



QUADERNI SIRTS

N.5

Anno 2024

Sofferenza umana e crescita.
Conversazioni sistemiche su adolescenza,
terapia e guerra a venti anni dalla morte di Cecchin

LA REDAZIONE DEI QUADERNI SIRTS

Caporedattore: Marco Schneider

Vice-caporedattore: Chiara Bertonati

Redazione: Alice Bregoli

Patrizia Frongia

Monica Gatti

Edoardo Perini

Collaboratori Esterni: Sara Ferraris

Renzo Marinello

Paola Oggioni

Ringraziamenti

Si ringraziano i Dottori
Chiara Calabrini, Marpa Crisciani, Lorenzo Rabottino e Giada Salentina
per la collaborazione resa alla realizzazione
di questo numero dei Quaderni SIRTS

EDITORIALE.

Di Marco Schneider, Caporedattore Quaderni SIRTS.

Compongo con piacere ma anche sentendo una certa responsabilità questo editoriale per il nuovo numero, il 5°, dei Quaderni.

Questo numero esce infatti in occasione della ricorrenza del ventennale della morte di Gianfranco Cecchin ed anche noi della Redazione, come parte della SIRTS, vogliamo portare il nostro contributo al ricordo di uno dei padri a livello mondiale della terapia sistemica.

Nel nostro caso viviamo una doppia posizione: da un lato alcuni di noi sono anche membri del Board SIRTS, Società fondata da Gianfranco con Boscolo nel 1985, e dunque a loro doppiamente debitori, mentre solo alcuni di noi hanno potuto conoscere Cecchin direttamente. Per tale ragione in diversi viviamo un contatto con lui mediato oltre che dalla lettura dei suoi testi anche dai racconti di chi lo ha conosciuto e vi ha lavorato insieme, e di questo vogliamo darne testimonianza in questo numero.

Citare Cecchin permette anche a noi di fare il punto e di condividere con i lettori l'utilità dei suoi contributi, delle sue idee e dei suoi pensieri. Un'eredità, quella che ha lasciato Cecchin, che non è solo molto preziosa storicamente, ma che è anche attuale e fertile nell'oggi: molti infatti dei pensieri di tanti psicoterapeuti sistemici (non solo italiani) continuano a risentire fortemente della sua influenza scientifica e culturale, sia rispetto alle idee "storiche" che il suo lavoro ha introdotto (ad esempio l'attenzione ai pregiudizi del terapeuta, il focus sulle "idee perfette" dei pazienti e del sistema terapeutico nel suo complesso ecc.), sia rispetto all'approccio con i pazienti, legato soprattutto all'ascolto, al mettersi dal loro punto di vista con curiosità e al porsi come interlocutore "irriverente" rispetto a quanto da loro portato in seduta.

In questo numero troverete più riferimenti alla figura di Cecchin, iniziando dai ricordi di Adan Martinez, Presidente SIRTS, e di Bertonati/Iori, per passare all'articolo di Viaro fino alla recensione di Bozzetto, solo per citarne alcuni.

Venendo invece all'anno passato, oggetto di questo numero, tengo a dire che il 2023 ha visto dei movimenti importanti nella composizione della Redazione dei Quaderni, soprattutto rispetto all'acquisizione di nuovi membri (Alice Bregoli) e al riposizionamento di altri, tra cui Renzo Marinello, il quale è divenuto sperimentatore primo di un nuovo ruolo, quello di "Collaboratore Esterno". Al momento oltre a Renzo sono Collaboratori Esterni Paola Oggioni e Sara Ferraris.

L'introduzione della figura del Collaboratore Esterno è il prodotto di un'importante riflessione fatta in Redazione volta a permettere l'avvicinamento al progetto editoriale dei Quaderni di colleghi che, pur interessati alla rivista, non riuscirebbero a garantire il necessario tempo e le giuste energie richieste dall'essere membro effettivo della redazione: con oggi vi è dunque una nuova possibilità di partecipare ai lavori della Redazione portando contributi al lavoro editoriale in un modo agile e confacente con l'organizzazione del tempo-lavoro di molti colleghi. Il Collaboratore Esterno può infatti contribuire a specifici progetti della Redazione senza per forza farne parte, arricchendo così il progetto editoriale nel suo complesso e rinforzando al contempo la rete dei colleghi in connessione tra loro, nel pieno rispetto degli scopi statutari della SIRTS.

Chi fosse interessato a questo nuovo ruolo può contattare la Redazione per ricevere ogni informazione.

Tengo poi a ringraziare Marpa Crisciani, primo Caporedattore della rivista, per il preziosissimo lavoro fatto in questi anni e soprattutto nella fase iniziale della creazione della rivista. Il suo pensiero ed il lavoro di

contestualizzazione di concerto con Renzo Marinello sono ancora un faro per me nella definizione della rotta da seguire.

Cosa contiene questo 5° numero?

Troverete alcuni articoli con relativi commenti, secondo la peculiarità dell'ormai rodato "Format Quaderni SIRTS", frutto delle giornate di studio SIRTS del 25 marzo 2023 sugli adolescenti difficili e del 25 novembre 2023 sulla conclusione della terapia.

Oltre a questi, troverete un contributo di grande interesse di Fabio Sbattella sulla guerra, approcciata come fenomeno globale e relazionale utilizzando le lenti dell'approccio sistemico, il nuovo articolo di Viaro nella rubrica "Dal dire e il fare" che Maurizio conduce ormai stabilmente e in esclusiva sulla nostra rivista, quest'anno tutto dedicato alla strepitosa capacità di Cecchin di condurre i pazienti verso fertili ridefinizioni del loro problema. Il taglio di Viaro è come sempre di grande interesse in quanto utilizza la metodologia dell'analisi della conversazione.

Chiude il numero una recensione, direttamente dalla penna di Igino Bozzetto, di un testo scritto da Gianluca Ganda e Riccardo Canova sul pensiero di Gianfranco Cecchin.

Elenco con grande piacere, in rigoroso ordine alfabetico, i numerosi colleghi che hanno scritto in questo numero: Alice Annibale, Chiara Bertonati, Marco Bianciardi, Igino Bozzetto, Gianni Cambiaso, Claire Gekiere, Valentina Iori, Filippo Marconi, Renzo Marinello, Adan Martinez, Roberto Mazza, Fabio Monguzzi, Fabiana Montella, Gloriana Rangone, Arianna Rossi, Fabio Sbattella, Elisa Scaramella, Marco Schneider, Vera Tsenova e Maurizio Viaro.

Un altro elemento di novità quest'anno è l'avvio di una nuova formula editoriale, il Numero Monografico. In occasione di importanti eventi di rilievo nazionale ed internazionale o in relazione a specifici temi di ampio interesse culturale o scientifico potrà infatti essere deciso dalla Redazione il componimento di un numero monografico che ne dia il giusto rilievo. La Redazione sta già lavorando al suo primo Numero Monografico, che raccoglie nello specifico alcuni lavori di soci SIRTS presentati ad un Congresso Internazionale che si è tenuto in Messico, a Puebla, nel novembre 2023, dal titolo "Terapia breve y familial".

Rispetto al 2024, quest'anno è già iniziato all'insegna di eventi SIRTS di grande interesse, legati alla pratica clinica e alla presentazione di libri, dei quali diamo conto già in questo numero e che certamente faremo anche nel prossimo, per quelli che si terranno da qui a fine anno.

Invito come sempre tutti i colleghi interessati a proporre loro contributi a mettersi in contatto con la Redazione e sono certo che l'esplorazione di questo 5° numero produrrà importanti pensieri e riflessioni in tutti noi.

Buona lettura!

Milano, maggio 2024

INDICE

Adan Martinez UN RICORDO DI GIANFRANCO CECCHIN	6
Chiara Bertonati, Valentina Iori QUELLO CHE MI HANNO DETTO DICEVA CECCHIN	9
<i>SEZIONE ADOLESCENTI</i>	12
Fabiana Montella LA NUOVA CLINICA CON GLI ADOLESCENTI CONTEMPORANEI. UN MODELLO SISTEMICO- RELAZIONALE	13
Gloriana Rangone “TU PENSI CHE IO SIA CATTIVO...” LAVORARE CON GLI ADOLESCENTI RIBELLI E CON LE LORO FAMIGLIE	27
Filippo Marconi COMMENTO ALL’ARTICOLO DI GLORIANA RANGONE: “TU PENSI CHE IO SIA CATTIVO”	36
Marco Schneider, A. Annibale, A. Rossi, E. Scaramella UNA PROPOSTA SISTEMICA PER LA COMPrensIONE DEI COMPORAMENTI ESTERNALIZZANTI ESTREMI DEGLI ADOLESCENTI DI OGGI	38
Fabio Monguzzi COMMENTO ALL’ARTICOLO DI M. SCHNEIDER, A. ANNIBALE, A. ROSSI, E. SCARAMELLA: “UNA PROPOSTA SISTEMICA PER LA COMPrensIONE DEI COMPORAMENTI ESTERNALIZZANTI ESTREMI DEGLI ADOLESCENTI DI OGGI”	53
<i>SEZIONE TERAPIA</i>	55
Vera Tsenova, Claire Gekiere PRÉSENTATION DU FOLLOW-UP DE L'UNITÉ DE THÉRAPIES FAMILIALES (CSH DE LA SAVOIE, CHAMBÉRY, FRANCE)	56
Renzo Marinello COMMENTO ALL’ARTICOLO DI VERA TSENOVA E CLAIRE GEKIERE: "PRÉSENTATION DU FOLLOW-UP DE L'UNITÉ DE THÉRAPIES FAMILIALES (CSH DE LA SAVOIE, CHAMBÉRY, FRANCE)”	69

Gianni Cambiaso, Roberto Mazza LA FINE DI UN VIAGGIO	73
Marco Bianciardi COMMENTO ALL'ARTICOLO DI GIANNI CAMBIASO E ROBERTO MAZZA: "LA FINE DI UN VIAGGIO"	84
SEZIONE TEMI DI ATTUALITÀ	86
Fabio Sbattella PSICOLOGIA IN GUERRA	87
RUBRICHE	97
"TRA IL DIRE E IL FARE"	
Maurizio Viaro IN MEMORIAM. UN MINUTO CON GIANFRANCO CECCHIN	98
"RECENSIONI DI LIBRI"	116
Igino Bozzetto RECENSIONE	116
DIARIO DELLE INIZIATIVE FORMATIVE E CULTURALI ORGANIZZATE DALLA SIRTS NEL 2023-2024:	119
LE PROSSIME ATTIVITA', I PROSSIMI EVENTI	120
INVITO ALL'ISCRIZIONE ALLA SIRTS	121
QUADERNI SIRTS – NORME REDAZIONALI	122

Ricordo di Gianfranco Cecchin a 20 anni dalla sua scomparsa.

La redazione dei Quaderni SIRTS ha chiesto ad alcuni colleghi di esprimere un pensiero in occasione della ricorrenza dei 20 anni dalla scomparsa di Gianfranco Cecchin, co-fondatore della SIRTS.

UN RICORDO DI GIANFRANCO CECCHIN

ADAN MARTINEZ

Presidente SIRTS

adan.martinez124@gmail.com

Ricordo Gianfranco Cecchin con molto piacere, perché ha lasciato un'impronta molto profonda nel mio agire professionale e personale.

La sua influenza è stata determinante nel mio agire terapeutico. Ricordo quando guardavo le sue terapie dietro allo specchio, ma ricordo soprattutto il confronto che ne scaturiva successivamente, pieno di curiosità e di rispetto per quello che io avevo osservato. Quando poi lui tornava nella stanza di terapia portando le mie modeste osservazioni, ero sorpreso e mi sentivo lusingato.

Aveva uno stile unico di condurre le terapie che mi affascinava e che mi è stato utilissimo, al punto che tutt'ora porto avanti nella mia pratica clinica queste modalità fondamentali che lui ha sviluppato molto a fondo (il rispetto, la curiosità, i pregiudizi, ecc.).

A livello personale la sua simpatia e la sua grandissima capacità di mettere a proprio agio le persone sono caratteristiche che ho apprezzato moltissimo. Aveva una straordinaria capacità di assumere diversi punti di vista di fronte ai problemi che gli presentavo. Questa è stata una grande lezione di vita per me.

Nel 1995 era stato invitato per la prima volta a Puebla (Messico) per partecipare ad un congresso mondiale organizzato dalla Benemerita Università Autonoma di Puebla. Insieme a lui altri invitati erano: Cloe Madames, Brady Keeney, Jaffrey Zaig, Luigi Boscolo, Claudio Naranjo, Serge Moscovici, Humberto Maturana, Richard Fish, Matteo Selvini. Solo per menzionarne alcuni.

Cecchin è stato il grande assente del congresso perché si trovava all'ospedale. Prima di partire per il convegno che si teneva nella mia città natale sono andato a salutarlo. Era molto in pena per l'impossibilità di partecipare, continuava a dirmi di portare le sue scuse all'organizzazione. Sono rimasto molto colpito: si stava preoccupando più della sua assenza al convegno che della sua salute!

Nell'estate del 2002 ci siamo visti a Roma al Festival Internazionale della Terapia organizzato da Maurizio Andolfi. Era da molto tempo che non lo vedevo. Abbiamo parlato di come stava la mia famiglia e di come stava andando il mondo della terapia sistemica in diverse parti del mondo. Ci eravamo congedati con la promessa di continuare ad approfondire questo argomento a Milano e di organizzare la nostra cena annuale.

Pochi mesi dopo ci siamo trovati a Sondrio. Era l'inverno del 2002 e c'era il congresso organizzato dalla Sirts, di cui lui era il presidente di turno. Il congresso era in memoria di Danilo Cargnello e Mara Selvini Palazzoli. Il titolo del convegno era "La sfida psicoterapeutica alla psicosi nel suo contesto attuale". Dopo un giorno di immenso lavoro, siamo andati a cena con altri colleghi e la conversazione è stata: punti deboli della teoria di Bowlby. Ricordo quanto è stato stimolante conoscere i loro punti di vista sul tema.

L'ultima volta che l'ho visto, è stato nel dicembre 2003. Siamo andati a prendere un caffè prima della riunione formale della Sirts a Milano. Mi raccontava del suo recente viaggio a Tlaxcala (Messico) dove si era trovato molto bene. In questa riunione era presente anche Luigi Boscolo e la discussione riguardava come vedevano i personaggi/gruppi della terapia sistemica sparsi per il mondo in base agli ultimi luoghi che avevano visitato. Avere assistito a questo dialogo tra loro rimane un ricordo indelebile nella mia mente, perché capire come lavoravano in altre parti del mondo mi ha permesso di allargare i miei orizzonti e mettere sempre in discussione il mio agire professionale.

Il 04 febbraio 2004 è stato devastante per tutte le persone che apprezzavano Gianfranco. In Via Leopardi sono arrivate condoglianze da molte parti d'Italia, d'Europa e del mondo: Spagna, Inghilterra, Irlanda, Scozia, Svezia, Norvegia, Russia, Praga, Ungheria, Svizzera, Finlandia, Danimarca, Austria, Germania, Belgio, ma anche Canada, Stati Uniti, Messico, Argentina, Brasile, Colombia, Cile, Nuova Zelanda, Israele, Australia, ecc. Tutti luoghi dove era stato invitato una o più volte per diffondere le sue idee e il suo stile di lavoro.

Voglio concludere lasciando una bibliografia dei lavori che ci ha lasciato, penso possa essere utile soprattutto a chi non ha avuto l'opportunità di conoscerlo.

BIBLIOGRAFIA

- Cecchin, G. (2004). Ci relazioniamo, dunque esistiamo. Curiosità e trappole dell'osservatore. *Connessioni*, 15: 57-61.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (2003). Prejudice and Position: Fostering the Symptoms of Happiness in Brief Therapy. *Journal of Brief Therapy*, 2(2): 101-108.
- Cecchin G., Apolloni T., (2003). *Idee perfette. Hybris della prigionia della mente*. Milano: Franco Angeli ed.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. (2001). Respect in the consultation room: Allowing socially deviant clients to make their own choices. *Family Therapy Networker*, 25(1): 65-74.
- Cecchin, G., (1995). Per un modello non autoritario. *Connessioni*, 10: 8-13.
- Cecchin, G. (1995). Un viaggio alla ricerca di mondi possibili. *Connessioni*, 10: 2-8.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. (1995). *The irreverent parent: Face the fear & find the freedom to raise your adolescent*. Nichols (Ed).
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1977). *Verità e pregiudizi, un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Cortina Editore.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. (1994). *The Cybernetics of Prejudices in the practice of Psychotherapy*. London: Karnacs Books.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W (1994). Influence, Effects & emerging systems. *Journal of Systemic Therapies*, 13(4): 13-21. Traduzione in spagnolo nella Revista de la Asociación Mexicana de Terapia, primer semestre de 1995 Vol., 8 No. 8.
- Cecchin, G., (1994). *Construccionismo Social e Irreverencia Terapéutica*. Compilación a cargo de Dora Fried Schnitman. Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W (1993). From strategizing to non- intervention: Toward irreverence in systemic practice. *Journal of Marital & Family Therapy*, 19(2): 125-136.
- Cecchin, G. Lane, G., Ray, W. (1992). *Irreverence: A strategy for therapists' survival*. London: Routledge Ed.
- Cecchin, G., Boscolo, L. (1988). Il problema della diagnosi dal punto di vista sistemico. *Psicobiiettivo*, 3: 1-11.
- Cecchin, G., Boscolo, L., Lynn, H., Peggy, P. (1987). *Milan Systemic family Therapy: conversations in Theory and Practice*. New York: Basic Books, Inc. Publisher.

- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family process*, 26 (4): 405-414.
- Cecchin, G., Boscolo, L., Selvini Palazzoli, M., Prata, G. (1980). Hypothesizing, Circularity and Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1): 3-12.
- Cecchin, G., Boscolo, L., Selvini Palazzoli, M., Prata, G. (1978). *Paradox and Counterparadox*. New York: J Aronson. Traduzione in spagnolo: *Paradoja y Contra paradoja* (1989), Barcelona: Ed. Paidos.

QUELLO CHE MI HANNO DETTO DICEVA CECCHIN

CHIARA BERTONATI¹ e VALENTINA IORI²

¹ Membro del Direttivo Sirts, Psicoterapeuta e Didatta della Scuola di Psicoterapia ad Orientamento Sistemico e Socio-costruzionista.

² Psicoterapeuta e Didatta della Scuola di Psicoterapia ad Orientamento Sistemico e Socio-costruzionista.

chiara.bertonati@gmail.com; valentina.iori@icloud.it

*“Un cuoco che mescola la maionese in modo che si amalgami bene,
evitando che impazzisca: deve fare in modo che gli ingredienti si mescolino fra loro”
così “il prodotto finale non sarà opera dell’insegnante,
ma il risultato collettivo di un processo a cui anche il trainer ha contribuito”.*
(Cecchin, 1997)

Lo scorso marzo abbiamo avuto un’occasione di confronto e riflessione sul pensiero e l’azione clinica di Gianfranco Cecchin, a partire da conversazioni solo tra psicoterapeute che, seppur per un soffio, non hanno avuto il piacere di incontrarlo. Questo forse lo abbiamo sempre vissuto come un limite, una perdita, addirittura come una penalizzazione. Ed è solo grazie al lavoro fatto che abbiamo potuto iniziare a pensare in un modo diverso, ossia non aver conosciuto Cecchin anziché essere un limite, potrebbe diventare una opportunità.

Come Didatte della Scuola di Psicoterapia ad Orientamento Sistemico e Socio-Costruzionista ci siamo trovate nei diversi anni di insegnamento a trasmettere, ‘spiegare’ e mettere in atto quello che ci hanno detto che diceva Cecchin. Anni e anni a leggere i suoi libri, i suoi articoli, a vedere i suoi VHS e immaginare e provare a visualizzare lui negli aneddoti, nei racconti e nelle scene di vita quotidiana che ascoltavamo da chi lo aveva incontrato. Sentivamo il dovere (e lo sentiamo tutt’ora) di passarlo agli allievi nel modo più autentico, proprio perché noi siamo la prima generazione di Didatte che non lo hanno vissuto. In occasione però di questo confronto solo fra psicoterapeute che non lo hanno mai conosciuto, realizzato per preparare l’intervento per la Conferenza in memoria di Cecchin, organizzata dal Centro Panta Rei, abbiamo acquisito una consapevolezza diversa, nuova e un po’ irriverente. Infatti abbiamo iniziato a pensare che, forse, il non averlo conosciuto potrebbe averci rese maggiormente libere di ‘andare oltre’ o quanto meno provarci. Meno concentrate sul passato, su quello che è stato e maggiormente propense a chiedersi: *“E ora? Come ha lavorato dentro di noi il pensiero di Cecchin?”*.

Abbiamo avuto la possibilità di chiedere a quattro ex allieve (F. Aloia, M. Campi, E. Guida, E. Soldo) di raccontarci, dal loro punto di vista, che contenuti avessimo trasmesso loro sul pensiero di Cecchin. Tutte hanno messo l’accento sulla Curiosità (Cecchin, 1997), sottolineando come sia un’ottima alleata in seduta contro la noia, piuttosto che un faro che inviti ad allargare i contesti di esplorazione, sia in termini di spazio, sia di tempo, fino ad estendere la curiosità anche per la dimensione del corpo (propria e del paziente).

Altro concetto valorizzato è quello dell’Autoriflessività del terapeuta che deve essere consapevole dei propri Pregiudizi (Cecchin, 1997) al punto da poterli usare in seduta con i propri pazienti. Soprattutto in questo caso abbiamo riscontrato come il concetto di Pregiudizi, nel nostro insegnamento, si sia connesso nel tempo a quello di Risonanza³ (Elkaim, 1992) e di come spesso

³ Risonanza: “Chiamo risonanze quei particolari assemblaggi che sono costituiti dall’intersezione di sistemi differenti che hanno un elemento in comune. Sistemi umani differenti sembrano entrare in risonanza sotto l’effetto di un elemento comune, così come i corpi possono mettersi a vibrare per effetto di una determinata frequenza”. (Elkaim, 1992, p.128)

siano due aspetti che esploriamo insieme nel lavoro sul sé del terapeuta e sul ruolo che quest'ultimo gioca nel processo di co-costruzione tra terapeuta e pazienti, che avviene durante le sedute. Ecco come a poco a poco il pensiero di Cecchin inizia ad evolversi e a contaminarsi, proprio come se dal 'suono' originario si generassero delle nuove 'note'.

Tale attenzione continua a Pregiudizi e Risonanze sembra essere diventata parte integrante della modalità di supervisione clinica diretta ed indiretta sui nostri allievi, a tal punto che terminato il training della Scuola, gli ormai ex allievi sembrerebbero orientati sempre più a ricercare il lavoro in équipe, nel tentativo di riprodurre la ricchezza e la potenza sperimentate in quei momenti di apprendimento.

Inoltre ci siamo interrogate con loro su come abbiamo nel tempo interiorizzato e 'vestito', aggiustandoli al nostro stile personale di lavoro, i concetti di Cecchin. Da questo confronto è emerso che sono stati generati da varie di noi dei nuovi strumenti clinici, che partendo dai concetti sopra elencati, sono diventati un personale modo di metterli attivamente in pratica in seduta. Strumenti che mirano a produrre curiosità, altravisione e differenza che fa la differenza.

Questo lavoro ci ha permesso infine di muoverci su più livelli logici e su differenti piani di complessità in modo circolare e riflessivo facendo nostra e impostando questo lavoro a partire da una frase di Cecchin: *"Ciò che un individuo dice e pensa dipende dalla posizione che occupa nel sistema di appartenenza. I terapeuti familiari sistemici lavorano con le famiglie e sono assistiti, nella maggioranza dei casi, da allievi in formazione che assistono alle sedute dietro a uno specchio unidirezionale. Ciò che segue è il pensiero di terapeuti e di didatti per i quali agire su un sistema e riflettere su quello che avviene e' diventato un modo di essere"* (Introduzione a Verità e pregiudizi, 1997, p. 7).

Realizzare questo lavoro ha portato a una co-costruzione di un sistema composto da terapeuta, ex allieve, Didatte che hanno conversato intorno al pensiero di Cecchin, all'interno di una vera stanza di terapia, con la presenza di un vero specchio unidirezionale, dietro al quale vi era una ex allieva che ha osservato il processo e la conversazione e ha poi fornito dei rimandi dal suo punto di osservazione. Il sistema di osservazione si è poi ulteriormente complessificato, poiché ci siamo immaginate un altro specchio oltre al quale potesse esserci 'il Cecchin' da noi studiato, non conosciuto, ma immaginato che osservava e commentava il nostro discutere al giorno d'oggi con le integrazioni e le novità da noi apportate riguardo ai concetti da lui espressi in altre epoche. Non riceveremo mai un feedback da Cecchin, ma l'esercizio di immaginazione pensiamo che possa continuare a mantenere viva la Curiosità e l'Autoriflessività nell'ottica di sfidare i pregiudizi di terapeuti e pazienti.

BIBLIOGRAFIA

Cecchin, G. (1988). Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità. Un invito alla curiosità. *Ecologia della Mente* 5: 30-4.

Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A. (1997). *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Elkaim, M. (1992). *Se mi ami non amarmi. Orientamento sistemico e psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.

SEZIONE ADOLESCENTI

LA NUOVA CLINICA CON GLI ADOLESCENTI CONTEMPORANEI. UN MODELLO SISTEMICO-RELAZIONALE

FABIANA MONTELLA⁴

⁴ Psicologa, psicoterapeuta, didatta e supervisore clinico, responsabile area ricerca presso l'Istituto di Psicoterapia di Napoli e Caserta (IPR). Già giudice onorario presso il Tribunale per i minori di Napoli, esperta in psicologia giuridica, socio e membro della commissione ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale (SIPPR). <https://www.ipr.napoli.it/chi-siamo/conci-i-docenti/fabiana-montella.html>

fabianamontella@libero.it

SOMMARIO

Il mito dominante della società odierna, caratterizzato dai valori di efficacia ed efficienza dettati dalla scienza e dalla tecnica, influenza i rapporti interpersonali e il mondo interno dell'essere umano, modificandone i vissuti e favorendo l'emergere di nuove forme di disagio e psicopatologia. La realtà dell'adolescente contemporaneo, ispirata dal mito di Narciso, diversa dall'epoca edipica precedente, ha caratteristiche del tutto inedite e si amplia fondendosi con l'infinita ed in-confinabile rete virtuale che le scoperte digitali hanno generato. È in questo contesto che prendono vita le nuove manifestazioni del malessere adolescenziale, alcuni disturbi e sintomi che esprimono strategie difensive ed adattive dei giovani che vivono situazioni di immobilità e disagio.

Il terapeuta sistemico è chiamato attraverso la ricerca e l'esperienza clinica a riconoscere i miti di questo tempo, i nuovi linguaggi ed i valori, i bisogni e le mode, per poter entrare in relazione con l'adolescente in modo creativo e avviare cambiamenti sia sul piano visibile interpersonale che sul mondo intrapsichico, dove gli aspetti invisibili ed inconsci generano e/o sostengono la psicopatologia. Il mito di Dioniso può venire in soccorso e ispirare tanto il terapeuta quanto i giovani pazienti per riscattare quelle spinte evolutive sane di cooperazione e creatività dagli atteggiamenti narcisistici che omologano e bloccano molti adolescenti contemporanei. Viene quindi delineata una metodologia d'intervento, fondata sul modello elaborato in Istituto, e chiarito in che modo la psicoterapia sistemico-relazionale con l'adolescente possa riavviare il percorso evolutivo interrotto.

PAROLE CHIAVE: Adolescenti contemporanei - realtà virtuale - nuovi sintomi - sistema interpersonale ed intrapsichico - campo terapeutico sistemico.

ABSTRACT

The dominant myth of today's society, characterised by the values of efficacy and efficiency dictated by science and technology, influences interpersonal relationships and the inner world of human beings, modifying their experiences and favouring the emergence of new forms of discomfort and psychopathology. The reality of the contemporary adolescent, inspired by the myth of Narcissus, different from the previous Oedipal era, has completely new characteristics and is expanding by merging with the infinite and unconfined virtual network, created by digital discoveries. It is in this context that new manifestations of adolescent malaise arise, along with certain disorders and symptoms that express defensive and adaptive strategies of young people living in situations of immobility and discomfort. The systemic therapist is called upon through research and clinical experience to recognise the myths of this time, the new languages and values, needs and trends, in order to relate creatively with the adolescent and initiate changes both on the visible interpersonal level and in the intrapsychic world, where invisible and unconscious aspects generate and/or sustain psychopathology. The myth of Dionysus can come to the rescue and inspire both therapists and young patients to redeem the healthy evolutionary drives of cooperation and creativity from the narcissistic attitudes that homologise and block many contemporary adolescents. Thus, a methodological

approach is outlined, based on the model developed at the Institute, and it is clarified how systemic-relational psychotherapy with the adolescent can restart the interrupted evolutionary path.

KEY WORDS: Contemporary adolescents - virtual reality - new symptoms - interpersonal and psychic system - systemic therapeutic field.

INTRODUZIONE

Oggi per gli psicoterapeuti è una grande sfida e un'occasione unica incontrare gli adolescenti contemporanei, perché come in ogni epoca essi rappresentano la parte più viva e creativa della società. Conoscerli e scoprirli, sia nel setting intimo della clinica quando richiedono aiuto che nel contesto di scuole, comunità e piazze che scelgono di frequentare, è come ritrovarsi dinanzi a variegata opera d'arte, uniche nel sintetizzare linguaggi e vissuti di una cultura e nell'incarnare la bellezza e l'originalità di questo tempo. Caratteristica indiscussa di questo tempo, esplorata nelle riflessioni di vari teorici (Bauman, 2001; Byung-Chul, 2019; Galimberti, 2009; Pietropolli Charmet, 2008) è il cambiamento rivoluzionario di valori, idee, vissuti, pratiche sociali e tecniche, che interconnessi rappresentano ciò che è il mito dominante di un'epoca, quella cornice che dà coerenza e senso alle trame della vita umana e allo stesso tempo quel quadro che fonda la natura poetica e culturale della nostra mente. Va riconosciuta l'essenza profondamente sistemica del mito, che in ogni momento storico ha la capacità di dare significato e connettere ciò che accade tra gli esseri umani sul piano interpersonale e intergenerazionale, con quello che accade nel mondo interiore, le dinamiche in buona parte inconscie che muovono a livello intrapsichico. Per comprendere in che modo le trasformazioni della cultura e del mito dominante, nel modificare i fondamenti della civiltà, producono effetti profondi sui legami interpersonali e sullo sviluppo della mente dell'adolescente è imprescindibile continuare a fare ricerca, rinnovare e arricchire quei fondamenti teorici e metodologici che abbiamo ereditato dai pionieri dell'epistemologia sistemica. Solo ricercando il nuovo la psicoterapia può fare passi avanti per rispondere alle nuove forme del malessere che, come vedremo, non è possibile guarire soffermandosi esclusivamente sui sintomi. Per curare la mente occorre approfondire le conoscenze sull'uomo, sul percorso evolutivo che compie e sulla cultura in cui è immerso che influenza la mente. Lo studio e la ricerca seguendo l'approccio sistemico-relazionale mirano con la loro visione d'insieme a trovare i nessi per collegare il sociale con l'individuale, il mondo interno con quello esterno e nel campo della psicoterapia consentono di far luce sulle basi relazionali dei nuovi disturbi, che si modificano in funzione della cultura e a cui oggi bisogna offrire una risposta con metodologie e percorsi terapeutici adatti. La psicoterapia si occupa delle esperienze soggettive e una ricerca davvero sistemica non può essere solo quantitativa, quella delle scienze oggettive fatta di grandi numeri, esperimenti e gruppi di controllo.

Sappiamo che la mente umana è una dimensione che sfugge ai metodi scientifici di ordine quantitativo che da soli rischiano di ridurre la complessità delle manifestazioni affettive e della vita psichica (Galimberti, 2009). Molti scienziati sono concordi nel ritenere che la conoscenza scientifica consista nel mettere in discussione ciò che è dato per certo, nel permanere nel dubbio e ricercare il miglior modo per immaginare e pensare l'uomo ed il mondo, quindi più che tecnica essa dovrebbe essere visionaria (Rovelli, 2014). Anche la psicoterapia, se vuole curare davvero l'uomo e non solo i sintomi psichici, dovrebbe essere visionaria, una scienza umana che tende ad evitare la neutralità e l'obiettiva

distanza a favore di una ricerca partecipante sul campo, basata sulle esperienze cliniche e sulle connessioni anche con le altre discipline (filosofia, matematica, fisica etc..) per elevare la complessità nella comprensione dell'essere umano e permettere di cogliere i significati interiori delle esperienze umane che si celano dietro i sintomi.

La metodologia esposta in questo articolo deriva proprio dall'incontro clinico con i pazienti e dal lavoro di supervisione diretta ed indiretta svolto con i terapeuti in formazione. Nasce quindi da un laboratorio sociale umano, dove le esperienze sono condivise da un gruppo di lavoro costituito da più psicoterapeuti appartenenti all'Istituto di Psicoterapia Relazionale (IPR) di Napoli e Caserta⁵.

La ricerca sul campo, sostenuta dal lavoro di gruppo, ha consentito di aggiornare e rinnovare le teorie e le prassi cliniche. Queste spinte hanno condotto negli anni all'approfondimento del modello della scuola, teorizzato da Luigi Baldascini (1993), denominato Modello di Articolazione Intersistemica (M.A.I.), di cui descriverò di seguito aspetti teorici ed operativi, in particolar modo nell'intervento con gli adolescenti. Il modello M.A.I. in continuità con la visione "ecologica" dell'uomo trae origine dalla ricerca sul funzionamento sano dell'individuo e dei suoi rapporti, si occupa dello studio dei sistemi relazionali e di come l'interpersonale si connette con l'intrapsichico, come ciascuno influenza, plasma l'altro nel costituire quel tutto complesso e integrato che è la mente umana nei suoi derivati visibili e nei suoi aspetti invisibili. Il funzionamento psichico, così concepito, rappresenta un tutt'uno con l'ambiente e la sua evoluzione può essere vista come capacità di costruire rapporti e formare legami con esso (Baldascini,1996).

Pertanto dall'incontro e dall'interazione tra campo intrapsichico e sociale deriva la possibilità per la mente umana di evolvere in equilibrio o al contrario di esprimere malessere con la comparsa di sintomi, inevitabilmente collegati alla cultura dell'epoca in cui prendono forma.

I CAMBIAMENTI SOCIALI E CULTURALI

In campo sociale una delle grandi trasformazioni che viviamo oggi è il passaggio dalla precedente società edipica a quella narcisistica. Il mito Edipico del passato è stato scalzato da quello di un moderno Narciso, giovane intento ad esporsi e piacere, a ricevere conferme e "like" che colmano il vuoto profondo della propria insoddisfazione o frustrazione. Questo cambiamento epocale che vive l'individuo può essere ricondotto al rapido sviluppo della cultura occidentale capitalista che propone più che l'ordine normativo gli incanti seduttivi del mercato, modellando gli individui nel ruolo di consumatori, offrendo una quantità illimitata di opportunità da non perdere e rimpiazzare velocemente (Bauman, Dossal, 2015). Il predominio della scienza e della tecnica, di cui il cellulare ed il pc rappresentano i mezzi più potenti, con il dio denaro che le sostiene, promuovono i valori della velocità e della competizione, dell'efficacia ed efficienza. Non stupisce che l'individuo immerso in questa cultura possa provare molta impazienza ed inquietudine, alla ricerca del piacere e dell'approvazione nel costante tentativo di evitare o negare ogni forma di dolore o vuoto. Anche la struttura familiare si è adattata ai requisiti imposti dal sociale e riflette i valori dominanti. Nell'epoca edipica il figlio doveva fare i conti con i limiti imposti ai desideri sia da una funzione paterna normativa che da un intero sistema sociale repressivo. Il bambino e l'adolescente entravano in conflitto con l'adulto in nome dell'espressione libera di sé, affrontando il dolore della colpa che il

⁵ L'istituto è fondato e diretto da Luigi Baldascini.

conflitto comporta. Oggi invece nell'epoca narcisistica il sociale promuove il mito del successo e dell'immagine, il culto della prestazione e della ricerca di continue sensazioni. Il codice simbolico familiare non è più di interdizione, ma incentrato sulla necessità di colmare i bisogni dei figli, garantire loro esperienze illimitate nella possibilità di renderli sempre appagati. Gli adolescenti contemporanei non hanno la necessità di spodestare l'adulto e il potere, sentono invece di deludere i familiari, i coetanei e le aspettative sociali. Fanno i conti con genitori angosciati dal successo sociale dei figli, dalla paura di non essere amati da loro (Lancini, 2015) e che tendono ad evitargli ogni limite. Ma in adolescenza nessun figlio è immune dall'incontro inevitabile con il limite, con l'ostacolo, rappresentato dall'uscita dal sistema familiare con la perdita dei primi oggetti di amore alla ricerca della propria nuova identità. Se il giovane non è in grado di tollerare l'attesa e la frustrazione, se è impreparato a contenere l'esperienza dolorosa della perdita e della delusione sperimenta un immenso vuoto. Dunque il disagio nel mondo interiore dell'adolescente oggi non è caratterizzato più dal senso di colpa, ma dalla vergogna, dal senso di fallimento e inadeguatezza quando non conquista follower, e soprattutto da un incolmabile senso di vuoto.

Il vissuto che fa da sfondo alle nuove forme del malessere dell'adolescente è proprio il *vuoto*, perché nell'epoca dominata dal mito del consumo è ciò che potrebbe illusoriamente essere colmato attraverso l'amore smisurato dei genitori e l'uso smodato degli oggetti nell'inganno che essi possano annullare ogni mancanza. La nostra società capitalista ha infatti trasformato il vissuto della mancanza, esperienza umana che nasce dall'incompletezza e dal desiderio che spinge a ricercare i legami con l'altro, in quello angosciante di un vuoto.

Dinanzi al vuoto e alla difficoltà a separarsi simbolicamente dalla famiglia il giovane Narciso o aderisce ai modelli di successo proposti dalla società con ansia da prestazione o, poiché appare più veloce, può consumare sensazioni che i dispositivi tecnologici attuali amplificano con intensità.

La tecnologia ed il mondo virtuale sostengono questa tendenza perché forniscono una rete veloce di contatti, di oggetti e collegamenti. Il virtuale rappresenta quella che i sociologi definiscono l'**infosfera** (Floridi, 2017), un'inter-realtà ibrida, in cui i flussi di informazioni reali e virtuali producono un nuovo spazio sociale, accelerato e pervasivo, un intreccio di relazioni in cui cambia il senso di sé e del mondo (Gabrielli, Bacini, 2021). Per gli adolescenti la rete garantisce lo scambio con i coetanei nelle piazze virtuali, diviene socializzazione digitale e permette l'accesso a contenuti illimitati. Ma l'infosfera nel velocizzare il tempo e ridurre lo spazio, nella simultaneità e puntualità dell'istante a scapito dell'attesa e della presenza trasforma l'uomo e il suo modo di conoscere e fare esperienze condivise della realtà. Il virtuale è un in-confinabile sistema che offre solo una particolare rappresentazione della realtà e per l'adolescente può divenire come quell'area transizionale (Winnicott, 1974) a metà tra mondo reale e immaginario, in cui intrapsichico ed interpersonale si incontrano e si trasformano, creando nuovi territori mentali. Purtroppo a volte essi si fondono e si confondono, divenendo lo scenario che permea molti dei nuovi disturbi che i giovani presentano.

NUOVE FORME DI MALESSERE IN ADOLESCENZA

Molti degli adolescenti che incontriamo nel centro clinico dell'Istituto ad una prima osservazione fenomenica sembrano indossare l'abito di un moderno Narciso alla ricerca di like ed approvazioni, intento ad inseguire senza conquistare, a correre senza contemplare o a ritirarsi senza più lottare.

Uno sguardo prolungato e un ascolto attento invece, che lo spazio terapeutico riserva, fanno emergere tutto il dolore e il malessere che nell'adolescente non trova parole e si tramuta in sofferenza o in sintomi di malattia psichica. Nelle nuove manifestazioni del malessere che i giovani esprimono possiamo ritrovare dei tratti fondanti comuni, che a livello intrapsichico danno forma alla sintomatologia e sul piano interpersonale offrono una identità, che seppur fragile permette di adattarsi ai rapporti e in generale ad un contesto sociale accelerato e ansiogeno, che non prevede il fallimento o le fragilità, che rimuove il dolore.

Un primo fattore centrale alla base della deriva narcisistica, della necessità di apparire e competere e dell'ansia dell'adolescente è il **vuoto educativo dei sentimenti** (Baldascini, Montella, 2023). Constatiamo sempre più come in questa società così accelerata ed esibizionista non ci sia più il tempo e lo spazio per la comprensione e l'educazione del mondo emozionale. Ma il mondo affettivo vario ed articolato, costituito da una miriade di sfumature di sentimenti, costituisce ciò che anima ogni individuo e non può essere in alcun modo trascurato.

Il dominante paradigma tecnico - scientifico ha portato indubbe scoperte, ma il grave rischio è che con la sovranità assegnata alla ragione si ponga come unica strada rivelatrice di verità (Bauman, Dossal, 2015) e tenda ad oscurare sempre più il mondo della soggettività, delle emozioni, tutto ciò che rispetto all'immagine e ai comportamenti è invisibile.

Eppure la psicomotricità ha rivelato che tutto ciò che del mondo interiore, come i sentimenti, non ha possibilità di elaborazione simbolica perché rimosso o negato, e non trova luogo di condivisione sociale in una cultura che ignora ciò che non è merce, non viene reso dialettico ed è agito, quindi può fare irruzione nel reale e nei rapporti con gli altri anche sotto forma di sintomi (Recalcati, 2011). Come possiamo rintracciare in forme estreme nei gravi fenomeni di omicidi o violenze di gruppo descritti dalla cronaca, che vedono coinvolti giovani inermi o ignari degli effetti di azioni compiute sull'onda di vissuti, di cui non hanno alcuna consapevolezza e contenimento.

Sappiamo bene dagli studi come i sentimenti derivino dalle emozioni e che devono essere appresi ed educati. Galimberti (2009) chiarisce come il mondo non parli direttamente al bambino, ma attraverso la fiducia e la parola dell'adulto lo aiuta a dare senso a ciò che accade e a ciò che sente con la condivisione, la narrazione di sé e dei propri sentimenti. L'educazione emotiva consente lo sviluppo di una mente sana prevenendo le patologie, perché i sentimenti sono, come afferma Baldascini (2003), **ponti relazionali** che derivano dalle emozioni e connettono le persone al mondo intrapsichico ed interpersonale. Un individuo più costruisce ponti più amplifica la rete che lo protegge nelle difficoltà della vita. I complessi legami di appartenenza con la famiglia, con i pari e gli adulti sono ponti che creano connessioni fuori ma anche nel mondo interno e consentono ai giovani di adattarsi alle situazioni e riconoscere ed esprimere i sentimenti in modo adeguato, anche quelli spiacevoli come la rabbia e la paura.

Nel percorso di vita di alcuni adolescenti questo non si è potuto realizzare, i ponti sono esigui, i legami pochi e caratterizzati da dipendenza o frettolosi e superficiali.

Nel setting intimo della psicoterapia emerge così tutto il bisogno che gli adolescenti hanno di avere uno spazio in cui il cuore possa trovare ascolto, in cui si possano esprimere le emozioni e siano contemplate le insicurezze e le fragilità, nascoste dietro i filtri digitali che omologano, levigando i loro volti e corpi nella rete pervasiva dei social.

Nella nuova clinica incontriamo giovani come Marco, che ha 17 anni e vede senza sosta gli "anime", film d'animazione giapponese. Egli svela con vergogna che per sentirsi parte di queste trame ed

entrare nelle scene che lo attraggono ricorre ossessivamente ad una tecnica di autoinduzione, il *reality Shifting*⁶, per disconnettersi dal mondo reale ed immergersi nei mondi dei suoi eroi. Lo scopo è avere la sensazione di essere in un'altra dimensione, cercando di fare esperienza dello stato mentale dei sogni lucidi. Nella sua stanza immagina di essere con il suo personaggio amato degli "anime", vive esperienze intense con lui, si commuove, ci parla e a fatica riesce a riemergere da questa fantasia allucinata, pubblica poi sui social il suo risveglio con musiche e scritte, per condividerlo in rete con altri coetanei che usano la stessa tecnica (Montella, Accardo, Coronato, 2022). Laura invece si rifugia con le sue fantasie allucinate nella saga di Harry Potter. Come Marco, manifesta i segnali del MDD, *maladaptive daydreaming - disturbo da fantasia compulsiva*⁷.

