e profumata. Quando si socchiudeva la finestra, si spandeva nella casa il profumo dolcissimo di certi precoci fiori notturni del giardino di una vicina. Me ne stavo lì, ascoltando i rumori della notte, leggendo il librone di Jung, di solito seduto sulla poltrona di mio padre, dietro la scrivania, proprio come un bambino che gioca a fare il papà".

In questo godibile romanzo si respira sempre, fortunatamente, un certo disagio esistenziale, proprio della maggior parte dei terapeuti-guaritori ma comune agli scrittori e ai poeti, senza il quale, solo raramente, si producono energie creative e i risultati possono diventare incantesimi.



# Donatella Di Pietrantonio L'ETA' FRAGILE Einaudi, 2023, pp. 192

### Carmela Vaccaro1

Eravamo giovani, ma non invincibili. Eravamo fragili. Scoprivo da un momento all'altro che potevamo cadere, perderci, e persino morire"

Lo so che l'abito non fa il monaco e non bisogna giudicare un libro dalla sua copertina ma è questo, spesso, il modo in cui scelgo i libri da leggere. Un impulso. Il primo che arriva e che si fa vita dentro al mio stomaco. Da quando studio recitazione teatrale poi ho imparato a fidarmi di ogni piccola molecola che sento e la seguo.

Ho letto altri romanzi dell'autrice, sapevo l'effetto che ha su di me la sua scrittura, ma di questo suo ultimo libro appena uscito sono stata colpita subito da quella scritta rossa sulla copertina. L'età fragile.

Donatella Di Pietrantonio ci racconta la vulnerabilità degli esseri umani.

Intreccia, in queste pagine, storie di vita, persone, paure che quasi come condanne si tramandano perché abitano la terra di chi le ha vissute. Parte da un vecchio episodio di cronaca avvenuto sulla Maiella in Abruzzo, la sua terra. Le rimane addosso in tutti questi anni trascorsi tra le pareti gialle delle montagne di casa sua, diventa altro. Come tutti i ricordi. Ce lo racconta oggi e insieme ci racconta la fragilità del post pandemia che ha attraversato tutti proprio come il virus che l'ha messa al mondo.

C'è un momento nella vita di ognuno di noi in cui scopriamo le paure, una frattura che inevitabilmente ci fa diventare adulti, a volte improvvisamente, a volte ingiustamente, a volte lo fa e basta.

Lucia e Doralice crescono insieme, figlie di due amici, e come un temporale estivo all'improvviso la loro vita viene stravolta. Nel pieno dell'adolescenza Lucia e Doralice diventano donne, scoprono la morte, la bruttezza del mondo, la minaccia, il pericolo. La violenza. La sopravvivenza alla vita. Entrambe lo diventano. Sopravvissute.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicologa Psicoterapeuta

Di Pietrantonio ci parla poi della fragilità di una madre, Lucia, che vorrebbe soffiare un vento forte, così forte da smuovere una figlia, Amanda, immobile, caduta, colpita dalla vita che le cambia ma che non sceglie, costretta a lasciare Milano come tanti studenti universitari allo scoppio della pandemia globale. Ed invece Lucia è spaventata, passa in rassegna minuziosa come una sarta tutti gli errori che sente di aver commesso come madre, tutte le volte che è rimasta ferma ed adesso è Amada a rimanere ferma. Non soffia nessun vento, si sente invadente. Ma di tanto in tanto, quando Amanda le lascia aperto qualche incavo del suo corpo, Lucia le soffia parole.

Ci parla della fragilità di una figlia, che forse proprio per questa si scopre diversa da quello che aveva immaginato, da quello che avevano immaginato per lei. L'università, un lavoro ben pagato nella città del futuro. Ma si scoprirà a lottare per altro, scoprirà una fiammella bruciarle dentro per proteggere la sua montagna e un futuro che non si era autorizzata mai di pensare.

Ci parla della fragilità di una coppia che lascia andare senza trovare le parole per dirsi ciao.

Della fragilità di un nonno che desidera essere immortale e lo fa ipotecando i progetti di Lucia.

Parla della fragilità di ognuno di noi che, nudi, ci buttiamo nel mondo.

Quella che ogni giorno incontriamo incontrando l'Altro.

Delle generazioni, dei luoghi e del tempo, quello che è stato e di quello che ancora non c'è.

È un libro che mi ha ferita come un cielo azzurro a marzo.

Dal latino fragile significa rompere. Forse ogni personaggio che ha vissuto tra queste pagine ha rotto qualcosa, che poi ha saputo costruire in un modo proprio.