Giulia detesta il suo aspetto e ritiene che non potrà mai avere un partner, si dichiara gender fluid, ma vive appassionate relazioni nell'applicazione online Character AI, un chatbot di intelligenza artificiale che consente di interagire e flirtare con avatar di star mondiali.

Alberto ha il terrore di ingrassare, usa un'app che permette di monitorare le singole calorie che si introducono nel corpo, ma anche di condividere il successo dell'astinenza alimentare con altri coetanei che rientrano nella *community* e su instagram ha migliaia di follower per il suo aspetto emaciato ed etereo, come quello di top model a cui si ispira. Andrea ha la passione per le tenebre, guarda ossessivamente serie tv d'orrore, il diabolico lo attrae e lo rapisce, fa parte di un blog di cutting su cui condivide con foto l'autolesionismo e sui social dispensa tecniche per altri self-harmer. Luca è sempre triste e trascorre tutto il suo tempo in una comunità in rete che promuove il suicidocosmo⁸ con una serie di patti mortali, che con un effetto Werther⁹ potrebbero spingerlo ad emulare atti suicidari e a partecipare alle challenge come la choking game¹⁰ che ha seguito su tik-tok. Flavia ha inviato foto intime al ragazzo che desidera, ma il gesto impulsivo di sexting la espone ad una grande vergogna, teme che il suo profilo social prima molto seguito sia ora danneggiato da trolling, che possono offenderla con commenti e minacce. Per questo non riesce più a dormire la notte e ricorre in una crescente dipendenza ai video pubblicati online dove protagonisti ormai famosi stimolano l'ASMR¹¹. Dario non esce più dalla sua stanza, si è ritirato gradualmente dalla scena sociale ma nel metaverso ha una vita ricca di progetti e nei giochi online è un personaggio di successo. Edo è stato adottato, ora da adolescente vuole diventare come gli attori di una serie tv famosa, esibisce prepotenza ed in classe assume comportamenti violenti, ma fuori scuola è rispettato e temuto perché sul suo account tik-tok riceve molti like per le sue canzoni e le sue gesta da gangster.

⁶ Il Reality Shifting è una tecnica autoipnotica divenuta di moda su Tik-Tok. I giovani vi ricorrono per cercare di sfuggire dalla realtà immergendosi in mondi alternativi.

⁷ Osservato e studiato per la prima volta da Bigelsen e Somer (2002) dell'università di Haifa in Israele, è definito come "un'estesa attività della fantasia che sostituisce l'interazione umana e/o interferisce con il normale funzionamento interpersonale".

⁸ Concetto sviluppato da Charles-Edouard Notredame (2017), psichiatra infantile e dell'adolescenza presso l'università di Lille. Si riferisce alle informazioni emotivamente cariche relative al suicidio che si diffondono sul web e possono aumentare, contagiando, le scelte suicidarie sulla base dell'effetto Werther.

⁹ Il sociologo David Phillips descrisse l'effetto Werther con riferimento al romanzo "I dolori del giovane Werther" di Goethe. Si riferisce al fenomeno per cui la notizia di un suicidio diffusa dai mezzi di comunicazione provoca una catena di altri suicidi.

¹⁰ Sfida diffusa sui social che incita al soffocamento ed incoraggia i ragazzi a superare prove pericolose fino allo svenimento.

¹¹ Autonomous Sensory Meridian Response: risposta autonoma del meridiano sensoriale. I video di youtuber ormai famosi prevedono effetti sonori e visivi registrati e divulgati con l'obiettivo di rilassare e tenere a bada lo stress.

Queste varie forme di malessere degli adolescenti contemporanei, che caratterizzano la nuova clinica, vanno accolte e comprese sempre alla luce delle storie, dei vissuti soggettivi e della fase di vita che attraversa l'intero sistema familiare in cui i ragazzi crescono.

Tuttavia possiamo cogliere e delineare elementi comuni, che fanno da sfondo alle manifestazioni comportamentali dei pazienti, di cui l'intervento terapeutico deve occuparsi:

1. L'incapacità di dare senso alle emozioni che non elaborate investono il corpo e la psiche.
2. Il senso di inadeguatezza ed impotenza, perché non si riesce ad emergere nella società dell'efficacia ed efficienza.
3. Un'immobilità, un blocco evolutivo che può condurre al ritiro dalla realtà, al rifugio in un mondo virtuale libero dal dolore o all'opposto all'esibizione di comportamenti trasgressivi, antisociali (Schneider, 2022) da condividere anche in rete.

In entrambi i casi il superamento del limite sostiene fantasie infantili di onnipotenza mentre i social network quelle di una visibilità e di un successo pubblico tra coetanei.

4. Un vissuto di sofferenza attraverso cui un membro della famiglia esprime il dolore o il blocco dell'intero sistema che ha vissuto eventi difficili o traumatici, talvolta sospesi intergenerazionali, che non sono stati condivisi ed elaborati.

Queste forme del malessere sono tutte dipendenze caratterizzate dalla presenza d'angoscia, di un **vuoto** che esige di essere riempito compulsivamente attraverso un godimento senza soddisfazione.

In una dimensione narcisistica tipica dell'epoca il giovane preferisce spesso al legame con l'altro fondato sull'eros, che richiede impegno e precarietà, l'isolamento, il culto del godimento solitario o la relazione con oggetti: droga, alcool ma anche social network, videogiochi, cibo, personaggi virtuali, etc.. al posto dei legami sociali veri, della condivisione, della solidarietà.

Rispetto al passato i nuovi sintomi sono caratterizzati da una tendenza a passare all'atto, ad una evacuazione del dolore psichico, che non simbolizzato investe il corpo con somatizzazioni e spinge a consumare compulsivamente stimoli (Recalcati, 2011), in particolare quelli che velocemente offre il virtuale e che la spoglia realtà nega. L'ipotesi è che in queste dipendenze il vuoto e la tendenza a passare all'atto sollecitino la psiche ad inglobare ed assimilare il mondo virtuale in quello reale, fino ad allucinare le fantasie ed i desideri, rendendoli vividi all'interno delle stanze private della casa o in quelle indefinite delle applicazioni digitali. Sono adolescenti che si rifugiano nell'**infosfera**, sospesi tra reale e virtuale, sprofondano in un limbo in cui ogni impresa desiderata diviene possibile. Provano a trasformarsi in abili guerrieri coraggiosi e magici, in top model o influencer con un vasto pubblico, in spavaldi leader anche di gesti riprovevoli, come se in questo "altro" sistema, dove reale e immaginario, psichico e corporeo si fondono, le fantasie allucinate e i like conquistati possano rianimare, nel senso di dare anima ai cuori spaventati e ai desideri delusi. Il mondo virtuale diviene compagno immaginario, come gli oggetti transizionali dell'infanzia che consolano dalle frustrazioni, sostiene l'illusione dell'onnipotenza, modera le angosce di separazione, anestetizza vissuti di tristezza e vergogna. La funzione ipnotica e ammaliante che il virtuale può rivestire nel mondo dell'adolescente rimanda l'immagine mitologica delle sirene¹². Nei racconti in seduta e nelle osservazioni delle dinamiche che i giovani pazienti ripropongono appare sempre più evidente la capacità che ha il virtuale d'ammaliarli con suoni, colori e voci come un *canto di sirene*. Il virtuale,

¹² Da sempre il ricorso alla mitologia ha permesso di fare luce sulle esperienze umane e tradurre con immagini archetipiche e simboli i vissuti più profondi e l'interagire umano.

la rete e la dipendenza che ne scaturisce, che rapisce i sensi e persino la libertà di scelta, possono rappresentare delle affascinanti sirene contemporanee. Come quelle narrate nell'Odissea sono dannose perché creano dipendenza in chi ascolta, promettono il piacere senza soddisfazione, vengono dal mondo degli inferi, sono espressione della pulsione di morte che può condurre, come nel mito di Ulisse, alla rottura di ogni legame, alla rovina dell'animo umano (Accardo, Coronato, Montella, 2023).

Come terapeuti sistemici ci siamo chiesti come il lavoro clinico possa aiutare l'adolescente rapito dal virtuale e sospeso nel suo percorso evolutivo a rinunciare al canto ammaliante delle Sirene.

La ricerca attraverso l'osservazione di numerosi casi clinici ed il lavoro di intervizione e supervisione gruppale sugli interventi terapeutici hanno permesso di delineare un modello d'intervento. Secondo questa metodologia il processo clinico può configurarsi come un'esperienza condivisa da terapeuta e paziente, un viaggio di scoperta che può risvegliare l'adolescente aiutandolo a trovare se stesso e il proprio talento, affinché possa resistere al canto ammaliante delle sirene virtuali perché ispirato e non più ossessionato e dominato dalle proprie fantasie e passioni.

UN MODELLO TERAPEUTICO SISTEMICO RELAZIONALE

La metodologia terapeutica si fonda sulla visione sistemica e relazionale della mente che ha condotto, in continuità con la visione ecologica della vita che ispirò Bateson (1976), all'elaborazione del modello teorico-operativo denominato M.A.I. (Modello di Articolazione Intersistemica), ideato da Luigi Baldascini. Il modello cerca di raccordare il pensiero, le emozioni e il comportamento dell'individuo con i legami interpersonali.¹³ In esso la visione relazionale e quella psicodinamica riescono a dialogare in modo efficace¹⁴, aiutando a scegliere l'intervento terapeutico più adatto e da quale sistema attingere le risorse.

Secondo il M.A.I l'individuo si sviluppa lungo il ciclo vitale attraverso la qualità dei legami che instaura e che fondano la sua mente. L'adolescente in particolare per crescere in modo sano deve poter avere relazioni mobili di *appartenenza e non di dipendenza*, all'interno di tre sistemi interpersonali, tutti necessari allo sviluppo sano della mente, rappresentati *dalla famiglia, dagli adulti significativi e dai coetanei*. Infatti questi tre sistemi interpersonali con le loro diverse funzioni, i valori e i linguaggi specifici forniscono le risorse necessarie allo sviluppo del mondo interno, suddiviso a sua volta in tre sistemi intrapsichici: emotivo (il sentire), cognitivo (il pensare) e motorio (l'agire). Ciascun sistema interpersonale è collegato isomorficamente¹⁵ ad un sistema intrapsichico. In particolare la famiglia avvia lo sviluppo e la differenziazione del mondo emotivo, il gruppo dei pari stimola l'agire, la sperimentazione delle funzioni del sistema motorio, il mondo degli adulti (insegnanti, educatori, allenatori, parenti..) favorisce lo sviluppo del pensiero ipotetico e progettuale, funzioni del sistema cognitivo. Quando l'adolescente ha rapporti interpersonali di appartenenza può attingere e utilizzare le risorse e le funzioni specifiche offerte dai sistemi interpersonali, può ricevere sia accoglienza e contenimento nella famiglia, che avere sostegno dagli

¹³ Il modello intende la crescita come un processo che condurrà il soggetto dalla dipendenza all'appartenenza attraverso varie trame relazionali ed un dialogo costante tra mondo interno e mondo interpersonale esterno (Baldascini, 2003).

¹⁴ Andolfi nella prefazione al libro "Vita da Adolescenti" di Baldascini (1993).

¹⁵ Il concetto di isomorfia nella teoria generale dei sistemi di von Bertalanffy (1968) richiama l'idea di un'analogia funzionale tra diversi sistemi.

adulti significativi per realizzare i propri progetti di vita e inoltre può trovare alleanze e complicità nel gruppo dei pari in cui esprimere le parti istintive di sé. *Il legame di dipendenza*, viceversa, non consente all'adolescente la necessaria mobilità per accedere alle esperienze nei tre contesti relazionali e rende l'individuo *immobile* all'interno di uno di essi, determinando un *blocco nel mondo intrapsichico* corrispondente che influenza lo sviluppo interiore (Baldascini, 1994).

Secondo il modello, quindi, una diagnosi relazionale della condizione vissuta dall'adolescente mira ad esplorare le sue esperienze e la qualità dei rapporti in famiglia, con gli amici e con gli adulti di riferimento. Allo stesso tempo permette al terapeuta di comprendere le risorse o i blocchi relativi al sentire, pensare ed agire del paziente. Individuare qual è il contesto interpersonale in cui si verificano maggiori difficoltà ed il corrispondente sistema intrapsichico, che ne risulta compromesso o iperfunzionante, permette di definire così gli obiettivi terapeutici ma anche il setting preferibile da attivare.

Si stabilisce quindi per ciascun singolo caso, in base all'immobilità dell'adolescente nei suoi sistemi, qual è il setting terapeutico da prediligere, se familiare, individuale, di gruppo e/o con quale proseguire.

Ad esempio se l'adolescente è immobile nel suo sistema familiare non riesce a differenziarsi, può incontrare difficoltà nel rapporto con i coetanei e con gli adulti e non può contare su reti relazionali ampie che fungono da protezione, ma anche da spinte nel suo mondo intrapsichico. L'immobilità nel sistema familiare può favorire un eccessivo funzionamento del mondo emotivo a scapito del pensare e dell'agire. In questo caso l'eccessiva conflittualità o dipendenza dalla famiglia fa propendere per l'avvio di un percorso di terapia familiare, con il progetto terapeutico di aiutare il giovane a potersi gradualmente sperimentare altrove, sia con i pari con cui potersi esprimere liberamente, che con adulti con cui progettare e confrontarsi per stimolare quindi l'agire e il pensare.

Qualora poi un adolescente sia incline a frequentare il sistema degli adulti, non trova contenimento e conforto alle sue emozioni all'interno del sistema familiare. Inoltre tende ad evitare esperienze nel gruppo dei pari per la paura e la confusione che il confronto con loro può far scaturire.

La razionalità e il sapere sollecitata dal mondo adulto potrebbero determinare a livello intrapsichico un'iperstimolazione del sistema cognitivo. In questo caso può essere funzionale inserire il paziente in un setting individuale per aiutarlo, a partire dalla relazione con il terapeuta, ad entrare in contatto anche con gli aspetti emotivi del sé e con le sue parti istintive avviando fuori dal setting relazioni con i pari e con adulti.

Qualora l'adolescente sia dipendente in particolar modo dal sistema dei pari può essere utile l'inserimento iniziale in un gruppo terapeutico di giovani pazienti, in cui dare spazio anche ai sentimenti e ai pensieri in modo da sollecitare rapporti di appartenenza al mondo adulto e familiare. La scelta del percorso terapeutico si fonda quindi su una valutazione delle problematiche portate in terapia, dei sistemi di relazioni che irrigidiscono/sostengono il problema e della personalità dell'adolescente. Talvolta per la gravità di un quadro clinico viene indicato un intervento multimodale, che prevede più contesti terapeutici contemporaneamente per promuovere connessioni intra ed inter sistemiche.

Diventa infatti indispensabile nelle problematiche gravi seguire l'adolescente con una terapia individuale e sincronicamente nel setting familiare, condotto da un altro terapeuta appartenente alla stessa équipe, con cui avviene un confronto periodico. In ogni caso al di là del setting prescelto la relazione terapeutica può rappresentare per l'adolescente l'occasione di rivivere in un contesto nuovo

quanto è stato e viene esperito nella propria vita nei tre sistemi interpersonali. Ciascun paziente può rivivere in sedute emozioni passate reiterate in *famiglia* e cominciare a sperimentare anche nuove modalità di interazione familiare, così da ampliare il proprio bagaglio emozionale. Ugualmente può ripercorrere in terapia esperienze vissute nel gruppo dei *pari* che riattivano sensazioni e giocare con il terapeuta in un'area transizionale dove possono accadere nuove esperienze attraverso processi imitativi e associativi. L'incontro terapeutico alimenta per di più l'attività simbolico-poietica, perché come avviene nel sistema degli *adulti* lo scambio genera nuove idee e significati e i pazienti possono progettare obiettivi e immaginare la realtà futura (Baldascini, 1996). In questo modo il processo che si crea tra adolescente e terapeuta nello svolgersi degli incontri avvia sincronicamente collegamenti tra il pensare, l'agire ed il sentire, arricchendo ed armonizzando il suo mondo interno.

Quando l'adolescente presenta condizioni di malessere fino all'emergere dei sintomi clinici, come quelli accennati precedentemente, assistiamo sempre ad una disarticolazione tra il sentire, il pensare e l'agire e al loro scollegamento nei tre sistemi interpersonali.

Prima ho segnalato come tratto comune alla base delle varie forme del malessere in adolescenza il vuoto educativo dei sentimenti e l'assenza di una sana espressione ed elaborazione emotiva.

Secondo il modello, attraverso la relazione terapeutica si cerca di riattivare la mobilità interpersonale ed intrapsichica, riattivando in particolare i sentimenti che aiutano l'adolescente ad entrare in contatto in modo armonico e coerente con i pensieri e le azioni. La psicoterapia, in altri termini, cerca di dare spazio al mondo dei sentimenti e delle emozioni che nella vita non sono stati accolti e compresi. Il terapeuta, infatti, rappresenta una sorta di catalizzatore di esperienze emotive che consentono di strutturare nuovi sentimenti e di sollecitare quelli che limitano la personalità del paziente (Baldascini, Montella, 2023). Il processo terapeutico, inoltre, cerca di avviare una nuova narrazione di se stessi, collegando i ricordi della propria storia con i progetti futuri, e i simboli del mondo interno con le scelte che si compiono.

Se consideriamo che la mente ha un fondamento poetico più che logico, riconosciamo che oltre a fondarsi sulle strutture del cervello viene alimentata dai racconti della propria vita, dai personaggi interiorizzati, dai sogni, dai miti, da immagini universali che costituiscono i modelli fondamentali del nostro pensare, sentire ed agire (Hillman, 2021). Per questo la terapia non può che essere poetica ed artistica, trasformando di seduta in seduta le storie cliniche in inedite narrazioni.

In questo modo i pazienti possono dare un senso nuovo agli eventi vissuti e la vita può essere vista in una prospettiva più ampia e originale. Tutto questo può accadere se paziente e terapeuta costruiscono un'intimità che consente di condividere una visione sistemica che, come un campo relazionale, permetta non solo di scambiare contenuti verbali e non, ma anche di far emergere nuovi pensieri e sentimenti. I vissuti, le fantasie, le sensazioni e le emozioni possono essere trasmessi tra gli individui in modo più o meno inconscio¹⁶ e nell'incontro terapeutico tutto ciò forma un vero e proprio campo di relazioni invisibili¹⁷.

¹⁶ Gli studi sistemici si sono dedicati sia alla ricerca della trasmissione intergenerazionale, vissuti trasmessi attraverso scambi intersoggettivi (Corigliano, 1996) che transgenerazionale, miti, segreti, non detti, trasmessi senza essere comunicati direttamente (Boszormenyi-Nagi, 1988, Schutzenberger, 2004). L'insieme di vissuti, fantasie, emozioni ed idee trasmesse in assenza di uno scambio diretto costituiscono il transpersonale, stato mentale invisibile ed inconscio che influenza le persone.

¹⁷ Il campo transpersonale è stato studiato dalla gestalt - psychology (Lewin, 1948) e dalla gruppoanalisi (Corrao, 1986) con la sua funzione di contenitore relazionale e mentale in cui si realizzano trasformazioni emotive e di pensiero e prendono forma fantasie ancor indeterminate.

L'approccio sistemico ci invita a considerare come concorrono alla formazione di questo campo elementi del qui ed ora, sollecitati nel presente dall'incontro tra le menti del paziente e del terapeuta. Molti di questi appartengono al passato, a memorie storiche familiari e generazionali sedimentate nel tempo. La relazione psicoterapeutica in ogni caso genera un *campo sistemico*¹⁸ (Baldascini, 2022) che si estende oltre i confini fisici del setting e presiede alla formazione di "una mente nuova", che potenzialmente può consentire di accedere a nuove esperienze emotive e cognitive. Questo accade quando in seduta il terapeuta riesce a cogliere immagini o vissuti che emergono dal proprio mondo interiore, stimolati dagli affetti, dalle fantasie e finanche dai contenuti non ancora pensati e metabolizzati del paziente. Il terapeuta può utilizzarli, dividerli e renderli dialettici in modo creativo: per esempio può ricorrere ad una metafora (Whitaker, 1989) che simbolizzi e condensi in modo intuitivo il vissuto emergente dal campo. Può avviare, partendo da questa immagine, incipit di nuove narrazioni animate (Hillman, 2021), attingendo dal mondo artistico o musicale, dalla filmografia, dalla letteratura, dai sogni etc.. e incoraggiare il paziente a co-costruire, attraverso l'uso del "come Se" (Winnicott, 1974), sequenze di storie inedite della propria vita¹⁹. *Il campo sistemico inteso come dispositivo trasformativo* di vissuti emotivi può consentire agli adolescenti, sospesi tra mondo reale e virtuale, l'elaborazione di quegli affetti che tendono ad essere compulsivamente evacuati ed agiti sotto forma di sintomi.

Infatti nelle gravi manifestazioni sintomatiche può prevalere il passaggio all'atto. In questi casi si tratta di agiti che rivelano un indebolimento del piano simbolico ed un eccesso di reale al punto che anche il virtuale viene inglobato, divenendo un unico grande sistema in cui vivere esperienze gratificanti e grandiose.

Per questi adolescenti i personaggi noti e gli eroi diventano persone reali con cui parlare e trascorrere le giornate, le scene transitano dalle serie tv nella cameretta di casa, le fantasie prendono vita e assorbono la quotidianità, il successo e la notorietà non hanno più confini e palcoscenici reali. Il lavoro terapeutico mira a ricondurre su un piano simbolico le fantasie agite e tutto ciò che del mondo interno insiste per divenire reale. Attraverso il campo sistemico, che è transpersonale, le fantasie ripetitive, i personaggi, le immagini delle serie tv o dei giochi virtuali che l'adolescente riferisce evocano nel terapeuta idee, sentimenti, ricordi che, come dicevo, può utilizzare per avviare uno scambio creativo. Addentrarsi nelle fantasie degli adolescenti, nei loro sintomi, piuttosto che eliminarli bruscamente, dà vita a racconti immaginari che si arricchiscono con il contributo di tutti i presenti (anche i familiari se il setting è multipersonale) e sollecita una mobilità intra ed intersistemica alla base di una crescita sana.

Il terapeuta per dare vita a nuove scene relazionali, che consentono ai vissuti anche dolorosi di essere trasformati, può chiedere all'adolescente di entrare a far parte di quel determinato film e proseguire il racconto immaginando un finale, può invitarlo a trasformare alcune emozioni in animali o esseri mitologici, può chiedere di creare un personaggio che lo rappresenti per *narrare* le sue gesta, di riscrivere un testo musicale con altri versi, di visualizzare un'opera iconografica etc.. Questi racconti devono poter prendere posto nella realtà psichica dei pazienti come elementi vivi. La trasformazione affettiva e cognitiva può accadere nel paziente solo se aspetti e contenuti

¹⁸ Per la teoria del campo sistemico si rimanda al testo "La creatività nella teoria e nella terapia di coppia" di Baldascini, Mastrangelo (2022) e "La psicoterapia relazionale con l'adolescente" a cura di Baldascini, Montella (2023).

¹⁹ Le ricerche in neuroscienze testimoniano come la psicoterapia possa, data la plasticità del cervello, modificare anche attraverso l'immaginazione tracce mnestiche consolidate e generare nuove connessioni neuronali. Le teorie dimostrano che l'incontro e l'interazione in seduta possono favorire pensieri inediti che modificano la struttura fisica del cervello (Doidge, 2007) generando connessioni sinaptiche e circuiti neuronali nuovi.

personali transitano durante la nuova narrazione da una dimensione individuale ad una gruppale sistemica, si iscrivono in un campo comune e vengono trasformati all'interno della relazione terapeutica.

In questo modo la psicoterapia allena l'arte dell'immaginare e del contemplare, risveglia nei giovani pazienti la curiosità e soprattutto la creatività. La dimensione creativa riconnette la persona ai suoi desideri, alla forza vitale di Eros che spinge ad inventare, simbolizzare e creare legami, proprio ciò che nel malessere viene perso. Inoltre essa permette al terapeuta di aggirare le resistenze del paziente ed incuriosirlo per riportare in superficie elementi, temi, fantasie presenti in quel momento nel campo (Montella, 2019). Dalle mie esperienze cliniche è emerso quanto la creatività rappresenti una vera e propria forza, un'energia che consente al giovane Narciso di uscire dallo stagno della sua camera e del suo profilo social, volgere lo sguardo oltre lo specchio e mettere a tacere le sirene del mondo virtuale che tormentano per ritornare a cercare il legame con l'altro, vivo e reale.

Questa forza rivoluzionaria rimanda alla figura mitologica propria di Dioniso, divinità greca che scompagina con il suo arrivo l'ordine (Baldascini, Montella, 2023), come un adolescente rivoluzionario che con una forza trasformatrice e creativa aiuta la collettività ed include le differenze. Ritengo che la figura e la storia mitologica di Dioniso possano venire in soccorso al terapeuta, che se è ispirato dalla propria creatività non incorre nella rigidità e nella ripetitività, ma attinge alle forme d'arte ed avvia una narrazione nuova in grado di risvegliare lo spirito dionisiaco che giace sopito negli adolescenti. Quando questo accade la creatività dei giovani è sorprendente, perché è messa al servizio del Noi e della comunità e può diffondere e creare salute e bellezza con invenzioni, forme di cooperazione e di solidarietà. Infatti, quando l'adolescente ricollega i fili della propria storia incontra il proprio desiderio e il talento, quelle dimensioni intime e singolari di ogni persona, va alla ricerca della realizzazione di sé ed è spinto a fare nuove esperienze, ad avere nuovi incontri d'amore, d'amicizia, tollerando anche le inevitabili esperienze di sconfitte, fallimenti o perdite. Dunque, al di là della risoluzione dei sintomi, la psicoterapia, a nostro avviso, non mira ad uniformare gli adolescenti alle aspettative sociali, ma ad aiutarli a ritrovare se stessi, ad elaborare i propri vissuti e a restituire un senso del vivere inedito e creativo.

A questo proposito concludo ricorrendo ad un'altra immagine mitologica, le *Muse*, perché l'esperienza terapeutica, nel risvegliare l'adolescente sedotto dalle sirene virtuali, può aiutarlo ad entrare in contatto con il loro canto. Se il canto delle Sirene allontana dalla realtà e conduce all'irreale, frutto di fantasie compulsive, quello delle Muse, invece, ha la facoltà di richiamare nuove memorie, capaci di far immaginare il futuro ed infondere ispirazione creativa.²⁰

In fondo solo quando l'adolescente ritrova se stesso ed il proprio posto nel mondo può ascoltarsi e cogliere l'ispirazione artistica che risiede nelle profondità del suo mondo interiore.

Il viaggio terapeutico può essere un modo per consentire al giovane di contemplare e comporre le proprie personali ed uniche opere, ma, a nostro avviso, può addirittura spingerlo alla ricerca di nuove scoperte che potrebbero consentire l'evoluzione dell'intera collettività.

BIBLIOGRAFIA

²⁰ Le Muse sono nell'Iliade le divinità abitanti l'Olimpo figlie di Zeus e Mnemosine, dea della memoria. Con il loro canto melodioso svelavano le cose presenti, passate e future; custodi della cultura e delle arti, permettevano ai grandi avvenimenti di non venir dimenticati nel tempo.

- Baldascini, L. (1993). *Vita da Adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni* (Vol. 8). Milano: Franco Angeli.
- Baldascini, L. (1994). L'adolescente tra appartenenze e trasformazioni. *Terapia Familiare*, 44, 25-35. Milano: Franco Angeli.
- Baldascini, L. (1996). Il gruppo in formazione: apprendimento e cambiamento. *Terapia familiare*, 52. Milano: Franco Angeli.
- Baldascini, L. (2003). *Legami terapeutici. Il terapeuta della famiglia nella psicoterapia individuale-sistemica*. Milano: Franco Angeli.
- Baldascini, L., Mastrangelo, M. S. (2022). *La creatività nella teoria e nella terapia di coppia: un modello sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Baldascini, L. (Eds), Montella, F. (Eds). (2023). *La psicoterapia relazionale con l'adolescente: Narciso e Dioniso nell'epoca contemporanea*. Milano: Franco Angeli
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bauman, Z. (2001). *La società individualizzata: come cambia la nostra esperienza*. Bologna: Il Mulino.
- Bauman, Z. Dossal, G. (2015). *Il ritorno del pendolo: psicoanalisi e futuro del mondo liquido*. Trento: Erickson.
- Bigelsen, J., Lehrfeld, J., Jopp, D., Somer, E. (2016). Maladaptive Daydreaming: Evidence for an Under-Researched Mental Health Disorder. *Consciousness and Cognition*, 42: 254-266. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.concog.2016.03.017>
- Boszormenyi- Nagy, I., Spark, G. M. (1988). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio Editore.
- Byung-Chul, H. (2019). *La scomparsa dei riti. Una topologia del presente*. Milano: Saggi Nottetempo.
- Corigliano, A. M. N., (1996). Il transgenerazionale tra mito e segreto. *Interazioni*, 1996/1. Milano: Franco Angeli. <http://www.psychomedia.it/pm/grpind/family/nicoloA1.htm>
- Corrao F. (1986), Il concetto di campo come modello teorico. *Orme*, vol. II. Milano: Raffaello Cortina.
- Doidge, N. (2007). *Il cervello infinito. Alle frontiere della neuroscienza: storie di persone che hanno cambiato il proprio cervello*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- Floridi, L. (2017). *La quarta rivoluzione: come l'infosfera sta trasformando il mondo*. Milano: Cortina.
- Gabrielli, F., Bacini, M. (2021). *La relazione e lo schermo. Figure antropologiche del digitale*. Catanzaro: Rubbettino.
- Galimberti, U. (2009). *I miti del nostro tempo*. Milano: Feltrinelli.
- Hillman, J. (2021). *Le storie che curano, Freud, Jung, Adler*. Milano: Cortina.
- Lancini, M. (2015). *Adolescenti navigati*. Trento: Erickson.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts; Selected Papers on group Dynamics*. New York: Harper e Row.
- Montella, F. (2019). *Campi isomorfi tra clinica e formazione*. Paper presented at meeting of the society EFTA/SIPPR. Napoli.
- [https://www.ipr.napoli.it/images/pubblicazioni/formazione/Campi%20isomorfi%20tra%20formazione%20e%20terapia%20\(Montella\).pdf](https://www.ipr.napoli.it/images/pubblicazioni/formazione/Campi%20isomorfi%20tra%20formazione%20e%20terapia%20(Montella).pdf)

- Montella, F., Coronato, A., Accardo, R. (2022). *Systemic Resonances and Interferences: systemic therapy with adolescents suspended between the real and virtual world*. Paper presented at 11th Conference of the European Family Therapy-Association. Ljubljana (Slovenia).
- Pietropolli Charmet, G. (2008). *Fragile e Spavaldo: ritratto dell'adolescente di oggi*. Bari: Laterza.
- Recalcati, M. (Ed). (2011). *Il soggetto vuoto. Clinica psicoanalitica delle nuove forme del sintomo*. Trento: Erickson.
- Rovelli, C. (2014). *Cos' è la scienza. La rivoluzione di Anassimandro*. Milano: Mondadori.
- Schneider, M. (2022). *Sessualità, ricerca del rischio e comportamenti estremi in adolescenza: conoscere e riconoscere i comportamenti più problematici degli adolescenti di oggi*. Milano: Schneider.
- Schutzenberger, A. A. (2004). *La sindrome degli antenati: psicoterapia transgenerazionale e legami nascosti nell'albero genealogico*. Roma: De Renzi.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*. Milano: Ili Editore.
- Whitaker, C. A., Ryan, M. O. (1989). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Winnicott, D. W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.

“TU PENSI CHE IO SIA CATTIVO...”
LAVORARE CON GLI ADOLESCENTI RIBELLI E CON LE LORO FAMIGLIE

GLORIANA RANGONE²¹
gloriana.rangone@gmail.com

SOMMARIO

Adolescenti trasgressivi, che non rispettano le regole, aggressivi in famiglia e a scuola, che mettono in atto comportamenti pericolosi per sé e per gli altri, genitori disperati, coinvolti in escalation simmetriche o appiattiti su posizioni rinunciarie... come possiamo essere loro di aiuto? Quali lenti possono aiutarci a decodificare il significato di comportamenti tanto esplosivi e al tempo stesso quali strategie possiamo utilizzare per costruire prese in carico efficaci, tenendo conto del carattere d'urgenza che queste situazioni presentano? L'articolo si propone di discutere metodiche di intervento, che possono essere applicate nella gestione di queste difficili situazioni, corredate da riferimenti teorici e da esemplificazioni cliniche.

PAROLE CHIAVE: Adolescenti trasgressivi e ribelli - Alleanza terapeutica - Terapia familiare multidimensionale (MDFT)

ABSTRACT

Transgressive adolescents, who don't respect the rules, who are aggressive in family and at school, who enact dangerous behaviors for themselves and others, desperate parents, involved in symmetrical escalations or flattened on renunciatory positions... how can we be helpful for them? What lenses can help us to decode the meaning of such explosive behaviors and at the same time what strategies can we use to build effective managements, considering the character of urgency presented by these situations? The article aims to discuss methods of intervention, which can be applied in the management of these difficult situations, accompanied by theoretical references and clinical exemplifications.

KEY WORDS: Transgressive and rebellious adolescents - Therapeutic alliance - Multidimensional Family Therapy (MDFT)

²¹ Psicologa, psicoterapeuta, Co-direttrice della scuola di psicoterapia IRIS- Insegnamento e Ricerca Individuo e Sistemi. Responsabile del settore clinico di CTA - Centro di Terapia dell'Adolescenza- a Milano. E' referente regionale per la Lombardia di CISMAI - Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso Sessuale e coordinatrice del Gruppo di Lavoro sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia. Si occupa da molti anni di formazione e di supervisione, con riferimento particolare agli operatori e ai servizi che operano nel campo della tutela dei minorenni e degli interventi a favore delle famiglie in crisi. E' autrice di diverse pubblicazioni nei settori di competenza.

INTRODUZIONE

Anni fa ho curato l'edizione italiana del bel libro di David Taransaud "You Think I'm Evil. Practical strategies for working with aggressive and rebellious adolescents" (Taransaud, Rangone, 2014). Come ho esplicitato nell'introduzione al volume, è stata per me un'esperienza non solo molto interessante ma che ha anche avuto il potere di riportarmi indietro nel tempo quando, da poco laureata, avevo iniziato a lavorare come psicologa all'interno di un carcere minorile del nord Italia. Ho ricordato in modo molto vivido le emozioni intense e contraddittorie che si affollavano dentro di me quando svolgevo i colloqui con i ragazzi detenuti, finalizzati a dare al giudice elementi di conoscenza che orientassero le decisioni e lo sconcerto che mi coglieva quando le mie aspettative venivano regolarmente smentite dai fatti. Mi aspettavo di trovarmi di fronte a un ragazzino impaurito e mi preparavo a dargli conforto e ricevevo un'irrisione o addirittura una velata minaccia, mi preparavo a non farmi spaventare e dovevo trattenere le lacrime di fronte a quello che mi appariva come un bambino disperato. Quello che sapevo del motivo per cui quel ragazzo si trovava in carcere non contribuiva a rendere più facile il compito. Com'era possibile che quel ragazzino così triste e ritirato si fosse reso responsabile di azioni gravissime? La formazione come terapeuta familiare che avevo appena iniziato mi era sicuramente di aiuto. Non solo mi dava conforto perché mi ricordava che la realtà non può essere letta in termini semplicistici di causa effetto, ma mi spronava a indagare il contesto di crescita dei ragazzi, forte dell'affermazione che "Un fenomeno resta inspiegabile finché il campo di osservazione non è abbastanza ampio da includere il contesto in cui il fenomeno si verifica" (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971, p.14).

Causa la mia inesperienza di allora non penso di essere stata particolarmente utile a quei ragazzi. Sono loro grata perché da quegli incontri è nata la mia passione per il lavoro con i ragazzi "cattivi" che non mi ha mai abbandonato.

MEGLIO CATTIVO CHE NIENTE...

Nel corso di una supervisione ad una comunità educativa, gli educatori portano in discussione una situazione che ha provocato in loro un notevole sconcerto. Da qualche mese avevano accolto Davide, un quattordicenne, che era stato descritto come ribelle ad ogni regola e di difficilissima gestione. Avevano adottato come strategia quella di sottolineare positivamente i comportamenti adeguati del ragazzo, comportamenti che, grazie all'instaurarsi di un'ottima relazione con l'educatore di riferimento, si era rivelata vincente. Si erano verificati progressi a scuola e anche le relazioni sia con i coetanei sia con gli adulti erano notevolmente migliorate. Gli educatori non perdevano occasione per dire al ragazzo quanto fosse bravo. Finché un giorno, del tutto inaspettatamente, di fronte all'ennesima e meritata lode, Davide sbotta "La volete smettere di dire che sono bravo? Io sono CATTIVO! Ve lo volete mettere in testa? Io sono CATTIVO!". Non è stato facile per gli educatori riconoscere che Davide, cresciuto in un contesto avverso dove essere aggressivo e ribelle aveva costituito la sua unica possibilità di sopravvivenza, non poteva rinunciare facilmente a quella parte così importante della sua identità.

Nel già citato volume, Taransaud propone l'interessante metafora del sé onnipotente e del sé ferito per significare che, se è vero che dietro i comportamenti aggressivi e ribelli degli adolescenti si cela sempre una parte sofferente e bisognosa di affetto, è anche vero che molto spesso quella parte debole è ostaggio di una forte, che non può essere facilmente né ignorata né congedata. Al contrario, va riconosciuta ed onorata perché ha svolto una funzione di protezione e di vigilanza. L'autore propone numerose tecniche di intervento che possono essere utilizzate con gli adolescenti, non solo in contesti terapeutici ma anche educativi, finalizzate a consentire l'espressione di quelle parti così antitetiche che difficilmente possono essere messe in parole. Viene proposto l'utilizzo di disegni, fumetti, film, storie, musiche, canzoni, video, a partire da quelli che sono gli interessi dell'adolescente (Taransaud, D., Rangone, G., Pasculli. C., 2017).

LAVORARE CON LE FAMIGLIE DEGLI ADOLESCENTI "CATTIVI": LA COSTRUZIONE DELL'ALLEANZA

Ma una prima sfida si pone per il terapeuta familiare. Guadagnare la presenza dell'adolescente in seduta può non essere facile. L'adolescente non è un bambino e la sua presenza va conquistata. Sono sempre più frequenti le richieste di aiuto da parte di genitori che si trovano a interfacciarsi con figli adolescenti che mettono in atto comportamenti ribelli e aggressivi. Ma molto spesso i genitori chiariscono da subito che il figlio o la figlia non accetterà di venire. Spesso questi adolescenti sono reduci da anni di terapie individuali e non vogliono più sentir parlare di psicologi. Questo è sicuramente un grande problema. Se avventurarsi nel trattamento individuale di un adolescente è sconsigliabile (se non in situazioni di particolare gravità in cui i rapporti con la famiglia sono stati interrotti per protezione del minore, ma in questi casi altre figure adulte devono essere coinvolte), altrettanto si può dire del trattamento rivolto ai soli genitori. Vale qui la pena di ricordare che per un figlio è molto più importante poter usufruire di una piccola comprensione da parte di un genitore per quelle che possono essere state le sofferenze o incomprensioni che ha patito piuttosto che di una comprensione completa da parte di un operatore. Lavorare con i soli genitori è sconsigliabile: rinunciare al punto di vista dell'adolescente ci espone al rischio di non avere una visione completa del problema o di averla distorta, di non monitorare adeguatamente gli aspetti di rischio insiti in queste situazioni e comunque ci priva del contributo di un protagonista importante. Pertanto, il primo passo da fare è lavorare per costruire una squadra, che includa tutta la famiglia, per affrontare il problema nel migliore dei modi. Ma come fare?

Incontrare i genitori e raccogliere con loro la storia del problema, adeguatamente contestualizzata all'interno della famiglia, è di importanza fondamentale. Un'attenzione particolare, ai fini della costruzione dell'ipotesi, andrà riservata alle situazioni in cui il figlio possa aver patito delle ingiustizie in assenza di riconoscimento e adeguata protezione. Possiamo trovare mancato riconoscimento dei bisogni, dissintonie, incomprensioni e anche veri e propri traumi, a volte accaduti in contesti extrafamiliari ma che sono stati gravemente sottovalutati.

I signori Bianchi chiedono aiuto per il figlio Mauro, quasi diciottenne, che frequenta una scuola professionale. I risultati scolastici sono pessimi, ma ciò che preoccupa maggiormente i genitori è il comportamento del ragazzo nei loro confronti. Non riconosce loro alcuna autorità, se contrastato

urla e rompe gli oggetti, li insulta, non rispetta alcuna regola. A scuola è spesso insubordinato nei confronti degli insegnanti. Sta fuori la notte e spegne il cellulare per non essere rintracciato. Dalla raccolta della storia emerge che Mauro era in precedenza iscritto al liceo informatico e che il cambiamento era avvenuto a seguito di alcuni fatti accaduti a scuola durante il primo anno di corso. Con una certa fatica i genitori ricostruiscono gli avvenimenti. Mauro si era trovato ad essere testimone di ripetuti atti di bullismo perpetrati da parte di un diciottenne, che frequentava lo stesso istituto, nei confronti del suo migliore amico ed era intervenuto a difesa di quest'ultimo. Il risultato era stato che il bullo aveva iniziato a perseguitare pesantemente Mauro, anche minacciandolo di morte. Mauro non aveva detto niente ai genitori, ma aveva iniziato a non voler più andare a scuola finché a fronte di un aggravamento della situazione, il ragazzo era scoppiato in lacrime e si era confidato con i genitori, i quali a loro volta avevano avvertito la scuola. Nulla però era accaduto, nessun provvedimento era stato preso nei confronti dell'aggressore e il tutto era stato gravemente sottovalutato. Mauro aveva chiesto un cambiamento di scuola e così era stato fatto. Sono passati quasi quattro anni e il ragazzino piccolo e magrolino è diventato un giovane alto e robusto... ora è lui che fa paura agli altri!

I signori Bianchi, opportunamente sostenuti, riuscirono a cogliere il collegamento tra quanto accaduto e il problema attuale. Ma come conquistare la presenza di Mauro in seduta? Il ragazzo aveva alle spalle un anno di psicoterapia individuale e non voleva saperne di vedere uno psicologo.

La strategia utilizzata fu quella di togliere Mauro dalla posizione di "imputato n°1" e di accompagnare i genitori a riconoscere con il figlio la loro parte di responsabilità. Dopo un'adeguata riflessione sugli accadimenti che avevano segnato la storia di Mauro i genitori riconobbero che era sensato tornare a casa e fare al figlio la seguente comunicazione.

"Ci hanno detto che facciamo delle cose sbagliate con te e che per aiutarci hanno bisogno di parlare con te. Quindi vorrebbero vederti". Questo intervento contiene delle premesse importanti. In primo luogo, i genitori riconoscono sia pure in modo generico di avere delle responsabilità in quello che accade a casa, in secondo luogo viene attribuita competenza a Mauro. Ricordiamo che gli adolescenti hanno un grande bisogno di essere stimati e rispondono positivamente a tutti gli interventi che sottolineano la loro capacità di pensiero e di critica.

Mauro accettò l'invito. In modo tranquillo ed educato chiarì subito la sua posizione: *"Sono venuto per parlare ma non ho intenzione di fare nessuna psicoterapia!"*. La conversazione si snodò in modo fluido, Mauro fornì molte descrizioni di quanto accadeva in casa e fu disponibile a esplicitare quali erano le cose che maggiormente lo infastidivano e anche quali cose avrebbe voluto poter fare con i genitori (*"mi piacerebbe tanto andare a prendere un aperitivo con mio padre...."*). L'accento a quanto accaduto nel passato fu cortesemente rifiutato (*"Ah sì, ma lì ero piccolo, non mi sapevo difendere... non mi va di parlarne"*). Molto lavoro è stato fatto prima di poter entrare in contatto con quel ragazzino debole e fragile che nessuno ha difeso, ma soprattutto è stato indispensabile costruire quelle condizioni di sicurezza che permettono (per usare le metafore di Taransaud) al sé onnipotente di consentire l'accesso al sé ferito.

Il caso di Mauro ci aiuta ad addentrarci nei principi base del trattamento di queste delicate situazioni. Riconoscere la competenza di tutti i membri della famiglia, lavorare per costruire l'alleanza che non può che essere basata sulla certezza di poter avere un vantaggio dal trattamento, sottolineare non solo

le responsabilità di ciascuno nella costruzione e nel mantenimento del problema, ma anche le possibilità di intervenire per promuovere il cambiamento sono senz'altro i capisaldi per un intervento efficace. I genitori dovranno essere sostenuti a declinare la loro funzione irrinunciabile in modo utile, senza abdicare al loro ruolo genitoriale ma identificando gli aspetti importanti e distinguendoli da quelli di secondaria importanza. Uno zaino abbandonato in corridoio può causare irritazione nel genitore, ma non è una condotta pericolosa come lanciare e rompere oggetti o sparire per un'intera notte, mentre le richieste di vicinanza, mediate dalle categorie adolescenziali (prendere un aperitivo) vanno sempre accolte e valorizzate. Ovviamente dovrà essere cura del terapeuta preparare il genitore alla possibilità che l'invito tanto atteso sia inizialmente rifiutato ("Si va bene ma non stasera").

Un altro caposaldo del trattamento è costituito dalla flessibilità: a volte il terapeuta deve essere disponibile ad abbandonare il suo setting per esplorare il territorio del paziente.

Un collega, molto impegnato nel trattamento di queste difficili situazioni, mi raccontava che un adolescente aveva accettato di parlare con lui solo se fosse stato disponibile ad affiancarlo in bicicletta. Il collega aveva accettato (il servizio si trovava in un contesto rurale che facilitava questa pratica) e il ragazzo si era mostrato aperto e disponibile. Dopo alcune "sedute" svolte con questa modalità il collega aveva proposto di proseguire all'interno del servizio e l'adolescente aveva accettato senza difficoltà.

Anche la realizzazione di una seduta congiunta genitori e figlio può essere un traguardo non facile da conquistare, ma decisamente irrinunciabile. È utile contrattare con l'adolescente la sua presenza secondo la modalità da lui preferita: può ascoltare in silenzio, delegando il terapeuta a portare il suo punto di vista e riservandosi di intervenire solo se non si senta adeguatamente rappresentato oppure assumersi pienamente la responsabilità di portare il suo parere.

Un adolescente, dopo aver espresso la sua contrarietà alla realizzazione di una seduta congiunta, aveva accettato solo avendo ricevuto garanzia che avrebbe potuto rimanere in silenzio per tutta la durata dell'incontro. Si era così presentato insieme ai genitori e aveva assunto la posizione del prigioniero: labbra serrate e braccia dietro la schiena. Dopo 20 minuti di rigoroso mantenimento di questo difficile assetto aveva cominciato a intervenire e la seduta si era trasformata in uno scambio vivace e costruttivo.

Un altro aspetto importante è la disponibilità da parte del terapeuta di accettare di esplorare il mondo dell'adolescente, le cose che a lui piacciono, i suoi riferimenti. Questa operazione, apparentemente banale, può non essere semplice per il terapeuta che, in quanto adulto, può cadere nella trappola di esprimere giudizi di valore, mostrare disappunto, fare raccomandazioni a fronte di narrazioni dai significati difficilmente condivisibili. Da non dimenticare che molto spesso questi racconti possono essere deliberatamente provocatori, volti a testare quanto l'adulto sia disponibile a farsi guidare nell'esplorazione di territori sconosciuti, con contenuti difficilmente condivisibili.

Alessandro aveva accettato di venire in seduta, dopo l'incontro che si era svolto con i soli genitori, ma aveva subito chiarito che non si sarebbe trattenuto più di mezz'ora. Dal momento che aveva

interrotto il percorso scolastico e non risultava avesse altri interessi (oltre alla frequentazione di compagnie discutibili), gli avevo chiesto cosa gli piacesse fare durante il giorno. Alessandro aveva iniziato a spiegare con dovizia di particolari il gioco online al quale si dedicava assiduamente, che consisteva nella partecipazione a situazioni estremamente violente dove il fine era l'eliminazione fisica degli avversari, perpetrata con modalità diverse ma sempre assolutamente spaventose. Sostenuta anche dalla mia ignoranza in materia, avevo iniziato a fare domande e a chiedere chiarimenti, tenendo a bada le emozioni negative che quegli scenari mi provocavano. Alessandro si prodigava nelle spiegazioni, cercando anche degli esempi ("lei ha per caso letto il Signore degli Anelli?") che potessero in qualche modo farmi avvicinare a quella materia così lontana da me. Nel frattempo, il tempo passava e la mezz'ora stava per scadere. Terminato il tempo concordato accompagnai Alessandro alla porta ma il ragazzo si fermò di fronte alla libreria colma di libri e inaspettatamente esclamò: "Quanti libri! Ma li ha letti tutti?". Cominciai a spiegare che alcuni erano vecchi testi dei tempi dell'università, altri li avevo solo consultati, altri ancora letti integralmente perché mi erano stati utili nel mio lavoro. Alessandro mi interruppe e mi chiese se poteva dare un'occhiata a un libro in particolare. Si trattava del libro "L'adolescenza ferita" (Bertetti, Chistolini, Rangone, Vadilonga, 2004), scritto anni fa da me e da altri colleghi. Si mise a sfogliare il testo... "Ma sono tutte storie di ragazzi... ma li ha visti tutti lei?" Restammo un po' a chiacchierare, fu molto interessato ad ascoltare il lavoro che facevamo al Centro di Terapia dell'Adolescenza, lavoro che, ci tenni a chiarire, era rivolto non solo ai figli ma anche ai genitori perché, se c'è un problema che riguarda un figlio, i genitori c'entrano senz'altro. Ci lasciammo con un nuovo appuntamento, al quale Alessandro si presentò puntuale e desideroso di parlare. E la terapia ebbe inizio.

Esplorare il territorio dell'altro, senza preconcetti né pregiudizi, comporta di solito la possibilità che il nostro interlocutore sia disponibile a esplorare il nostro territorio. In altre parole, se vogliamo che ci venga attribuita competenza, dobbiamo come prima cosa attribuirgliela all'altro.

UN RIFERIMENTO PREZIOSO: IL MODELLO MDFT

Molti degli spunti cui è stato fatto riferimento trovano ampia trattazione all'interno del modello MDFT di Liddle (Liddle, 2016) specificamente dedicato al trattamento degli adolescenti con problemi di abuso di sostanze e di comportamento. Si tratta di un modello di intervento con eccellenti prove di efficacia che enfatizza l'importanza di costruire interventi che, destinati a un fenomeno multidimensionale, siano anch'essi multidimensionali. Il percorso di presa in carico coinvolge non solo la famiglia nelle sue articolazioni (genitore/i, figlio/i), ma anche gli altri sistemi significativi nella vita dell'adolescente. In posizione di spicco c'è ovviamente la scuola, al cui coinvolgimento nella gestione del problema Liddle dedica un'attenzione particolare. Anche qui la costruzione dell'alleanza risulta fondamentale. Ben al di là di un semplice scambio di informazioni, il lavoro con la scuola prevede la costruzione di una collaborazione importante, con un affiancamento operativo ("il tuo problema è anche il mio problema. Insieme possiamo risolverlo"). Ma anche altri contesti possono essere coinvolti a pieno titolo nel trattamento, sia istituzionali (comunità educativa, carcere) sia sportivi, religiosi ecc. Altro punto importante di questo modello è l'assunto che la motivazione è malleabile, ossia può essere costruita, guadagnata a poco a poco. Questo vale per gli adolescenti, ma

anche per gli adulti. Nel corso del training svolto a Milano nel 2016 presso la nostra scuola Alessandra Marotti (Marotti, 2006) collaboratrice di Liddle, ci raccontò questo aneddoto:

Una madre single rifiutava di andare a trovare il figlio in carcere, adducendo come scusa il fatto di non avere l'auto. In realtà il carcere era facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici e i motivi per cui la donna non voleva andare a trovare il figlio erano altri. Senza entrare nel merito di questi aspetti, Marotti si offrì di accompagnarla in auto in carcere, anticipando che lungo il percorso avrebbero avuto modo di chiacchierare. Stupita dalla proposta la donna accettò. Fu la prima seduta di una fruttuosa terapia.

Un altro aspetto importante riguarda la tempestività dell'intervento. Il modello MDFT ci ricorda che il tempo è importante e che gli adolescenti con problemi di comportamento possono far succedere cose molto gravi in tempi rapidi. È quindi indispensabile agire prontamente. Questo ci porta a riflettere su come spesso i tempi istituzionali non siano congruenti con le caratteristiche di queste situazioni non di rado esplosive. Il modello MDFT si basa inoltre sull'idea che il terapeuta da solo sia insufficiente: occorre costruire una squadra costituita oltre che dal terapeuta principale anche da un aiuto terapeuta e/o da altre figure educative che possano intervenire prontamente anche negli altri sistemi significativi, oltre alla famiglia.

Anche se come terapeuti familiari abbiamo più dimestichezza con situazioni in cui sono i genitori a chiedere aiuto e quindi è l'adolescente a dover essere conquistato alla terapia, non dobbiamo dimenticare che ci sono contesti all'interno dei quali è l'adolescente a chiedere aiuto ed è la presenza dei genitori a dover essere conquistata. Si pensi agli sportelli scolastici, dove spesso l'accesso è sostenuto da un insegnante o anche dai compagni di classe e dove è possibile che il coinvolgimento dei genitori non possa essere dato per scontato. Non è raro che sia l'adolescente a opporsi. Se il problema presentato è però di una certa gravità, è evidente che non si può fare a meno della presenza dei genitori. Anche qui occorre essere flessibili e dotarsi di strategie. L'adolescente potrebbe essere disponibile nell'immediato a incontrare un solo genitore, oppure vorrebbe che il terapeuta incontrasse i genitori da solo, o potrebbe chiedere di rimanere in silenzio durante l'incontro... come abbiamo già visto, è indispensabile che l'operatore, senza perdere di vista l'obiettivo, si adatti al suo interlocutore.

IL MONITORAGGIO DEL RISCHIO

Lavorando con queste situazioni è necessario tener presente che il terapeuta può venire a conoscenza di situazioni che comportano un rischio (per qualcuno all'interno della famiglia o al di fuori della famiglia) che potrebbe non essere gestibile all'interno della stanza di terapia. Molta attenzione deve essere posta a questi aspetti. Il terapeuta può cadere nella trappola di sottovalutare il rischio o di spaventarsi eccessivamente. Spesso la sottovalutazione del rischio si verifica quando il terapeuta sopravvaluta l'importanza del rapporto che è riuscito a stabilire con l'adolescente. Tale rapporto è di straordinaria importanza, ma se la situazione è troppo grave non può di certo essere sufficiente a garantire l'interruzione del comportamento pericoloso e quindi la necessaria sicurezza.

Un adolescente era solito uscire la sera con gli amici, abusare di alcool e muoversi in motorino senza gli occhiali, pur essendo molto miope. La spiegazione era che gli piaceva moltissimo quella

sensazione di rischio e di sfida che derivava dal muoversi velocemente in città, con una visione approssimativa e nebulosa, sostenuto dall'alcool. Si confidava con il terapeuta, il quale gli diceva ovviamente di interrompere il comportamento pericoloso, il ragazzo conveniva che era meglio smettere ma poi tornava in seduta e ammetteva di averlo fatto ancora...

Non procedere come la legge e il codice di deontologia professionale prescrivono ai fini di garantire la necessaria protezione del minorenne spesso non è dovuto a mancata conoscenza delle regole ma alla difficile gestione delle emozioni da cui è possibile essere sopraffatti in questi casi così delicati. La frequenza con cui questo accade ci deve sollecitare a muoverci su due piani ugualmente importanti: da un lato promuovere formazioni non solo istruttive e supervisioni che valorizzino tutti gli aspetti operativi, inclusa la gestione delle emozioni che questi casi suscitano; dall'altro sostenere l'utilità del lavoro di squadra e la possibilità di chiedere confronto e supporto a fronte di situazioni potenzialmente destabilizzanti.

CONCLUSIONI

Questo excursus su un tema vasto e complesso come quello del trattamento degli adolescenti aggressivi e ribelli e delle loro famiglie non ha di certo la pretesa di essere esaustivo. Molti temi meriterebbero di essere approfonditi, tuttavia ci tengo a sottolineare l'importanza di alcuni aspetti che sono stati discussi. Primo tra tutti il concetto di flessibilità: lavorare con questa casistica implica spesso la disponibilità a lasciare il proprio setting rassicurante per entrare nel territorio dei nostri interlocutori e richiede l'utilizzo di creatività e fantasia.

Integrare rigore (non bisogna cadere nella trappola del "basta che funzioni!") e flessibilità non è facile ed è sempre auspicabile che il terapeuta non sia solo. Altri professionisti, ad esempio educatori, possono entrare a far parte della squadra che lavora sul problema e occorre essere disponibili a prendere in considerazione, al di là della famiglia, una molteplicità di contesti significativi, che possono contenere risorse preziose. Soprattutto quando sono coinvolti più servizi e istituzioni, come accade quando l'adolescente si è reso responsabile di reati o mette comunque in atto condotte pericolose, sarà importante essere disponibili a costruire progetti di aiuto coordinati e condivisi. Il compito non è certo facile, occorre essere tenaci, non scoraggiarsi, imparare a valorizzare anche i piccoli risultati... davvero una bella sfida!

BIBLIOGRAFIA

- Bertetti, B., Chistolini, M., Rangone, G., & Vadilonga, F. (2009). *L'adolescenza ferita. Un modello di presa in carico delle gravi crisi adolescenziali*. Milano: Franco Angeli.
- Liddle, H. A. (2016) Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. *Family Process*, 55(3): 1-19.
- Marotti, A. (2006). La terapia multidimensionale della famiglia. In Delegazione territoriale italiana di ITACA (cur.), *Le città e le politiche sulle droghe*, 97-105. Roma: ITACA.

Taransaud, D., Rangone, G. (2014). *Tu pensi che io sia cattivo: strategie pratiche per lavorare con adolescenti aggressivi e ribelli*. Milano: Franco Angeli.

Taransaud, D., Rangone, G., Pasculli, C. (2021). *The Rage for Life. Una storia di sopravvivenza e di speranza*. Novate Milanese: Fabbrica dei Segni Editore.

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

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI GLORIANA RANGONE: "TU PENSI CHE IO SIA CATTIVO"

FILIPPO MARCONI²²
filippo.marconi@libero.it

Davvero tanti gli spunti di riflessione che ho trovato nell'articolo di Gloriana Rangone. Leggendolo mi sono sentito come quando, passeggiando nel centro storico di un borgo, nel percorrere la via principale si nota che da essa si dipartono continuamente altre vie e viuzze laterali, visibili solo in parte eppure tutte interessanti, con case, botteghe o ristoranti dove verrebbe voglia di entrare e fermarsi a conoscere. Così ogni tanto si decide di imboccarne una e dopo giri più o meno lunghi si ritorna inevitabilmente sulla via di partenza, oppure si arriva nella piazza del paese.

Vari temi che l'articolo tocca mi sono quindi sembrati altrettanti inviti alla connessione con la mia esperienza professionale: arrivavano spontanei una sorta di "io qui farei così", o di "questo mi fa pensare a quest'altro". Quando si verifica un processo del genere, si può dire che uno scritto abbia raggiunto il suo scopo: fare riflettere, suscitare domande.

Di seguito, nell'ordine in cui mi sono venute in mente, le riflessioni che mi pare l'articolo solleciti. Va da sé che si tratta di punti di vista, "Tutto ciò che è detto, è detto da un osservatore", diceva Maturana (Maturana, Varela, 1980, p.53) - esprimendo naturalmente un punto di vista.

Quando Rangone cita Watzlavick, che affermava che "Un fenomeno resta inspiegabile finché il campo di osservazione non è abbastanza ampio da includere il contesto in cui il fenomeno si verifica", tocca uno dei punti principali di caratterizzazione della fase adolescenziale. Con l'adolescenza, aumentano infatti il numero e la complessità dei contesti che devono essere considerati e osservati per poter formulare buone ipotesi. Limitarsi a considerare la famiglia nucleare come unico luogo in cui si originano e si giocano dinamiche significative, porterebbe ad avere una visione soltanto parziale dei ragazzi con cui ci troviamo a lavorare.

Interessante la vignetta clinica in cui il ragazzino Davide sbotta per i troppi complimenti ricevuti, rivendicando il proprio status di "cattivo". Ho pensato che non solo tale atteggiamento fosse indicativo del non voler rinunciare ad una parte di sé che nel passato aveva svolto una importantissima funzione protettiva, ma anche che quella stessa parte stesse ormai strutturandosi (coerentemente con i processi psichici di questa fase della vita) come elemento costitutivo della sua identità e del suo funzionamento. I complimenti in questo caso potrebbero addirittura assurgere a minaccia verso la conservazione di un senso di identità coeso: meglio cattivo che anonimo o, come diceva Enzo Jannacci, "Meglio un fiasco trionfale che un successo cordiale".

La comprensione di ciò che può aver portato a comportamenti anche gravemente disfunzionali da parte dell'adolescente, ad esempio della loro funzione difensiva o di vigilanza, va al cuore di uno dei passaggi fondamentali della relazione terapeutica e di tutto il lavoro con le famiglie. Si tratta della connotazione positiva, da intendersi non certo come mera azione assolutoria degli agiti dei ragazzi in

²² Psicologo e psicoterapeuta di orientamento sistemico-relazionale. Lavora da circa 20 anni nell'ambito della tutela minori, è stato per 11 anni Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Milano e si occupa di terapie di coppia e familiari.

nome di generiche sofferenze patite, e non soltanto come ristrutturazione del sintomo atta a modificarne la percezione da parte dei membri della famiglia, ma come profonda azione di riconoscimento delle "buone ragioni" (buone in quanto importanti) alla base dei comportamenti e di connessione con la posizione e vissuti di ciascuno nel sistema. Ritengo la connotazione positiva un passaggio ancora oggi obbligato per stabilire un contatto autentico e porre basi solide nella relazione terapeutica, insomma per costruire cambiamenti nelle famiglie.

Ho sentito particolarmente in linea con la mia esperienza i passaggi in cui Rangone parla della conquista della presenza dell'adolescente in seduta. Credo sia possibile avere fiducia nel fatto che gli adolescenti restino persone profondamente interessate alle proprie relazioni familiari e alla visione che i genitori hanno di loro, anche quando i comportamenti sembrano mostrare l'esatto contrario. Personalmente tendo a proporre ai ragazzi un ruolo da mio consulente nell'aiuto che cerco di dare agli adulti che me lo chiedono. Gli chiedo cioè un aiuto nel capire meglio il funzionamento dei loro genitori e della famiglia, in particolare per quanto riguarda le preoccupazioni degli adulti e l'origine dei loro punti di vista. Raramente i ragazzi si sottraggono alla possibilità di avere uno spazio in cui portare e sentire ascoltato con curiosità il loro essere esperti del proprio nucleo familiare. Una volta sperimentato tale contesto, spesso gli adolescenti iniziano a sentire la terapia come un luogo per loro interessante, in cui diventa possibile esprimersi e interrogarsi senza sentirsi giudicati. Dall'altro lato, se il terapeuta riesce a conservare la propria sensibilità verso la sintonizzazione con tutti i familiari, diventa più agevole mantenere una posizione di curiosità, necessaria per poter capire, ipotizzare, offrire riconoscimento emotivamente autentico.

Tra le varie idee preziose che il modello MDTF offre, la principale mi pare essere il concetto di fondo che la costruzione di un contesto di presa in carico che non si limiti alla stanza di terapia possa rivelarsi una mossa vincente. La rete con scuola e figure educative professionali, se ben articolata e coordinata, diventa davvero un fattore di protezione e cambiamento chiaramente percepito dai ragazzi, e che può fare la differenza.

Chiudo il commento con un accenno alla conclusione dell'articolo, che contiene parole chiave irrinunciabili nel lavoro con gli adolescenti e con le loro famiglie: flessibilità, rigore, creatività, valorizzazione, riconoscimento. L'integrazione tra rigore e flessibilità (stiamo forse parlando dell'Irriverenza di cecchiniana memoria?) mi sembra una bussola che non può che essere utile a ogni terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

Cecchin, G. (2003). *Irriverenza*. Milano: Franco Angeli.

Maturana, H., Varela, F. (1980). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Raffaello Cortina.

UNA PROPOSTA SISTEMICA PER LA COMPrensIONE DEI COMPORAMENTI ESTERNALIZZANTI ESTREMI DEGLI ADOLESCENTI DI OGGI

MARCO SCHNEIDER, ALICE ANNIBALE, ARIANNA ROSSI, ELISA SCARAMELLA²³.

m.schneider@psicologo-rho.com

SOMMARIO

Questo articolo fa seguito all'intervento di uno di noi alla Giornata di Studio SIRTS del 25 marzo 2023 sulle manifestazioni adolescenziali estreme ed ha come oggetto alcuni tra i comportamenti adolescenziali più intensi, quelli detti "esternalizzanti", caratterizzati da varie forme di aggressività, impulsività, iperattività, scarsa capacità di prestare attenzione, scarsa compliance e provocazione (Achenbach, Rescorla, 2000; Roskam et al., 2013), agiti oggi da un numero sempre crescente di giovani.

Viene qui proposta una lettura di detti comportamenti connessa ad alcune caratteristiche specifiche della nostra società occidentale e ad alcuni specifici stili educativi genitoriali.

PAROLE CHIAVE: comportamenti esternalizzanti - comportamenti adolescenziali estremi - stili relazionali genitoriali.

ABSTRACT

This article is based on the intervention of one of us at the SIRTS Study Day on March 25, 2023 about extreme adolescent behaviours and the subjects of this work are the behaviors referred to as "externalizing," characterized by various forms of aggression, impulsivity, hyperactivity, poor attention span, low compliance and provocation (Achenbach, Rescorla, 2000; Roskam et al., 2013), exhibited today by a growing number of young individuals.

A reading of these behaviors is proposed here, connected to specific characteristics of our Western society and certain parental educational styles.

KEY WORDS: externalizing behaviors - extreme adolescent behaviors - parental relational styles.

²³ Marco Schneider, Psicologo Clinico e Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale. Direttore del Master in "Clinica Sistemica dell'Adolescenza" per "Spazio Iris" (www.spazioiris.it), è docente in Master di Alta Formazione in Psicologia e presso la scuola di specializzazione in psicoterapia EIST di Milano (www.eist.it). Già psicologo presso il carcere minorile "C. Beccaria" di Milano (Italia), presso "S.O.S. Telefono Azzurro", presso diversi Servizi Pubblici per giovani autori di reato e, per famiglie in difficoltà. Dal 2019 è Caporedattore della rivista "Quaderni SIRTS". È membro del Board della Società Italiana di Ricerca in Terapia Sistemica (www.sirts.org), socio della Società Europea di Terapia Familiare (EFTA - CIM) e della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale (SIPPR). È autore di contributi scientifici sull'adolescenza problematica e di tre volumi sull'adolescenza.

Elisa Scaramella, psicologa, laureata in Psicologia Clinica e Neuropsicologia nel ciclo di vita presso l'Università di Milano-Bicocca, già trainee studio del Dott. Schneider.

Arianna Rossi, laureanda in Scienze e Tecniche Psicologiche presso l'Università di Milano-Bicocca, già trainee studio del Dott. Schneider.

Alice Annibale, laureata in Psicologia dello Sviluppo e dei Processi di Tutela presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e trainee studio del Dott. Schneider.

COMPORAMENTI ESTREMI, COMPORAMENTI ESTERNALIZZANTI

Il tema dei comportamenti “esagerati” degli adolescenti non è certo nuovo: se ne parlava infatti già ai tempi di Shakespeare ma ancor prima a quelli di Aristotele. Shakespeare (1611, pp 54-55) nel Racconto d’Inverno scriveva «...*Vorrei che non ci fosse età di mezzo fra i dieci e i ventitre anni o che la gioventù dormisse tutto questo intervallo, poiché non c’è nulla in codesto tempo se non ingravidare ragazze, vilipendere gli anziani, rubare e darsi legnate*» mentre Aristotele nella Retorica (330 a.C, pag. 434.) riteneva che gli adolescenti sono “... *scaldati dalla natura come gli ubriachi dal vino, un sacro furore interno che li muove ad agire senza freni*”. Molto più recentemente Coslin (2012, pag. 9) sostiene che “gli adolescenti che fanno paura [...] sono anche gli artefici e le vittime di nuovi eccessi”.

Il nostro tempo, rispetto al passato, vede un numero sempre crescente di ragazzi che mostrano comportamenti disfunzionali “estremi”, l’età nella quale essi iniziano a manifestarsi è sempre più precoce e questi comportamenti sono sostenuti da alcune specifiche caratteristiche sociali.

Nello specifico alcuni cambiamenti sociali, culturali ed economici avvenuti in particolare negli ultimi tre decenni hanno influenzato profondamente le dinamiche familiari e le modalità con le quali oggi si crescono i figli, si identificano i modelli normativi e si pensa al futuro (Schneider, 2022a), creando un contesto facilitante l’espressione di comportamenti sempre più estremi tra gli adolescenti: viviamo infatti un tempo di grande velocità, dedito al consumismo, all’estremizzazione dell’impegno lavorativo, all’esposizione “estrema” di sé sui social, caratterizzato (Monguzzi, 2021) dall’iper semplificazione dei contenuti, da un diffuso analfabetismo emozionale, dalla crisi delle istituzioni informali (scuola e famiglia su tutte) ma anche della credibilità di quelle formali (come la politica), nel quale i tradizionali “contenitori” sociali sono indeboliti, il pensiero è *emotivo*, gli agiti impulsivi sono frequentissimi e il continuo cambiamento è la cifra distintiva (Schneider, 2022a, *op. cit.*). L’attuale “liquidità sociale” e la crisi dei valori *forti* legati alla famiglia, al mondo del lavoro, alle relazioni interpersonali e a quelle affettive hanno creato fragilità nei legami, nelle progettualità e nelle famiglie, rendendo le persone più insicure, più difese, meno propense a progettare il futuro, più centrate su loro stesse e intente a vivere *narcisisticamente* il presente.

Possiamo pensare alla nostra come ad una società “estrema” per via della compresenza di alcuni elementi:

- a) Aspetti valoriali: oggi predominano l’individualismo, la competizione, vi è una chiara esaltazione della libertà individuale, dell’autodeterminazione e dell’apparire.
- b) Specifiche modalità educative: mai come oggi i genitori iniziano a stimolare i figli sin dalla più tenera età (Lancini, 2017) chiedendo loro di uniformarsi velocemente agli standard di comportamento ritenuti adeguati, di essere competitivi e performanti sul piano sociale, espressivo, dell’ambizione, delle competenze tecniche e dell’autonomia.
- c) La “liquidità” delle infrastrutture sociali (Baumann, 2004), unitamente alla massiccia diffusione di internet, ha reso le persone più disorientate, più centrate su loro stesse e

intente a mostrare sempre più parti della propria vita privata nell'intento di marcare una differenza rispetto alla fatica percepita negli altri (Monguzzi, 2021, op. cit.).

- d) La dismissione della gran parte dei “riti di passaggio” (Schneider, 2021): i riti accompagnano il soggetto “non ancora maturo” al conseguimento del nuovo status di maturità, sedando non solo i timori e le ansie del singolo rispetto alla crescita ma anche quelli della comunità. I riti di passaggio, celebrati con una precisa cadenza temporale e secondo modalità conosciute da tutti, definiscono il momento preciso a partire dal quale il bambino verrà considerato un “nuovo adulto”. Nella nostra società, che vede un'estrema dilatazione del periodo adolescenziale (Amodio, 2009), i riti di passaggio sono molto meno definiti e identificabili rispetto a un tempo e la transizione dalla fine dell'adolescenza all'età adulta è molto più flessibile e “personalizzata” (Schneider, 2021, op. cit.): mancando questo aspetto formale della crescita, che da sempre ha regolato i rapporti in famiglia e gli avvicendamenti generazionali, è fortemente aumentato il disorientamento generale rispetto alla definizione delle varie fasi del ciclo di vita.

Se, come dice Coslin (2012, op. cit., pag. 7) “ogni società ha gli adolescenti che si merita”, l'essere sempre più difesi, aggressivi ed estremi dei nostri ragazzi pare il mezzo per stare “al passo” con gli adulti, per venire da loro riconosciuti, considerati, guardati. Sul piano sistemico tutto ciò segnala un disagio generalizzato che chiede agli adulti un posizionamento differente rispetto all'attuale, oltre (probabilmente?) ad un nuovo modello di società.

EPIDEMIOLOGIA E FENOMENOLOGIA

La tendenza ad agire comportamenti “fuori dalla norma” è da sempre una caratteristica dell'adolescenza sebbene i ragazzi *veramente estremi* siano sempre stati, almeno fino ad alcuni decenni fa, una quota piuttosto marginale, proveniente spesso da contesti svantaggiati. Oggi assistiamo invece ad un crescente numero di comportamenti disfunzionali intensi agiti da giovani e giovanissimi provenienti da contesti socio economici non per forza disagiati e ciò ha portato a considerare l'emergere di una *nuova area di normalità*, quantomeno statistica, dei comportamenti adolescenziali estremi.

Sul piano clinico, la qualità di estremo non è assegnata a specifici comportamenti bensì all'intensità (“al di fuori della norma”, fonte: *Treccani*) con la quale qualsiasi comportamento è agito. In tal senso dunque ogni comportamento può divenire estremo.

Vi sono oggi due tipi di comportamenti che ben si prestano a venire considerati “estremi”: quelli “internalizzanti” (come ad esempio il comportamento autolesionista/suicidario, i disturbi alimentari, i comportamenti di ritiro estremo, l'uso di sostanze) e quelli “esternalizzanti” (oggetto di questo lavoro).

Sia i comportamenti “internalizzanti” che quelli “esternalizzanti” sono oggi caratterizzati dal fatto che:

1. l'età nella quale si manifestano è sempre più precoce;
2. uno stesso giovane può manifestare nello stesso momento più tipologie di comportamento disfunzionale (all'interno di ciascuna tipologia);

3. questi comportamenti non possono più essere ricondotti ai tradizionali “contenitori” nei quali essi trovavano storicamente espressione (ideologie politiche, conflitti intergenerazionali e ribellione verso la società, ricerca spirituale, emulazione di modelli legati a musica/cinema/moda);
4. questi comportamenti sono espressi anche da ragazzi appartenenti a contesti non problematici sul piano economico, culturale o sociale;
5. questi comportamenti appaiono sempre più intensi, aumentando la loro pericolosità per la salute psicofisica dei singoli e dei gruppi.

E' soprattutto il “ceto medio” ad esprimere oggi nella società occidentale il maggior numero di giovani estremi. Ciò dipende dal fatto che è proprio questa parte di popolazione ad aver sofferto maggiormente negli scorsi decenni le varie crisi socio economiche e ad aver patito con maggiore intensità i cambiamenti nella struttura e nelle dinamiche familiari. Da tempo sosteniamo (Schneider, 2013, 2018) l'esistenza di una correlazione diretta tra i comportamenti “esagerati” degli adolescenti e l'indebolimento, su diversi piani, della famiglia.

Ma qual è l'incidenza dei comportamenti adolescenziali estremi nel contesto italiano? A fronte di una popolazione di minorenni pari a circa 12 milioni di individui, la situazione è la seguente:

1. consumo di alcol: i dati del 2019 evidenziano che sono circa 750.000 i minorenni che hanno un consumo di alcol a rischio, prevalentemente 16-17enni (M=42%; F=39%). A preoccupare è poi l'aumento registrato nel 2020 di consumatrici femmine tra i 14 e i 17 anni, le quali superano per numerosità, per la prima volta, i loro coetanei maschi (F=30% ; M=28%) (fonte: Ministero della Salute, 2021). Nell'adolescente il “Binge drinking” (ovvero bere almeno 4 drink in 2 ore per le femmine e 5 drink in 2 ore per maschi al fine di raggiungere una forte ubriacatura) è in continuo aumento. Questa modalità, altamente rischiosa, è praticata in Italia da oltre 3,8 milioni di consumatori (sia minorenni che maggiorenni, di cui 1 milione sono femmine). Di essi, 830.000 sono soggetti tra gli 11 e i 25 anni (22% del totale dei binge drinkers in Italia e circa il 10% degli adolescenti) (fonte: CNR, 2020). Dunque cifre drammatiche.
2. assunzione di sostanze psicoattive illegali: nel 2020 il 4% della popolazione studentesca ha consumato almeno una droga “pesante” (la cannabis non è qui considerata) nell'arco della vita, il 2% nell'ultimo anno ed infine lo 0,1%, ne fa un uso frequente. Le frequenze maggiori si registrano fra gli studenti maschi e i maggiorenni (fonte: Ministero dell'Interno, 2023).
La Relazione annuale al Parlamento Italiano sullo stato delle tossicodipendenze (2018), riporta che la sostanza illegale più utilizzata dagli studenti tra i 15 e i 19 anni resta la cannabis, seguita dalle nuove sostanze psicoattive (NPS), dallo “spice”, dalla cocaina, dagli stimolanti, allucinogeni e dall'eroina. I dati rivelano che il 34% degli studenti ha utilizzato cannabis almeno una volta nella vita, il 26% ne ha fatto uso nel corso del 2017, il 16%, ha riferito di averla consumata nel corso del mese di svolgimento dello studio e il 3% ha dichiarato di averla consumata frequentemente (20 o più volte nell'ultimo mese).
3. criminalità giovanile: negli ultimi quattro anni le segnalazioni di minori (denunce e/o arresti) hanno registrato un andamento crescente (ad eccezione di una flessione nel

periodo 2019-2020). Nell'ultimo biennio l'incremento è stato molto significativo: nel 2021 è stato del +16% rispetto al 2020 e nel 2022 è stato del +11% rispetto al 2021, evidenziando un trend di crescita costante (fonte: Dipartimento della Pubblica Sicurezza, 2022). Rispetto ai reati commessi, dopo il furto vi sono rapine e lesioni personali volontarie, evidenziando una generazione di adolescenti violenta. In particolare i reati di rapina registrano un significativo incremento (+65% negli ultimi tre anni). Le segnalazioni per lesioni hanno subito un incremento del 32% tra il 2019 e il 2022. In aumento sono anche le denunce di minori per minaccia (+ 27% tra il 2019 ed il 2022, anno in cui si registra il picco della serie storica) e quelle per rissa (+123% tra il 2018 e il 2022) (fonte: La Stampa, 2023). I significati dell'agire criminale in adolescenza sono stati molto studiati e di essi ne sono stati evidenziati sia la funzione di segnale di una difficoltà nella realizzazione dei compiti evolutivi che il valore comunicazionale verso il mondo (verso gli adulti, chiedendo una presa in carico delle sofferenze dei giovani, verso i pari, come rinforzo all'identità). Qui interessa evidenziare la correlazione già più sopra proposta tra i comportamenti estremi (in questo caso delinquenziali) dei ragazzi e le modificazioni sociali degli ultimi decenni: gli atteggiamenti aggressivi e predatori paiono specchio del modo prevalente di vivere la vita adottato dalla nostra società.

4. guida pericolosa: in Italia gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte per i ragazzi tra 15 e i 24 anni. Il 20% degli incidenti è causato dai guidatori sotto effetto di alcol e il 27% da soggetti sotto effetto di droghe (fonte: ISS, 2010).
5. disturbi alimentari: tali disturbi affliggono oltre 3 milioni di persone in Italia (circa il 5% della popolazione). L'8-10% delle ragazze e lo 0,5-1% dei ragazzi soffre di anoressia o bulimia: l'incidenza è aumentata del 30% per effetto della pandemia COVID e il picco è soprattutto tra i giovanissimi, colpiti fino a quattro volte di più rispetto al periodo pre-Covid (si pensa a causa dell'isolamento, della permanenza forzata a casa, della chiusura delle scuole e dell'annullamento delle iniziative di coinvolgimento sociale). In aggiunta, considerando dati recenti su oltre 8000 pazienti, il 90% è di genere femminile, il 59% dei casi ha un'età compresa tra i 13 e 25 anni di età ed il 6% ha meno di 12 anni. Rispetto alle diagnosi più frequenti, l'anoressia nervosa rappresenta il 42% dei casi, la bulimia nervosa il 18% e il disturbo di binge eating il 14% (fonte: Ansa, 2023).
6. autolesionismo: il riferimento è all'autolesionismo non suicidario. Questa condotta presenta un'incidenza di circa il 20% tra gli adolescenti di tutto il mondo, riguardando dall'1,5% al 7% i bambini e adolescenti senza disturbi psichiatrici; gli adolescenti con disturbi psichiatrici manifestano più frequentemente sia episodi singoli (60% dei casi) che ripetuti (50%) (fonte: Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, 2023).
7. suicidio: questo comportamento rappresenta la seconda causa di morte in Europa delle persone fra i 15 e i 19 anni, e la quinta nel mondo. Quasi 46mila adolescenti muoiono a causa di suicidio ogni anno nel mondo, più di uno ogni 11 minuti (fonte: Unicef, 2022).
8. ritiro estremo: questo comportamento è adottato soprattutto da giovani dai 14 ai 30 anni, principalmente maschi (tra il 70 e il 90%), anche se il numero di ragazze *isolate* potrebbe essere sottostimato (fonte: Hikikomori Italia, 2019). Stando ai dati ufficiali in Italia quasi il 2% della popolazione adolescenziale ne soffre. L'età maggiormente critica è quella tra

i 15 ai 17 anni, con un periodo di incubazione che inizia già nella scuola media. Le differenze di genere si manifestano nella *percezione* del ritiro: nonostante vi siano più maschi effettivamente *ritirati*, le femmine si attribuiscono più facilmente la definizione di Hikikomori. Significativo è anche il diverso utilizzo del tempo: le ragazze sono più propense al sonno, alla lettura e alla tv, mentre i ragazzi al gaming online.

9. violenza filio-parentale: ovvero adolescenti che minacciano, aggrediscono e cercano di imporre il proprio controllo nella relazione con i genitori. Si tratta di un fenomeno che inizia tra i 12 e i 14 anni, con un picco tra i 15 e i 17 e uno stabile declino dopo l'ingresso nella maggiore età. I pochi studi condotti indicano un'incidenza particolarmente significativa negli Stati Uniti: tra il 14 e il 20% della popolazione (che aumenta fino al 64% considerando anche gli abusi psicologici). In Italia tra il 2014 e il 2017 c'è stato un aumento del 56% delle denunce a carico di minori per violenze in ambito familiare (Bianchetti & Rudelli, 2022). Diversi autori (ad esempio Pereira, 2015), si sono occupati del fenomeno evidenziando la presenza di specifiche condizioni educative generali e di peculiari dinamiche familiari che sostengono tali comportamenti estremi.

I COMPORTAMENTI ESTREMI NELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Questo paragrafo senza pretesa di esaustività vuole tratteggiare lo sviluppo, relativamente recente, dell'interesse scientifico per le difficoltà comportamentali dei ragazzi: se i lavori iniziano dagli anni '40 del '900, è solo dalla seconda metà degli anni '60 che la quantità delle pubblicazioni diviene di un certo rilievo ed è con la seconda metà degli anni '90 che esse divengono molto significative per numerosità.

Negli anni Cinquanta si discuteva di "comportamenti anomali" tra gli adolescenti ed è in questo periodo che viene introdotto il concetto di "*comportamento antisociale in adolescenza*" (McCallum, 1950). I comportamenti indagati erano i disturbi dell'appetito (*over-eating* e digiuno), l'estrema timidezza, la tendenza alla solitudine, l'aggressività, la disobbedienza, i comportamenti fuori controllo, la sessualità "*eccessiva e perversa*", la depressione e il suicidio (Warren, 1949).

Negli anni a seguire appaiono i primi lavori sul ruolo della famiglia (e non del solo legame madre-figlio) nello sviluppo delle difficoltà adolescenziali (Frank, 1965).

Tra il 1980 e il 1990 iniziano ad essere approfonditi l'utilizzo e la dipendenza da sostanze psicoattive tra gli adolescenti (Morrison, Smith, 1987). In quel periodo il crescente interesse per questo tema era dovuto al fatto che questi comportamenti rappresentavano la principale causa di malattia e morte tra gli adolescenti. In quel periodo l'autodistruttività in adolescenza era associata all'uso di sostanze, ai comportamenti antisociali e alla delinquenza (Awad, 1981, Noshpitz, 1994; Feinstein, 1994; oltre a tutta la letteratura sistemico-relazionale sulle tossicodipendenze).

Più recenti e legati all'avvento della tecnologia sono i lavori sulle nuove dipendenze: gioco d'azzardo, gaming, internet e smartphone. Negli ultimi anni sono stati studiati i comportamenti di ritiro estremo (Jorgenson, Hsiao, Yen, 2016; Derevenvsky, Hayman, Gilbeau, 2019) come quello degli Hikikomori (Nonaka, Takeda, Sakai, 2022; Gavin, Brosnan, 2022; Young et al., 2023).

I COMPORTAMENTI "ESTERNALIZZANTI"

Con il termine “esternalizzanti” si indica una modalità comportamentale che insorge generalmente nell’infanzia, caratterizzata da varie forme di aggressività, impulsività, iperattività, scarsa capacità di prestare attenzione, scarsa collaboratività e provocazione (Achenbach, Rescorla, 2000; Roskam et al., op. cit.). Secondo alcuni autori (ad esempio Santrock, 2013) nei bambini si parla di comportamenti esternalizzanti in presenza di atteggiamenti negativistici, di collera, distruttivi, provocatori ed impulsivi, quando sono presenti marcata reattività emozionale, importanti difficoltà nel calmarsi e la tendenza ad essere facilmente irritabili. Sul piano diagnostico tradizionale i comportamenti esternalizzanti vengono associati ai disturbi da deficit di attenzione ed iperattività, al disturbo oppositivo-provocatorio e al disturbo della condotta. I comportamenti esternalizzanti più tipici in adolescenza sono:

- la tendenza ad avere molto frequentemente dei litigi con altre persone, sia conosciute che sconosciute;
- il mostrarsi molto spesso reattivi, nervosi, irascibili, disforici;
- la tendenza a trasgredire frequentemente le regole;
- la commissione di reati, individualmente o in gruppo (in particolare danneggiamenti, risse o aggressioni);
- il bullismo e il cyberbullismo;
- la tendenza ad abusare di droghe o alcol in gruppo;
- il praticare atti sessuali promiscui o la prostituzione minorile;
- la pratica di sport estremi o violenti;
- la tendenza ad avere una guida pericolosa (biciclette, motorini, auto).

Negli adolescenti esternalizzanti è stata spesso osservata la compresenza di comportamenti di ricerca del rischio, tanto che abbiamo ritenuto (Schneider, 2022a) che tra i comportamenti esternalizzanti e quelli di ricerca del rischio vi siano aree significative di sovrapposizione.

Rispetto alla genesi dei comportamenti esternalizzanti la letteratura evidenzia sia elementi specifici che aspecifici. Quelli specifici riguardano particolari esperienze di vita come l’essere vittima di abusi fisici, sessuali o emotivi, l’aver perso un genitore o un altro parente stretto, il divorzio conflittuale dei genitori, un abbandono genitoriale o altre esperienze traumatiche come la violenza domestica, l’incarcerazione di un genitore o l’abuso di sostanze da parte di un genitore. Quelli aspecifici riguardano lo stile educativo dei genitori, il livello di istruzione dei ragazzi, l’ambiente sociale di appartenenza e fattori neurologici (Cummings et al., 2000).

Più nello specifico, rispetto ai fattori di rischio, sono stati identificati fattori:

- individuali, la letteratura (Loeber, 1988; Olweus, 1980; Patterson, 1982; Prior, 1992; Tschann, Kaiser, Chesney, Alkon, Boyce, 1996) cita il temperamento del neonato: i bambini futuri esternalizzanti sarebbero infatti fin da subito irritabili, iperattivi, disattenti ed impulsivi, oppositivi ed aggressivi ed in seguito mostrerebbero scarsa tolleranza alle regole. A questo fattore individuale riteniamo però di aggiungerne altri due: il contatto “eccessivo” con internet e l’alimentazione. Rispetto al mondo virtuale, i giovani vengono esposti ad una vasta gamma di sollecitazioni, senza veri filtri. I videogiochi e i social media sono caratterizzati da velocità, dominio dell’immagine, banalizzazione dei contenuti, violenza e aggressività e ciò crea

agitazione nei ragazzi, li predispone ad agiti aggressivi, non mediati dalla riflessione. Anche l'erotizzazione è esasperata nel mondo virtuale, sempre per la mancanza di filtri. Rispetto all'alimentazione, essa nel corso del tempo è divenuta sempre più sofisticata e ricca di zuccheri, producendo nel sistema nervoso degli adolescenti iperstimolazione e dipendenza, che predispongono a comportamenti impulsivi.