# Anna Voltaggio LA NOSTALGIA CHE AVREMO DI NOI Neri Pozza 2023, pp. 144

### Carmela Vaccaro1

Non so quanto tempo sia trascorso, il viaggio è lento ed è lungo ma non ho fretta, mi piace questa immobilità forzata sul sedile del passeggero, mi abbandono a pensieri senza peso come se non sapessi dove stiamo andando, per me non stiamo andando da nessuna parte. La durata del viaggio non corrisponde alla sua naturale lunghezza, è un tempo scollato da quello umano, dalle sue misure.

Non amo particolarmente i libri strutturati a racconti per un motivo forse banale, voglio legarmi. Si, voglio avere il tempo di legarmi a ciò che accade, amare, detestare, lasciarmi cambiare e soprattutto prepararmi a lasciare andare. Chiaramente tutto questo non riesco a farlo se incontro i personaggi solo il tempo di salutarli, e questo mi fa arrovellare lasciando continuare nella mia testa una storia che però non ha avuto il tempo di esistere o forse, proprio per questo, esisterà per sempre.

Ecco perché invece il libro di Anna Voltaggio mi ha colpita, dritta, dove qualcosa farà sempre male, la nostalgia che avremo di noi.

Mentre scrivevo di getto l'incipit di questa recensione son passati davanti i miei 5 anni di analisi e, anche se questo non è il racconto della mia terapia, vorrei partire da qui. C'è qualcosa di potente che mi ha insegnato l'incontro con la mia terapeuta ovvero riflettere sul mio modo di stare in relazione, o, in passato, di non esserci stata, che in ogni caso ha rappresentato un modo per me di starci. Così in questi anni ho lavorato duramente per trovarmi, persa nella costruzione che qualcun'altro, qualcos'altro aveva fatto di me, ingabbiata nella dualità giusto/sbagliato, ho lavorato per sentirmi presente a me stessa, come dice la collega Caterina Ciucciovè nel suo poetico articolo. E durante questo ultimo anno ho avuto come un insight liberatorio "va comunque bene".

Parto da qui perché i personaggi di Anna Voltaggio parlano la nostra lingua, quella umana. Si interrogano e ci fanno interrogare su temi di vita adulta. Mettono le mani dentro la materia umana della fragilità e delle paure. Sono

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Psicologa e Psicoterapeuta.

personaggi interrotti che censurano parole e sentimenti in cambio di una finta e apparente serenità.

Donne e uomini, persone, legate da omissioni, legami slegati che vivono nel ricordo e nella nostalgia. Nomi che si raccontano, che raccontano altri nomi che poi troviamo come protagonisti di altre pagine. Prospettive diverse su una stessa storia, che uguale non è mai.

Frammenti sparsi qua e la che non ci lasciano il tempo di conoscerli come non se lo lasciano neanche i personaggi. Rimaniamo appesi e ci rimangono anche loro.

C'è un passaggio, in ogni storia, che mi ha colpita particolarmente, che l'autrice riesce a raccontare bene, mettendo a nudo i suoi personaggi. L'istante in cui si passa dall'intimità all'abbandono, lo spazio siderale, prima c'era e poi non c'è più, io la chiamo la geografia dell'assenza.

Clara, Lucilla, Nina, Vita, Arturo, Lorenzo, Leon, Penelope, Verla, Iole, Tommaso, Ulisse e Cartesio affrontano la vita come meglio possono, lo fanno proteggendosi dal dolore. Storie di caos, errori e corpi. Scelte non fatte, che avrebbero potuto fare o fatte con troppa fretta.

Ho ritrovato me stessa in ognuna di queste, ho ritrovato i miei pazienti, le nostre storie.

Le storie che ci raccontiamo la sera a tavola con i miei amici. Le relazioni sfuocate, di corsa, istantanee come la maggior parte della vita che viviamo. L'altro giorno una paziente che seguo da qualche anno si è seduta e mi ha detto "mi viene da sorridere un po' imbarazzata perché ho notato che ogni settimana dentro questa stanza c'è un uomo diverso di cui parlo, con cui mi arrabbio, che mi ferisce e mi abbandona"

Ho riflettuto su quanto sia complesso incontrare l'altro per ciò che è-Altro diverso da noi-. Sono consapevole di quanto sia complesso uscire dal proprio modo di guardare il mondo e scoprire che ci sono altri modi, altri occhi. Altre ragioni.

La nostalgia che avremo di noi parla di tutti noi, lo fa attraverso dialoghi crudeli ma tremendamente vivi e in grado di porci domande e metterci in ascolto con tutto ciò che spesso evitiamo per paura di guardare.

La nostalgia che avremo di noi è l'esordio letterario di Anna Voltaggio.

Recentemente in terapia ho colto ancora di più che la paura della relazione deriva dall'appropriarsi di questa. Dall'assumersi, come persona adulta, il proprio modo di starci, non giusto, non sbagliato. Solo nostro.

E forse, se nostro, ci viene meno voglia di andare.



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

ISSN 2724-5101 Frattali (Online)