- familiari, diversi studi hanno evidenziato come fattori di rischio la composizione della famiglia, l'ordine di genitura, l'appartenenza ad una classe socio-economica svantaggiata (McLoyd, 1998; De Leo, Malagoli Togliatti, 2000; Dodge, Zelli; 2000), la psicopatologia dei genitori, attaccamenti inadeguati, l'adozione o eventi stressanti esterni che colpiscono la famiglia, l'assenza di un valido supporto sociale nei confronti della madre e la mancanza di stimoli cognitivi (Dodge et al., 1994). Sul piano relazionale il fattore più rilevante è risultato l'esposizione a modelli aggressivi adulti e a valori che riflettono l'accettazione dell'aggressività: le famiglie che promuovono modalità relazionali aggressive veicolano infatti l'idea che le relazioni interpersonali si basino sulla dicotomia *dominanza/sottomissione* facilitando, soprattutto in adolescenza, l'emergere di comportamenti esternalizzanti e condotte delinquenziali (Frazzetto, Volpini, 2013). Ciò perché i figli apprendono il messaggio che la violenza è legittima e che la si può adottare come modalità relazionale stabile sia nella risoluzione dei conflitti che più estesamente nel regolare i rapporti interpersonali. La conflittualità genitoriale è un fattore da tempo ritenuto rilevante per l'insorgenza dei disturbi del comportamento nei figli (ad esempio Grych et al., 2000): tanto più infatti è alto e prolungato il conflitto verbale e/o fisico tra i coniugi, tanto più è alta la probabilità che il figlio manifesti condotte aggressive o che si dimostri emotivamente disturbato. Se poi la conflittualità familiare è cronica, i bambini (Ackerman et al, 1999) possono sviluppare comportamenti sia esternalizzanti che internalizzanti. Per ciò che riguarda invece il piano sistemico, è noto che l'idea di famiglia e i modelli familiari hanno subito diversi mutamenti nel tempo e ciò ha avuto un peso decisivo. Partendo dalle coppie coniugali, esse in genere oggi non si costituiscono più per motivazioni che potremmo definire "progettuali" (ad esempio uscire dalla casa dei genitori, costruire insieme un futuro, comprare una casa, allevare la prole, portare avanti un'attività lavorativa comune ecc..) quanto per motivazioni "narcisistiche", legate alla gratificazione personale derivante dallo stare insieme ad una persona ("non ho bisogno di te, ti scelgo perché mi piaci", "mi fai stare bene, con te mi sento felice"). Questo quadro, certamente positivo, ha però reso le famiglie più fragili in quanto una coppia nata su basi "narcisistiche" sarà più *volubile*, rispetto ad una "progettuale" in caso di difficoltà o quando la gratificazione personale viene meno: è infatti più probabile che, cadendo i presupposti personali per i quali si sta in coppia, si arrivi ad una separazione. Ciò vale anche se in famiglia sono presenti dei figli. Per ciò che riguarda la famiglia, essa ha visto negli ultimi decenni importanti trasformazioni rispetto ad alcune sue specifiche dimensioni: il controllo, l'ideale di genitore, l'intimità, il potere ed il successo personale (Schneider, 2022b). Vi è stata infatti una significativa modificazione del *controllo* genitoriale, che da "formale" (rispetto degli orari, rendimento scolastico, adeguamento alle regole ecc..) è divenuto "emotivo" (richiesta di condividere stati emotivi e vissuti con i figli, ricerca di confidenze, iper interessamento dei genitori nelle vicende sentimentali dei figli e coinvolgimento di questi

ultimi nelle proprie, ecc..). Questo tipo di controllo risulta paradossalmente più invasivo per i figli rispetto al precedente in quanto lascia loro molti meno spazi di autonomia ed autodeterminazione. Connessa al controllo vi è l'idea di *intimità*, che oggi viene ritenuta un fattore positivo, da ricercare. Ciò ha modificato le gerarchie in famiglia convincendo i genitori a creare rapporti sempre più paritari (assegnando ai figli sempre più *potere*), con il fine spesso di ricevere quella vicinanza emotiva ritenuta così utile per confermare il proprio valore come educatori e come individui. L'*ideale di genitore* prevede oggi che un genitore sia "competente e performante", ovvero in grado di accompagnare efficacemente il figlio nella crescita fornendogli le giuste risposte e sapendo adeguatamente leggere i suoi stati d'animo e le sue difficoltà. Le premesse alla base del concetto di *realizzazione personale* supportano poi l'idea che l'educazione della prole, l'attività lavorativa, quella ludica e le relazioni sentimentali debbano realizzarsi non solo "bene" ma anche "senza troppa fatica", pena il sentirsi in difetto rispetto ad un diffuso ideale di performance che permea ormai la nostra società. L'idea di realizzazione personale passa infatti oggi non solo per i "risultati" ottenuti (nel mondo del lavoro, con i figli e nel posizionamento sociale) ma anche per la capacità di fare tutto ciò senza particolari difficoltà o inciampi. Tutto quanto detto pone un grosso peso sulle spalle delle persone e dei genitori in particolare, indebolisce l'autorità e l'autostima di questi ultimi anche perché oggi più che in passato è difficile orientarsi rispetto cosa sia "giusto" fare con i figli. Dal canto loro gli adolescenti si mostrano sempre più reattivi alla fatica, ai fallimenti, alle relazioni e ai limiti, sono più scontenti, annoiati ed insoddisfatti. Qui si ribadisce una lettura sistemica di detti comportamenti, connessa alla richiesta agli adulti di "attivarsi" sul piano contenitivo e di ricevere in eredità un mondo meno difeso e meno narcisistico, più aperto al dialogo, alla reciprocità e alla fiducia.

- socio-ambientali. Con i primi anni '90 del '900 il mondo ha visto il diffondersi del fenomeno della *globalizzazione*, la quale ha portato tra l'altro a precarietà lavorativa, sfiducia generale verso il futuro e paure nelle persone e nelle famiglie (Schneider, 2022a). La difficoltà nel progettare il futuro spinge le persone a vivere il presente basandosi sul soddisfacimento immediato dei bisogni, soprattutto materiali, molti dei quali indotti dalla società dei consumi (Monguzzi, 2021). Questo quadro ha aumentato i comportamenti di disforia e intolleranza degli adolescenti che, come detto, qui proponiamo di leggere come una richiesta al mondo degli adulti di ritrovare un ruolo genitoriale portatore di equilibrio, di fiducia nel futuro e di valori alternativi a quelli attuali.

GLI STILI RELAZIONALI GENITORIALI

E' in fase di ultimazione da parte di alcuni di noi un lavoro sugli stili genitoriali e sulle risposte degli adolescenti ad essi, che mira a mappare i possibili esiti comportamentali nei ragazzi partendo dall'analisi delle modalità relazionali prevalenti in famiglia.

Questo lavoro raggruppa gli stili genitoriali disfunzionali ritenuti più significativi, molti dei quali già individuati dalla letteratura (Baumrind, 1967; Gottman, 1997), in "Cluster". Essi, qui solo accennati, sono:

- a. Cluster 1: “Impositivo”, nel quale i genitori tendono ad essere impositivi ma anche intrusivi ed apprensivi. Si compone degli stili “Propositivo”, “Autoritario” e “Maltrattante”;
- b. Cluster 2: “Autonomizzante”, nel quale i genitori dichiarano fondamentale l’indipendenza e l’autonomizzazione dei figli. Nel comportarsi di conseguenza costruiscono però relazioni superficiali con la prole, fino a risultare trascuranti. Questo Cluster si compone degli stili “Autonomizzante”, “Lassista” e “Trascurante”;
- c. Cluster 3: “Collusivo-Manipolatorio”, nel quale i genitori adottano un atteggiamento fusionale o manipolatorio, sono controllanti ed intrusivi sebbene con modalità indirette, a differenza del Cluster Impositivo. Si compone degli stili “Collusivo” e “Manipolatorio”;
- d. Cluster 4: “Ipercoinvolto”, nel quale vi è un ipercoinvolgimento emotivo dei genitori nella relazione con i figli. Si compone degli stili “Perplesso”, “Richiedente” e “Rabbioso”.

I comportamenti esternalizzanti sono associati in particolare al Cluster “Impositivo” e a quello “Autonomizzante”. E’ infatti dimostrato (Shields, Cicchetti, 2001) che una disciplina “*eccessivamente severa*” da parte dei genitori, caratterizzata da scarse espressioni di affetto e da squalifiche, ma anche l’aver fatto esperienza del rifiuto e della trascuratezza, creano un profondo disagio nell’adolescente il quale può sviluppare sfiducia nella possibilità di entrare positivamente in relazione con gli altri arrivando ad esprimere tratti aggressivi e reattivi, fattore questo che a sua volta predispone alla messa in atto di comportamenti esternalizzanti (Frazzetto, Volpini, 2013).

Paiono esservi meno evidenze della correlazione tra comportamenti esternalizzanti e i Cluster “Collusivo-Manipolatorio” ed “Ipercoinvolto”, anche se studi sono al momento in corso. Questi Cluster sembrano correlare maggiormente con ritiro, disturbi d’ansia e di panico (Cluster “Ipercoinvolto”) e con disturbi dello spettro psicotico (Cluster “Collusivo-Manipolatorio”).

IL LEGAME CON IL “SENSATION SEEKING”

Come più sopra accennato, riteniamo che i comportamenti esternalizzanti in adolescenza condividano diversi elementi con il Sensation Seeking, definito come la disposizione a vivere la vita in modo *rischioso*. La ricerca del rischio è intesa come “... *la tendenza a esporsi frequentemente a rischi (fisici, sociali, economici o legali) allo scopo di fare nuove esperienze e provare nuove emozioni*” (Zuckerman, 1994; Grosso, Rascazzo, 2014). Vi sono motivazioni individuali e familiari per le quali gli adolescenti mettono in atto questi comportamenti di ricerca del rischio:

- quelle individuali sono legate alla componente biologica (alta sensibilità fisica alle stimolazioni ambientali), al temperamento, alla costituzione psicologica individuale e al compiacimento per il senso di controllo in condizioni critiche (le “esperienze di flusso”). Queste ultime sono esperienze nelle quali si prova una piacevole attivazione legata al coinvolgimento completo in un’attività, soprattutto se rischiosa: l’attività rischiosa è infatti gratificante perché aumenta l’eccitazione legata al tenere sotto controllo la situazione nonostante le difficoltà (Csikszentmihalyi, 1975), un aspetto questo molto ricercato dagli adolescenti perché fornisce un senso di forza ed un rinforzo all’autostima.
- quelle familiari sono legate al posizionamento del soggetto all’interno della famiglia. Una famiglia, intesa come un sistema organizzato dove ognuno ha un ruolo specifico, fondamentale per l’economia psicologica generale, può avere ad esempio al proprio interno

un adolescente che ricerca il rischio per esempio perché, coerentemente con la teoria delle "polarità semantiche" (Ugazio, 1998), qualcun altro può essere posizionato sul polo opposto risultando pavido, timoroso e incapace (sebbene desideroso!) di fare quelle esperienze fatte invece dagli adolescenti "sensation seekers". Il comportamento di ricerca del rischio avrà in questi casi la funzione di vicariare un coraggio ed una incoscienza che altri non possono permettersi di avere o che non sono nelle condizioni di esercitare.

I comportamenti esternalizzanti e il Sensation seeking condividono la natura spesso esagerata delle loro manifestazioni e il rischio per l'incolumità fisica del giovane e di altri intorno a lui. Altri elementi in comune riguardano l'intolleranza alla noia, la reattività e, in un senso più generale, il significato: esso può essere ricondotto alla volontà implicita di richiamare il mondo adulto. Le differenze sono da ricercarsi invece nel fatto che se il sensation seeking non può essere considerato una "patologia", bensì una modalità di vivere la vita, mentre i comportamenti esternalizzanti rappresentano il segno di un chiaro assetto psicologico disfunzionale.

I POSSIBILI INTERVENTI

Le situazioni trattate in questo articolo sono sempre intense e preoccupanti, sia sul piano clinico che della salvaguardia dell'incolumità (personale ed altrui), mettendo famiglie e soggetti terzi (Servizi, Tribunale, Forze dell'Ordine, Scuola ecc..) nella condizione di attivarsi per mettere in protezione il giovane e chi gli sta vicino.

Uno dei possibili interventi, soprattutto nei casi più severi, è l'inserimento in comunità educativa o terapeutica, che avviene di norma quando il minore e il suo nucleo familiare mostrano livelli di sofferenza o disfunzionalità che non possono essere gestiti autonomamente o con interventi sul territorio. La comunità viene proposta a seguito di una valutazione che evidenzia una sproporzione tra i fattori di rischio e quelli di protezione. Tra i criteri utilizzati dai Servizi (servizio sociale e servizi clinici specialistici) per l'inserimento di un minore in struttura vi sono certamente la gravità della situazione, la rilevanza dei sintomi rispetto alla capacità della famiglia di farvi fronte, la mancanza di un ambiente sociale supportivo, il livello individuale di sofferenza del ragazzo ma anche la mancanza di opzioni terapeutiche valide sul territorio (Marconi F²⁴, *comunicazione personale*).

Un secondo intervento possibile in caso di comportamenti esternalizzanti, anche estremi, è la terapia familiare, la quale oggi, per molti autori anche sistemici, deve comunque per queste situazioni venire affiancata da interventi individuali con il ragazzo. Non entreremo nella questione mentre ciò che qui sottolineiamo è la necessità, scegliendo questo tipo di intervento, di valutare con attenzione il significato del comportamento esternalizzante del giovane: a fronte di differenti significati ad esso associati ("di richiamo", "di svincolo o protesta", "di adeguamento, rinuncia e aggressività passiva", di "gregariato", Schneider *et. Al*, in press), qui interessa menzionare in particolare i primi due.

Se il comportamento è "di svincolo o protesta", alla terapia familiare con l'adolescente presente sarebbero da preferire altri formati o interventi, tra cui anche l'inserimento in comunità, mentre se il

²⁴ Psicoterapeuta sistemico, già Giudice Onorario presso il Tribunale dei Minori di Milano, operatore senior in servizi di tutela minorile, docente del modulo "Gravi crisi educative e inserimento in comunità" al Master in Clinica Sistemica dell'Adolescenza per Spazio Iris, Milano.

comportamento si configura come “di richiamo”, la terapia familiare con l’adolescente presente pare più indicata.

L’inserimento in comunità presuppone infatti una logica di contenimento e controllo ma anche di separazione dalla famiglia, proprio nell’ottica di allontanare per periodi più o meno lunghi il giovane dal suo contesto familiare. Se il comportamento del giovane è “di svincolo”, è probabile che il progetto di comunità possa avere delle possibilità di successo in quanto il comportamento disfunzionale del giovane ha lo scopo di svincolare il ragazzo da dinamiche familiari ritenute eccessivamente vincolanti, oppressive ecc..

L’intervento familiare ha invece come presupposto la logica della comprensione, ma anche quella dell’unità e può essere tentato quando i comportamenti sintomatici del giovane vengono letti come un *richiamo* per uno o più componenti della famiglia (solitamente sfuggenti o marginali) o più in generale come richiamo all’unità familiare.

Vi sono casi selezionati nei quali può essere utile tentare un abbinamento tra l’inserimento in comunità e la terapia familiare. Questa possibilità viene considerata quando si ritiene che si possa riavvicinare il giovane alla famiglia in modo protetto e controllato. Nel decidere di adottare questo doppio intervento è necessario considerare però attentamente il rischio che le linee terapeutiche di separazione e di riunione possano andare in conflitto: per alcune famiglie infatti questo doppio binario può rappresentare un problema che incrementa l’intensità dei sintomi del ragazzo aumentando la possibilità di un fallimento generale dell’intervento.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research center for children, youth, & families.
- Ackerman, B. P., Kogos, J., Youngstrom, E., Schoff, K., IZard, C. (1999). Family instability and the problem behaviors of children from economically disadvantaged families. *Developmental psychology*, 35(1): 258-268.
- Amodio, G. (Ed.). (2009). *Le adolescenze. Criticità, conflitti e mutamenti urbani* (Vol. 13). Rimini: Maggioli Editore.
- Aristotele, (330 a. C). *Retorica*. A cura di: Treccani Giunti T.V.P. Editori, Firenze, 2018, pp 434.
- Awad ,G. A. (1981). The Early Phase of Psychotherapy with Antisocial Early Adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 26(1): 38-42.
- Bauman, Z. (2004). *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi* (Minucci S,) Roma-Bari: Laterza editore.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Bianchetti, R., Rudelli, A. (2022). Esperienze di giustizia minorile nei procedimenti amministrativi con figli maltrattanti. *Minorigiustizia*, 2021/2: 132-144.
- Coslin, P. (2012). *Adolescenti da brivido: problemi, devianze e incubi dei giovani d'oggi*: 9. Roma: Armando Editore.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Cummings, E. M., Davies, P. T., Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. NY: Guilford Publications, Inc.
- De Leo, G., Togliatti, M. M. (2000). Recenti prospettive di ricerca-intervento sulla prevenzione della devianza minorile. *MINORIGIUSTIZIA*, (2000/2): 1-18.
- Derevensky J. L., Hayman V., Gilbeau L. (2019). Behavioral addictions: excessive gambling, gaming, Internet, and smartphone use among children and adolescents. *Pediatric Clinics*, 66(6), 1163-1182.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child development*, 65(2): 649-665.
- Dodge, K.A., Zelli, A (2000). La violenza nei giovani: tendenze, sviluppo, prevenzione. In Caprara, G. V., Fonzi, A. *L'età sospesa: itinerari del viaggio adolescenziale*: 155-178. Firenze: Giunti Editore.
- Feinstein, C. (1994). Therapeutic approaches to delinquency: The negative ideal. *American journal of psychotherapy*, 48(3): 328-329.
- Frank, G. H. (1965). The role of the family in the development of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 64(3): 191-205.
- Gavin, J., Brosnan, M. (2022). The relationship between hikikomori risk and internet use during COVID-19 restrictions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(3): 189-193.
- Gottman, J. (1997). *Raising an Emotionally Intelligent Child*. New York: Simon e Schuster.
- Grosso, L., Rascazzo, F. (2014). *Atlante delle dipendenze*. Torino: Gruppo Abele.
- Grych, J. H., Fincham, F. D., Jouriles, E. N., McDonald, R. (2000). Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. *Child development*, 71(6): 1648-1661.
- Jorgenson, A. G., Hsiao, R. C. J., Yen, C. F. (2016). Internet Addiction and Other Behavioral Addictions. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3): 509-520.
- Lancini M. (2017). *Abbiamo bisogno di genitori autorevoli. Aiutare gli adolescenti a diventare adulti*. Milano: Mondadori editore.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use: Evidence for developmental progressions. In Lahey, B. B., Kazdin, A. E. (Eds) *Advances in clinical child psychology*, Vol. 11: 73-124. NY: Plenum Press.
- McCallum, C. M. (1950). Anti-social behaviour in adolescents. *Nursing Mirror and Midwives Journal*, 91(2360): 227-228.
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American psychologist*, 53(2): 185-204.
- Monguzzi F. (2021). *Sintomi della normalità. Mente e mentalità dell'epoca contemporanea*. Sesto S. Giovanni (MI): Mimesis editore.
- Morrison, M. A., Smith, Q. T. (1987). Psychiatric Issues of Adolescent Chemical Dependence. *Pediatric Clinics of North America*, 34(2): 461-480.
- Nonaka S., Takeda T., Sakai M. (2022). Who are hikikomori? Demographic and clinical features of hikikomori (prolonged social withdrawal): A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(12): 1542-1554.

- Noshpitz J. D. (1994). Self-destructiveness in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48(3): 330-346.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16(6): 644–660.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene (OR): Castalia.
- Patterson, M. L. (1982). A sequential functional model of nonverbal exchange. *Psychological review*, 89(3): 231-249.
- Pereira Tercero, R. (2015). Psicoterapia della violenza filio-parentale: Protocollo di intervento. *Psicobiattivo: rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto: XXXV*, 2: 155-170.
- Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 33(1): 249-279.
- Roskam, I. (2013). The transmission of parenting behaviour within the family: An empirical study across three generations. *Psychologica Belgica*, 53(3): 49-64.
- Santrock, J. (2013). *Childhood Development*. 14th Edition. New York: McGraw-Hill Education.
- Schneider M. (2021). *I tanti misteri dell'adolescenza. Accompagnare i propri figli tra paure, scoperte e bisogno di affermazione personale*. Rho (MI): Schneider Edizioni.
- Schneider M. (2022a). *Sessualità, ricerca del rischio e comportamenti estremi in adolescenza. Conoscere e riconoscere i comportamenti più problematici degli adolescenti di oggi*. Rho (MI): Schneider Edizioni.
- Schneider M., Bidone F., Pighetti F., Scirocco D., Slavazza C. (2022b). *Cosa ho da dirti. I rapporti familiari visti dalla prospettiva degli adolescenti*. Rho (MI): Schneider Edizioni.
- Shakespeare, W. (1610). *Il racconto d'inverno*. A cura di: Raponi Goffredo, Liber Liber, Roma, 1998, pp. 54, 55.
- Shields, A., Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3): 349–363.
- Treccani. Estremo. In *Vocabolario Treccani Online*. Ultimo accesso: 6 maggio 2024, <https://www.treccani.it/vocabolario/estremo/>
- Tschann, J. M., Kaiser, P., Chesney, M. A., Alkon, A., & Boyce, W. T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(2): 184-192.
- Ugazio, V. (1998, 2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Volpini, L., Frazzetto, T. (2013). *La criminalità minorile: strategie e tecniche per l'intervento e l'orientamento* (Vol. 7). Rimini: Maggioli Editore.
- Warren, R. L. (1949). Social disorganization and the interrelationship of cultural roles. *American Sociological Review*, 14(1): 83-87.
- Young, L., Alfrey, L., O'Connor, J. (2023). Moving from physical literacy to co-existing physical literacies: What is the problem? *European Physical Education Review*, 29(1): 55-73.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge university press.

SITOGRAFIA

- Ansa (2023) *Crescono i disturbi alimentari, già dai 12 anni*. (tratto da <https://www.ansa.it> attivo al 15 marzo 2023)
- CNDA (2018) *Consumo di droghe tra i giovani, i dati della Relazione al Parlamento 2018*. (tratto da <https://www.minori.gov.it> attivo al 12 ottobre 2018)
- CNR (2020) *I comportamenti a rischio tra gli studenti*. (tratto da <https://www.epid.ifc.cnr.it> attivo al 2022).
- Dipartimento della pubblica sicurezza (2023) *Criminalità minorile in Italia 2010-2022* (tratto da <https://www.poliziadistato.it> attivo all'ottobre 2023)
- Hikikomori Italia (2019). *I primi dati statistici sul fenomeno degli hikikomori in Italia*. (tratto da <https://www.hikikomoriitalia.it> attivo al 4 febbraio 2019)
- Istituto Superiore di Sanità (2010) *Alcol, guida, sicurezza e salute: analisi e proposte per una strategia di prevenzione basata sull'evidenza scientifica*. (tratto da <https://www.epicentro.iss.it> attivo al 2010)
- La Stampa (2023) *Furti, rapine e risse: i dati choc della polizia sui reati commessi dagli adolescenti*. (tratto da <https://www.lastampa.it> attivo al 10 novembre 2023)
- Ministero della Salute (2021) *Alcohol Prevention Day 2021, i dati dell'ISS e la relazione annuale del Ministero* (tratto da <https://www.salute.gov.it> attivo al 14 maggio 2021)
- Ministero dell'Interno (2023) *La criminalità: tra realtà e percezione*. (tratto da <https://www.poliziadistato.it> attivo a ottobre 2023)
- Ospedale Bambino Gesù (2023) *Autolesionismo*. (tratto da <https://www.ospedalebambinogesu.it> attivo al 30 maggio 2023)
- Schneider M. (2013) *Il Fenomeno delle Baby Escort: cosa succede alle nostre figlie? Come possiamo intervenire?* www.psicologo-rho.com attivo dal 2013
- Schneider M. (2018) *Adolescenza: la famiglia tra crisi e sviluppo*, www.psicologo-rho.com attivo dal 2018
- Unicef (2023) *Giornata Mondiale della Salute Mentale* (tratto da <https://www.unicef.it> attivo al 9 ottobre 2023)

COMMENTO ALL'ARTICOLO
DI M. SCHNEIDER, A. ANNIBALE, A. ROSSI, E. SCARAMELLA:
“UNA PROPOSTA SISTEMICA PER LA COMPrensIONE DEI COMPORAMENTI
ESTERNALIZZANTI ESTREMI DEGLI ADOLESCENTI DI OGGI”

FABIO MONGUZZI²⁵
fabio_monguzzi@yahoo.it

Ho letto con piacere l'articolo scritto da Marco Schneider unitamente alle colleghe Annibale, Rossi e Scaramella. Il lavoro traccia un quadro dell'adolescenza nelle sue manifestazioni più estreme sul piano comportamentale, dapprima con un definizione dei contorni del fenomeno e successivamente attraverso alcune ipotesi circa le cause e le concomitanze nelle quali questi agiti hanno luogo.

Ne esce un quadro ove si intersecano aspetti individuali e familiari, psicologici e sociali, privati e pubblici, storici e culturali in una riflessione che aggancia la complessità insita nel tema. L'ancoraggio alla dimensione statistica, ai dati, permette di inquadrare le misure e di comparare incrementi e decrementi dei comportamenti nei quali il disagio psichico ed emotivo trova manifestazione, così come un breve inquadramento storico consente di comprendere le evoluzioni della sofferenza giovanile, unitamente alle sue rappresentazioni e interpretazioni nel tempo.

Alcuni aspetti che emergono nell'articolo appaiono decisamente condivisibili. Primo fra tutti l'interpretazione dei comportamenti che possiamo definire estremi, devianti, che esternalizzano il dolore psichico. Essi sono un SOS rivolto al mondo adulto, in un'epoca evolutiva, quella adolescenziale, che rappresenta l'ultimo appello prima dell'ingresso nell'età adulta. Questa ipotesi, largamente accreditata, evidenzia ancora una volta come il sintomo non sia un elemento disfunzionale del quale occorre liberarsi, che occorre far rientrare, come certe suggestioni dell'epoca attuale sembrano suggerire, ma al contrario un elemento di funzionalità, a patto che giunga all'orecchio di chi è disposto ad ascoltare. La sua qualità di "disturbo" sia in senso patologico, sia in senso di fastidio può essere riformulata nei termini di "sirena" che suona per annunciare un'urgenza non procrastinabile.

Un secondo aspetto sul quale concordo riguarda l'accento sull'impatto della storia collettiva sulla psicologia individuale, come sottolinea in un bel saggio sulle violenze collettive la psicoterapeuta francese Françoise Sironi.

Non pare più possibile, infatti, in questo momento storico, così carico di rapidi e massicci eventi trasformativi, effettuare analisi e interpretazioni di fenomeni psicologici senza tenere adeguatamente conto delle variabili sociali e culturali che fanno da sfondo.

²⁵ Psicologo e psicoterapeuta a indirizzo analitico, membro di TRAPC (Tavistock Relationships Association of Psychotherapists and Counsellor) IACFP (International Association of Couple and Family Psychoanalysis) e IARPP (International Association of Relational Psychoanalysis and Psychotherapy). Docente di scuole di specializzazione e in master di alta formazione in psicologia. Già Giudice Onorario presso il TM Milano, sezione penale minorile. Autori di diversi contributi, il suo ultimo libro è SINTOMI DELLA NORMALITÀ ed Mimesis,MI, 2021

L'interpretazione eziologica dei comportamenti adolescenziali si arricchisce in questo modo di elementi di comprensione che fanno dell'adolescente in crisi non solo una singola figura sofferente ma anche l'espressione della sofferenza di un sistema più ampio. È questa la grande lezione sistemica. Per poter prendere in considerazione ciò che accade nelle generazioni di adolescenti attuali, soprattutto per ciò che concerne quella quota che esprime tensioni, disagi e sintomatologie, occorre dunque dotarsi di un sistema di osservazione che consenta di stringere e allargare flessibilmente lo sguardo a diversi livelli, muovendo l'obiettivo dal micro al macro, dal singolo al plurale, dall'individuo alla famiglia, dal gruppo alla collettività al fine di predisporre setting e forme di intervento che rispondano sempre meglio al malessere presente nella contemporaneità.

In conclusione mi pare un'analisi, quella di Schneider e colleghi, ben condotta, che merita senz'altro di essere approfondita e sviluppata.

BIBLIOGRAFIA

Sironi, F. (2010). *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*. Milano: Feltrinelli.

SEZIONE TERAPIA

PRÉSENTATION DU FOLLOW-UP DE L'UNITÉ DE THÉRAPIES FAMILIALES (CSH DE LA SAVOIE, CHAMBERY, FRANCE)²⁶

VERA TSENOVA²⁷, CLAIRE GEKIERE²⁸
veratsenova@gmail.com, clairegekier@orange.fr

RÉSUMÉ

L'unité des thérapies systémiques de couple et de famille au CHS de la Savoie à Chambéry a mené une recherche sur plus de trente ans de travail avec les familles et les couples venus consulter. Ce follow-up est réalisé en plusieurs étapes: 1) analyse descriptive de plus de 900 dossiers de thérapies; 2) envoi d'un questionnaire aux consultants portant sur leurs souvenirs de la thérapie (la demande, le parcours thérapeutique, l'arrêt de la thérapie et des éléments marquants depuis la thérapie); 3) analyse des réponses anonymisées des familles/couples par un groupe de thérapeutes de l'unité; 4) travail sur les dossiers des familles/couples qui ont répondu au questionnaire. Avec cette présentation nous vous exposerons les résultats obtenus jusqu'à présent. Ainsi, nous avons orienté notre regard sur ce qui nous semble important dans le travail thérapeutique et notamment, le parcours construit entre thérapeutes et familles/couples avec au départ la demande exprimée et à la fin l'arrêt de la thérapie. En effet, les résultats de cette recherche nous interrogent sur comment s'arrête une thérapie? Avec des divergences manifestes entre le souvenir des personnes venues en thérapie et les hypothèses des thérapeutes motivant l'arrêt.

MOTS CLÉS: follow-up - thérapie de couple et de famille - arrêt de la thérapie - approche systémique

ABSTRACT

The systemic couple and family therapy unit at the Specialist Hospital Center in Savoie carried out research on over 30 years of work with families and couples who came for consultation. This follow-up is being carried out in several stages: 1) descriptive analysis of more than 900 therapy files; 2) sending out a questionnaire to consultants on their memories of the therapy (the request, the therapeutic pathway, the cessation of therapy and the major events since the therapy); 3) analysis of the anonymized responses from families/couples by a group of therapists from the therapy unit; 4) work on the files of families/couples who answered to the questionnaire. In this presentation we outline the results obtained to date. In doing so, we focus on what we consider to be the most

²⁶ Questo articolo è l'adattamento della presentazione fatta dalle autrici alla giornata di studio SIRTS "Si può chiudere una terapia?" del 25 novembre 2023.

²⁷ Psychologue, Docteure en psychologie clinique, Thérapeute familiale systémique, ESA (EcoSystème Association, Chambéry, France)

²⁸ Psychiatre, Thérapeute familiale systémique, ESA, responsable de l'unité de thérapie de couple et famille (CHS de la Savoie, Chambéry, France)

important aspects of therapeutic work and in particular the pathway built up between therapists and families/couples, starting with the expressed request and ending with the cessation of therapy. Indeed, the results of this research raise the question of how therapy ends. There are clear discrepancies between the recollections of those who come to therapy and the therapists' hypothesis motivating to the cessation.

KEY WORDS: follow up - family/couple therapy - cessation of a therapy - systemic approach..

INTRODUCTION: PRÉSENTATION DU CONTEXTE DE LA RECHERCHE FAITE L'ÉQUIPE D'ESA (EcoSystème Association) à L'UNITÉ DE THÉRAPIE SYSTÉMIQUE DE COUPLE ET DE FAMILLE DU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LA SAVOIE, CHAMBÉRY, FRANCE

Iva Ursini nous avait rendu visite, avec Federico Ferrari, il y a quelques années. En voyant notre armoire pleine de dossiers, elle avait déclaré qu'il fallait en tirer parti, et cela avait alors décidé Alain Chabert à construire cette recherche, dont l'idée flottait depuis quelques années, en 2017.

Voici d'abord notre contexte de travail et de recherche, avant d'exposer les éléments de notre recherche, en espérant susciter des échanges qui nourriront la suite de nos travaux.

Au commencement étaient un psychiatre, Alain Chabert et une infirmière en psychiatrie, Pascale Périnel, récemment formés l'un par Robert Neuburger et l'autre par Elida Romano: ils ont ouvert une consultation de thérapie systémique de couple et famille, dans l'hôpital psychiatrique où ils travaillaient tous les deux, à Chambéry. C'était en 1986.

Aujourd'hui cette même consultation est assurée par une trentaine de thérapeutes et a rencontré plus de 1000 couples et familles au cours de ces 38 années.

Entre temps, en 2000, l'association ESA a été créée pour structurer l'activité de formation qui s'est développée après qu'un groupe de jeunes psychiatres en formation dans cet hôpital psychiatrique aient demandé et obtenu de se former pour devenir thérapeutes systémiques.

Nous avons donc une unité de consultation qui reçoit 13 jours par mois des couples et des familles. Chaque journée est assurée par une équipe de trois à cinq thérapeutes qui travaillent en co thérapie avec une glace sans tain, et consultent sur la même journée toutes les 4 semaines.

Sur ces 28 thérapeutes nous sommes :

- 4 hommes et 24 femmes,
- 5 psychiatres, 5 infirmier(e)s en psychiatrie, 13 psychologues, 5 travailleuses sociales
- Tous interviennent à temps partiel, dont 16 bénévolement (sur leur temps personnel).
- Les stagiaires, en formation longue ou ponctuelle, assistent aux séances, et ceux en formation longue commencent à prendre des couples ou familles en thérapie en fin de deuxième année.

Au plan théorique nous aimons bien dire que nous sommes constructivistes, les enfants des Objets Flottants de Philippe Caillé et Yveline Rey (1994) et de Robert Neuburger (1995, 2019), qui est d'ailleurs notre superviseur de très longue date.

Nous recevons des personnes adressées par le bouche à oreille, par des travailleurs sociaux et par des professionnels de santé, notamment de l'hôpital psychiatrique, ce qui a l'intérêt de nous permettre de recevoir pas mal de situations psychiatriques, avec des patients fortement désignés (diagnostics d'anorexie mentale, de psychoses, des troubles graves de l'humeur, et chez les enfants, autisme, TDAH...).

NOTRE RECHERCHE

Juste deux remarques avant d'exposer notre recherche:

1) nous n'avons pas trouvé de texte étudiant cette question de la fin concrète d'une thérapie systémique. Il y a beaucoup de tentatives d'évaluation des processus ou des résultats des psychothérapies (Hendrick, S., 2009; Le Meur, V. et al., 2013), beaucoup de textes passionnants étudiant les thérapies systémiques - dont des classiques italiens d'Andolfi (2008), d'Onnis (2009) et de Selvini (1987, 2002) - mais rien sur la dernière séance en tant que telle, à part une brève remarque à propos du conte systémique: «*Comme le faisait remarquer Carl Whitaker lors d'un congrès à Bruxelles, nous sommes devenus des experts quand il faut rentrer dans le système familial et s'affilier, mais nous nous révélons plutôt stupides quand il faut se séparer et terminer une thérapie. Le conte systémique offre une possibilité élégante d'échapper à cette stupidité. Il fait office de cérémonial de sortie aussi bien pour la famille que pour le thérapeute, il devient alors possible de se séparer sans rompre*» (Caillé, Rey, 1994). C'est assez étonnant car dans les modèles systémiques la fin va de soi, que le nombre des séances soit programmé ou pas.

2) nous avons posé dans cette recherche une question sur l'arrêt de la thérapie, et si nous en parlons c'est parce que certaines réponses nous ont étonnées: plusieurs répondent qu'ils n'ont rien compris à cet arrêt de la thérapie!

Alors que comme thérapeutes nous pensions arrêter les thérapies (quand ce ne sont pas les clients qui arrêtaient sans nous demander notre avis) quand nous faisons l'hypothèse que les gens peuvent se débrouiller sans nous, en accord avec le principe éthique de faire en sorte «*d'augmenter le nombre de choix possibles*»²⁹, et d'être ainsi dans une «éthique de choix» et pas une «éthique de changement» (Neuburger, R., 1995). Et nous pensions leur énoncer clairement.

Cela est sans doute renforcé pour notre équipe de thérapeutes, au-delà de notre formation constructiviste, par nos pratiques professionnelles: nous travaillons presque tous en institution psychiatrique ou médico-sociale, qui sont des machines à fabriquer de la dépendance et de la chronicité, à enfermer les gens dans leurs problèmes, à figer les situations et nous avons donc une vigilance particulière à ce sujet.

La recherche débute en 2018 avec une description assez détaillée de près de 1000 familles et couples venus consulter au centre les derniers 35 ans. Très rapidement Alain Chabert oriente son regard sur la dernière séance et fait le constat que dans 21,5% des cas les notes ne permettent pas de dire ce qui

²⁹ Cette phrase de Von Foerster a été reprise de nombreuses fois par des systémiciens, ici elle est citée par R. Neuburger (1995).

s'était passé: qui a mis fin à la thérapie, comment et pourquoi? Ces premiers pas de la recherche étaient ensuite publiés dans «*Vers une thérapie familiale constructiviste*» (2024) par Alain Chabert.

Ensuite, les différentes étapes de la recherche étaient pensées selon le cadre de la méthodologie constructiviste décrit par Mucchielli (2005). Le recueil des données et leur mise en sens suivent les principes forts de cette méthodologie, et notamment le principe de la connaissance par l'interaction qui permet de voir le processus interactionnel à l'origine de la formation de la connaissance et non pas la réalité des choses elles-mêmes. C'est penser la recherche en tant qu'action de construction permettant d'élaborer un modèle de référence qui n'est pas l'objet lui-même, mais qui dit quelque chose de la relation entre le chercheur et cet objet. Selon Mucchielli, le deuxième principe fort de la méthodologie constructiviste est le principe de récursivité de la connaissance. En effet, il s'agit de la boucle circulaire qui lie le processus de connaître avec les connaissances qui en résultent. Pour l'auteur, puisque la connaissance est à la fois processus et résultat, il est important d'utiliser des méthodologies souples et modulables afin d'adapter les connaissances aux instruments et inversement. C'est le principe de récursivité qui doit prendre en compte les répercussions qui émergent au fur et à mesure que la recherche avance. Le temps de la recherche suppose que chaque étape puisse être pensée à la fois comme une réponse aux hypothèses de départ et comme une ouverture vers d'autres hypothèses de recherche. Ainsi, dans la nature des données obtenues il y a un dialogue de typologie textuelle qui montre comment les feedbacks entre les idées et les résultats construisent une relation entre le contenu manifeste, le contexte et le contenu latent.

Dans ce sens, l'étape qui a suivi en 2019 était l'élaboration d'un questionnaire envoyé à 930 familles/couples qui étaient venus consulter au centre de thérapie (Tableau 1).

Tableau 1 : Questionnaire envoyé aux familles/couples

<p>I Avant votre venue au Centre de TF : Vous souvenez-vous des circonstances qui vous avaient amenés à contacter le Centre ? Pouvez-vous les indiquer ?</p> <p>II Pendant la période de thérapie au Centre de TF : Depuis le contact téléphonique avec la secrétaire, jusqu'à la dernière rencontre avec les thérapeutes, vous souvenez-vous des séances, de votre ressenti ? Quels sont les souvenirs marquants qui vous restent ?</p> <p>Dans votre mémoire, y a-t-il eu une évolution de ce ressenti au fil des séances ?</p> <p>III L'arrêt : Vous souvenez-vous des circonstances de cet arrêt ?</p> <p>IV Et depuis : Que s'est-il passé pour vous ?</p> <p>V Commentaire libre</p>

Les réponses qui arrivaient étaient par la suite dactylographiées et anonymisées afin d'être classées par question et soumises à l'évaluation des thérapeutes du centre (appelés ici «thérapeutes-experts»). Ces évaluations se sont basées à la fois sur des questions catégorielles et quantifiables (Tableau 2), et des questions ouvertes permettant d'exprimer un point de vue (Tableau 3).

Tableau 2 : Grille d'évaluation quantitative pour chacune des questions du questionnaire.

Questions posées aux familles/couples	Questions posées aux thérapeutes-experts
I Avant votre venue au Centre de TF Vous souvenez-vous des circonstances qui vous avaient amenés à contacter le Centre ? Pouvez-vous les indiquer ?	<u>Souvenir</u> : Précis (SP) ou Imprécis (SI) <u>Circonstances</u> : Événementielles (E), Relationnelles (R) ou Les deux (ER) <u>Problèmes</u> : de Couple (C), de Famille (F) ou Autre définition (AD)
II Pendant la période de thérapie au Centre de TF Depuis le contact téléphonique avec la secrétaire, jusqu'à la dernière rencontre avec les thérapeutes, vous souvenez-vous des séances, de votre ressenti ? Quels sont les souvenirs marquants qui vous restent ? Dans votre mémoire, y a-t-il eu une évolution de ce ressenti au fil des séances ?	<u>Souvenirs</u> : √ Précis (SP) ou Imprécis (SI) √ Agréable (1), Amusant (2), Étonnant (3), Énervant (4), Dououreux (5), Difficile (6), Inquiétant (7)
III L'arrêt Vous souvenez-vous des circonstances de cet arrêt ?	<u>Réponses</u> : Précise (RP) ou Imprécise (RI) <u>Attribution</u> : Thérapeute (AT) ; Famille/Couple (A/F) ; Commun accord (CA) ; Incompréhension (I)
IV Et depuis Que s'est-il passé pour vous ?	<u>Type de réponse</u> : Réponse-événement (RE) ou Réponse-sens (RS)
V Commentaire libre	<u>Commentez les commentaires</u>

Tableau 3 : Questions ouvertes aux thérapeutes sur les réponses au questionnaire.

<p>Répondez aux questions suivantes en exprimant un avis global, autrement-dit, une analyse sur la totalité des réponses à la question posée dans cette recherche.</p> <p>1) Quelles sont les réponses les plus fréquentes ?</p> <p>2) Quelle est la tonalité/coloration des réponses ? Y a-t-il pour vous une idée générale qu'on pourrait dégager ?</p> <p>3) Inférences sur la question posée aux familles (aux couples) ; commentaire libre.</p> <p>4) Quels sont les réponses qui vous interpellent le plus (deux choix maximum) ?</p>
--

Nous avons reçu et analysé 57 courriers, 56 contenaient le questionnaire rempli et un courrier sous forme de lettre. Ce qui nous intéresse ici aujourd'hui ce sont les résultats de l'évaluation des thérapeutes de la question 3 – «L'arrêt».

Et au sujet de l'arrêt la moitié des réponses des familles/couples a été jugée comme «précise». Sur l'ensemble de 57 participants 6 n'ont pas répondu à cette question.

Les thérapeutes ont été globalement en accord sur l'évaluation des réponses en fonction de l'attribution de l'arrêt de la thérapie. Majoritairement cette attribution revient aux thérapeutes eux-mêmes. Ensuite, ils jugent que l'arrêt de la thérapie a provoqué une incompréhension de la part de la famille/couple.

Sur les questions d'impression générale les thérapeutes considèrent que:

- Fréquemment les réponses des participants étaient du style «*les thérapeutes nous on dit qu'on allait bien*» ou que l'arrêt s'était fait «*car trop brassé*». Mais ils remarquent également une incompréhension de la part des familles/couples car l'arrêt a été «*trop brutal*».
- L'impression des thérapeutes que «*si on arrête la thérapie en disant que la famille "va bien" ce n'est pas toujours saisi par les familles*». L'incompréhension par la famille de la décision de fin de thérapie et l'arrêt vécu comme brutal et pas préparé ou prématuré semblent l'idée

principale qui se dégage. Cela les interroge: *«pour nous les thérapeutes s'interroger sur comment arrêter une thérapie? Faut-il préparer la fin ou expliquer la fin?»*.

- L'idée que les *«conséquences de la question... peut-être de se souvenir de ce qui a été vécu en séance, se remémorer cette période. En rediscuter en famille ou en couple, voir ce qui a pu changer, bouger, voir la différence ou le pareil.»*
- Ce qui a marqué c'est la réponse qui rouvre la thérapie, ou amène une nouvelle perspective de reprise: *«l'arrêt a été fait par mon mari qui ne voyait pas de changement. Avec le recul, il regrette et serait enfin prêt. Votre courrier est pour nous comme un signe du destin»*. Mais aussi, *«nous avons demandé l'arrêt car les séances ne répondaient pas du tout à nos besoins. Votre "protocole" commençant par demander aux parents de raconter leur histoire familiale n'était absolument pas adapté aux familles adoptantes dont le fils adolescent en trouble de l'attachement remet en cause «l'appartenance» à sa famille d'adoption. Une vraie catastrophe.»*

Le travail sur cette recherche n'a pu se poursuivre pendant quelques années. En 2023, il a repris avec une mise en correspondance entre les réponses des familles et leurs dossiers de thérapie croisée avec les souvenirs du thérapeute.

1. Informations sur les familles/couples qui ont répondu au questionnaire

- Plusieurs membres d'une même famille ont répondu ce qui explique la différence du nombre de situations par rapport au nombre de réponses initialement comptabilisées dans la phase 1 de l'étude. Cependant, l'écart étant trop important (57 répondants au questionnaire et 43 situations de thérapie), on s'est rendu compte que des réponses étaient dactylographiées par erreur deux fois avant d'être anonymisées lors de la phase d'évaluation faite par les thérapeutes.
- 43 situations/dossiers de thérapies étaient trouvées: 23 de thérapies familiales et 20 de thérapies de couple. Une situation ayant eu les deux thérapies à 10 ans d'écart était comptabilisée deux fois.
- La majorité des familles qui ont répondu au questionnaire avait fait une thérapie dans les périodes entre 2002 et 2007 et entre 2010 et 2015. En ce qui concerne les couples, ils étaient plus nombreux dans les périodes entre 2008 et 2011 et entre 2017 et 2018 (Tableau 4).
- Pour le nombre de séances on note une majorité chez les familles ayant bénéficié de 5 à 8 séances (11 familles). Pour les couples c'est plus difficile à dire car la répartition est assez homogène (Tableau 5).

Tableau 4 : Nombre de familles et couples en fonction des séances de thérapie.³⁰

³⁰ TF – thérapie de famille ; TC – thérapie de couple

Par nombre de séances	Nombre TF /23	Nombre TC /20
1 séance	4	2
2 séances	1	2
3 séances	-	3
4 séances	1	1
5 ou 6 séances	3	2
7 ou 8 séances	8	4
9 séances	1	1
10 séances	2	2
11 séances	1	-
13 ou 14 séances	-	2
15 séances	1	1
16 séances	1	

Tableau 5 : Nombre de familles et couples en fonction de la période de thérapie.

Par périodes (années)	Nombre TF /23	Nombre TC /20
2002 et 2003	4	-
2004	-	1
2005 et 2006	3	4
2007	4	-
2008 et 2009	-	2
2010 et 2011	3	3
2012	1	1
2014	4	1
2015	3	1
2016	1	1
2017 et 2018	-	6

Les situations qui interrogent par leur fin «incompréhensible» ont été sélectionnées et distribuées au thérapeute principal (ou au co-thérapeute). Ensuite, on demandait aux thérapeutes de la famille/couple de lire les dossiers et de nous parler de ce dont ils se rappelaient de la thérapie et de comment elle s'était terminée.

On constate qu'il y a des situations pour lesquelles, malgré une lecture des notes de séances, les thérapeutes n'ont aucun souvenir.

Il est à noter qu'il s'agit d'une période de 20 ans et qu'il y a des thérapeutes que nous n'avons pas pu interroger (plusieurs départs et deux décès).

2. Regards croisés sur la fin de thérapie: 4 cas cliniques

Cette méthodologie de regards croisés s'est imposée comme une étape logique dans la suite de la recherche. Après une analyse anonyme de l'ensemble des réponses il était plus qu'évident de s'intéresser aux thérapies elles-mêmes, depuis la demande exprimée et enregistrée sous forme de

fiche téléphonique, en passant par les souvenirs de la thérapie et de sa fin. Alors, la méthodologie de regards croisés consiste à distribuer les dossiers des familles/couples aux thérapeutes (ou co-thérapeutes) qui avaient participé à la thérapie. Ils devaient relire les notes détaillées afin de se remémorer les faits marquants de la thérapie. Ensuite, ils ont répondu à quelques questions ouvertes sur leurs souvenirs du processus thérapeutique et de la fin de la thérapie. Les exemples qui vont suivre mettent en lien les notes prises lors de la demande de thérapie, les réponses des familles/couples au questionnaire envoyé en 2019 et les souvenirs du thérapeute plusieurs années après la thérapie. Les entretiens avec les thérapeutes ont été réalisés en 2023.

2.1. Thérapie de couple/Thérapie familiale – Le cas Dupont

- 7 entretiens réalisés entre 2014 et 2016
- Demande initiale faite par Mme pour le couple qui est séparé depuis peu.

La demande initiale formulée lors du contact téléphonique pour prendre un rendez-vous au centre: *«On a des gros soucis, c'est pas la première fois qu'on consulte. On a eu une grosse crise familiale il y a 7-8 ans. On a consulté des éducateurs reconvertis en conseillers conjugaux. J'ai un mari qui est traité pour bipolarité. Il est en crise depuis un mois et ça devient de plus en plus difficile à vivre et j'ai deux ados à la maison qui souffrent. C'est tendu et un peu compliqué en période de crise. Ça part de ma demande à moi plus que de mon mari. Aujourd'hui on arrive à un point de non-retour, de non-communication.»*

Les souvenirs du thérapeute après la lecture du dossier aujourd'hui: *«Je me rappelle très bien de ces gens. Un couple très narcissique avec deux personnes hyper intelligentes et un jeu de couple serré alors qu'ils étaient séparés. Et les enfants très intriqués dedans. On a rapidement fait une orientation sur la famille car les enfants montraient de la souffrance, un devenait encoprétique. On a bossé pendant longtemps. Sur la fin on n'a pas fait des commentaires mais c'était presque annoncé. Mais c'était dur, ces gens étaient hyper centrés sur le couple qui était magnifique et les gamins étaient la cerise sur le couple. Les enfants étaient noyés.»*

La réponse au questionnaire de la part de Mme Dupont: *«Ravie de pouvoir en parler! Nous sommes arrivés à la séance après plus de deux mois sans vous avoir vu, et on nous a dit que c'était fini. Aucun débriefing, vous nous avez lâchés dans la nature sans autre explication que celle d'estimer que c'était la fin. J'ai noté la différence entre une thérapie payante et une gratuite. Ma thérapeute a été très étonnée de cet accompagnement. J'ai eu l'amer sentiment d'avoir été vos cobayes. Combien étiez-vous à chaque fois derrière la glace? J'avoue que cela ne me dérangeait pas pendant les séances mais la dernière m'a questionnée et je ne conseillerai pas à mes amis de participer à vos exercices car cela ne me semble pas juste et clair entre les deux parties.»*

Les réponses de Mme Dupont aux questions 4 et 5:

- Q4 «Et depuis...»: *«Mon mari m'a demandé le divorce fin 2016. Étonnée, attristée, j'ai tout de même accepté. Nous nous sommes séparés de manière beaucoup plus apaisée que nos 20*

ans de mariage. Nous avons beaucoup d'affection l'un pour l'autre mais la vie à 2 est impossible.».

- Q5 «Commentaire»: *«Pour moi la thérapie familiale était un moyen pour que mon mari comprenne l'intérêt de parler à un tiers et accepte un suivi individuel. Il ne l'a pas fait... (...). Je sais que j'aurais tout mis en œuvre pour sauver mon couple. Et je ne regrette pas d'être venue vous voir. Même si j'ai eu des déceptions avec votre forme de thérapie, je vous remercie tout de même de recevoir nos familles en détresse.».*

Les notes dans le dossier de la thérapie indiquent que la dernière séance s'était faite autour d'un objet flottant fabriqué par la famille – le fleuve de vie systémique. Les thérapeutes et la famille énoncent des changements mais il n'y a aucun commentaire final.

2.2. Thérapie de couple – le cas du couple Dubois

- 6 entretiens réalisés entre 2016 et 2017
- Demande initiale faite pour le couple

La demande initiale formulée lors du contact téléphonique pour prendre un rendez-vous au centre: *«(répète la question à sa femme) problème d'entente l'un et l'autre... des engueulades... c'est difficile de répondre (dit-il en s'énervant).».*

Les souvenirs du thérapeute après la lecture du dossier aujourd'hui: *«Je m'en souviens. Un couple super mais les enfants, l'achat de la maison, le travail... les a banalisés. Ils ont découvert du diabète chez Mr et cela les empêchait de faire des choses comme avant. Ils avaient fait un tour de l'Europe en vélo, tu te rends compte!? On leur avait dit: (lit dans les notes) «Les filles sont occupées par votre couple. Qu'est-ce que le couple devait apporter aux individus et qu'est-ce que les individus apportent au couple?». Je pense qu'on ne voulait pas qu'ils deviennent dépendants de la thérapie. Leur couple était dans une période difficile, un moment de passage à autre chose.».*

La réponse au questionnaire: il y a deux écritures et encres différentes.

- Pour l'un: *«Impression de tâtonnement sur les séances de la fin. J'ai mal vécu l'arrêt: une phrase sans explication, ni bilan, l'impression de finir «en queue de poisson»;*
- Pour l'autre: *«Dernier rendez-vous très court. Avec une phrase assez sibylline nous faisant comprendre que nous ne portions pas tous les deux le même intérêt à notre couple. Ce qui aurait mérité davantage de clarté voir de débat.».*

Les réponses aux questions 4 et 5:

- Q4 «Et depuis...»: *«Le couple existe toujours. Beaucoup moins de disputes même si Mr s'emporte encore trop selon Mme (et elle a raison).».*
- Q5 «Commentaire»: pour l'un *«Accompagnement bénéfique mais peu d'échanges avec les thérapeutes. Pas d'évaluation du dispositif. Fin étrange, peu d'explications ni bilan.»;* pour l'autre *«Le fait de parler, de prendre du temps pour notre couple est en soi bénéfique. La présence des psychologues permet un dialogue dépassionné. Nous avons conseillé cette thérapie à deux couples d'amis.».*

2.3. Thérapie familiale – le cas de la famille Dufour

- 5 séances en 2008
- Demande initiale faite par la mère au sujet du fils

La demande initiale formulée lors du contact téléphonique pour prendre un rendez-vous au centre: *«Mon fils est en opposition marquée avec des phases d'apathie complète. Plus goût à rien. A-t-il encore envie de vivre? On ne sait pas comment faire. Parfois il est très exacerbé ce qui crée un déséquilibre au sein de la famille. Aussi avec sa petite sœur envers laquelle il a des comportements violents.»*

Les souvenir du thérapeute après la lecture du dossier aujourd'hui: *«Je connaissais ces gens, non, pas vraiment mais avec l'adresse, j'ai vu qu'on habitait le même village de 400 habitants. Ça m'est resté dans la tête, ça m'a parasitée parce que je savais qu'ils savaient. Quand j'ai relu les notes je n'en revenais pas, on avait vachement bossé. Ce qui émerge rapidement c'est les conduites à risque du fils. Il est triste, il est mal et il peut avoir des réflexes agressifs. Ses parents ont peur. Le père est souvent absent au ski avec ses copains et la mère ne veut pas y participer. Le gamin est trop désigné et l'ambiance hyper lourde. Je ressens qu'entre les parents c'est violent et je propose dès le premier entretien de voir les parents seuls. Lors du dernier entretien j'ai une hypothèse sur le couple mais le co-thérapeute n'était pas d'accord. Je fais un commentaire scindé et je suis persuadé qu'à ce moment-là Mme me dit «mais on se connaît». Je réponds que «oui» et que si le couple le souhaite, il peut faire une autre thérapie. J'ai le souvenir d'avoir été contrainte mais aussi d'avoir trébuché sans cesse le fait que j'étais pas à ma place. J'ai eu le sentiment que c'était voué à l'échec dès le début et je me sens coupable, il fallait que je m'impose. Les co-thérapeutes, ils m'ont handicapé!»*

La réponse au questionnaire faite par Madame: *«l'arrêt s'est fait à votre demande, un des praticiens ayant son fils dans la classe du nôtre, il a été décidé d'interrompre la thérapie. Ce que j'ai eu du mal à accepter, mais compris au niveau déontologique. Il n'y a pas eu de proposition alternative, ce que j'ai beaucoup regretté. Étant épuisée à l'époque, il m'a été conseillé de me faire aider, ce que j'ai vécu comme une désignation de responsabilité et a été très dur pour moi. Car je suis persuadée que tout le système de notre famille était et pour une part reste dysfonctionnant. Nous sommes passés à côté du problème.»*

Les réponses de Mme Dufour aux questions 4 et 5:

- Q4 «Et depuis...»: *«Par la suite la situation a empiré j'ai dû avoir recours à plusieurs reprises au cadre de la loi, avec un soutien quasi inexistant. J'ai entrepris une thérapie individuelle, ce qui a été aidant pour moi, et m'a permis de traverser cette période. Par la suite, j'ai repris des études et je suis devenue thérapeute. Notre fils, après un parcours très chaotique, va mieux, même si cela reste encore fragile.»*
- Q5 «Commentaire»: *«Je suis contente de pouvoir m'exprimer sur cet épisode de notre parcours. Toutefois n'ayant pu bénéficier de la pleine mesure de l'aide que peut apporter votre centre, il me reste un sentiment d'inachevé.»*

2.4. Thérapie de couple – le cas du couple Durand

- 7 entretiens mené en 2018

Demande initiale formulée lors du contact téléphonique pour prendre un rendez-vous au centre par Madame: *«Pour le couple, ça fait 45 ans qu'on est ensemble, cet hiver ça a marqué un différent mode de vie au niveau des loisirs, une fracture, on peut dire.»*

Les souvenir du thérapeute après la lecture du dossier aujourd'hui: *«Je me rappelle bien, j'avais adoré ces gens. On avait fait un travail sur l'identité du couple, sur les événements et les projets. Ils avaient oublié d'où ils venaient, tout ce qu'ils avaient traversé. Il y avait un profond respect et amour l'un pour l'autre. Elle était proche de sa famille et lui toujours très sportif, dynamique. Elle avait des pensées sur une séductrice au sport. Ils avaient une profonde blessure et ils étaient à deux doigts de se séparer. Un couple esthétique; avec qui on pouvait danser. Je propose en fin de thérapie comme... une piqûre de rappel, même pas un rendez-vous mais... donner des nouvelles et Madame dit «c'est le dernier rendez-vous!». C'est ce que j'appelle la magie de résonner ensemble pour la fin. C'est un couple qui a des années de vol.»*

La réponse au questionnaire (signé Monsieur et Madame): *«Arrêt brutal, nous y étions pas préparé. C'est à la fin de séance, lors des salutations. On nous a annoncé que le couple allait bien et que c'est fini. Nous avons regretté car les séances, du fait des questions profondes sur le couple ou l'autre, nous apportaient du calme et sérénité et prenions plaisir à rechercher au fond de nous ce qui était important.»*

- Q4 «Et depuis...»: *«Depuis tout va bien et même très bien. Chacun a fait un pas vers l'autre et nous avons retrouvé une nouvelle dynamique de vie de couple.»*
- Q5 «Commentaire»: *«Nous ne pouvons que vous remercier de la qualité de votre travail. Peut-être du fait du résultat, nous avons gardé un sentiment amical avec l'équipe qui nous avait suivi.»*

DISCUSSION

Nous avons choisi de nous intéresser à la fin des thérapies car c'est cela qui nous a surpris dans les réponses reçues: cet écart entre notre représentation, comme thérapeutes, d'arrêter une thérapie de façon réfléchie, quand nous pensions devenir superflus pour le système venu consulter, vu le chemin parcouru, et l'incompréhension exprimée! En effet, quelques écrits sur la fin de thérapie individuelle (et souvent d'orientation analytique) nous renseignent sur l'importance de la demande et du cadre dans lequel cette demande est exprimée. Pour Catherine Bolgert (2003) par exemple il y a une multitude de façon d'arrêter une thérapie individuelle mais la fin en dit beaucoup sur le cadre de la thérapie (suffisamment contenant et/ou adapté) et sur la qualité du lien thérapeutique. L'auteur parle de «fins prématurées» lorsque les projets du thérapeute ne s'accordent pas avec ceux du patient. Mais qu'en est-il quand le patient c'est la famille ou le couple et qu'il s'agit de plusieurs projets individuels qui s'entrecroisent dans une thérapie systémique ?

Parler de la fin de thérapie est évidemment impossible sans se référer à la notion de séparation qui est généralement comprise par le prisme de l'individuation. L'individu n'advient que dans la perte qui lui permet de supporter son existence en se construisant un monde symbolique et imaginaire. Et quand Hélène Brunschwig (2002) témoigne des expériences de séparation avec son analyste il devient

évident que la séparation est comme un subtil mélange d'émotions, «*on peut à la fois souffrir (...) et en être heureux*».

Bien sûr nous avons conscience des limites de cette étude, notamment le faible nombre de réponses par rapport au nombre de thérapies pratiquées dans notre unité (même si des chercheurs nous ont affirmé que c'était un nombre satisfaisant, vu l'ancienneté de nombreuses thérapies). Et compte tenu du peu de réponses par rapport au nombre de questionnaires envoyés, on peut faire l'hypothèse que les personnes qui répondent ont souvent des critiques à formuler et saisissent cette occasion pour le faire (même si nous avons des remerciements aussi...).

Il est également à noter le constat d'une mauvaise qualité des notes dans les dossiers, avec l'habitude de noter les échanges du thérapeute en séance avec les familles, mais quasiment jamais nos réflexions pendant les interruptions de séance. Ce constat a d'ailleurs modifié notre pratique avec une attention portée maintenant à ce type de notes qui reflètent mieux le processus de co-construction de la thérapie.

Une autre de nos grandes surprises est que certaines thérapies n'ont laissé apparemment aucun souvenir aux thérapeutes. Souvenirs qui ne revenaient même pas à la lecture des notes et/ou à l'évocation de la thérapie avec les co-thérapeutes. Dans ce sens, Hendrich (2009) fait également la remarque sur le biais que représente le temps trop long dans une méthodologie du follow-up. En effet, le temps fait accroître le nombre de variables susceptibles d'influencer l'analyse de la thérapie et déforme le regard sur le passé.

Cette recherche interroge donc aussi les mises en récit, intrigant de façon complexe les souvenirs des thérapeutes, sollicités par la mise en récit faite par les familles dans les réponses aux questionnaires, l'ensemble retravaillé dans cette forme de narration particulière qu'est la mise en forme des résultats d'une recherche. Ainsi, les récits sur la thérapie deviennent une méta thérapie (Nussbaumer, 2017) et prennent une valeur de connaissance sur nous-mêmes et sur nos pratiques professionnelles.

CONCLUSION

Cette recherche est une formidable opportunité d'écouter les voix des familles et des couples. Elle nous permet en tant que thérapeutes de nous voir à travers le regard de ces personnes qui se sont adressées à nous à un moment donné dans leur parcours de vie pour demander de l'aide. Cela a d'ailleurs modifié nos pratiques avec plus d'attention portée lors de la dernière séance décidée par nous à la formulation des raisons de l'arrêt.

Ajoutons pour conclure que continuer cette recherche, qui est donc en cours d'exploitation, c'est donner suite à l'envie d'Alain Chabert, malheureusement décédé en avril 2021, et à sa curiosité inlassable.

Et que cela est possible grâce à l'intérêt et au travail collectif de notre équipe, ainsi que grâce à l'alliage précieux des compétences en recherche et en thérapie systémique de Vera Tsenova qui a repris ce travail de recherche. Iva Ursini et l'équipe SIRTS en nous invitant en novembre 2023 à présenter ces premiers résultats à Milan en donc a renforcé l'impulsion initiale, tout en augmentant la possibilité de la croiser avec d'autres.

BIBLIOGRAPHIE

- Andolfi, M. et al. (2008). *La thérapie racontée par les familles*. Paris (France): De Boeck.
- Bolgert, C. (2003). Quel cadre pour les fins de thérapie? *Gestalt*, 25(2): 55-67. doi 10.3917/gest.025.0055.
- Brunschwig, H. (2002). La « séparation » à la fin de l'analyse, du côté du patient et du côté de l'analyste. *Témoignage. Imaginaire & Inconscient*, 8(4): 37-43. doi 10.3917/imin.008.0037.
- Caillé, P., Rey, Y. (1994). *Les objets flottants*. Paris (France): ESF.
- Chabert, A. (2024). *Vers une thérapie familiale constructiviste*. (édition revue et augmentée), Toulouse: Erès.
- Hendrick, S. (2009). Efficacité des thérapies familiales systémiques. *Thérapie familiale*, 30(2): 211-233. <https://doi.org/10.3917/tf.092.0211>
- Le Meur, V. et al. (2013). Peut-on évaluer l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique? *Thérapie familiale*, 34(2): 251-264. <https://doi.org/10.3917/tf.132.0251>
- Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives et production de savoir*, 1: 7-40.
- Neuburger, R. (1995). *L'autre demande*. Paris, France: ESF.
- Neuburger, R. (1995). *Le mythe familial*. Paris, France: ESF.
- Neuburger, R. (2019). *Thérapie de couple. Manuel pratique*. Paris, France: Payot.
- Nussbaumer, N. L. M. (2017). Thérapie et méta thérapie de couple: histoire à trois voix d'une aventure humaine qui n'en finit pas. *Thérapie Familiale*, 38(4): 393-413. doi :10.3917/tf.174.0393.
- Onnis, L. (2009). *Corps et contexte*. Paris, France: Fabert.
- Selvini, M. (1987). *Mara Selvini Palazzoli, histoire d'une recherche*. Paris, France: ESF.
- Selvini, M. et al. (2002). *Anorexiques et boulimiques*. Chêne-Bourg, Suisse: Médecine & Hygiène.

SITES D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

http://www.recherche213qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie/texte%20Mucchielli%20actes.pdf.

**COMMENTO ALL'ARTICOLO DI VERA TSENOVA E CLAIRE GEKIERE:
"PRÉSENTATION DU FOLLOW-UP DE L'UNITÉ DE THÉRAPIES FAMILIALES
(CSH DE LA SAVOIE, CHAMBÉRY, FRANCE)"**

RENZO MARINELLO³¹renzomarinello17@gmail.com

Ho letto con interesse e piacere l'articolo di Vera Tsenova e Claire Gekiere, che rimanda ad un'esperienza di ricerca presentata alla Giornata di Studio "Si può chiudere una terapia?", organizzata dalla SIRTS, il 25 novembre 2023.

Per quanto Annie Ernaux, Nobel per la letteratura, non manchi di mostrare nei suoi romanzi il progressivo e ineluttabile sradicamento dello Stato Sociale francese, incalzato da una crisi economica di cui non si intravedono soluzioni, prendere atto dell'esistenza nell'Ospedale Pubblico di Chambéry di una Unità di Terapia Sistemica di coppia e famiglia non può che indurci a confrontare, e con qualche rimpianto, il sistema di Welfare francese con il nostro. Il contesto in cui si muove la ricerca presentata dalle colleghe francesi, infatti, è quello di un Centro Pubblico di Terapia Sistemica, inserito in una complessità istituzionale caratterizzata dalla polifonia e dalle differenze - di mandato, appartenenza, formazione, approccio - che ne costituiscono, al tempo stesso, una fonte di inesauribile ricchezza e uno spazio potenzialmente fragile esposto al conflitto.

L'Unità è stata fondata da Alain Chabert nel 1986, in un periodo particolarmente fertile anche per la terapia sistemica in Italia: nel 1981 Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin fondano il Centro Milanese di Terapia Familiare, da cui qualche anno dopo si originerà la SIRTS; nel 1982 Mara Selvini Palazzoli avvia il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia e Luigi Cancrini l'Istituto di Psicoterapia Relazionale. E' l'inizio di una fase ricca e feconda che vedrà il fiorire di nuove iniziative, tra cui la nascita, da parte di terapeuti formati nelle scuole di specializzazione, di équipes di Terapia Sistemica nei Servizi Pubblici e di agguerriti confronti di cui oggi risuona un'eco lontano.

L'articolo di Vera Tsenova e Claire Gekiere si concentra sulla chiusura della terapia e mira ad accostare il ricordo che ne portano le persone con le idee che hanno guidato i terapeuti. Le conclusioni assumono una particolare rilevanza: sulla chiusura del percorso clinico emerge un'evidente differenza tra le rappresentazioni delle famiglie e le rappresentazioni dei terapeuti. Potremmo dire che la ricerca sembra rilevare uno scarto tra le attese delle famiglie e le premesse dei terapeuti. Mentre Robert Langs in *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica* mette in guardia l'analista dal condurre una psicoterapia interminabile, utilizzando il paziente come strumento per gratificare i propri bisogni inconsci di onnipotenza, gratitudine e amore eterno, le premesse dei terapeuti sistemici, sottolineano le autrici, sembrano orientate ad evitare di diventare agenti di cronicità e dipendenza. Sarebbero queste precauzioni, sul fondo colorate anche di paura, a spingere i terapeuti sistemici di Chambéry verso una chiusura vissuta come non concordata della terapia, lasciando coppie e famiglie in uno stato di confusione e abbandono?

Credo sia possibile introdurre un'ulteriore differenza che consiste, per ogni terapeuta e indipendentemente dal proprio approccio, nel come intendere e dove situare la nozione di cambiamento. In una accezione comune, la nozione di cambiamento rimanda ad un accordo tra cliente e terapeuta circa la definizione di obiettivi da raggiungere durante il percorso terapeutico. Ad un

³¹ Psicoterapeuta sistemico relazionale, didatta e supervisore per équipes socio-sanitarie e di tutela minori. Ha lavorato in ambito pubblico, dove è stato Responsabile dei Centri di Terapia Familiare e dei Poli di Mediazione Familiare dell'ASL Città di Milano, e ora svolge attività libero professionale come psicoterapeuta, formatore e supervisore. Past-president SIRTS, è autore di diversi articoli comparsi su riviste specializzate e nel 2018, con Davide Sacchelli, del saggio "Coppie conflittuali. Conflitto, demonizzazione e paradossi nella coppia in fase di separazione".

estremo si colloca la nozione di cambiamento come passaggio da uno stato di malattia ad uno stato di salute: l'intervento clinico si configura come un percorso a tappe sorretto da una sua logica interna, che consente alla persona, con l'aiuto del terapeuta, il viraggio dalla malattia alla sanità. In questa prospettiva, la psicoterapia si configura come esperienza di guarigione. Contrapporre al disordine della malattia l'ordine della sanità attribuisce al percorso terapeutico un preciso significato, immergendolo in un disegno dotato di senso, e permette di chiudere la terapia al raggiungimento dell'ordine, come una sorta di precipitazione chimica. Se, intorno alla nozione di ordine, non si muovono premesse troppo dissimili tra le persone che compongono il sistema terapeutico, la chiusura della terapia può facilmente essere condivisa. Certo, questa posizione apre le porte ad una serie di questioni non indifferenti a proposito di che cosa si intenda per malattia e che cosa per guarigione, problemi intorno ai quali autori come Foucault e Deleuze hanno dedicato buona parte della loro riflessione.

Ad un altro estremo, la nozione di cambiamento è declinata nella nozione di scelta e il riferimento al riguardo non può che essere l'imperativo etico proposto da Heinz von Foerster: *"agisci in modo da accrescere il numero delle possibilità di scelta"*. In questo orizzonte epistemologico si affaccia la nozione di libertà intesa come possibilità di scegliere, in modo da *"vedere nella foresta dei vincoli gli alberi delle scelte"*. Anche questa posizione, evidentemente, apre una serie di rilevanti questioni su che cosa sia e come intendere la libertà e su come interpretare i vincoli che, nei sistemi complessi, mantengono con la prima una relazione allo stesso tempo complementare e antagonista. Risulta evidente come le due posizioni, fondate su premesse diverse, permettano di costruire mondi diversi: mangiare solo verdure, ad esempio, è l'esito di una malattia denominata anoressia, dalla quale il soggetto si trova completamente soggiogato, o è l'esito di una scelta legata ad una particolare visione del mondo?

Nel momento in cui i colleghi di Chambéry scelgono di adottare un'etica della scelta piuttosto che un'etica del cambiamento e, riprendendo una metafora di Philippe Caillé, si accasano sul pianeta Beta invece che sul pianeta Alfa, la chiusura della terapia non appare più come un evento scontato e già presupposto all'inizio, in quanto non più subordinato al cambiamento come superamento. Caillé (2004) evidenzia che *"la fase iniziale di ogni terapia di coppia deve cominciare da un negoziato. La coppia desidera collocare gli incontri nell'atmosfera del pianeta Alfa. Il terapeuta vuole che tutto avvenga nell'ambiente del pianeta Beta. Esiste un disaccordo che va risolto ... Questa fase preliminare di negoziato è estremamente importante. Può essere breve come lunga. In ogni caso non bisogna mai tentare di accorciarla"*. La coppia che si colloca nel pianeta Alfa vede se stessa come una macchina guasta e si attende che il terapeuta, detentore di un sapere che gli permette di distinguere la patologia dalla normalità, agisca come un riparatore, riportandola ad uno stato di funzionalità. Ne risultano due raffigurazioni possibili di terapia: le terapie interminabili, che si impongono quando il terapeuta si accanisce nel cercare di insegnare alla coppia come vivere, e le terapie non terminate, quando la coppia, constatata l'inutilità degli sforzi prodotti dall'esperto per aggiustarla, decide che non rimane altra via che sciogliere il legame. Il terapeuta che si colloca sul pianeta Beta considera la coppia come un essere vivente che tesse nel tempo la propria storia e, assemblando gli elementi che gli vengono offerti, cercherà di rivelare e mettere la coppia in contatto con la propria narrazione fondatrice, in modo da porla nelle condizioni di decidere se sia possibile rigenerarla con un atto creativo o sia invece necessario inscrivere la coppia nel registro del passato e accettarne la perdita. La differenza tra percezione delle famiglie e percezione dei terapeuti, rivelata dalla ricerca condotta a

Chambéry, è forse uno degli esiti possibili della complessa negoziazione cui accenna Caillé, perennemente sospesa tra le attese della famiglia di abitare il pianeta Alfa e le idee dei terapeuti di collocarsi nel pianeta Beta?

Da questo punto di vista, non possiamo che essere grati all'articolo di Vera Tsenova e Claire Gekiere in quanto, più che fornire risposte, apre a domande.

Ne "*La terapia narrata dalle famiglie*" (2001), volume che raccoglie i dati di una ricerca qualitativa sulla valutazione dei risultati della terapia familiare, Andolfi, Angelo e D'Atena distinguono le terapie in tre diverse categorie in relazione ai diversi tempi che hanno caratterizzato gli incontri. Le *terapie non iniziate* si riferiscono ai percorsi clinici che si interrompono entro le prime tre sedute; le *terapie interrotte* a quelle situazioni in cui il trattamento si è concluso in modo inatteso e non concordato da parte della famiglia dopo un numero significativo di incontri; le *terapie concluse* includono le situazioni in cui sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati. La ricerca di follow up condotta dai Centri di Terapia Familiare dell'ASL Milano nei primi anni 2000 mostra come la maggior parte dei trattamenti clinici, pari al 69%, si siano conclusi, nella rappresentazione degli operatori, in accordo con le famiglie. Le terapie interrotte, in cui emerge una discordanza tra operatori e famiglie in merito alla conclusione del percorso, rappresentano il 16%. In entrambe le ricerche citate l'interruzione si riferisce, in particolare, ad una decisione assunta dalla famiglia senza accordo con i terapeuti. In alcuni casi si può assistere a quella che Gianni Cambiaso e Roberto Mazza definiscono come dissolvenza della relazione terapeutica, un allontanamento dolce e sfumato ma, in qualche modo, irreversibile. E' interessante notare come l'interruzione del percorso da parte della famiglia venisse vissuta dai terapeuti, da un lato, come una sorta di fallimento personale ed interpretata come un'incapacità di costruire un'alleanza di lavoro con il sistema, dall'altro, spostando l'attenzione sul nucleo familiare, come indicatore di una bassa motivazione della famiglia a coinvolgersi e proseguire negli incontri.

La ricerca di Chambéry mostra come anche la fase di chiusura della terapia, a maggior ragione se si alberga nel pianeta Beta, debba disegnarsi come un percorso condiviso per co-costruire un comune significato. La chiusura del percorso clinico dovrebbe diventare tema di confronto all'interno del sistema terapeutico, onde evitare il rischio che le terapie considerate concluse dai terapeuti vengano vissute come interrotte dalle famiglie per decisione univoca dei terapeuti.

D'altra parte la vita ci insegna, e di questa necessità è fortemente intrisa, che ad ogni inizio è connaturata una fine. Ogni percorso terapeutico si disegna come un'esperienza di incontro e relazione, di legame e separazione. In una società desacralizzata come la nostra, guadagni e perdite sono in relazione biunivoca, i pochi riti rimasti riguardano l'inizio e quasi mai, a parte i riti funebri, la fine. Nel matrimonio, ad esempio, le pubblicazioni, la dichiarazione di reciproco impegno, lo scambio degli anelli, la presenza di testimoni: tutto fa pensare ad un rito cui una comunità è chiamata a partecipare. La separazione, al contrario, in assenza di riti si fa tutt'al più narrazione giuridica nelle aule di Tribunale. Una domanda che suggerisce la lettura dell'articolo di Vera Tsenova e Claire Gekiere, riguarda se sia o meno utile costruire con le famiglie riti di chiusura delle terapie per ricongiungere la fine e la separazione a nuovi inizi e relazioni.

BIBLIOGRAFIA

Andolfi, M., Angelo, C., D'Atena, P. (2001), *La terapia narrata dalle famiglie*. Milano, Cortina.

- Bateson, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. San Francisco, Chandler Publishing Company (*Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1978).
- Bateson, G. (1979) *Mind and Nature. A Necessary Unity*. Hampton Press (*Mente e Natura*, Adelphi, Milano, 1984).
- Bateson G., Bateson M.K. (1987) *Angels Fear. Towards an Epistemology of the Sacred*. University of Chicago Press (*Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano, 1989).
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1987) *Milan Systemic Family Therapy. Conversation in Theory and Practice*. Basic Books, New York (*Clinica Sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004).
- Caillé, P., Rey, Y. (1988) *Il était une fois...La methode narrative en systémique*. Paris, Les édition ESF, (*C'era una volta. Il metodo narrativo in terapia sistemica*, Milano, Angeli, 1998).
- Caillé, P. (2004) *Un et un font trois! Le couple d'aujourd'hui et sa thérapie*. Parigi, Francia, ESF. (*Uno e uno fanno tre. Quale psicoterapia per la coppia di oggi*, Armando, Roma, 2007).
- Cambiaso, G., Mazza, R., *Si può chiudere una terapia?* Frattali, n°5, novembre 2022: 71-81.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1997) *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Cortina, Milano.
- Cecchin, G. (2004) *Ci relazioniamo dunque siamo. Curiosità e trappole dell'osservatore*. Connessioni, n° 15: 57-61, Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Milano.
- Deleuze, G. (1972) *L'Anti-Edipe*. Les Editions du Minuit, Parigi, (*L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia*, Einaudi, Torino, 1975).
- Deleuze, G. (1987) *Qu'est-ce qu'un acte de création*. Conférence donnée dans le cadre des mardis de la fondation Femis, wwwwebdeleuze.com.
- Ernaux, A., (2008) *Les années*, Gallimard, Parigi, (*Gli anni*, L'orma editore, Roma, 2015)
- Foerster von, H., (1987) *Sistemi che osservano*, Astolabio, Roma
- Foucault, M., (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Editions Gallimard, Parigi, (*Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1976).
- Foucault, M., (1994), *La verità e le forme giuridiche*. La Città del Sole, Napoli
- Foucault, M., (2003), *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974, (Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004)
- Langs, R., (1973) *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, Jason Aronson, New York, (*La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino, 1979).

LA FINE DI UN VIAGGIO

GIANNI CAMBIASO, ROBERTO MAZZA³²

mazza.studio.ro@gmail.com; mailcamb@gmail.com

³² Psicologi psicoterapeuti, didatti della Scuola Mara Selvini Palazzoli, membri ordinari Sirts e Sippr.

SOMMARIO

In condizioni ideali il processo di chiusura della terapia viene condiviso tra terapeuta e pazienti; nella pratica quotidiana raramente invece la fine della terapia avviene in modo ordinato, condiviso, o concordato. Molte psicoterapie si interrompono, altre si dissolvono altre si chiudono solo per il volere di una parte.

Il tema della conclusione dell'analisi, trattato per la prima volta e in modo geniale da Freud, quasi novant'anni fa, ha trovato poco riscontro nei saggi sulle psicoterapie di oggi, e raramente se ne fa cenno nell'ambito sistemico. L'articolo che presentiamo è uno stimolo in tale direzione, una riflessione alla ricerca di linee guida e criteri di valutazione per la chiusura della terapia.

PAROLE CHIAVE: Come e quando chiudere una terapia, pensiero sistemico e psicodinamico, alleanza terapeutica, dipendenza dal terapeuta, transfert-controtransfert.

ABSTRACT (a cura della redazione)

In ideal conditions the process of closing a therapy is shared between therapist and patients; however, in daily practice, the end of therapy rarely occurs in an orderly, shared or agreed manner. Many psychotherapies are interrupted, others dissolve themselves, others are closed by one part.

The theme of the conclusion of analysis, treated for the first time and ingeniously by Freud almost ninety years ago, found little response in essays on today's psychotherapies, and is rarely mentioned in the systemic context. The article we present is a stimulus in this direction, a reflection searching guidelines and evaluation criteria for the therapy closure.

KEY WORDS: How and when to end a therapy - systemic and psychodynamic thinking - therapeutic alliance - dependence on the therapist - transference-countertransference.

Il ricco e interessante seminario della Sirts del 25 Novembre 2023 dal titolo "Si può chiudere una terapia? La voce di coppie e famiglie attraverso risultanze di follow-up a Milano e Chambéry" (a cui abbiamo avuto il piacere di partecipare aprendo i lavori) ci ha spinto a riprendere in mano un nostro precedente articolo, con analogo titolo, pubblicato su Frattali, n.5 del 2022 e a progettare di produrre un agile libro sul tema. In questa fase in itinere abbiamo accolto volentieri la proposta di condividere coi colleghi un'anteprima dei nostri pensieri al proposito, partendo dallo storico scritto di Freud che in qualche misura ha aperto un dibattito, invero talvolta un po' trascurato.

Come accade in molte storie d'amore, che si infiammano all'inizio e si arenano in tempi più o meno brevi, anche la relazione tra terapeuta e paziente può finire per vari motivi, e non sempre condivisi: dissintonie, resistenze, delusioni improvvise, criticità.

C'è un episodio letterario emblematico che riguarda la fine di una terapia, o meglio la chiusura un po' brusca della propria analisi, raccontata da una celebre scrittrice, Natalia Ginzburg. Come molti intellettuali negli anni Sessanta (e come molti figli di ebrei che avevano patito le atrocità del lager portandosi le sofferenze intergenerazionali), andò in analisi per qualche tempo da un noto analista junghiano, Ernst Bernhard. Ginzburg racconta il suo inizio dell'analisi a Roma negli anni del dopoguerra (1947), in uno stato di prostrazione morale e materiale. Aveva perso mezza famiglia, il

marito trucidato a Regina Coeli, due figli piccoli; entra in questo studio famoso con vista su tutta Roma con un analista col quale dovrebbe avere una certa empatia, 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 il terapeuta era escluso qualcosa di essenziale (non specifica cosa), un desiderio di reciprocità, vorrebbe anche lei interrogare lui, sapere le cose del dott. B, ma non può interrogarlo, vedere la moglie o la casa, la camera da letto, avere una reciproca pietà. Lo abbandona.

Solo vent'anni dopo decide di scrivere, quando la vita aveva preso una piega più serena, il motivo del dissidio, forse una contestazione su un trasferimento coi figli a Torino. Per staccarsi dal dott. B ha bisogno di una decisione repentina e la trova. Un giorno il dott. B, che di solito si presenta in camicia bianca aperta le apre con la camicia chiusa da un cravattino a farfalla (che diventa la pietra miliare del racconto). Scrive: "quella cravattina a farfalla su quella persona austera ed ebraica mi sembrò stupida, il peggior segno della frivolezza. Non mi curai neppure di dirglielo tanto inutili erano diventati per me i miei rapporti con lui, di colpo smisi di andare da lui e gli mandai gli ultimi denari che gli dovevo con qualche breve parola". Solo molti anni dopo lo ricorderà come un momento luminoso della sua vita.

Molte terapie finiscono, si interrompono, si dissolvono; ci si perde, ci si arrende; non sempre se ne capisce subito il motivo. Talvolta è futile: si sta un po' meglio (o si sta un po' peggio), altre volte pretestuoso, faticoso, costa troppo, non si è creato un buon abbinamento (non scatta la scintilla), altre volte ancora il motivo è inconscio. Natalia Ginzburg ricorderà le sue sedute con ambivalenza: qualcosa che *"ti insegna a esser quello che sei. Però non è che smetti di star male"* pur riconoscendo le qualità di Bernhard: *"fu la luce della sua intelligenza a illuminarmi in quella nera estate"* (Ginzburg, 1967; edizione 2016). Anche quando le terapie si interrompono, qualche volta, nel tempo, se ne ricordano i vantaggi, le illuminazioni, le magie.

IN PRINCIPIO ERA FREUD

Una novantina di anni fa uscì quello che rappresenta forse il primo scritto strutturato che prende in considerazione il tema della fine di una terapia (o fine di una analisi: «Analisi terminabile e interminabile» (1937a) che costituisce, insieme a «Costruzioni nell'analisi», l'ultima produzione puramente psicoanalitica di Freud (1937b).

In questo primo saggio, scritto negli ultimissimi anni della sua vita, Freud affronta sia sul piano teorico che su quello pratico una serie di problemi connessi alla terapia psicoanalitica (con una lettura simbolica potremmo vederci, vista la fase del ciclo di vita di Freud, un tema di vita e di fine della stessa).

Interessante notare come Freud in questo saggio presenti le diverse tematiche più per suscitare dubbi, provocare discussioni e sollecitare ulteriori approfondimenti che per esporre una tecnica e una teoria della tecnica psicoanalitiche compiute e definitive. Posizione diversa dai toni polemici e dalle affermazioni drastiche di molti precedenti suoi saggi, che sembrano così lontani nel tempo (e lo sono realmente).

Uno dei temi presi in esame in questo lavoro riguarda la durata dell'analisi e quindi la sua fine. Freud sottolinea uno stretto rapporto con le «caratteristiche peculiari dell'analista». In termini di Teoria dell'attaccamento potremmo oggi rileggere la questione dicendo che si tratta di un incontro tra i Modelli operativi interni del terapeuta e quelli del paziente.

Con Jeremy Holmes (2004), per seguire anche un parallelismo e un'integrazione tra modelli, vediamo che la sua tesi principale, relativamente alla chiusura della terapia, è che l'accordo tra lo stile di attaccamento del terapeuta e quello del paziente rappresentano una determinante fondamentale. I terapeuti ed i pazienti si avvicineranno alla conclusione con preconcetti e fantasie su cosa significa essere separati e quindi ampiamente significative saranno le precedenti esperienze di distacco.

Freud sottolineava come il processo analitico fosse influenzato sia dal «modo d'essere dell'Io del paziente» che dalla personalità, dalla preparazione e dalla idoneità professionale dell'analista: la formazione dell'analista riveste un ruolo primario. Fondamentale, per Freud, che il futuro analista si sottoponga a un'analisi personale e che successivamente si rifaccia periodicamente «oggetto di analisi». L'analisi didattica e/o la supervisione diventerebbero così non soltanto i pilastri indispensabili della formazione, ma anche, per definizione di Freud, interminabili (cfr. Yalom nel capitolo "Freud non aveva sempre torto" in *Il dono della terapia*, 2014).

Il problema centrale, per il padre della psicoanalisi, è di capire se, al di là della sua durata, esista o meno una fine naturale dell'analisi. Come direbbe Holmes (2004): il timing in psicoterapia è tutto.

Idealmente la conclusione di un buon percorso psicoterapeutico dovrebbe corrispondere al momento in cui paziente e terapeuta ritengono di aver raggiunto, ciascuno dal proprio punto di vista, la meta prefissata. E qui non possiamo non riprendere Liotti (2014) con l'importanza che attribuisce sin dalla primissima seduta alla definizione concordata degli obiettivi e dei relativi indicatori, fase non formalmente contrattuale, ma già strettamente terapeutica, in cui il paziente è chiamato a dare ordine a pensieri talvolta confusi e disorganizzati. Una fase fondamentale per l'attivazione all'interno della relazione terapeutica del sistema motivazionale cooperativo. Cemento costitutivo essenziale che oggi concordemente chiamiamo alleanza terapeutica.

Freud molto francamente afferma in realtà che «neppure noi raggiungiamo sempre in pieno... il nostro obiettivo... La trasformazione riesce, ma spesso solo parzialmente. Parte degli antichi meccanismi non vengono intaccati dal lavoro analitico» (1937a). Difficoltà che Freud riconduceva essenzialmente al problema della resistenza alla terapia e alla guarigione. Oggi è piuttosto condivisa l'idea che l'interminabilità dell'analisi (così come le resistenze del paziente alla guarigione) vadano lette nell'esperienza relazionale terapeuta-paziente e non solo soggettiva del paziente (Cambiaso, Mazza, 2021), con annessi fenomeni di transfert-controtransfert, che al tempo non erano ancora stati messi così chiaramente in luce.

Questo ci può far pensare non tanto ad un'analisi interminabile in sé ma talvolta interminabile in quanto il terapeuta resta spesso un riferimento nel tempo (con Bowlby diremmo "una base sicura") per il paziente e che, in situazioni critiche o di fronte a nodi importanti della vita, ritorna a lui.

Bion (1978, Seminari Tavistock) mise l'accento sulla necessità di supervisionare sempre il controtransfert perché inconscio. Già Freud, per tornare alle origini, suggeriva che, con modestia e senza vergognarsi, l'analista avrebbe dovuto rifare un periodo di analisi ogni 5 anni (Freud, *ivi*).

In particolare la conclusione della psicoterapia, come scrive Langs (1979), risulta un'esperienza particolarmente dura e complessa per molti terapeuti: i loro desideri personali di fusione e di onnipotenza, di immortalità e di amore eterno, o di altri bisogni che sono inconsciamente gratificati

nel corso della terapia, sono difficili da abbandonare e possono produrre incapacità a terminare anche quando in realtà sarebbe opportuno. Ne risulta un prolungamento fine a se stesso della terapia senza necessità, se non una collusione tra i bisogni del terapeuta e quelli del paziente.

Proviamo a introdurci al tema partendo da una metafora del libro che abbiamo trovato in Holmes (op. cit.): l'autore è orfano del personaggio e il lettore lo è della storia.

Uno di noi si trovò tempo fa ad acquistare per un regalo una copia del romanzo “Una vita come tante”, di Hania Yanagihara (2016) una storia travolgente di oltre 1000 pagine che in sintesi ha al suo centro le relazioni (e che The Guardian ha messo nei 100 libri migliori del XXI secolo). La commessa della libreria, che evidentemente lo aveva letto, vedendomi dirigere alla cassa col libro in mano, raccontò spontaneamente la sua personale crisi all'avvicinarsi alle ultime pagine: senso di vuoto e lutto, ma, poi aggiunse, anche soddisfazione per aver concluso un tomo così corposo e impegnativo. Non era così certa, all'inizio, che ce l'avrebbe fatta. E così possiamo immaginare come possa essere stato complicato, per l'autrice, chiudere un lavoro così ponderoso e ben riuscito. Sentimenti assimilabili a quelli della chiusura di una terapia.

Scriva Holmes (2004), *“ogni conclusione racchiude sia la speranza che il rimpianto, comportando ambivalenza e quindi un'operazione che mette alla prova la capacità di tollerare l'ambiguità e far fronte sia all'ottimismo che alla tristezza della perdita”*.

Compito del terapeuta in questa fase sarà quindi anche quello di accettare le proprie ambivalenze e quelle del paziente, comprese la protesta e la rabbia nei suoi confronti.

I SEGNALI DI FINE TERAPIA

Molte terapie soprattutto individuali non si chiudono ma si dissolvono, i legami si sciolgono, i contatti si diradano, molti pazienti comunicano di voler chiudere, altri preferiscono non dirlo e allontanarsi lentamente, e questo potrebbe avere un senso se visto alla luce dell'attaccamento e dei processi evolutivi vissuti. L'esposizione delle motivazioni non è sempre possibile, esplicitare è scomodo. Anche “l'economico” (che è un tema importante per le terapie nel contesto privato) può essere visto in una doppia prospettiva di pretesto, ma anche di motivazione o di risoluzione del contratto terapeutico.

Quando si avverte in seduta un “clima da conclusione del rapporto” è utile non sottovalutarlo. Può essere davvero un segnale di fine terapia, ma anche in molti casi una semplice flessione, o ancora, una possibile rottura dell'alleanza. I segnali possono essere molteplici.

1) Il paziente è cambiato, meno motivato, pone spesso difficoltà di orari o di giorni, fa lapsus e dimentica l'appuntamento, parla poco, incrementa gli impegni, può fare insomma opposizioni silenziose che vanno colte; oppure rallenta l'adesione e la collaborazione, sfida l'alleanza, infrange regole del setting, riduce il lavoro di mentalizzazione, porta problemi economici o di organizzazione familiare.

2) Anche il terapeuta può sentirsi stanco, distratto o annoiato. Condizioni terribili naturalmente, ma soltanto se non sono pensate e mentalizzate. Risonanze ed emozioni possono cambiare verso; paziente e terapeuta si riconoscono meno, si diventa più estranei; è più facile fare errori (si dimentica l'appuntamento, si mostra impotenza oppure irritabilità). In tali condizioni è quanto mai necessario esaminare il controtransfert, con supervisioni, ma anche con colloqui tra colleghi.

- 3) Il terapeuta può valutare cosa si è modificato rispetto all'inizio della terapia. È sufficiente ciò che si è fatto? Almeno rispetto a ciò che il paziente chiedeva? Facciamo ipotesi predittive e fantasie sul futuro del paziente o della coppia. Verifichiamo le evoluzioni sul piano personale, sociale, familiare, sulla carriera professionale o scolastica, riflettiamo sui sintomi, sul cambiamento, sulla riduzione del danno, sull'abbassamento dei fattori di rischio, sulle relazioni affettive, sui rischi di solitudine o al contrario sulle amicizie, sulla vita amorosa. Il funzionamento del paziente nel suo ambiente di vita deve essere considerato come indice di successo di una psicoterapia.
- 4) Possiamo trovarci a dilatare gli appuntamenti, verificando la tenuta, l'autonomia e la funzionalità (sia per l'individuo, che per la coppia o per la famiglia). Mantenendo la relazione terapeutica ma allungando il tempo tra gli incontri in una sorta di prova di distacco.
- 5) Talvolta ci avviciniamo al fine terapia allungando le date degli appuntamenti anche di settimane o mesi. Teniamo un filo che consente sedute di follow-up, verifichiamo in itinere la motivazione.
- 6) Si può trattare di un blocco rispetto alla narrazione, come accade spesso nei soggetti traumatizzati: una paziente dopo una serie di sedute estremamente silenziose racconta per la prima volta un violento maltrattamento da parte del padre. E la psicoterapia, che pareva isterilirsi, riprende vitalità. Cambiamo atteggiamento.
- 7) Ma dobbiamo fare ipotesi costruttive se il paziente esprime chiaramente il desiderio di terminare, non si può interpretare solo come una resistenza (anche perché potrebbero essere resistenze del terapeuta); è necessario lasciarlo andare, annotando ciò che di buono ha raggiunto o abbiamo ottenuto insieme. Può avere in molti casi la connotazione della "sospensione della cura", garantendo tuttavia la piena disponibilità del terapeuta per il futuro.
- 8) Se si profila un fine terapia (naturalmente allorché la psicoterapia sia stata sufficientemente lunga e costruttiva) può essere utile comunicare al paziente (o ai pazienti) una possibile data di chiusura ("dopo l'estate", "entro Natale", eccetera) lasciando un certo numero di sedute per l'elaborazione della separazione (o diluirne l'impatto emotivo) e continuare per un po' l'osservazione.
- 9) Spesso accade che ciò che si può percepire come "clima di chiusura" presenti molte ambivalenze, sia nel paziente che nel terapeuta, per cui è sempre buona regola la prudenza.

UN ESEMPIO DI DISSOLVENZA

Non c'è dubbio che sia auspicabile sempre una chiusura di terapia concordata, il che significa discussa da tempo, condivisa, e magari con una approssimativa scadenza che ne consenta il tempo per l'elaborazione, ma è altrettanto vero che in molti casi la scelta possa essere unilaterale, per lo più quando il paziente sente di potercela fare e introduce il tema al terapeuta, che non può non condividere e non può non accompagnare il paziente in una fase che in qualche modo ritorna ad essere concordata. Non parliamo qui di brusche interruzioni motivate da incidenti clinici (riacutizzazione dei sintomi; delusioni causate da errori del terapeuta), ma di situazioni in cui da tempo si sta respirando un'aria di chiusura costruttiva: il motivo per cui il paziente o i pazienti vengono ha perso la sua virulenza, le condizioni si sono stabilizzate, i sintomi ridotti, la vita sociale ha ripreso coloritura. È molto comune che, anche in questi casi, i terapeuti si pongano domande, formulino ipotesi, ragionino sulle proprie possibili disattenzioni. Vi sono poi un certo numero di situazioni in cui le psicoterapie sembrano dissolversi. Vediamone un esempio.

Non ci sono regole precise per identificare un drop-out fallimentare da un drop-out evolutivo, quando verso la chiusura della terapia il rapporto terapeutico entra in una sorta di dissolvenza, quando cioè sembra non esserci modo di dirsi addio, o arrivederci, ma ci si allontana. Accade frequentemente quando i pazienti approfittano di alcune delle pause canoniche (festività, ferie, vacanze estive) per non ritelefonare o non ripresentarsi in seduta. Ebbene crediamo che in molti casi questa “interruzione sfumata” possa essere letta non sempre come un fallimento, una increspatura dell’alleanza, ma come esito di una condizione paradossale: quando le sedute diventano dialogiche e creative, quando non si respira più aria di crisi, perché allora abbandonare il piacere della conversazione terapeutica? Potrebbe essere un modo funzionale del paziente per mantenere aperto un canale, un contatto. In alcuni casi è utile che sia il terapeuta a rifarsi vivo non tanto per stimolare un riavvio quanto per stabilizzarne la fine, in una comunicazione che gira su un altro registro contestuale. Spesso lo fanno i pazienti con gli auguri, o con vari messaggi che sono insieme feedback e naturali follow-up, altre volte i terapeuti.

Dopo tre anni di sedute con K., un’architetta quarantenne che inizia la terapia per un invalidante disturbo da attacchi di panico che le impedisce di lavorare (è impiegata per una compagnia francese), le condizioni della paziente sono molto migliorate, le sedute iniziano consapevolmente a diluirsi, si profila una situazione nuova e di benessere in cui entra in gioco un nuovo compagno. Per alcuni mesi le sedute prendono una piega conviviale, gli spazi tra gli incontri si allungano e quando ci incontriamo, ai problemi si sostituiscono i progetti, lo spazio di seduta viene utilizzato per consigli sulla nuova convivenza o per fantasie sulla maternità, i voli aerei un tempo proibiti diventano frequenti, fin quando, prima dell’estate K. starà via un mese in barca e fino a settembre non si avranno notizie di lei. A distanza di 4 mesi possiamo certo decretare la fine della terapia, una terapia significativa e utile, anche senza alcun accordo esplicito di chiusura.

TRANSFERT CONTROTRANSFERT E MECCANISMI DI DIFESA: IL TEMA DELL’ABBANDONO

Nella terapia sistemica classica il transfert/controtransfert spesso sono stati visti come ostacolo al «pensare sistemico» e il controtransfert è per lo più utilizzato per indicare le reazioni emotive conscie del terapeuta, con una scarsa differenziazione tra controtransfert (fa prevalente diagnosi sul paziente) e risonanze (fa prevalentemente diagnosi sul terapeuta). In terapia familiare, ad esempio, l’interpretazione/connesione non poggia sul transfert ma direttamente su ciò che viene visto e sentito (sui contenuti e non sul processo).

Anche secondo le prime teorizzazioni di Freud il controtransfert rappresentava prevalentemente un’espressione dei conflitti dell’analista, incidendo negativamente sul decorso della terapia.

Nel pensiero di altri autori contemporanei, tra cui Kernberg (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2000), il controtransfert comprende le reazioni emozionali del terapeuta di fronte a quello specifico paziente, all’interno di quella specifica relazione terapeutica e, se adeguatamente utilizzate, può fornire informazioni sulla qualità e sulle tipologie delle difese caratteristiche di quel paziente. Basare la diagnosi su concetti relativi all’organizzazione difensiva della personalità concentrando l’attenzione sulla specificità delle strutture di personalità invece che sulla varietà non specifica delle emergenze sintomatiche, permette di “misurare” le variazioni nel corso della terapia e porsi interessanti domande sulla via della chiusura della terapia

Le forme del controtransfert dipendono dall'organizzazione difensiva del terapeuta e dal livello di patologia del paziente. Per esempio in una *personalità nevrotica* il principale meccanismo di difesa è rappresentato dalla rimozione e dai suoi satelliti (intellettualizzazione, razionalizzazione, spostamento, proiezione, ecc.) che hanno lo scopo di eliminare (mettere sotto il tappeto) le tensioni conflittuali. Abbiamo qui a che fare con un'identità dell'io sufficientemente solido, un buon esame di realtà, un adattamento all'ambiente e al contesto e soprattutto una qualche consapevolezza dell'ambivalenza e dei sentimenti conflittuali.

La *personalità borderline* viceversa utilizza come prevalente meccanismo di difesa la scissione e, di conseguenza, l'identificazione proiettiva, forme primitive di proiezione, la negazione, la dicotomia onnipotenza/valutazione (Mc Williams, 2016). I conflitti interni sono espressi in stati dissociati dell'Io e la relazione terapeutica è oggetto di croniche e repentine distorsioni del transfert/controtransfert, senza alcuna consapevolezza della diade scissa.

La fine della terapia riporta in primo piano l'angoscia di fondo che caratterizza il funzionamento borderline: il tema dell'abbandono, con l'attivazione di possibili fantasie sul versante paranoide ovvero su quello depressivo.

“Cosa osserviamo nelle persone normali quando si giunge alla conclusione di un trattamento a lungo termine che finisce in modo soddisfacente con una separazione dal terapeuta? Si nota un senso di tristezza, di perdita, di lutto, ma allo stesso tempo di libertà, di benessere” [...] “Cosa avviene nel caso di pazienti con organizzazione borderline di personalità? Anche separazioni meno importanti - l'assenza del terapeuta a causa di malattia, vacanze e festività - generalmente suscitano una grave ansia di separazione. In altre parole, invece della tristezza si sviluppano ansia intensa e paura dell'abbandono” (Clarkin et al., 1999, p.337).

In una nostra esperienza personale, durante un lungo percorso di supervisione con gli operatori di una Comunità terapeutica per tossicodipendenti, ad un certo punto si decise di lavorare sui *drop-out*. Emerse fin da subito che, a parte le uscite dal programma dopo poche settimane di inserimento, un numero considerevole di questa casistica riguardava le fasi finali del programma, verso la fine del trattamento terapeutico. Questi individui, dopo un lungo percorso in cui avevano iniziato ad instaurare una buona alleanza con gli operatori, avevano accettato che ci si prendesse cura di loro e a prendersi cura loro stessi di sé. Avevano imparato ad esprimere in modo adeguato il proprio punto di vista con un buon senso di autostima e contemplando la possibilità che potessero convivere punti di vista differenti senza che per questo si dovesse incrinare o addirittura rompere le relazioni. E qui iniziava così la fase di distacco, spesso resa concreta dal passaggio da una struttura più chiusa e normativa ad un'altra più libera e aperta, in genere un appartamento per l'autonomia, caratterizzato da maggiori spazi di libero movimento, consolidamento di una attività lavorativa, il graduale raggiungimento di una condizione economica indipendente. Cosa succedeva a questo punto? Notammo molti casi di subdole e improvvise ricadute ed un conseguente rientro in comunità. Perché questa brusca interruzione del percorso di svincolo? L'ipotesi che ci convinse di più può essere così riassunta: lo stile di vita instabile, imprevedibile, una storia familiare borderline caratterizzata da abbandoni traumatici, le conseguenti ferite causate dall'essersi sentiti non visti (quantomeno non nei propri reali bisogni), ignorati, trascurati e attaccati, avessero portato a far coincidere, in queste persone, l'autonomia con la trascuratezza e l'abbandono, trasformando la realizzazione di un importante traguardo in una catastrofe emotiva, col riemergere di antiche e assopite paure di abbandono.

UN PENSIERO SULLE TERAPIE NEL CONTESTO PUBBLICO

Salta subito all'occhio che le principali differenze tra le terapie in un contesto pubblico e quelle in un contesto privato, riguardino la dimensione temporale (qui si potrebbe aprire anche il tema del denaro e dei limiti temporali con cui talvolta devono fare i conti, al contrario, le terapie private). Le prime, ad esempio nei consultori, sono generalmente caratterizzate da un numero predefinito di incontri, in genere neanche particolarmente ampio (diciamo 10/12 incontri). Che fare per non sentirsi prigionieri di una clessidra con così poca sabbia al suo interno? Per non far sentire il terapeuta in gabbia o destinato ad interrompere un lavoro a metà, se non appena iniziato?

Esiste una bibliografia di una certa consistenza dedicata alle terapie brevi (strategiche), spesso di matrice cognitivo comportamentale, ma in questo contesto vorremmo soffermarci su un testo di Holmes (2004), in quanto più dialogante con i riferimenti citati in questo articolo. Si tratta di un lavoro che ha delle interessanti connessioni con quanto abbiamo esposto nel precedente paragrafo.

Studio di Bowlby (1999) e di tutta la sua opera a cui ha dato importanti contributi, l'autore pone al centro del suo lavoro la Teoria dell'attaccamento e il suo costante accento sulla separazione e sulla perdita, fedele alla sua visione del terapeuta come base sicura e trasformando in qualche modo, a nostro avviso, quello che viene visto solo come un limite anche in una peculiarità che può anche rappresentare una risorsa. Quantomeno con una certa tipologia di pazienti, facendo coincidere la strategia terapeutica allo stile di attaccamento del paziente (importanza della diagnosi). Potremmo dire che Holmes affronta subito il nocciolo del problema sposando l'idea che il lavoro principale in una terapia limitata nel tempo debba rapidamente concentrarsi sulla sua conclusione. E così, nel modello da lui proposto, che contempla un totale di dieci sedute *“a partire dalla sesta seduta, il terapeuta inizia ‘il conto alla rovescia’ in vista della seduta finale. La conclusione fornisce l'opportunità di vedere come il cliente si comporti con la perdita e la separazione. Viene introdotta l'idea di base sicura e il cliente viene incoraggiato a pensare a come se la caverà una volta terminata la terapia!”* (ivi, p. 189).

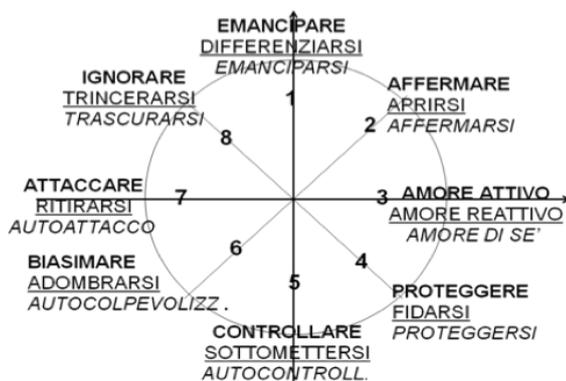
QUALCHE INDICATORE CONCRETO

Nella formazione della nostra Scuola, oltre alle strumentazioni teoriche e tecniche prodotte in trent'anni di ricerca (in particolare i due lavori più recenti: Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016; Cambiaso, Mazza, 2018), inerenti la conduzione della terapia familiare e della psicoterapia individuale sistemica, secondo un approccio eziopatogenetico multifocale e trigerazionale, proponiamo tendenzialmente altre due bussole integrative:

I) La Teoria dell'attaccamento, da un lato, con particolare attenzione al ruolo dei sistemi motivazionali, e qui il riferimento prevalente è al lavoro di Liotti e Monticelli (2014). Se nella relazione terapeuta/paziente di default tendono ad attivarsi il Sistema di Rango (la relazione non è paritetica) e i Sistemi di Attaccamento e Accudimento (il paziente chiede aiuto e il terapeuta lo offre), quanto spazio ha dato il percorso terapeutico all'attivazione del sistema Cooperativo (alleanza in funzione del raggiungimento di un obiettivo condiviso)?

II) L'Analisi Sociale del Comportamento Interpersonale di Lorna Benjamin (1996, 2003) con il suo famoso “orologio”, funge anch'esso da modello di riferimento lavorando sui contenuti che emergono

in terapia, sul processo terapeutico e sulle emozioni del terapeuta che si attivano tanto sotto forma di risonanze quanto di vissuti controtransferali.



Rappresentano due bussole, come si diceva, proposte per aiutare il terapeuta a comprendere come si articolano:

1. la relazione terapeutica,
2. le strategie utilizzate dal paziente nelle sue relazioni attuali,
3. la genesi della funzione difensiva di queste strategie a partire dalle prime relazioni con le figure significative, in un gioco ricorsivo che si struttura secondo forme a frattale: ognuno di questi livelli può portare alla costruzione di ipotesi relative agli altri due.

Ad esempio, se A tende a privilegiare nella relazione terapeutica il sistema motivazionale di rango potremmo fare l'ipotesi (popperianamente pronti a falsificarla: così prevede il naturale procedere scientifico) che nella sua famiglia originaria prevalessero dei temi di potere.

Se B si mostra in seduta timoroso, insicuro e con sentimenti di inadeguatezza, l'ipotesi è che nella sua famiglia prevalessero la critica e probabilmente un controllo rigido.

Come sempre procederemo per ipotesi leggere, pronte ad essere falsificate e sostituite da altre più aderenti ai contenuti della storia del paziente (Cambiaso, Mazza, 2021b).

Queste due bussole teoriche ci avevano orientato inizialmente anche nel fare diagnosi sul paziente:

1. quali sono i sistemi motivazionali prevalenti nell'organizzazione dei suoi modelli operativi interni?
2. quali sono i cluster prevalenti nella costruzione delle sue strategie relazionali, appresi dalle prime esperienze con le figure di attaccamento importanti? Es: un paziente che si è sempre sentito criticato e quindi inadeguato potrà cercare nel controllo ossessivo una modalità per minimizzare il rischio di sbagliare ed essere criticato. Quando questa strategia inevitabilmente fallirà, potrà essere travolto dalla rabbia o chiudersi in se stesso ed isolarsi.

Se queste bussole ci indirizzano già dalla fase iniziale della terapia, sia sul funzionamento del paziente che nel dare indicazioni relative ai fenomeni transferali e controtransferali, una nostra prima proposta, giusto per inserire qualcosa di concreto, potrebbe riguardare l'ipotesi di misurare il percorso della terapia, sia rispetto ai contenuti (cosa ci racconta, quali fatti?) sia al processo (cosa è accaduto nella terapia? Come si è evoluta la relazione?), sia alla relazione (quale è stato il percorso delle emozioni?). Il paziente si è spostato verso modalità maggiormente cooperative? Ha abbandonato richieste infantili di attaccamento o meccanismi di accudimento parentificato o una cristallizzazione su sfide di rango o modalità seduttive? Ha sostituito al *chiudersi* la capacità di *affidarsi* e al sentirsi inadeguato

l'autorizzazione ad affermare il proprio pensiero, in una danza tra opposti? Ha sufficientemente elaborato il lutto di desideri onnipotenti o realisticamente irraggiungibili? E, come ampiamente sottolineato precedentemente: che ne è del nostro controtransfert? (un incontro o due di supervisione, in questa fase, o anche di una sua analisi nei gruppi di supervisione nella Scuola, o di intervizione possono rivelarsi particolarmente utili).

PER CONCLUDERE

Il tema della chiusura di una psicoterapia è complesso e l'uscire dalla terapia è molto meno trattato dell'entrarci; forse comprensibilmente, anche perché se non si riesce a entrare la questione di uscirne neppure si pone.

“Nel training di formazione l'impegno, a volte, è totalmente concentrato sull'inizio della terapia ed anche quando viene data particolare attenzione allo svolgimento della psicoterapia poco si lavora sul processo di separazione. Un terapeuta al suo esordio, per questi motivi, sa come avviare una terapia, lo impara bene nel training attraverso l'analisi della domanda, l'attenzione all'inviante e così via, ma generalmente ha qualche difficoltà a chiudere il rapporto” (Baldascini, 2002).

La fine di una terapia contiene sempre una buona dose di ambivalenza anche per il terapeuta. La parola “fine” fa capolino nelle psicoterapie o nelle terapie familiari o di coppia, quando le sedute diventano meno sofferte (o più piacevoli, o più creative) e le separazioni, di conseguenza, paradossalmente, più tristi. Ciò induce maggiori resistenze alla “perdita” anche nei terapeuti. Ma il destino di un buon terapeuta, come indicava Etchegoyen (1986) “è la nostalgia, l'assenza, e alla lunga l'oblio” (cit. in De Simone, 1994, p.79).

È importante, in ogni caso, come sottolinea Baldascini: *“Stimolare le risorse dell'individuo in modo che la ‘malattia’ venga integrata nel processo di crescita, in una personalità sempre più armonica e creativa (...) “lavorare” sulle cosiddette “parti malate” invece può portare a mantenere una relazione terapeutica interminabile (...), e quando la relazione diventa interminabile può anche accadere, ad un certo punto, che il terapeuta non sappia più gestire il rapporto e “decreti” la guarigione del paziente”* (Baldascini, 2002, pp. 84-85).

Non pensiamo certo di voler risolvere il problema né di fornire quelle procedure e quei protocolli che tanto rassicurano allieve e allievi. Speriamo di aver comunque dato qualche spunto di riflessione che possa essere integrato da uno scambio di pensieri, a partire dalla clinica, anche nel lavoro coi gruppi. Alle volte è più complicato chiudere un romanzo che non iniziarlo, anche se l'incipit resta comunque sempre fondamentale ed è quello che talvolta entra nella storia.

BIBLIOGRAFIA

- Baldascini, (2002). *Legami terapeutici. Il terapeuta della famiglia nella psicoterapia individuale-sistemica*. Milano: Franco Angeli.
- Benjamin, L. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Tr. it. Roma: Las (opera originale pubblicata nel 1996).
- Benjamin, L. (2004). *Terapia ricostruttiva interpersonale*. Tr. it. Roma: Las (opera originale pubblicata nel 2003).

- BION, W. R. (1978). *Seminari Tavistock*. Roma: Borla (edizione 2007).
- Bowlby, J. (1999). *Attaccamento e perdita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cambiaso, G., Mazza, R. (2018). *Tra intrapsichico e trigerazionale. La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cambiaso, G., Mazza, R. (2021a). *Le ipotesi in psicoterapia e nella vita*. Roma: Armando Editore.
- Cambiaso, G., Mazza, R. (2021b). Transfert-controtransfert e risonanze nella psicoterapia individuale-familiare sistemica. *Terapia familiare*, 125: 11-35. DOI: 10.3280/TF2021-125002
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (2016). *Entrare in terapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2000). *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Simone, G. (1994). *La conclusione dell'analisi*. Roma: Borla.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio (edizione 1990).
- Freud, S. (1979). Analisi terminabile e interminabile. Tr. it. in *Opere*, vol. 11: 499-539. Torino: Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1937a).
- Freud, S., (1979). Costruzioni nell'analisi. Tr. it. in *Opere*, vol. 11: 540-595. Torino: Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1937b).
- Ginzburg, N., (2016). La mia Psicanalisi. In *Assenza. Memorie, racconti, cronache, 1933-1988*, (a cura di Scarpa, D.). Torino: Einaudi.
- Holmes, J., (2004). *Psicoterapia per una base sicura*. Milano: Cortina.
- Langs, R., (1979). *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*. Torino: Boringhieri.
- Liotti, G., Monticelli, F. (a cura di) (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mc Williams, N. (2022). *La supervisione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Yalom, I. (2014). *Il dono della terapia*. Milano: Neri Pozza.
- Yanagihara, H. (2016). *Una vita come tante*. Palermo: Sellerio Editore.

**COMMENTO ALL'ARTICOLO DI GIANNI CAMBIASO E ROBERTO MAZZA:
"LA FINE DI UN VIAGGIO"**

MARCO BIANCIARDI³³
bianciardi.marco@gmail.com

Il tema che Mazza e Cambiaso affrontano in questo articolo è effettivamente poco trattato in letteratura pur rivestendo un'importanza fondamentale: si consideri infatti che *il come* avviene la conclusione di un incontro terapeutico può per certi versi *ridefinire a posteriori* la storia e il significato di tutto il percorso. Il contributo dei due autori è ricco di esperienza, saggezza, equilibrio. Ho apprezzato in particolare lo stimolo fornito da alcuni riferimenti letterari, quale la testimonianza della Ginzburg, che arricchiscono i colti, argomentati, puntuali rimandi alla classica letteratura 'psi', a partire dai testi freudiani. Ho trovato molto stimolanti, infine, i brevi ma efficacissimi accenni a casi clinici degli autori.

Vorrei riprendere nello specifico la metafora della 'dissolvenza', che viene proposta come metafora efficace nell'illustrare una possibile modalità di conclusione non necessariamente 'classica'. I tempi di un setting paludato, rigido, uniforme nel tempo, non appaiono più, oggi, né realistici né proponibili, indipendentemente dall'approccio teorico clinico, ritengo. Il proporre un concetto che illustra efficacemente una modalità sempre più frequente di conclusione ha quindi il merito di permettere di parlarne senza pregiudizi al fine di discuterne le modalità, i rischi, le potenzialità.

Vorrei però suggerire come tale metafora possa essere efficacemente iscritta entro un approccio epistemologico più coerentemente e dichiaratamente sistemico, più di quanto gli autori, a mio parere, osino fare.

Se seguiamo il filo rosso che lega l'avventura intellettuale di Gregory Bateson al pensiero di Francisco Varela e alle intuizioni di Heinz von Foerster, sappiamo che un approccio coerentemente sistemico assume in modo radicale che la relazione viene prima, precede, e si impegna quindi a indagare e a formulare ipotesi sulle caratteristiche delle relazioni piuttosto che sui termini tra loro in relazione. Ora, se ci manteniamo coerenti a questo approccio, siamo consapevoli del fatto che, quando incontriamo per la prima volta chi a noi si rivolge, in realtà *siamo già in relazione*: lo siamo attraverso i mille fili che intessono il con-testo della vita e le inestricabili relazioni circuitali che si rincorrono entro il tessuto sociale cui partecipiamo; lo siamo perché con-dividiamo il medesimo universo di discorso che dà senso ad un incontro definito come 'psicoterapeutico'; lo siamo, ovviamente, in quanto parliamo una lingua che permette di comprenderci, ecc. Ancor più evidentemente resteremo in relazione dopo aver condiviso un comune e reciproco percorso di empatia, conoscenza, racconti a volte drammatici, cambiamenti e speranze proiettate nel futuro. Coloro che hanno fatto un'esperienza di analisi o di psicoterapia sanno bene che la relazione non 'finisce' in occasione dell'ultimo incontro

³³ Psicologo e psicoterapeuta sistemico, ha lavorato presso i Servizi Psichiatrici della asl di Torino, dove ha diretto il Servizio di Terapia Familiare.

avvenuto all'ora tale presso il tale indirizzo, bensì, come tutte le esperienze e gli incontri significativi, continua a interessare il racconto della propria esperienza di vita.

Per questo considererei la metafora della dissolvenza come più coerente ad un approccio sistemico, che permette di liberarsi dall'illusione dell'oggettività e di riproporre sempre la priorità della relazione: innanzi tutto che vi sia una 'patologia' e un esperto che la cura non è un dato oggettivo bensì un implicito accordo entro un universo di discorso che condividiamo senza esserne, di solito, consapevoli; allo stesso modo che il tempo del cammino condiviso coincida con il periodo in cui ci si incontra *de visu* si rivela a sua volta come un accordo non detto che può essere efficacemente ridefinito all'interno della relazione. La sistemica dona quindi un grande senso di libertà che permette di definire l'incontro 'terapeutico' come incontro tra persone ove il cosiddetto terapeuta può sentire di imparare da chi lo consulta ed esserne sinceramente grato; ove il cosiddetto 'paziente' possa sperimentare emozionalmente, all'interno della relazione, una autentica competenza; ove le difficoltà o i cosiddetti 'sintomi' possano essere posti in relazione, considerati sotto un'altra luce, rivisti con curiosità e rivisitati con arguzia e benevolenza, e possano quindi esser considerati in modo credibile come risorsa, messaggio, provocazione, occasione di cambiamento o segnale di un cambiamento già in atto... Coerentemente a questa libertà di pensiero, anche l'aver 'dimenticato' o saltato un appuntamento può essere salutato, a volte, come un buon segno, indice di una maggiore autonomia e del venir meno del bisogno; e una 'dissolvenza' molto elastica e libera nella frequenza degli incontri *de visu* diviene forse la modalità più coerente ed autentica di salutarsi dopo aver condiviso un percorso.

Un grazie quindi a Gianni e Roberto.

SEZIONE TEMI DI ATTUALITÀ

PSICOLOGIA IN GUERRA

FABIO SBATTELLA³⁴
fabio.sbattella@unicatt.it

Se getterà la bomba, Marcondiro'ndero
se getterà la bomba chi ci salverà?
Ci salva l'aviatore che non lo farà
ci salva l'aviatore che la bomba non getterà.
La bomba è già caduta, Marcondiro'ndero
la bomba è già caduta, chi la prenderà?
La prenderanno tutti, Marcondiro'ndera
siam belli o siam brutti, Marcondiro'ndà
Siam grandi o siam piccini li distruggerà
siam furbi o siam cretini li fulminerà.
(Girotondo. A. De André)

SOMMARIO

La guerra è un fenomeno umano che per sua natura evolve e assume diverse forme. In queste pagine vengono richiamate alcune di queste forme: la guerra convenzionale e quella non convenzionale (UW; *unconventional warfare*), la guerra ibrida e quella cognitiva.

L'autore mostra come la conoscenza della psiche umana possa aiutare a comprendere e gestire questo fenomeno ed in particolare come la psicologia sia coinvolta nelle forme più recenti di guerra globale. Un coinvolgimento che si realizza a posteriori, nella cura dei danni psichici causati dalla guerra, ma anche durante il conflitto, attraverso il sostegno alle strategie delle parti combattenti. La psicologia, infine, ha oggi uno un ruolo cruciale nel tempo che precede ogni guerra, perché conosce le dinamiche umane che portano ai conflitti violenti e che possono prevenirli.

PAROLE CHIAVE: Guerra non convenzionale - Guerra Ibrida - Guerra psicologica - Guerra Cognitiva - Pace.

³⁴ Psicologo e Psicoterapeuta Didatta, dal 1996 docente presso l'Università Cattolica. Ha tenuto lezioni a Madrid, Monaco, Barcellona, Lugano, Mosca, Pristina, Tirana, Baticaloa e in molte Università italiane. Responsabile dell'Unità di ricerca in Psicologia dell'emergenza e dell'intervento umanitario, è autore di volumi sulla psicologia dell'emergenza. Ha coordinato équipe specialistiche per interventi a sostegno dei minori, delle loro famiglie e dei "caregivers" dopo i terremoti in Molise (2002), Abruzzo (2009) Emilia (2012) Centro Italia (2016); lo Tsunami nel Sud est Asiatico (2004); il terremoto in Haiti (2010), il sisma in Albania (2019); la pandemia da HIV (1986-1996) e da Covid-19 (2020-2022); la guerra in Kosovo (2008), Salvador (2009), Ucraina (2022) e l'alluvione in Emilia Romagna (2023). <http://progetti.unicatt.it/progetti-milan-psicologia-dell-emergenza-home>

ABSTRACT (a cura della redazione)

War is a human phenomenon that by its nature evolves and takes different forms. Some of these forms are recalled in these pages: conventional and unconventional warfare (UW), hybrid warfare and cognitive warfare.

The author shows how knowledge of the human psyche can help to understand and manage this phenomenon and in particular how psychology is involved in the most recent forms of global warfare. An involvement that is realized in the aftermath, in the treatment of the psychic damage caused by the war, but also during the conflict, through the support to the strategies of fighting parts. Finally, psychology plays a crucial role today in the time before any war because it knows the human dynamics that lead to and can prevent violent conflicts.

KEY WORDS: Unconventional warfare - Hybrid warfare - Psychological warfare - Cognitive warfare - Peace.

FORME DEL GUERREGGIARE

Il tentativo di tracciare un confine al concetto di guerra ha impegnato da secoli gli specialisti del settore e ha ottenuto definizioni molto diverse, più o meno comprensive (Boyer, Lindley-French 2012).

Tra le tante definizioni, potremmo in questa sede parlare di guerra come “un fenomeno umano, caratterizzato da attività collettive organizzate e violente con obiettivi omicidi, distruttivi, di possesso e prevaricazione, rivolte verso altri umani, considerati a loro volta come parte di una collettività ostile”³⁵. Oppure, potremmo definire la guerra come un “fenomeno di conflitto sociale, dove l’aggressività si organizza collettivamente e si manifesta con atti di lotta violenta e armata, concepiti come utili per risolvere dispute tra Stati o entità collettive. Dispute relative al possesso di risorse, ma anche relative a potere o a ideologie. La soluzione al conflitto è immaginata come imposizione della propria volontà sulla controparte ostile”³⁶.

Entrambe le definizioni che proponiamo sottolineano alcuni aspetti comuni. Innanzitutto, per fare una guerra sono necessari esseri umani, che si concepiscano come un gruppo sociale (Stato, tribù, milizia, movimento) e che si organizzino contro altri umani, concepiti e rappresentati come “alterità nemica”. In secondo luogo, deve esistere una disputa tra queste due parti, per motivi economici, territoriali, ideologici o di potere, che si evolve in un conflitto carico di aggressività.

Come terzo elemento, va sottolineata la volontà di prevalere sulla controparte, per imporre in modo unilaterale la propria volontà.

Infine, la guerra comporta per definizione azioni organizzate e violente, caratterizzate dall’uso di armi di ogni tipo. Strategie e tattiche vengono elaborate e agite per prevalere nell’interazione violenta e la tipologia di armi messe in campo contribuisce a caratterizzare il fenomeno e le probabilità di vittoria.

³⁵ definizione proposta dall’autore

³⁶ definizione proposta dall’autore

Su ciascuno di questi elementi sono state sviluppate ampie riflessioni, anche in ambito psicologico. Il tema dell'aggressività che soggiace ad ogni lotta armata è stato ben discusso, ad esempio, da Eibl-Eibesfeldt (1999), in termini etologici. La dinamica sociale che porta alla costruzione del nemico è stata illustrata magistralmente da Eco (2008) e anche discussa in un testo collettivo recente (Ceri, Lorini, 2019). Il ruolo che svolgono le armi e le innovazioni tecnologiche orientate alla distruzione è stato esaminato da tutti gli storici militari (Keegan, 1996) e anche da Diamond (1997).

Chi si interroga sulla guerra al fine di evitarla e vuole sviluppare pace, deve partire da questi sette elementi: aggressività, violenza, volontà di prevalere, costruzione del nemico, incapacità di risolvere conflitti in modo non violento, organizzazione sociale militarizzata e amore delle armi. Ciascuno di questi nodi è un punto da affrontare per ogni progetto psicologico di costruzione della pace (Christie, 2012). Alcuni progetti formativi e culturali già sono stati sviluppati attorno a questi punti: esaminiamoli brevemente esplorando ciascun punto, in ordine inverso.

Alcune proposte puntano ad aumentare la consapevolezza sul grande potenziale distruttivo, intrinseco alle armi da fuoco. Il loro possesso può essere disincentivato a livello personale, così come possono essere scoraggiati in parte i giochi infantili e adolescenziali che ne prevedono l'uso superficiale. Riflettere sul ruolo del commercio di armi e agire contro il riarmo e contro l'aumento della spesa in armamenti (e a favore di investimenti sociali) è un ulteriore modo per operare su questo primo fronte (Sapio, 2004).

Alimenta la cultura di pace anche la critica lucida delle culture maschiliste e militariste. In questa direzione vanno le azioni tese a destrutturare il mito dell'eroe armato, il fascino della divisa o della battaglia e a decostruire le narrazioni che offrono salvezza ai singoli solo se scelgono di aderire ad una compagine violenta, guidata da un uomo forte. I temi della cura, della protezione e della generazione (che per alcuni autori sono connessi psicologicamente a tratti "femminili") possono agire da contrasto a visioni arretrate e patriarcali dei rapporti di forza (Brock-Utne, 1989).

Anche sul tema della gestione non violenta dei conflitti puntano molte proposte formative. Quali strade esistono per comporre i conflitti, oltre all'esercizio della violenza usata per prevalere in modo unilaterale? Educare alla mediazione, al dialogo, al rispetto delle diversità, alla comprensione dei diversi punti di vista, alle tecniche di negoziazione interpersonale e intergruppo è un tentativo in questo senso (Deutsch, Coleman, Marcus, 2007). Queste strategie partono dalla constatazione che i conflitti interpersonali e intergruppo esistono e sono spesso anche molto stimolanti per promuovere creatività e apprendimenti. In alcuni casi, ad esempio, la violenza nasce dal desiderio di sopravvivere (Fenoglio, 2024) e non necessariamente da un istinto di morte (Thanatos). Tuttavia, si può affermare anche che non tutti i conflitti umani vengono composti tramite la violenza armata e in molti casi esistono strategie alternative.

Decostruire i processi culturali, educativi e comunicativi che mirano a creare il "nemico", implica competenze anche psicologiche. Ciò comporta infatti la crescita delle capacità di decentrarsi, immedesimarsi e identificarsi con altri da sé. Sui tempi lunghi, ciò comporta interazioni tese allo sviluppo delle capacità empatiche e dell'intelligenza emotiva. In situazioni contingenti, vi è anche la possibilità di vigilare per correggere tempestivamente le comunicazioni interpersonali o lanciate tramite i media, basate su stereotipi, sulla disumanizzazione della controparte, su generalizzazioni improprie.

Anche relativamente all'aggressività è necessario partire dall'accettazione di una realtà di fatto. Emozioni quali la rabbia, l'indignazione, il disgusto e la paura sono caratteristiche della psiche umana e sono strutturalmente legate, nell'umanità e non solo, ad atteggiamenti e comportamenti aggressivi. Educare alla gestione dell'aggressività (propria e altrui, individuale e gruppale) è una parte centrale di ogni progetto culturale di ampio respiro che si fondi su buone conoscenze della mente umana.

Torniamo ora a riflettere sulla guerra.

Come tutti i fenomeni umani complessi, anche questo è stato esaminato inoltre da ogni punto di vista disciplinare: storico, filosofico (Pili, 2015), teologico, politico, giuridico, psicologico, etologico, antropologico, sociologico, economico, tecnologico. In ambito accademico esistono corsi di laurea in Scienze strategiche e militari che sintetizzano saperi e competenze.

Si tratta dunque indubbiamente di un fenomeno complesso, per il quale l'ottica sistemica è particolarmente utile: la guerra può essere descritta come un processo sociotecnico, all'interno del quale interagiscono fattori umani e tecnologici, organizzativi e ideologici (Sbattella, 2020).

Il concetto di guerra è assai ampio e mutevole, poiché mutevole è anche la forma di questo processo interattivo. Per meglio muoversi nella complessità del fenomeno sono utili alcune distinzioni. Gli specialisti di scienze militari (Office of the Chairman, 2021) distinguono tra *guerra convenzionale* e *guerra non convenzionale* (che comprende forme di lotta violenta come guerriglia, insurrezione, sabotaggio, terrorismo) *guerra ad alta o bassa intensità*, *guerra simmetrica o asimmetrica*, *guerra ibrida o non ibrida*. È oggi facile riconoscere sul territorio ucraino le caratteristiche di una guerra convenzionale simmetrica. La guerra convenzionale è una forma di guerra condotta fra due o più stati in aperta contrapposizione tra loro, il cui scopo generale è ridurre o distruggere la potenzialità militare avversaria. In essa, le forze di ciascuna nazione sono ben riconoscibili, combattono prevalentemente contro i militari nemici e usano armi distruttive (ma non armi nucleari, chimiche o batteriologiche). Spesso, accanto alle strategie della guerra convenzionale vengono usate anche tattiche e strumenti di guerra non convenzionale. Il termine *guerra non convenzionale* include una gamma ampia di operazioni paramilitari e militari (atti di terrorismo, sabotaggio, guerriglia, disordini), condotte mediante combattenti non riconoscibili come militari e forze indigene o mercenarie che sono organizzate, addestrate, equipaggiate e guidate da altre nazioni.

La guerra combattuta dall'Iran in tutto il Medio Oriente (Libano, Gaza, Yemen) è attualmente prevalentemente non convenzionale, sebbene il confine tra convenzionale e non convenzionale sia a volte sfumato, come accade negli scambi di colpi tra le milizie Houti e l'aviazione statunitense.

In altri contesti, invece, questa distinzione è chiara: una milizia di terroristi, con 30.000 uomini e adolescenti ben armati, senza divise, che si nasconde tra la popolazione civile per lanciare razzi e compiere stragi nel territorio nemico (come fa Hamas) usa strategie *non convenzionali*, mentre un esercito regolare, con militari riconoscibili come un bersaglio, si muove sul terreno in modo *convenzionale*.

L'obiettivo generale di ogni guerra non convenzionale non è indebolire o annientare le risorse militari nemiche, ma piuttosto convincere la controparte che la sicurezza e la pace non saranno possibili senza compromessi o concessioni. Si tratta di un obiettivo persuasivo, conseguito tramite obiettivi specifici quali l'impovertimento della qualità della vita e delle libertà civili; la perdita di fiducia nella propria capacità di proteggersi, la diffusione del senso di impotenza tra la popolazione e l'abbattimento del morale collettivo. L'obiettivo finale di questo tipo di guerra è motivare il nemico a desistere

dall'attacco o dalla resistenza, anche quando avesse la capacità di combattere. Un traguardo alternativo può essere quello di indebolire il nemico prima di lanciare un attacco convenzionale. Queste considerazioni ci portano sulla soglia della tesi centrale di queste riflessioni: le guerre globalizzate contemporanee sono in gran parte guerre psicologiche.

GUERRA PSICOLOGICA, GUERRA IBRIDA E GUERRA COGNITIVA

L'attenzione dei ricercatori è oggi concentrata su nuove forme di guerra.

La grande integrazione tra diversi sistemi (politico, economico, finanziario, comunicativo) ha suggerito la necessità di combattere le guerre del XXI secolo in modo integrato e più esteso rispetto al passato. Accanto ai tradizionali armamenti, nuovi strumenti e nuove tecnologie sono state schierate per vincolare la volontà del nemico o la sua capacità di azione.

Sanzioni economiche, blocchi commerciali, speculazioni finanziarie, sabotaggi delle vie di approvvigionamento e dei canali di comunicazione, cyber attacchi ai sistemi informatici del nemico (Cyber Warfare), pressioni sull'opinione pubblica e utilizzo strumentale dei sistemi legali internazionali (Lawfare), dei sistemi diplomatici e delle emergenze umanitari, sono tutte manovre che rendono assai complesse le battaglie nel mondo globalizzato. Esse possono svolgersi anche come guerre a sé stanti o superare, negli effetti, perfino i risultati ottenuti sul terreno, a costo di grandi spargimenti di sangue.

A partire dagli 70 (Headquarters Department, 1976), nell'ambito della guerra fredda, si è sviluppata l'idea che ogni guerra dovesse essere combattuta in modo ibrido (HW= Hybrid Warfare), coinvolgendo la psicologia con un ruolo centrale. Anche all'interno della Federazione russa sono state elaborate riflessioni simili, giungendo nel 2013 alla messa a punto della cosiddetta "Dottrina Gerasimov" sulla guerra ambigua o "non lineare" (Cristadoro, 2022), definita in russo "Voina novogo pokoleniia" e in inglese "New Generation Warfare" (NGW).

Gli strateghi della *guerra ibrida* riconoscono che l'obiettivo della guerra non sia l'annientamento del nemico o la conquista del suo territorio. L'obiettivo reale è ottenere che il nemico abbandoni la volontà di combattere. Questa vittoria può avvenire in due modi: o perché il nemico ha esaurito le sue risorse (uomini, mezzi, energie, denari, posizioni territoriali, collegamenti) o perché è venuta meno la motivazione e il sostegno alla lotta (Pietrobon, 2022).

Persuadere l'avversario alla resa: questo è il vero obiettivo di ogni guerra. Questo risultato può essere ottenuto utilizzando in modo integrato tutti mezzi a disposizione, ma anche senza agire atti violenti e armati. A volte per far desistere il nemico è sufficiente lanciare una minaccia credibile (deterrenza) o un'epidemia di scoraggiamento disfattista, tra le file avversarie. L'arte della persuasione può essere esercitata professionalmente sui singoli combattenti, ma anche sui governi e sull'opinione pubblica che li sostiene (Re, 2003).

Ciò a cui stiamo assistendo e a cui stiamo partecipando in questi ultimi anni sono guerre ibride. Anche chi ritiene di essere un semplice spettatore di guerre combattute altrove è in realtà partecipe di una guerra ibrida. Le sue emozioni, le sue opinioni e i suoi comportamenti (di consumo, di voto politico, di comunicazione sui social) sono parte dei combattimenti. È in questo quadro che vanno collocate le emozioni che percorrono la nostra società e i flussi di comunicazione che si intrecciano in essa.

Anche i fenomeni della polarizzazione violenta e della crescita di sofferenza mentale, che stiamo registrando tra giovani e adolescenti in Italia in questi anni, è in parte un effetto delle guerre ibride globali in corso. Confondere, deprimere, irritare, dividere il nemico sono obiettivi della guerra ibrida e l'Europa è indubbiamente ora in guerra (non convenzionale ed ibrida) accanto ad Ucraina, USA, Gran Bretagna e Israele contro la Russia (e i suoi mercenari sparsi in Africa) e l'Iran (suo alleato), con le sue milizie sparse in Medio Oriente.

Da dove nasce e cosa è dunque questa "guerra psicologica", che si associa oggi a quelle convenzionali e non convenzionali, creando guerre ibride di nuova generazione?

L'esperienza dei conflitti armati ha ben presto messo in evidenza il ruolo cruciale, anche nelle guerre convenzionali, delle risorse psicologiche. Accanto alla forza fisica, alle tecnologie, alle armi e delle capacità di operare in gruppo, sono risorse decisive. Astuzia e coraggio sono indispensabili per reggere lo stress dei combattimenti, arginare la paura, fronteggiare i rischi mortiferi delle singole battaglie e le logoranti attese delle guerre convenzionali e non convenzionali protratte. In quest'ottica anche la minaccia è un'azione psicologica che fa parte del conflitto. Se ben formulata, comunicata e resa credibile può anche permettere di risparmiare energie e vite umane, poiché non rende necessario il passaggio alle vie di fatto (Greene, 2006).

Sono nate così riflessioni e tattiche psicologiche militari finemente elaborate, le cui prime tracce possiamo trovare ad esempio nelle narrazioni di Omero, nell'arte della guerra di Sun-tzu (2003), nelle feroci distruzioni dei generali romani e nelle teorizzazioni di von Clausewitz (1832). Nel secolo XIX, queste riflessioni sono state raccolte in modo sistematico dagli strateghi (Heisbourg, 2013), che hanno dato vita ad un settore di studi e di intervento chiamato guerra psicologica o PSYOPS; abbreviazione inglese per "Operazioni psicologiche" (Office of the Chairman, 2021). Esse puntano primariamente ad influenzare le motivazioni dei combattenti, creando percezioni distorte, credenze disfunzionali, emozioni intense e diffuse. Alla psicologia è chiesto, in questo ambito, di elaborare strategie intenzionali, programmate razionalmente e con scopi strumentali, per manipolare aspetti non razionali ed inconsci dell'entità nemica (esercito, dirigenza politica, opinione pubblica...) e sostenere la coesione e la motivazione interna.

Obiettivo primario delle azioni che rientrano nei progetti della guerra psicologica è quello di influenzare opinioni, emozioni, ragionamenti, decisioni, atteggiamenti, motivazioni e comportamenti della parte avversaria. In termini generali, si tratta di destabilizzare l'equilibrio psichico dei gruppi target, per diminuire, ad esempio, l'altrui determinazione, coraggio, lucidità, coesione, rapidità d'azione.

In particolare, l'obiettivo è quello di influenzare questi processi psicologici in specifici gruppi target, il cui intervento può rivelarsi decisivo durante la guerra.

Alcune azioni così mirano primariamente a condizionare governi e opinione pubblica, altre più direttamente i combattenti, altre ancora i gruppi neutrali o i simpatizzanti della parte avversa, in modo da spostare a proprio favore gli equilibri di forze. In linea generale, questi obiettivi sono orientati ad una finalità sovraordinata: favorire il raggiungimento di obiettivi politici o bellici.

Dal punto di vista concreto, le azioni progettate e realizzate all'interno di interventi di guerra psicologica possono primariamente puntare a diversi sotto obiettivi. In primo luogo, ad esempio, possono essere finalizzate a confondere o disorientare l'avversario.

La messa in campo di informazioni contraddittorie o comportamenti irrazionali facilita ad esempio questo obiettivo. È poi possibile seminare indizi o informazioni devianti al fine depistare i gruppi target, o ancora operare per insinuare dubbi, ansie e vissuti paranoici con *fake news* mirate. Per contrastare la forza data dall'unità dei gruppi, alcune azioni proprie della guerra psicologica puntano a disarticolare i legami interpersonali, a minare la fiducia reciproca, a fomentare i conflitti. Sul versante delle emozioni, l'obiettivo generale di influenzare queste dimensioni in gruppi target può essere declinato in modi diversi. Alcune azioni, infatti, possono mirare maggiormente a scoraggiare, intimorire, demotivare i destinatari. Altre maggiormente a turbare, rendere incerti, insicuri, indecisi i soggetti target.

Infine, poiché alcuni errori tattici e strategici possono essere compiuti dal nemico sotto la spinta di agiti impulsivi ed emozioni fuori controllo, potrebbe essere interessante considerare l'idea di puntare ad indignare, irritare, infuriare gli avversari, attraverso atti decisamente provocatori. Va infine ricordata anche la possibilità, all'interno di azioni di guerra psicologica, di agire al fine di rilassare la tensione dell'avversario, per indurlo ad abbassare la vigilanza e la guardia difensiva. Abbiamo recentemente discusso questi aspetti relativamente alle azioni di terrorismo e di orrorismo, operazioni tipiche di guerra non convenzionale, integrata con obiettivi psicologici (Sbattella, 2019). In queste operazioni, il numero delle persone uccise è meno importante della visibilità e della diffusione delle immagini relative all'evento. Un atto terroristico ottiene effetto se chi lo realizza riesce a diffondere la notizia della strage compiuta, documentare immagini raccapriccianti, descrivere gli assassini come martiri, confondere e ingannare l'opinione pubblica con narrazioni epiche e distorte.

In questa direzione si sono specializzati anche gli esperti della *Infoware*: la manipolazione dell'opinione pubblica esterna e interna viene organizzata attraverso i principi della dissimulazione e della disinformazione. Esse vengono realizzate con tre passaggi accuratamente studiati: propaganda, propagazione e disseminazione, come descritto da Moscovici (Moscovici, De Rosa, Tateo, 2011) per la strutturazione delle rappresentazioni sociali.

Le attuali tecnologie della comunicazione offrono, in questo ambito, delle armi formidabili. Esse permettono di arrivare immediatamente ad ogni singolo soggetto umano, saltando tutte le forme di intermediazione che in passato avevano un ruolo prevalente.

Tramite internet e i social network il coinvolgimento personale dei singoli individui nelle tensioni e nelle guerre può essere diretto. Diventa così meno urgente, per le parti in guerra, assumere il controllo della televisione di stato avversaria, o far arrivare oltrecortina trasmissioni radio clandestine. Neppure è più indispensabile annientare l'"intelligenza" nemica, o i giornalisti, oppure occupare le università o le scuole. Molti filtri o controlli possono essere aggirati tramite la rete, per arrivare direttamente alle popolazioni target.

Un'ulteriore evoluzione della guerra contemporanea è la "*guerra cognitiva*", una strategia di guerra ibrida che combina *guerra psicologica* e *cyberwarfare*. Essa usa strumenti tecnologici per destrutturare i processi decisionali del nemico e le sue abilità cognitive, ad esempio creando overflow percettivi o sensoriali, saturazione attentzionale, biases cognitivi, errori di valutazione (Claverie, Cluzel, 2022).

Nella guerra psicologica contemporanea è sufficiente creare eventi "instagrammabili" e lasciare poi agli automatismi dei social network il compito di diffondere in modo virale e molto personalizzato

alcune fake news e molte attivazioni emotive. Agli algoritmi che selezionano le preferenze dei singoli utenti resta il compito (più o meno intenzionale) di creare bolle informative filtrate (Pariser, 2012). Esse impediscono ai fruitori di modificare le proprie opinioni e conoscenze, e offrono una conferma continua e una radicalizzazione dei propri pregiudizi. Tale azione crea facilmente polarizzazioni all'interno della popolazione target, sterminando innanzitutto i veri nemici della guerra: coloro che credono nel dialogo, nelle connessioni interpersonali, nel valore dell'incontro, nello scambio e nell'accoglienza delle diversità.

Pressioni sull'opinione pubblica possono far vacillare i governi e le loro politiche, a favore della guerra in atto. La guerra può così essere vinta semplicemente perché la leadership della fazione opposta è stata deposta da una popolazione raggiunta efficacemente dalla disinformazione nemica.

Tecnica difensiva, in questo contesto, è quella di assumere l'assoluto controllo delle fonti di informazione e delle reti di distribuzione delle comunicazioni, rendendo il potere centrale assoluto, totalitario e incontestabile.

Anna Politkovskaya e Alexei Navalny sono forse le vittime più note di questa tecnica difensiva, ma vogliamo qui ricordare anche tutti i martiri palestinesi che hanno creduto nel dialogo e sono stati trucidati come "collaborazionisti" da Hamas (Black, 2018), prima ancora che i pacifisti israeliani fossero massacrati, in modo selettivo, dagli stessi terroristi.

CONCLUSIONI

Come contrastare gli effetti deleteri di tali guerre psicologiche? Esse incidono non solo sulle menti più vicine al fronte dei bombardamenti, ma su gruppi e su singoli anche molto lontani dal terreno di scontro. È evidente che anche l'Italia sia oggi attraversata dalle dinamiche proprie della guerra ibrida, poiché non è possibile, come europei, sottrarsi ad una presa di posizione rispetto alle guerre in corso. Le pressioni più o meno occulte, operate dalle mosse di questo tipo di guerra, hanno buone probabilità di aumentare polarizzazioni e disorientamento tra la popolazione. Inoltre, l'idea che guerra, odio e violenza siano del tutto normali e inevitabili rischia di diffondersi senza contrasto tra le nuove generazioni. Il clima generale di incertezza, (certamente connesso a dinamiche economiche, climatiche e sanitarie) è amplificato anche da questi processi. Essi sostengono anche la sofferenza emotiva e relazionale, che viene troppo spesso concepita come una problematica esclusivamente individuale (Sbattella, 2023).

Che fare dunque in qualità di operatori della salute mentale?

Comprendere le caratteristiche specifiche delle guerre contemporanee è il primo passo necessario per non subirle passivamente. Chi si occupa di psicologia e psicoterapia, deve essere consapevole che nuove responsabilità nascono in questo contesto. Nuove sfide si aprono non solo in ambito terapeutico, ma anche in ottica preventiva.

Diventa doveroso dotarsi di strumenti per riconoscere la presenza di queste operazioni belliche, ad esempio aumentando il rigore nel controllo delle fonti delle informazioni o facilitando il confronto fuori dalle proprie bolle informative.

È necessario anche aumentare il pensiero critico personale e collettivo, fuggendo la tendenza alla semplificazione e le fughe nell'azione impulsiva. Altre strategie sono ancora da ricercare insieme,

aggiornando le proposte di costruzione di pace che abbiamo richiamato nella prima parte di questo lavoro.

La psicologia sistemica è in ogni caso un buono strumento: essa abitua i professionisti a confrontarsi con la complessità, a connettere tra loro ambiti disciplinari e livelli logici differenti e a collocare i sintomi di sofferenza psichica nel più ampio contesto culturale e storico dei gruppi di riferimento.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Black, I. (2018). *Nemici e vicini. Arabi ed ebrei in Palestina e Israele*. Milano: Einaudi.
- Boyer, Y. J., Lindley-French (Eds.) (2012). *The Oxford Handbook of War*. Oxford: Oxford University Press.
- Brock-Utne, B. (1989). *La pace è donna*. Torino: Gruppo Abele.
- Caracciolo, L. (Ed.) (2014). *La Russia in guerra*. Limes (rivista online), 12.
- Cristadoro, N. (2022). *La dottrina Gerasimov. la filosofia della guerra non convenzionale nella strategia russa contemporanea*. Solarussa: Il Maglio.
- Ceri, P., Lorini, A. (2019). *La costruzione del nemico. Istigazione all'odio in Occidente*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Chaliand, G., Blin, A. (Ed.) (2007). *Storia del terrorismo: dall'antichità ad Al Qaeda*. Torino: Utet Università.
- Clausewitz, C. von (1997). *Della Guerra*. Milano: Mondadori (or. 1832).
- Claverie, B., Cluzel F. (2022). “Cognitive Warfare”: *The Advent of the Concept of “Cognitics” in the Field of Warfare*. Bordeaux: ENSC.
- Christie, D.J. (Ed.) (2012). *L'enciclopedia della psicologia della pace*. Malden, (MA): Wiley-Blackwell.
- Deutsch, M., Coleman, PT, Marcus, EC (2007). *Il manuale di risoluzione dei conflitti: Teoria e pratica* (2a ed.). Hoboken (NJ): Wiley.
- Diamond, J. (1997). *Armi, acciaio e malattie. Breve storia degli ultimi tredicimila anni*. Milano: Einaudi.
- Eibl-Eibesfeld, I. (1999). *Etologia della guerra*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Eco, U. (2008). *Costruire il nemico*. Milano: La nave di Teseo (Ed.2020).
- Fenoglio, M.T. (2024). *Psicologia dell'emergenza: scritti ed esperienze*. Torino: Kivi.
- Greene, R. (2006). *Le 33 strategie della guerra*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
- Headquarters Department of the Army (1976). *The Art and Science of Psychological Operations: Case Studies of Military Application. Department of the army Pamphlet, 525-7-1*
- Heisbourg, F. (2013). *Dopo Al Qaeda. La nuova generazione del terrorismo*. Roma: Armando.
- Keegan, J. (1996). *La grande storia della guerra. Dalla preistoria ai nostri giorni*. Milano: Mondadori.
- Moscovici, S., De Rosa, A.S., Tateo, L. (2011). *La psicoanalisi la sua immagine e il suo pubblico*. Milano: Unicopli.
- Office of the Chairman of the Joint Chiefs of Staff (2021). *DOD Dictionary of Military and Associated Terms*. Washington DC: The Joint Staff.
- Pariser, E. (2012). *Il filtro. Quello che internet ci nasconde*. Milano: Il Saggiatore.

- Pietrobon, E. (2022). *L'arte della guerra ibrida. Teoria e prassi della destabilizzazione*, Roma: Castelvechi.
- Pili, G. (2015). *Filosofia pura della guerra*. Ariccia: Aracne.
- Re, S. (2003). *Mindfucking. Come fottere la mente*. Roma: Castelvechi.
- Sapio, A. (Ed.) (2004). *Per una psicologia della pace. Nuove prospettive psicologiche per approcci integrati interdisciplinari*. Milano: Franco Angeli.
- Sun-tzu (2003). *L'arte della Guerra*. Milano: Mondadori. (or. VI-V sec. A.C.)
- Sbattella, F. (2019). Terrorismo, guerra psicologica e psicologia per la pace. In Sbattella ,F. *Terrorismo. Vittime Contesti e resilienza*. Milano: Educatt.
- Sbattella, F. (2020). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Sbattella, F. (2023). Trauma condiviso e terapia familiare. *Connessioni*,14: 11-20.

RUBRICHE

“TRA IL DIRE E IL FARE”

Maurizio Viaro

IN MEMORIAM. UN MINUTO CON GIANFRANCO CECCHIN

MAURIZIO VIARO³⁷
mauriviaro@gmail.com

SOMMARIO

In questo articolo l'interazione tra Gianfranco Cecchin e una paziente è stata analizzata con i metodi dell'Analisi Conversazionale. La paziente, inizialmente oppositiva e reticente, modifica ben presto questo atteggiamento. Tale cambiamento è stato attribuito a pratiche quali il 'mirroring' e le riformulazioni. A questo tipo di attività, tendente a creare una sintonia mediante gli aspetti non semantici associati alla produzione linguistica (pause, ritmo, intonazione, struttura di partecipazione), la letteratura sistemica sull'Intervista Circolare ha dedicato poca attenzione. Tali pratiche sono invece valorizzate in altre psicoterapie. A differenza degli altri terapeuti del Centro, Cecchin non usa spiegazioni esplicite per cercare di superare la reticenza chiarendo il significato di ciò che fa. Piuttosto, cerca di modificare il proprio modo di porsi in relazione: qualunque cosa la paziente dica, viene da lui considerata come un contributo importante e collaborativo e questo induce la paziente a diventare realmente collaborante.

PAROLE CHIAVE: Conduzione della seduta familiare - Caso singolo - Scuola di Milano - Analisi Conversazionale - Mirroring e riformulazioni.

ABSTRACT

In this paper the interaction between Gianfranco Cecchin and a patient using Conversation Analysis is analyzed. The patient, initially reticent, soon changes her attitude. Her change was attributed to practices such as "mirroring" - the repetition of the patient's words - and rephrasing what she said. These maneuvers, involving non-explicit aspects of language (timing, pauses, rhythm, intonational profile, organization of interaction) have found little attention in the Circular Interviewing literature, although they are valued in other psychotherapies. Cecchin, differently the other members of the 'Milan team', does not use explicit explanations to clarify the meaning of what he's doing. Whatever the patient says is regarded as an important and collaborative contribution and this induces the patient to become truly collaborative.

KEY WORDS: Interview technique - Single case study - Milan Approach - Conversation Analysis - Mirroring e formulations.

³⁷ Medico Psichiatra con formazione psicoanalitica e sistemico-relazionale (Centro per lo studio della Famiglia di Milano, Dott. Boscolo e Dott. Cecchin). Ha collaborato per 10 anni con la Prof. Mara Selvini Palazzoli in qualità di Associato alla Ricerca presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia occupandosi di terapia individuale e della codifica della tecnica di seduta familiare con l'Analisi Conversazionale. Già Presidente Sirts e Coordinatore della Commissione Ricerca SIPPR, è stato socio anche della SINPIA, EFTA e Sis-DCA. Ha insegnato presso le Università Ca' Foscari di Venezia e di Bologna. E' didatta esterno del Centro Padovano di Terapia della Famiglia e presso la Eist di Milano. E' membro del Comitato di Redazione della rivista Terapia Familiare, dove ha curato per anni la rubrica 'Opinioni a Confronto', e del comitato scientifico della rivista Psicobiiettivo.

INTRODUZIONE

Questo articolo ricorda Gianfranco Cecchin, morto vent'anni fa, nel 2004. La Sirts è la società costituita dalle scuole storicamente legate al gruppo dei quattro terapeuti, tra cui Cecchin, che nel 1968 fondarono il Centro per lo Studio della Famiglia. I Quaderni Sirts sono quindi un luogo appropriato per una commemorazione.

Con Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin fu il mio primo maestro di terapia sistemica quando, insieme, diedero vita al primo gruppo di training presso il Centro per lo Studio della Famiglia in via Leopardi, a Milano. Questo forse mi giustifica come autore di questa commemorazione. Presentare oggi alcuni aspetti del suo stile di conduzione, analizzando un minuto di una sua seduta con il metodo dell'Analisi della Conversazione, è il modo che ho scelto per farlo.

C'era una volta

All'epoca in cui iniziai a frequentarlo, il Centro di via Leopardi non era una scuola, almeno non come oggi s'intende. Non vi si rilasciavano diplomi, agli allievi non veniva chiesto di scrivere tesine, sostenere prove abilitanti e men che meno esprimere valutazioni sui loro Maestri.

La prima cosa che mi colpì nel modo di lavorare dei due Maestri fu come conducevano le sedute. Il clima, che sarebbe poi stato detto 'quasi conversazionale' (Peräkylä, 1995), era del tutto diverso da quello cui ero abituato: il mio modello di riferimento era la psicoanalisi. I miei maestri sistemici parlavano molto, erano decisamente direttivi e tutti i familiari si rivolgevano a chi conduceva la seduta; di regola, erano fortemente disincentivati a parlare tra loro. La disposizione faccia a faccia, le regole dell'alternarsi nel turno a parlare e le altre strutture che regolavano lo scambio verbale in seduta, erano simili a quelli di una conversazione 'mondana' (Sidnell, Stivers, 2012) o di altre conversazioni professionali (Drew, Heritage, 1993).

La terapia sistemica milanese e la psicoanalisi avevano però in comune almeno un aspetto importante: erano entrambe delle 'talking cure', cioè terapie basate sul parlare. A differenza di quanto avveniva in altre scuole sistemiche, non si utilizzavano la manipolazione dello spazio (Minuchin, 1977) o la comunicazione corporea, come nella scultura della famiglia (Satir, 1973).

In via Leopardi, ciò che famiglia e terapeuti facevano era star seduti a parlare. Null'altro. Gli aspetti non linguistici del comportamento – paralinguaggio, disposizione, prossemica, postura e gesti, mimica e pattern dello sguardo – non meno importanti, erano però subordinati e finalizzati alla ottimizzazione dello scambio verbale.

In quel tempo lontano, Boscolo e Cecchin formavano, con Mara Selvini e Giuliana Prata, un quartetto noto in tutto il mondo. Proprio la decisione dei primi due di aprirsi alla formazione fu all'origine di un graduale allontanamento dalla componente femminile del gruppo, che portò alla divisione. Mara Palazzoli Selvini e Giuliana Prata lasciarono via Leopardi. Il poker d'assi si trasformò in una doppia coppia.

L'ultimo articolo firmato con i quattro nomi, forse il contributo più significativo del gruppo alla terapia familiare, fu *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: linee guida per la conduzione della seduta familiare*, che uscì nel 1980 sulla rivista *Family Process*. Nell'articolo, si affrontava per la prima volta in dettaglio il tema della tecnica di seduta, definendone i principi-guida, derivati da una teoria della comunicazione (Ruesh, Bateson, 1976; Bateson, 1976; Watzlawick, 1971). L'attività del

terapeuta vi era indicata nel suo insieme come ‘Investigazione’; le principali attività in cui tale investigazione si realizzava vi erano descritte.

Nacque allora il mio interesse per lo studio della conduzione di seduta, che non mi ha abbandonato.

DUE DIVERSI APPROCCI ALLO STUDIO DELLE SEDUTE

L’articolo del 1980 ebbe ampia risonanza e segnò una svolta anche per un altro motivo. Per la prima volta, si attribuiva un valore terapeutico alla conduzione della seduta, anche in assenza di una conclusione. Tra i molti AA. che ripresero e svilupparono questo filone, spicca il nome di Karl Tomm (Tomm, 1985, 1987a, 1987b, 1988).

Il metodo alla base di tutti questi articoli è definibile ‘guidato dalla teoria’, in quanto deriva i principi per la conduzione da una teoria. La teoria della comunicazione e del paradosso terapeutico come fattore di cambiamento (Ruesch, Bateson, 1976; Bateson, 1976; Watzlawick et al., 1967) sono alla base di Paradosso e Controparadosso (1975) e dell’articolo sulla conduzione di seduta del 1980. Tomm, rivisitando in chiave sistemico-costruttivista quella teoria della comunicazione, attribuisce ai tipi di domande del terapeuta le potenzialità terapeutiche della conduzione. Questo approccio è tuttora il riferimento principale per i terapeuti sistemici.

Altri AA. (Viaro, Leonardi, 1983; Leonardi, Viaro, 1990; Peräkylä, 1995; Bercelli, Leonardi, Viaro, 1999), indipendentemente, seguirono un approccio diverso, c.d. ‘guidato dai dati’. La seduta ‘milanese’ è, come si è detto, una *talking cure*. Rientra pertanto nel novero delle ‘conversazioni professionali’ (Drew, Heritage, 1993) e può essere analizzata con il metodo dell’Analisi Conversazionale (AC) (Sidnell, Stivers, 2013; Sacks, 1974), prescindendo da ogni teoria psicologica e del cambiamento in psicoterapia.

L’AC ha come oggetto il parlare-in-interazione. Parlare è considerato un ‘gioco linguistico’ (Wittgenstein, 1953), un tipo di azione strettamente intrecciato ad altre azioni.

GIANFRANCO CECCHIN IN SEDUTA

Sono state selezionate, da un corpus allargato di 29 sedute dei primi anni ’80, alcune prime sedute con famiglie poco motivate. Una famiglia poco motivata mette il terapeuta di fronte alle maggiori difficoltà. Quest’ultimo utilizzerà probabilmente un repertorio più ampio di manovre per superarle, aspetto che rende lo studio di queste sedute particolarmente utile per il clinico (Viaro, Leonardi, 1982; Viaro, Leonardi, Sbattella, 1984).

È stata scelta qui per l’analisi una seduta di Gianfranco Cecchin con la famiglia che chiameremo Belli. Da questa seduta sono stati estratti alcuni passaggi iniziali, della durata di un minuto circa, per un’analisi dettagliata. Il terapeuta si rivolge per la prima volta alla paziente, una ragazza di 17 anni, che si rivela palesemente reticente. I motivi del suo atteggiamento oppositivo, evidente in questo inizio, sono dichiarati poi esplicitamente da lei stessa nel finale di seduta.

Altri passaggi di questa seduta sono stati utilizzati allo scopo di mostrare il cambiamento di atteggiamento della ragazza in senso collaborativo. Il confronto con il modo in cui gli altri tre terapeuti del gruppo affrontavano in quel periodo analoghe difficoltà, verrà usato per evidenziare alcuni aspetti peculiari dello stile di Gianfranco Cecchin.

La *famiglia* *Belli*

Nella famiglia Belli, la promotrice della consultazione familiare è la madre. La paziente, che chiameremo qui Sara, all'epoca ha 17 anni. È la secondogenita di tre femmine. A causa delle tensioni con i famigliari, Sara da circa due anni vive in una stanza indipendente, presso un'amica di famiglia, a G., un paese distante qualche chilometro dall'abitazione dei genitori e vicina al liceo che frequenta. Questa sistemazione abitativa è stata avallata dal terapeuta che ha seguito la ragazza, prima che lei decidesse di interrompere le sedute. Non vuole più saperne di psicoterapie, psicologi o psichiatri. Ha accettato tuttavia, pur controvoglia, la seduta familiare, per evitare che alla convinzione di essere la causa delle preoccupazioni della famiglia si aggiungesse l'accusa di rifiutare ogni soluzione. Il padre, pur scettico sulle psicoterapie in generale, si dice consapevole che la situazione attuale non può protrarsi a tempo indeterminato. 'Proviamo anche questa' è stato il suo commento alla proposta della moglie.

Queste informazioni vengono date dai familiari solo negli ultimi minuti della seduta, quando è chiesto a ciascuno di loro di dire quali aspettative abbia circa una eventuale terapia familiare.

Oltre a Sara e ai genitori, partecipa alla seduta Elena, di 15 anni; a lei è stato semplicemente detto che doveva venire. Una sorella maggiore, Silvia, di 22 anni, non è presente. Vive nella città universitaria dove studia e da dove rientra in famiglia quando può, sentendo nostalgia di casa.

LA SEDUTA "QUASI CONVERSAZIONALE"

L'attività di 'investigazione' del terapeuta: sequenze vs domande

Nei primi minuti della seduta, dopo i convenevoli iniziali, Cecchin chiede quale sia il problema per cui hanno chiesto la consultazione. Il padre ne fornisce una definizione. Quindi Cecchin si rivolge direttamente a Sara.

Estratto 1³⁸ C (9'45" dopo l'inizio della videoregistrazione)

- 1 C: beh sentiamo adesso, >per esempio< Sara è:: d'accordo con la
2 descrizione:: fatta dal papà?
3 (1.7)
4 S: sì (1.6) °grosso modo sì°
5 C: grosso modo↓
6 S: hm:: è difficile adesso, non so (1)
7 C: °non so°. (2)

Cecchin si rivolge a Sara: è d'accordo con quanto il padre ha detto? Il 'sì' della ragazza è preceduto da una breve esitazione; una seconda pausa analoga precede le parole 'grosso modo sì', aggiunte sottovoce. Parole che attenuano l'affermazione precedente e la rendono indeterminata. Sara si è detta d'accordo con il padre, anche se non proprio su tutto o del tutto, ma non ha precisato su che cosa non lo sia o lo sia solo in parte.

³⁸ In Appendice le convenzioni usate nella trascrizione

La replica del terapeuta, ‘in terza posizione’ rispetto alla domanda, consentirà di capire se la risposta soddisfa o meno il terapeuta (Schegloff, 2007).

Cecchin (riga 4) ripete le ultime due parole della ragazza, a volume di voce più alto, con un profilo intonativo discendente, conclusivo, cedendole il turno. La ripetizione valorizza le ultime parole di Sara e sottolinea implicitamente che ‘c’è dell’altro’. Sara ha l’opportunità di precisare, completando la risposta.

La ragazza (riga 5), in effetti, prende la parola, ma non per precisare; piuttosto, attenua ulteriormente il proprio precedente assenso (riga 6). Non sa. Cede a sua volta subito la parola. Di nuovo, Cecchin ripete le sue ultime due parole; questa volta è lui ad abbassare la voce, in una specie di chiasma³⁹, ancora in tono conclusivo. La seconda parte della prima coppia domanda-risposta è completata, e Sara ha risposto riuscendo a non dir nulla.

Questa serie di scambi si presta a due osservazioni. In primo luogo, domanda e risposta costituiscono una *coppia adiacente* minima (Sidnell, Stivers, 2013; Schegloff, 2007), la cui attuazione qui, come in molti casi, si traduce in una serie di turni – sette in questo caso. Si traduce cioè in una sequenza. In AC, la coppia adiacente domanda-risposta è sinonimo di sequenza, in quanto può essere espansa – e molto spesso lo è.

L’interazione in questo modo ha iniziato ad assumere le caratteristiche di una conversazione: solo la persona interpellata dal terapeuta ha risposto, non interrotta da altri; non ci sono state pause prolungate; le regole per l’alternanza del turno sono state rispettate (Clayman, 2012; Sacks, Schegloff, Jefferson, 1974),

Queste regole, semplificate, si possono riassumere così: ‘quando ho finito di parlare io, tocca a chi ho interpellato (o a chi si propone, se non l’ho fatto), in modo da non creare sovrapposizioni; se né l’interpellato, né un altro lo fa, posso di nuovo parlare io, in modo tale da evitare il crearsi di una pausa troppo lunga’. Sovrapposizioni e pause prolungate sono fonte di disagio, e tutti contribuiscono ad evitarle. Così succede anche in questo caso: per quanto poco Sara dica, Cecchin non lascia che il silenzio si prolunghi, così da non offrire ad altri la possibilità di intervenire.

Ripetizioni di parole

Lo scambio nell’Estratto 1 C presenta un elemento presente in tutte le sedute del corpus in esame: la ripetizione di parole altrui.

La ripetizione di parole (*mirroring*) contribuisce a creare un’intesa sul piano intersoggettivo (Knol et al., 2020; Szczepek Reed, 2020). Esso prevede qui (a) un ‘dire e non dire’ da parte di Sara; (b) la ripetizione di una o due parole da parte del terapeuta, con una variazione del profilo intonativo, interpretabile come segno che una possibile allusione è stata colta.

L’estratto seguente mostra uno dei moltissimi esempi di questo stesso schema, tratto da una seduta di Mara Selvini Palazzoli: simile modo di agire è patrimonio del gruppo.

Estratto 2 S

³⁹ La variazione di volume è in senso opposto nelle due ripetizioni: la prima volta Sara parla sottovoce e Cecchin ripete a volume più alto; la seconda volta avviene l’opposto. Il risultato è questa specie di ‘duetto’, in cui Sara si adegua al volume di voce del terapeuta e questi restituisce il favore.

MSP: Questa era più affettiva. Invece Elisabetta lei come la vedeva?

Zoe: un elemento abbastanza forte per conto mio, un po' hmm, reattiva

(3)

a:::una bambina acuta

MSP <acuta>

Zoe: acuta

(4.4)

In questo esempio, due pause isolano ed evidenziano le tre ripetizioni della parola 'acuta'. Mara Selvini la ripete un po' più lentamente e con intonazione che sottolinea l'importanza di questa qualità, rispetto alle altre che Zoe attribuisce a Elisabetta. Dopo che Zoe ha ripetuto ancora la parola, Selvini lascia una pausa più lunga prima di riprendere il turno, rinforzando ulteriormente l'enfasi sulla parola ripetuta.

Riformulazioni e intercalari

Come nel caso della sequenza nell'Estratto 1 C, accade spesso che la domanda iniziale di Cecchin non esprima pienamente ciò intende sapere. È probabilmente la prima di una serie, che introduce un tema (Leonardi, Viaro, 1990). In ogni caso, quando ottiene una risposta per lui non soddisfacente o non sufficiente, il terapeuta deve decidere se accontentarsi o meno di ciò che gli è stato detto.

Estratto 3 C

7 C: ° non so° . (2) Adesso lui ha detto che, no ↑ , che e::Sara ha

8 rapporti difficili(0.5)con la sorella e con la mamma, no↑(0.6)

9 un po' meno col papà, no↑
10 S: Hmm mm=
11 c: =un po' meno, no↑
12 S: hmm
13 C: questo è:: sei d'accordo su questo↓
14 S: hmm, sì
15 C: sì (1)

Ripetuto il 'non so' conclusivo di Sara, Cecchin lascia una breve pausa. Sara non prende la parola, come potrebbe (Clayman, 2012), e Cecchin ripropone la stessa domanda, riformulandola in modo da chiarire meglio quanto intende sapere. Questa domanda è una riformulazione in due sensi. In un primo senso è interpretabile come un'auto-correzione (*self-repair*) (Schegloff, Jefferson, Sacks, 1977): il terapeuta corregge la propria precedente formulazione perché la domanda non era completa, o ben formulata. È una riformulazione anche in un secondo e diverso significato (*formulation*)

(Weiste, Peräkylä, 2013; Antaki, 2008; Heritage, Watson, 1979): il terapeuta riformula con parole proprie la risposta che il padre ha dato precedentemente.

Cecchin gli aveva chiesto quale fosse il problema della famiglia, 'secondo lui'. Il padre, mostrando di aver colto l'importanza di questa sottolineatura, rispondendo, aveva ripetuto per ben quattro volte 'come la vedo io'. Cecchin, (Estratto 1 C, riga 7), citando il padre, chiarisce che ciò che sta facendo è riferire parole altrui; chiedendo se Sara sia d'accordo o meno, comunica di non considerare la definizione del padre come valida per tutti. Chiedendo, il terapeuta fornisce importanti informazioni (Viaro, Leonardi, 1983).

La riformulazione, in questo secondo senso, richiede un insieme di operazioni. In primo luogo, Cecchin seleziona solo alcuni contenuti dal discorso paterno, durato 2'55'', ignorandone molti altri. I primi vengono quindi implicitamente definiti rilevanti rispetto a ciò che viene omissso. Fa inoltre proprie alcune parole del padre, ma le inserisce in una frase diversa e più sintetica, che è invece opera sua. Tale frase sintetica e variata evidenzia quindi qual è 'il punto' del discorso paterno, come lui – Cecchin - l'ha inteso.

L'esordio dello scambio con Sara introduce l'elemento essenziale del lavoro del terapeuta, in tutte le sedute del corpus considerato: far esprimere a ogni membro della famiglia la propria visione del problema, definita in termini relazionali, confrontarla e differenziarla da quella degli altri (Leonardi, Viaro, 1990). In queste sedute il terapeuta non esprime mai, né esplicitamente né implicitamente, del tutto o in parte, una propria visione del problema.

L'intercalare 'no ↑. Nella domanda così riformulata, Cecchin intercala nella frase per tre volte un 'no ↑' con una intonazione lievemente ascendente, di significato interrogativo, accompagnato da una breve pausa. In questo modo, isola tre elementi nella frase. Il primo è l'affermazione che in famiglia ci sono rapporti difficili; il secondo, che queste difficoltà riguardano soprattutto il rapporto di Sara con la sorella e con la madre; il terzo, che riguardano il rapporto con il padre, ma in minor misura.

Il profilo intonativo dei tre 'no ↑' veicola una implicita richiesta di conferma; richiesta in questo caso duplice. Da un lato, Sara ha l'occasione di confermare o meno di aver inteso quanto ha detto il padre, come riformulato da Cecchin; in secondo luogo, il padre può confermare o meno che la riformulazione che il terapeuta ha fatto coglie il punto essenziale del proprio pensiero.

La riformulazione da parte del terapeuta, 'citando la fonte', seguita da una richiesta di conferma, è un elemento ricorrente e tipico, presente con frequenza molto elevata pressoché in tutte le sedute dei quattro terapeuti del gruppo, in questo periodo e non soltanto (Viaro, Leonardi, 1983; Leonardi, Viaro, 1990; Bercelli, Leonardi, Viaro, 1999).

Il significato e l'importanza di questa pratica è esplicito nell'estratto che segue, da una seduta di Mara Selvini Palazzoli.

Estratto 4 S

MSP: allora, lei di(ce), se io- mi corregga se io interpreto male,

quasi quasi Elisabetta è più sorella di Isabella che non di

Lucia?

(2.5)

Zoe: ah, beh:: no, forse non direi questo

S: no=

Zoe: =no perché dalle medie, che sono gli anni più formativi, sono state

abbastanza separate

S: sì ((ho capito))

Riformulando, la terapeuta mostra come ha inteso ciò che gli è stato detto; quindi sollecita una conferma di aver inteso correttamente, o una rettifica. Le eventuali rettifiche vengono di regola accettate. Lo scopo del terapeuta è capire il punto di vista del suo interlocutore. La persona il cui pensiero viene riformulato ne conserva, per così dire, i ‘diritti d’autore’: è quindi la sola a poter confermare o meno di essere stata compresa. L’assenza di rettifica assume il valore di una conferma. Selvini nell’Estratto 5 S esplicita con una ‘glossa⁴⁰’ ciò che Cecchin (Estratto 2 C) comunica solo implicitamente, variando il profilo intonativo in senso percettibilmente interrogativo.

A volte il terapeuta spinge la propria riformulazione molto al di là di quanto è stato letteralmente detto. Chi sa cogliere ciò che non si è detto ma si sarebbe potuto dire, dà la maggior prova di aver realmente compreso. Questo espone al rischio di fraintendimenti, come accade a Mara Selvini nell’Estratto 4 S. La sua interlocutrice non conferma e la corregge, e la terapeuta accetta il suo rifiuto e accoglie la sua rettifica, facendola propria.

Questo non è ovvio in psicoterapia. Anche in sedute di terapie basate sulla presa di coscienza, come tipicamente nelle terapie psicoanalitiche, è comune imbattersi in formule molto simili, quali ‘forse lei mi sta dicendo che / vuol dirmi che’ ecc., come introduzione a un’interpretazione. La differenza di significato di queste formule, molto simili nei due contesti, si apprezza dal seguito.

Di fronte a una interpretazione che il paziente rifiuta del tutto o in parte, tipicamente l’analista non si corregge; tanto meno fa propria la visione del paziente, come Mara Selvini nell’esempio. Piuttosto, di solito l’analista ripropone a distanza di tempo la propria interpretazione, anche più di una volta, in occasioni più propizie (Perakyla, 2011). Il rifiuto dell’interpretazione da parte del paziente è tipicamente visto dall’analista come una resistenza: conferma, piuttosto che smentire, l’interpretazione stessa.

L’intercalare ‘Hmm mm’ e le sue varianti

Nell’estratto C 2, la replica di Sara è un semplice ‘hmm mm’. In psicoterapia, l’uso dell’intercalare ‘Hmm mm’ (o sue varianti come hmm; hem, ecc.) è particolarmente frequente (Arnold, 2012; Ferrara, 1994).

⁴⁰ Con questo termine si intendono le spiegazioni o commenti, aventi lo scopo di rendere qualcosa più intellegibile.

Come i commenti di un traduttore o copista a margine di un testo. (Orletti, 1983)

In linea generale, anche se variazioni di intonazione o volume possono conferire a questo intercalare un significato specifico in relazione a ciò che è stato detto dal paziente (stupore, partecipazione, ecc.), esso non ha un valore semantico, non equivale cioè a una parola, a un 'sì' o un 'd'accordo'. È piuttosto assimilabile a un cenno non verbale (Arnold, 2012). Il più delle volte, è una testimonianza di attenzione, o ha il valore di un *continuer* da parte di chi ascolta ('vai avanti, ti seguo'), sincronizzato con il discorso di chi sta parlando.

La letteratura sui 'Mh mmm' in psicoterapia si occupa pressoché esclusivamente dei terapeuti. Nel nostro estratto compaiono però solo nel discorso di Sara, per ben tre volte (Estratto 3 C, righe 10, 12, 14). Non si può quindi dire che Sara in questo modo confermi le parole di Cecchin. Piuttosto, che quando Cecchin le offre la possibilità di prendere il turno, segnala di aver compreso e si aspetta che lui riprenda la parola.

Sara sembra intenzionata a dire il meno possibile, evitando però mosse apertamente non collaborative. Probabilmente per questo finisce per confermare con un 'sì' (3 C, riga 15), questa volta senza riserve, l'ennesima richiesta di Cecchin di dichiarare il suo accordo. Il suo 'sì' ripetuto da Cecchin ancora una volta, chiude la sequenza.

Questa sequenza, di 15 turni di parola, sviluppa la domanda iniziale. Quale fosse l'intenzione del terapeuta nel formularla, questa intenzione si precisa solo nella sequenza, che è una costruzione comune, frutto di un adattamento reciproco. Il terapeuta non può sapere come Sara risponderà. Di conseguenza, anche ciò che lui stesso intende sapere, all'atto di formulare la prima domanda, non può che essere del tutto approssimativo nella sua mente e precisarsi via via in base alle risposte⁴¹.

Sequenze di sequenze

Al termine delle sequenze che sviluppano la domanda iniziale (1-15), Cecchin ha ottenuto da Sara un 'sì', finalmente senza riserve. Questa conferma si riferisce ai tre elementi, definiti in termini relazionali: rispettivamente, i rapporti difficili in famiglia; quello di Sara con la sorella minore e la madre; quello con il padre. Questi tre elementi, nell'ordine, saranno l'oggetto della investigazione del terapeuta in un *sequenza di sequenze* (Schegloff, 2007) collegate tematicamente tra loro e con la domanda d'esordio (sono dette *post-sequenze* di quella).

Cecchin può ora formulare una nuova domanda, concernente il primo dei tre temi relazionali: il significato della parola 'rapporto difficile'.

Estratto 5 C

15 C: °sì°

16 (1)

17 e cosa vuol dire rapporto difficile, puoi descrivere cosa vuol

⁴¹ Questo aspetto segna una differenza importante tra i due metodi, guidato dalla teoria o dai dati. Tomm classifica le domande del terapeuta in base alle sue intenzioni. Poiché non può conoscere la risposta né le eventuali reazioni a distanza, conclude che il suo è 'un lavorare al buio'. Qui invece si assume che la domanda, essendo solo la prima parte di una coppia, richiede un completamento dal paziente; inoltre, la coppia domanda-risposta può essere espansa in una sequenza. Dal fatto che il terapeuta non possa conoscere la risposta, se ne deriva che la sua intenzione si forma nella sequenza, come risultato di un lavoro comune.

- dire↑ (5)
- 18 S: °è difficile°
- 19 C: cioè sei d'accordo che c'è un rapporto difficile=
- 20 S: =sì
- 21 C: questo vuol dire che no- non riuscite a parlare insieme, non
- 22 riuscite a discutere, a fare delle cose insieme
- 23 (1.5)
- 24 S: ma::(6)perché io, non so- non: sono via(1) a G., a casa mia
- 25 C: in questa stanza
- 26 S: sì. avrei voglia, avrei voglia, così, ogni tanto di tornare
- ((segue))

Ancora una volta, Sara non si rifiuta di rispondere, ma riesce a non dire nulla: inizia limitandosi a ripetere che i rapporti in famiglia sono difficili, per terminare con un 'non so, perché sono a G.'. Anche Cecchin, ancora una volta, riprende l'ultima parola, con una minima variazione: il nome del paese è sostituito dalla precisazione 'in questa stanza' (riga 25). Sono trascorsi 64'' da quando le ha rivolto la prima domanda. In questo arco di tempo, non ha saputo nulla da lei che non fosse già stato detto dal padre nei 2'55'' del suo intervento. Nonostante la reticenza di Sara, questa serie di scambi ha però prodotto effetti importanti.

In primo luogo e soprattutto, da questo momento (estratto 5 C, riga 26) in poi Sara cambia atteggiamento. Inizia a collaborare, rispondendo in modo via via più partecipato. Ciò che segue non è più una serie di laconiche risposte ma una narrazione, che diventa poi un dettagliato racconto.

In secondo luogo, in questo primo minuto l'interazione si è organizzata rispettando le strutture proprie di una conversazione (Sidnell, Stivers, 2012), con alcune peculiarità che hanno caratterizzato questa tecnica, almeno in un primo periodo.

Proponiamo qui alcuni passaggi del seguito, che non saranno oggetti di analisi dettagliata, allo scopo di mostrare il cambiamento di atteggiamento della ragazza e la diversa organizzazione della sequenza.

NARRAZIONI DI VITA FAMILIARE

Estratto 6 C

S: sì. avrei voglia, avrei voglia, così, ogni tanto di tornare a casa e di stare con loro, però io so già prima di arrivare a casa, so già co:me sarà (0.3) e cioè che sarà IMPOSSIBILE (0.5) e::: e questo >specialmente durante la scuola<, quando:: non so, passo tutta la settimana a G., per la scuola, e poi, il fine settimana vado a casa

((omissis))

C: (()) ecco, allora- puo- puoi descrivere cioè che che tipo di di

□tensione, cioè puoi descrivere cosa succede esattamente

Sara non si fa pregare ora e, con crescente partecipazione, racconta nei dettagli il suo ritorno a casa nel fine settimana: prima ancora di entrare in casa, immagina cosa l'aspetta al suo arrivo e questo la mette in uno stato d'animo negativo. Sa che il modo 'piagnucolante' con cui si porrà è controproducente, ma non riesce a fare diversamente. Descrive gli atteggiamenti dei familiari che immagina troverà al suo arrivo e che non sopporta. Solo pensare di trovare la sorella intenta alle sue interminabili sedute davanti a uno specchio, ben visibile dalla sala, o le sue elaborate e ripetute pratiche di cura del corpo a base di docce, creme e shampoo, la fa infuriare; immagina che la madre, aspettandosi che Sara comincerà a dirle quanto sta male, magari abbia già estratto l'aspirapolvere e si sia messa a pulire, cosa che Sara non sopporta. Una pulisce il proprio corpo, l'altra la casa, sintetizza Cecchin. Quanto al padre, al quale non è riuscita a non telefonare al lavoro pur sapendolo impegnato, non è ancora a casa; l'attenderà, perché nella telefonata lui ha rimandato alla sera il momento in cui potrà ascoltarla. La durata complessiva di questo dialogo tra Cecchin e Sara è di 12' 55''. In questo arco di tempo, solo il padre e la madre intervengono molto brevemente, una sola volta ciascuno, per fornire informazioni di sfondo che il terapeuta ignora, a vantaggio di una sua maggior comprensione. Raccontare è attività nota e dotata di una propria organizzazione sequenziale, diversa da quella per coppie domanda-risposta. L'attività del raccontare viene naturalmente adattata alla peculiarità del contesto terapeutico. Il terapeuta è il destinatario della narrazione, unico tra i presenti ad ignorare del tutto ciò che la ragazza sta per dire sul suo ritorno a casa. Sara, in posizione di narratrice, mantiene il turno per un tempo molto più lungo degli altri, e orienta la linea tematica, sia pure entro il perimetro già delineato dal terapeuta. Gli altri ascoltano e possono intervenire, anche se in modo diverso a seconda delle rispettive posizioni: i familiari, al corrente di quanto Sara racconta, possono integrare o correggere quanto va dicendo; il terapeuta, ignaro, può mostrare di seguire, di partecipare, di comprendere o chiederle precisazioni.

Nel descrivere 'cosa succede esattamente' (Estratto 6C □), Sara parla meno di sé e di quello che fa, che degli altri; e quando si parla di qualcuno presente, tutti si aspettano che ci si rivolga preferibilmente a lui. Non è però ciò che si osserva in questa seduta, dove Cecchin dialoga con Sara, parlando di lei ma ancor più degli altri presenti, di ciò che fanno e come lo fanno, quasi 'come se' non ci fossero.

Cecchin non si rivolge a loro, è orientato con il busto, il capo e lo sguardo verso Sara; non sollecita il loro intervento, né dà loro ulteriore spazio quando prendono la parola. Li ascolta volgendo lo sguardo e il capo, ma non il busto, verso chi sta parlando, e riprende poi con Sara il discorso interrotto. Il suo atteggiamento complessivo, in primo luogo l'orientamento del busto e soprattutto i pattern dello sguardo (Rossano, 2012), è decisivo nel far sì che il padre, la madre ed Elena si allineino a questo formato interattivo. In effetti, essi ascoltano, sostanzialmente senza interferire. Penn (1982) ha indicato con la felice espressione di 'pettegolezza in presenza degli interessati' questa peculiare organizzazione dell'interazione, presente in questa come in tutte le altre sedute del nostro corpus.

Nell'estratto 4 C, è Sara stessa a rilevare esplicitamente questa anomalia rispetto a quanto avviene di solito e ci si aspetta.

Estratto 7 C

Cecchin non si accontenta della descrizione generica del molto tempo che Elena è solita dedicare alla cura del proprio corpo.

C: ecco cosa fa ((Elena)), oltre a ((questo))

S: dovrebbe chiederlo a lei

C: no, quel che dà fastidio a te

Le due attività: chiedere definizioni o valutazioni e rispondere; raccontare e ascoltare abitudini e momenti della vita familiare; sono strettamente collegate in tutte le sedute del corpus considerato.

Il significato di questa importante e sistematica connessione è spiegato da Giuliana Prata in una seduta con una famiglia estremamente reticente. Anche in questo caso, si sta parlando di un rientro a casa nel fine settimana, questa volta del padre, assente durante i giorni di lavoro. Anche in questo caso, il problema è di chiarire il significato di una espressione usata dalla famiglia: al ritorno del padre ‘si crea tensione’. I ripetuti tentativi di farsi raccontare cosa succede naufragano in una confusione generale, dove tutti i cinque componenti della famiglia parlano contemporaneamente contraddicendosi l’un l’altro. Prata si rivolge allora al solo figlio maggiore.

Estratto 8 P

P: senta Corrado, lei mi deve aiutare

C: sì

P: perché io a casa vostra non ci sono mai stata. Quindi se voi mi dite ‘c’era tensione’, ‘tutti i sabati è la stessa storia’, io rimango un po’ così, con un’idea vaga. Non so cosa intendiate. Se invece mi raccontate uno specifico episodio, un sabato particolare, allora io posso rendermi conto meglio e cercar di capire

C: sì, certo. Si tratta di sciocchezze comunque, potrei dire di quella volta che ecc.

Una qualunque definizione rilevante – di una relazione, del carattere di qualcuno, ecc. – in tutte queste sedute viene accompagnata *sistematicamente* dalla richiesta di narrazioni di situazioni familiari ricorrenti o episodi specifici, con descrizioni dettagliate dei comportamenti.

Definizioni generali come ‘rapporto difficile’ o ‘tensione’, ma anche i più comuni ‘nervoso’, ‘ansioso’, o ‘rapporto alti e bassi’, ‘angosciato’, ecc., possono trovare l’unanime consenso di familiari anche in totale disaccordo. La richiesta di dare un resoconto dettagliato, per così dire ‘alla moviola’ di quel che accade di solito, o di uno specifico episodio, può incontrare enormi ostacoli, proprio perché rende difficile nascondere quel che si fa ma si preferirebbe tacere, o divergenze negate a parole.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

I metodi dell’Analisi Conversazionale sono stati applicati a una prima seduta di Gianfranco Cecchin. Quando si rivolge alla paziente per la prima volta, la ragazza appare reticente e oppositiva; dopo un minuto soltanto, diventa loquace e collaborante. In questo minuto gli scambi sono costituiti da sequenze di coppie adiacenti domanda-risposta e relative espansioni. Le risposte della ragazza non forniscono nessuna informazione nuova. Il poco che dice è già stato detto dal padre.

Le sequenze conversazionali però non sono costituite soltanto né prevalentemente da domande. Ripetizioni e riformulazioni di parole altrui sono più frequenti. Manovre basate sulla ripetizione (*mirroring*) (Knol et al., 2020; Szczepek Reed, 2020) o riformulazione di parole altrui (*formulations*) (Weiste & Peräkylä, 2013; Antaki, 2008), sovrapponibili a quelle descritte, sono presenti in molti altri tipi di psicoterapie.

Nelle terapie non direttive c.d. umanistiche, tipicamente nella terapia centrata sul cliente di Carl Rogers (Rogers, 1951), il c.d. ‘ascolto attivo’ è basato largamente su ripetizioni o riformulazioni di ciò che è stato detto dal cliente⁴². A queste pratiche viene attribuito un ruolo centrale nel promuovere comprensione, empatia e cambiamento.

Come nella seduta di Cecchin, le ripetizioni non sono semplici copie di parole altrui; presentano qualche variazione nei modi della loro espressione. Ritmo, intonazione, gestione delle pause o comportamenti non verbali associati tendono a creare una sintonia nell’interazione con Sara. Le parole in questi primi scambi sono importanti non per il loro apporto informativo ma per questi elementi analogici e temporali.

È possibile invocare diversi dati a sostegno della possibilità di attribuire il cambiamento di atteggiamento di Sara a questi fattori.

Secondo Beebe e Lachman, due analisti dediti sia alla *infant research* sia alla pratica clinica come psicoanalisti di pazienti adulti, nella conversazione tra estranei adulti, ‘*la somiglianza nei pattern temporali del comportamento comunicativo è associata ad attrazione interpersonale ed empatia, indipendentemente dal contenuto*’ (Beebe, Lachman, 2002, p.99).

Pattern interattivi simili a quelli descritti (turni alternati nelle vocalizzazioni, ripetizione variata ed amplificata di espressioni mimiche o vocali, ecc.), si osservano anche nell’interazione precoce madre-bambino (Beebe, Lachman, 2002; Stern, 1985), dove promuovono la comprensione empatica e l’intersoggettività primaria (Stefanovic, Koski, 2018; Stern, 1985). È al ‘livello locale’, il livello temporale dei secondi o delle frazioni di secondo, che si può analizzare il modo in cui ciascun membro della diade si pone in relazione con l’altro (Stern, 2004). A questo livello vengono negoziati il ‘campo intersoggettivo’ e il suo ampliamento – cioè il mutuo riconoscimento delle mosse che ciascuno può fare in quella relazione (Stern, 2004, p.200; BGPSG, 2010) e gli eventuali cambiamenti.

Vi è oggi inoltre un largo consenso sul fatto che le acquisizioni sul funzionamento del sistema dei neuroni specchio forniscano supporto all’ipotesi dell’importanza della riproduzione del comportamento altrui nello stabilirsi di una comprensione empatica a livello intersoggettivo (Ammanniti, Gallese, 2014).

Si possono tuttavia legittimamente sollevare obiezioni circa la possibilità di trasferire queste acquisizioni alla seduta familiare congiunta, che non è un contesto diadico, come sono invece sia la terapia individuale sia l’interazione madre-bambino. L’analisi condotta sulla seduta di Cecchin ha evidenziato una *struttura di partecipazione*⁴³ (Goffman, 1981) peculiare, presente nelle sedute dei

⁴² I terapeuti rogersiani non hanno pazienti ma clienti.

⁴³ Goffman sostiene la necessità di considerare diverse posizioni oltre a quella di parlante e interlocutore, per il fatto che la maggior parte delle interazioni diadiche avviene in presenza di terzi. Ad ogni posizione sono associati diritti di parola diversi. Le sedute familiari del nostro corpus, prescindendo dalla presenza dei supervisori dietro lo specchio, sono costituite da serie di scambi 1:1 tra il terapeuta e singoli membri della famiglia. I familiari non interpellati sono mantenuti

primi anni '80, indicata da Penn (1982) come 'pettegolezza in presenza degli interessati'. Questa struttura di partecipazione tiene conto e valorizza la posizione di chi non è coinvolto nello scambio verbale.

Diversi AA. hanno evidenziato l'importanza di questa peculiare configurazione interattiva, sotto diversi aspetti.

Selvini e co., nell'articolo del 1980, la propongono per il fatto che chi ascolta due persone parlare di lui/lei senza intervenire, non può non retroagire, fornendo ulteriori importanti informazioni al terapeuta.

Gelcer e coll. (1990), da una prospettiva piagetiana, sostengono che i membri della famiglia in questa posizione vivono un'esperienza equiparabile alle operazioni concrete in una fase dello sviluppo cognitivo (stadio III), che favoriscono e promuovono la capacità di decentrazione (stadio IV). Secondo queste AA., anche soggetti adulti, coinvolti in situazioni e relazioni ad alta intensità emotiva, come sono i membri di una famiglia in terapia, tende a regredire a una forma di pensiero egocentrico, che non gli consente decentrazione, vale a dire di comprendere punti di vista diversi dal proprio. La particolare struttura di partecipazione in queste sedute contrasterebbe questa tendenza.

Ciò che più interessa qui, tuttavia, è l'effetto che l'atteggiamento dei genitori e di Elena ha sul dialogo tra Cecchin e Sara: pur seguendo con attenzione ciò che i due dicono quando parlano di loro, non interferiscono.

Si può qui notare al riguardo che una configurazione interattiva molto simile a quella descritta è presente nel 'Gioco Triadico di Losanna' (LTP) (Fivaz-Depeursinge et al., 1999). I genitori sono posti alternativamente nella posizione di osservatore del partner mentre questi gioca con il bambino, con la raccomandazione di non interferire. Chi riesce ad attenersi a questa raccomandazione influenza positivamente il gioco tra il bambino e l'altro genitore, e viceversa.

Queste considerazioni suggeriscono la possibilità che per comprendere il cambiamento di atteggiamento di Sara sia necessario considerare non solo le domande del terapeuta, non solo tutto ciò che avviene nelle sequenze oltre alle domande, ma anche il comportamento degli altri presenti, che non prendono la parola. In particolare, va considerato se e come gli altri membri interferiscono sul dialogo in corso. Nella famiglia Belli, l'atteggiamento dei genitori e della sorella può aver contribuito a favorire il cambiamento di Sara verso Cecchin.

Quanto al dialogo tra Cecchin e Sara, il comportamento reciproco, in termini relazionali, può essere visto come una situazione in cui ognuno porta sulla scena dell'interazione un'immagine di sé-con-l'altro (Liotti, 2004; 1993). Sara, non nuova alla psicoterapia, propone implicitamente a Cecchin di allinearsi all'immagine - quale che sia per lei - di un terapeuta alle prese con una paziente che non collabora. Cecchin invece si rivolge a lei come a una persona che sta collaborando: valorizza il poco che gli dice; mostra come ogni parola di lei sia per lui interessante, abbia connessioni con altre parole che vengono taciute, ma degne di essere ricercate; in ogni sua parola c'è più di quanto letteralmente significhi. Il cambiamento della ragazza può essere letto come un suo allinearsi all'immagine di interlocutrice collaborante, che il terapeuta proietta su di lei suo malgrado.

in posizione di ascoltatori con limitato diritto di parola. Scambi diretti tra loro sono fortemente disincentivati dal terapeuta. Il termine 'struttura di partecipazione' viene usato qui in questo senso.

Un'ultima considerazione riguarda lo stile di Cecchin rispetto agli altri terapeuti del gruppo, nelle sedute dello stesso periodo. Ripetizioni, riformulazioni del discorso altrui subordinate alla conferma dell'autore, sono ampiamente rappresentate nelle sedute di tutti i quattro terapeuti. Il significato di tali manovre è reso palese, occasionalmente, dal ricorso a pratiche di glossa, che spiegano il senso di ciò che il terapeuta sta facendo; le glosse tendono a prevenire o superare la reticenza.

Nelle sedute di Gianfranco Cecchin nel corpus in esame, non si trovano esempi di glosse. Cecchin evita il più possibile di ricorrere a spiegazioni di ciò che fa, meno ancora a commenti sull'atteggiamento dei familiari in seduta. Piuttosto, modifica il proprio atteggiamento verso il suo interlocutore di turno, cercando una sintonia che prescinde in gran parte dai contenuti e si basa su elementi non espliciti. L'importanza dei fenomeni interattivi a livello implicito, procedurale, dell'interazione, è stata evidenziata e dimostrata da Stern (2004) e dal BCPSG (2010) sia nella seduta analitica che nella interazione quotidiana. Bateson (1976) assegnava a questo livello, analogico, la definizione della relazione.

In ciò che dice e nell'atteggiamento complessivo, Cecchin tende molto meno a interpretare e spiegare, che a farsi spiegare ciò che gli è stato detto, proprio da chi l'ha detto.

Forse questa particolarità del suo stile di conduzione è uno dei modi in cui si manifesta nella conversazione l'atteggiamento di 'curiosità' (Cecchin, 1988) che proponeva ai terapeuti.

C'è però un aspetto importante dello stile di Cecchin che l'analisi condotta qui non ha colto ma, fortunatamente, è stato percepito dai membri di questa famiglia. La signora Belli, quando la figlia descrive i dettagli del loro vivere insieme, esclama: 'noi qui sorridiamo di queste cose, ma a casa sono tragiche'.

Ricostruite in seduta sotto la guida di Cecchin, le vicende della vita della famiglia perdono gran parte della loro drammaticità. I membri della famiglia Belli, in diversi momenti della seduta, non riescono a non sorridere. Le stesse vicende della vita familiare da loro vissute in chiave drammatica, vengono ricostruite qui in chiave di 'commedia umana'. Questo clima, una volta creatosi in una situazione ad alta intensità emotiva come la seduta, può venire associato alle situazioni ricostruite dettagliatamente e riattivarsi quando si presenteranno nella vita familiare. Il meccanismo possibile è simile a quello dell'*ancoraggio* nella PNL (Bandler, Grinder, 1981).

BIBLIOGRAFIA

Ammaniti, M., Gallese, V (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina.

Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.), *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 26–42). New York: Cambridge University Press.

Arnold, K. (2012). Humming Along: The Meaning of Mm-hmm in Psychotherapeutic Communication. *Contemporary Psychoanalysis*, 48(1): 100-115.

Bandler, R., Grinder, J. (1981). *La struttura della Magia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Beebe, B., Lachmann, F. M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions*. Milton Park (UK): Taylor and Francis. Kindle Edition.

- BCPSG - The Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy. A unifying perspective*. NY, London: Norton & Co.
- Bercelli, F., Leonardi, P., Viaro, M. (1999). *Cornici terapeutiche. Applicazioni cliniche di analisi dell'interazione verbale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cecchin, G. (1988). Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità. *Ecologia della Mente*, 5: 29–41.
- Clayman, S. E. (2012). Turn-Constructional Units and the Transition-Relevance Place. In: *The Handbook of Conversation Analysis* (p.150-166). Hoboken (New Jersey, USA): Wiley_Blackwell.
- Drew, P., Heritage, J. (1993). *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ferrara, K. (1994). *Therapeutic ways with words*. New York: Oxford University Press.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A. (2000). *Il triangolo primario*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gelcer, E., McCabe, A.E., Smith-Resnik, C. (1990). *Milan Family Therapy: Variant and Invariant Methods*. Northvale (New Jersey): J. Aronson Inc.
- Goffman, E. (1981). *Forme del parlare*. Tr. It. 1982, Bologna: Il Mulino.
- Heritage, J., Watson, D. R. (1979). Formulations as conversational objects. In Psthas, G. (Ed.), *Everyday language: Studies in ethnomethodology* (pp. 123–162). New York: Irvington.
- Knoll, L., Huiskes, M., Kool, T., Meganck, R., Loeys, T., Desmet, M. (2020). *Reformulating and Mirroring in Psychotherapy: A Conversation Analytic Perspective*. *Frontiers in Psychology*, 11:318. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00318.
- Leonardi, P., Viaro, M. (1990). *Conversazione e terapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci editore.
- Liotti, G. (2004). *Le discontinuità della coscienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Minuchin, S. (1978). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Orletti, F. (1983). Pratiche di glossa. In Orletti, F. (a cura di) *Comunicare nella vita quotidiana*, pp.77-103. Bologna: Il Mulino.
- Penn, P. (1982). Circular Questioning. *Family Process*, 21(3): 267-280.
- Peräkylä, A (2011). After Interpretation: Third-Position Utterances in Psychoanalysis. *Research on Language & Social Interaction*, 44(3): 288–316.
- Rogers, C. (1951). *Terapia centrata sul cliente*. Firenze: La Nuova Italia (edizione 1997).
- Rossano, F. (2012). *Gaze Behavior in face-to-face Interaction*. München: Max Plank Institute for Psycholinguistics Series.
- Ruesch, J., Bateson, G. (1976). *La matrice sociale della psichiatria*. Bologna: Il Mulino.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50(4): 696–735.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., Jefferson, G. (1977). The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language*, 53(2): 361-382.
- Satir, V. (1973). *Psicodinamica e psicoterapia del nucleo familiare*. Roma: Armando.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli Editore (edizione 2003).

- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19:73-85.
- Sidnell, J., Stivers, T. (Eds.) (2012). *The Handbook of Conversation Analysis*. Hoboken (New Jersey, USA): Wiley-Blackwell.
- Stefanovic, M., Koski, S.E. (2018). Intersubjectivity and the Domains of Social Interaction. Proposal of a cross-sectional approach. *Psychology of Language and Communication*, 221: 39-69. DOI: 10.2478/plc-2018-0003.
- Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. It. (1987) Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern, D. (2004). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Tr. It. (2005) Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Szczepek Reed, B. (2020). Reconceptualizing mirroring: Sound imitation and rapport in naturally occurring interaction. *Journal of Pragmatics*, 167: 131-151.
- Tomm, K. (1985). Circular Interviewing: A Multifaceted Clinical Tool. In: Campbell, D., Draper, R., *Applications of systemic family therapy: the Milan approach*. London: Grune & Station.
- Tomm, K., (1987a). Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. *Family Process*, 26: 3-13.
- Tomm, K., (1987b). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self Healing. *Family Process*: 26: 153-183.
- Tomm, K., (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Reflexive or Strategic Questions? *Family Process*, 27: 1-15.
- Viaro, M., Leonardi, P., Sbatella, F. (1984). Opposition und Obstructionismus in der ersten Familiensitzung. *Familiendinamic*, 3: 254-277.
- Viaro, M., Leonardi, P. (1983). Getting and giving Information: Analysis of a Family Interview Strategy. *Family Process*, 22(1): 27-42.
- Viaro, M., Leonardi, P. (1982). Le Insubordinazioni. *Terapia Familiare*, 12: 41-62.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Tr. It. (1971) Roma: Astrolabio.
- Weiste, E., Peräkylä, A. (2013). A Comparative Conversation Analytic Study of Formulations in Psychoanalysis and Cognitive Psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction*. 46(4): 299-321. DOI: 10.1080/08351813.2013.839093
- Wittgenstein, L. (1953). *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi (edizione 2009).

APPENDICE

Convenzioni e simboli usati nella trascrizione (Da Gail Jefferson, semplificati)

(2.6) pausa (durata in secondi)

[] sovrapposizioni A: parole in [sovrapp]osizione

B: [parola]

= Turni successivi senza pause né sovrapposizioni

A: parole=

B: =senza pause né sovrapposizione

°sottovoce°

Sottolineatura = segno di enfasi (senza aumento di volume)

VOLUME aumentato

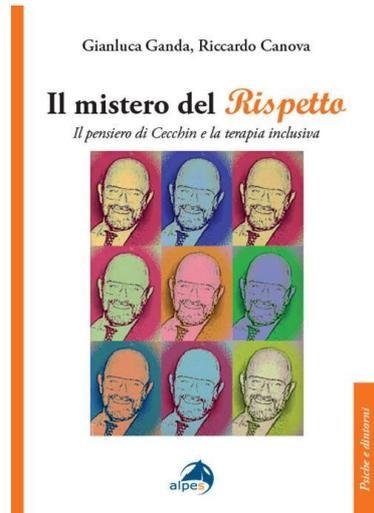
:: prolungamento di suono (e:::)

? , . Conservano il significato che hanno nella punteggiatura normale. Rispettivamente: intonazione chiaramente ascendente; breve pausa seguita da cambiamento di intonazione; intonazione discendente conclusiva.

<parole rallentate> >parole pronunciate più velocemente<

↑ intonazione ascendente (interrogativa meno accentuata che ?) ↓ intonazione discendente (conclusiva, meno accentuata che .)

RECENSIONI DI LIBRI



RECENSIONE DI IGINO BOZZETTO⁴⁴:

iginobozzetto@gmail.com

“Il mistero del rispetto. Il pensiero di Cecchin e la terapia inclusiva” di Gianluca Ganda e Riccardo Canova, Alpes Editore, pagg. 232

Durante il periodo del carnevale mi è capitato di vedere un video girato dalle didatte del centro Siciliano di terapia della famiglia in cui gli allievi, mascherati da personaggi delle fiabe e di racconti rappresentavano i concetti dell’epistemologia sistemica: Biancaneve, Cappuccetto Rosso, Mariam, Alice e tante altre impersonificavano la cibernetica di second’ordine, il doppio legame, l’omeostasi e così via.

Ho trovato questa azione didattica un ottimo atto creativo che ha confermato una mia antica premessa: “u cuntù”, la narrazione, appartiene al DNA dei siciliani. Essi sono fundamentalmente dei cantastorie.

Cito questa esperienza perché mi ha dato la possibilità di inquadrare alcune mie riflessioni a proposito del libro “Il mistero del rispetto. Il pensiero di Cecchin e la terapia inclusiva”.

Continuando con l’analogia, i due “cuntastorie”, Gianluca Ganda e Riccardo Canova, hanno srotolato i vari tele-scenari, imbracciato la chitarra e cantato alcune vicende relative al Maestro Paladino.

Primo scenario: il mistero

⁴⁴ Psicologo, psicoterapeuta. Formatosi inizialmente nel campo della psicologia dello sviluppo ha lavorato per un ventennio in un servizio di Neuropsichiatria Infantile. Con la specializzazione presso il Centro Milanese di Terapia Familiare ha applicato il modello sistemico nel servizio pubblico. Già consulente psicoterapeuta presso il Centro tutela Minori dell’Assessorato agli interventi sociali del Comune di Vicenza, è Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia (CMTF), docente presso la sede di Palermo e collaboratore con altre sedi. Membro del Comitato di Redazione della rivista Connessioni, ha pubblicato numerosi articoli sulla psicoterapia e sul counselling.

Alice (nel paese delle meraviglie) è costretta a sfidare a croquet la Regina, ma gli strumenti con cui gioca sono degli esseri viventi: la mazza è un fenicottero, la palla è un riccio e gli archi sotto cui la palla deve passare sono i soldati-carte-da-gioco del regno.

Tutti sono in grado di perseguire i propri scopi e di prevedere le azioni degli altri con il risultato che ognuno è imprevedibile. Il gioco pertanto diventa caotico perché non mette in campo oggetti bensì esseri viventi.

Cito Bateson citato da Mantovani (1998, p.125): "...Se [Carroll] avesse creato questo pasticcio in qualsiasi altro modo, i giocatori avrebbero potuto imparare a cavarsela. Se il campo di croquet fosse stato solo accidentato, o le palle avessero avuto una forma bizzarra, o le teste delle mazze fossero state semplicemente oscillanti, allora i giocatori avrebbero potuto lo stesso imparare e il gioco sarebbe stato più difficile ma non impossibile. Ma una volta che si fanno entrare esseri viventi diventa impossibile (Bateson, 1972)".

Anche gli autori parlano di esseri in divenire piuttosto che di problemi. Le tematiche della vita che talvolta diventano problematiche, sono definite e influenzate dalle persone, ognuna delle quali ha modalità e stili propri che creano una parte inafferrabile, il mistero. Questa parte di inconoscibilità e di imprevedibilità impone una continua ricerca di molteplici narrazioni, esiti di pratiche di coordinamento e negoziazione: "...Nella terapia inclusiva e rispettosa riconosciamo al sistema la capacità di costruire una coerenza propria, stimoliamo un'armonizzazione tra libertà individuali e adattamento con una coordinazione equilibrata tra le libertà individuali e le regole a cui adattarsi (p. 194)".

Secondo scenario: il Rispetto

Dice Maurizio Fischbein nel prologo di Sawubona: "...Gianfranco accoglieva un mondo di persone tenendo cinquanta grammi di cattiveria in una tasca e un chilogrammo di bontà nell'altra. Queste persone molte legate alle loro storie tremende costruite con gli altri, venivano ascoltate da lui con la curiosità e la saggezza di Ulisse, "nati non fummo per vivere come bruti ma per conseguir virtute e conoscenza", con la fiducia che esiste sempre la possibilità di un riscatto umano. Il riscatto era permesso a tutti e questa premessa costituiva la profondità del suo rispetto. Era capace di farti partecipe della idea che non esistono *bruti* o virtuosi a priori ma che tutti partecipano a questa vita e ai suoi eventi con quel po' di cattiveria e quel tanto di bontà. Senza il pregiudizio che l'altro sia più cattivo di noi, più ignorante di noi, più disgraziato di noi, possiamo permetterci di fare una terapia (p. 5-6)".

Ganda e Canova alla ricerca di un fil rouge che colleghi i vari concetti (curiosità, pregiudizi, irriverenza, idee perfette) che Cecchin ha utilizzato per parlare a proposito dell'osservatore, sviluppano il tema del rispetto partendo inizialmente da alcune sue definizioni: la parola etimologicamente significa "guardare indietro, rivolgere l'attenzione" e si esprime come quella qualità della relazione che si mostra a noi quale effetto del *positioning*.

Consapevoli della difficoltà di definirlo, gli autori ci tengono a precisare ciò che il rispetto non è (pietà, deferenza, obbedienza, accudimento, empatia, tenerezza, gentilezza o connotazione positiva) e ciò che potrebbe essere (uno sguardo a ciò che funziona, un ascolto della persona nel suo sistema di riferimento, un riconoscimento della responsabilità dell'altrui autonomia, una ricerca delle risorse, l'accettazione della reciprocità).

La voce di Cecchin, presente in ogni parte del libro e ben limpida nell'intervista di Canova raccolta nel capitolo "La postura del rispetto: riflessioni ad alta voce", rappresenta l'ossatura del libro: il

rispetto è difficile da definire, è un atteggiamento diverso dall'approccio psichiatrico classico, indica un modo diverso di approcciare i problemi, implica una doppia posizione del terapeuta, è legato al riconoscimento dell'altro, impone la consapevolezza di appartenere a un contesto con proprie regole, spinge a cercare il dialogo tra le persone.

Terzo scenario: L'inclusione.

Per rispetto attivo si intende il riconoscimento dell'altro e della sua possibilità/potenzialità di affermazione che dipende dalla posizione che occupa nel suo sistema di appartenenza. Vale anche per il terapeuta il quale, al posto di fare l'esperto, l'insegnante e il moralista (cosa non va?, io so cos'hai, ti dico come affrontarlo e ti rimprovero se non segui il mio consiglio), può invece chiedergli cosa potrebbe fare per lui e come ha fatto ad arrivare a quel punto ritornandogli il ruolo di esperto della propria vita. Questa è l'inclusività: una sospensione del giudizio, un'osservazione libera, un modo di essere in relazione che concede molte possibilità.

Nella trascrizione del caso di Sonia si possono trovare gli elementi di ciò che per gli autori era la posizione di Cecchin rispetto all'inclusività:

- Rivolgersi direttamente alla paziente attribuendole la responsabilità di decidere se parlare o meno.
- Metacomunicare sul suo codice comunicativo.
- Rispettare la decisione di non parlare.
- Non esprimere pareri o giudizi sui comportamenti degli altri membri.
- Definire il comportamento di Sonia come uno stile di vita da lei scelto di cui lei ne è responsabile.
- Ribadire che non ci sono colpevoli e che nessuno vuole insegnare o giudicare.

Quindi, ben venga.

Ben venga il libro e ben venga l'intento di catturare la voce di Cecchin e di tramandarla a tutti quei terapeuti che desiderano essere rispettosi.

BIBLIOGRAFIA

Bateson, G. (1972). *Verso una ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Fischbein, M. (2010). *Sawubona. Ti vedo. Conversazione [postuma] con Gianfranco Cecchin*. Padova: Unipress.

Mantovani, G. (1998). *L'elefante invisibile. Alla scoperta delle differenze culturali*. Firenze: Giunti.

DIARIO DELLE INIZIATIVE FORMATIVE E CULTURALI ORGANIZZATE DALLA SIRTS NEL 2023-2024:

La SIRTS da decenni promuove il pensiero scientifico, la ricerca e la clinica afferente al paradigma epistemologico sistemico-relazione. Tale mandato si esprime prevalentemente attraverso l'organizzazione (e il patrocinio) di eventi formativi e culturali - come giornate di studio, congressi e presentazione di libri - di cui resta preziosa traccia nei Quaderni SIRTS.

Di seguito trovate memoria degli eventi organizzati nell'ultimo biennio e l'anteprima di alcune iniziative già programmate per il prossimo autunno e il 2025.

Per restare aggiornati, consultate il sito SIRTS alla pagina dedicata: www.sirts.org/eventi

Giornate di studio e convegni

- Sabato 25.3.23: giornata di studio “Manifestazioni adolescenziali estreme: Proposte Cliniche Sistemico-relazionali”; relatori: Fabiana Montella, Olivia Pagano, Gloriana Rangone, Marco Schneider
- Sabato 14.10.23: giornata di studio “FA.G.E. Family Genogram of Emotions: giornata esperienziale fra teoria e pratica per lavorare con le emozioni in terapia sistemica”; relatori: Valentina Iori e Nicoletta Citterio
- Sabato 25.11.23: giornata di studio “Si può chiudere una terapia? La voce di coppie e famiglie attraverso risultanze di follow up a Milano e Chambery”; relatori: Roberto Mazza e Gianni Cambiaso, Vera Tsenova e Claire Gekiere, Renzo Marinello
- Sabato 09.03.24: giornata di studio “L’uso delle immagini nella clinica e nelle relazioni d’aiuto”; relatori: Conny Leporatti e Francesco Bruni
- Sabato 11.5.24: giornata di studio “Le emozioni e i sé del terapeuta nei processi di cura e terapia”; relatori: Laura Colangelo e Paolo Sacchetti

Presentazione di libri

- Mercoledì 17.5.23: presentazione del libro “Le pratiche collaborative nei servizi di cura e di tutela” di Jimmy Ciliberto e Mauro Piccinin
- Mercoledì 20.9.23: presentazione del libro “Il valore di sé. Autostima e sofferenza mentale” di Paolo Rigliano
- Mercoledì 25.10.23: presentazione del libro “Valutazione del funzionamento familiare. La prospettiva triassica della procedura TIAP” di Elena Venturelli, Laura Fruggeri, Ada Cigala
- Mercoledì 17.1.24: presentazione del libro “Il mistero del rispetto. Il pensiero di Cecchin e la terapia inclusiva” di Gianluca Ganda e Riccardo Canova

LE PROSSIME ATTIVITA', I PROSSIMI EVENTI

Giornate di studio e convegni

- Sabato 5.10.24: giornata di studio “Nuovi generi e nuove generazioni”; relatori: Federico Ferrari e Federico Sandri

Presentazione di libri

- Lunedì 10.6.24: presentazione del libro “Era una brava persona. Sguardi sulla violenza maschile contro le donne” di Emanuele Corn, Leandro Malgesini, Ivan Pezzotta
- Autunno 2024 (data da definire): presentazione del libro “Il maltrattamento istituzionale dei minorenni. Storie per non dormire” di Jorge Colapinto, Juan Luis Linares e Pier Giorgio Semboloni

Congressi

- CONGRESSO INTERNAZIONALE SIRTS 2025, Milano, 16-18 maggio 2025:
“Clinica sistemica e frammentazione dei contesti, cura dei legami e nuove complessità”

di Chiara Bertonati

Vicecaporedattore Quaderni SIRTS e membro del board SIRTS

La Redazione dei Quaderni SIRTS invita i lettori della rivista ad iscriversi alla SIRTS (Società Italiana Ricerca e Terapia Sistemica) così da poter entrare a far parte di una Società Scientifica caratterizzata dalla presenza di professionisti esperti dell'approccio sistemico-relazionale in dialogo tra loro.

I soci regolarmente iscritti alla SIRTS potranno partecipare a titolo gratuito a tutti gli eventi formativi in programma: Giornate di Studio a tema e Convegni, Presentazioni di libri e Congresso Internazionale, quest'ultimo con frequenza biennale.

I soci potranno anche partecipare, previa autorizzazione della Redazione, ai lavori della Redazione dei Quaderni SIRTS.

Per iscriversi alla Società è necessario presentare via mail (sirts@sirts.org) una domanda di ammissione indirizzata al Presidente della Società, corredata da Curriculum professionale autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/28.12.2000.

Tale candidatura dovrà essere sostenuta da almeno un Socio Ordinario che attesti per iscritto lo svolgimento da parte del candidato di attività nell'ambito della formazione, della clinica o della ricerca inerenti l'approccio sistemico e le sue differenti applicazioni, secondo criteri e metodi previsti dai Centri di Formazione Sistemica, Scuole approvate dal M.I.U.R. e riconosciute dalla SIRTS.

A seguito di giudizio di idoneità da parte dell'Assemblea della Società si potrà procedere all'iscrizione alla SIRTS, completando la richiesta attraverso il versamento di una quota annuale pari a Euro 80.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito: www.sirts.org

QUADERNI SIRTS – NORME REDAZIONALI

LINGUA: sono accettati articoli in lingua italiana così come in altre lingue. Il carattere è **Times New Roman**, dimensione:

- 12 per titolo e sottotitolo (in maiuscolo)
- 11 per il nome dell'autore (in maiuscolo), per la mail, per il corpo dell'articolo e per la bibliografia.
- 10 per le note a piè di pagina.

RIFERIMENTO: Ogni articolo deve avere come riferimento almeno un articolo già pubblicato sui Quaderni SIRT (numero aperto o numeri già chiusi). Sono esenti da questa norma gli articoli relativi alle relazioni tenute nel corso degli eventi SIRTS, per i quali il riferimento sarà il contesto conversazionale stabilito dalla SIRTS.

LUNGHEZZA: Il corpo dell'articolo deve contare da un minimo di 20 000 a un massimo di 40 000 caratteri, tutto compreso, spazi esclusi. Il conteggio deve comprendere anche i titoli, le note e la bibliografia.

STRUTTURA: L'articolo deve presentare, nell'ordine: titolo, autori, mail degli autori, abstract, parole chiave, corpo dell'articolo (e relativi sottoparagrafi), note, bibliografia. In particolare:

- **ABSTRACT** (in italiano o lingua originale dell'articolo e in lingua inglese): da redigere in terza persona, approssimativamente di 250 parole.

- **PAROLE CHIAVE** (in italiano o lingua originale dell'articolo e in lingua inglese): al termine dell'Abstract vanno indicate fino a un massimo di 5 o 6 parole chiave che permettano da una parte di identificare in modo rapido gli argomenti principali dell'articolo e dall'altra di effettuare ricerche interne al database dei Quaderni SIRTS per argomento.

- **CORPO DELL'ARTICOLO:** preferenzialmente suddiviso nei seguenti sotto paragrafi:

1. Introduzione
2. Corpo dell'articolo
3. Conclusione

- **NOTE:**

4. Le note a piè di pagina vanno inserite in calce alla singola pagina e non il fondo all'articolo, numerate progressivamente.
5. Le citazioni all'interno del lavoro sono da inserirsi in corsivo, all'interno di virgolette. Dopo la citazione in corsivo devono essere inseriti tra parentesi l'autore, l'anno ed il numero della pagina da cui è stata presa la citazione.
6. Le illustrazioni, tavole, schemi o foto, devono essere inserite nel lavoro e accompagnate da una didascalia chiara, riportando le fonti come per le citazioni letterali.

- **BIBLIOGRAFIA:** la bibliografia deve essere costruita secondo il criterio internazionale dell'American Psychological Association (APA).

http://www.sirts.org/images/quaderni/norme/modello_1_-_norme-apa-criteri-redazionali-per-la-compilazione-della-bibliografia.pdf

- **SITOGRAFIA:** esplicitare le pagine web citate nel lavoro indicandone la data nella quale erano attive (es.: <https://www.sirts.org/quaderni>, attivo al maggio 2024)

I Quaderni SIRTS sono online sul sito www.sirts.org