



QUADERNI SIRTS

N.6

Anno 2025

**Mappe e bussole di
Navigazione Sistemica.**
Emozioni, strumenti clinici e nuovi generi.

LA REDAZIONE DEI QUADERNI SIRT

Caporedattore: Marco Schneider

Vice-caporedattore: Chiara Bertonati

Redazione: Alice Bregoli

Patrizia Frongia

Monica Gatti

Edoardo Perini

Sara Ferraris

Collaboratori Esterni:

Renzo Marinello

Paola Oggioni

Ringraziamenti

Si ringraziano i Dottori

Lorenzo Rabottino, Francesca Zuccalà, Arianna Modena,

Alessia Galimberti e Lucrezia Consoli

per la collaborazione resa alla realizzazione

di questo numero dei Quaderni SIRT

EDITORIALE.

Di Marco Schneider, Caporedattore Quaderni SIRTIS.

Quest'ultimo anno, da maggio 2024 ad oggi, è stato per i Quaderni un periodo appassionante ma anche impegnativo. Molto infatti è stato il lavoro della Redazione sul versante editoriale della produzione di contenuti ma anche su quello delle relazioni con altre riviste di ispirazione sistemica.

Rispetto alla produzione di contenuti abbiamo fatto veramente molto: vi è stata infatti l'uscita del 5° numero a maggio scorso nella versione elettronica e il 30 novembre nella versione cartacea (altro risultato importante), volume distribuito ai soci in occasione della prima "Festa dei Quaderni" svoltasi a Milano. La Redazione poi ha continuato a lavorare arrivando alla pubblicazione di altri due numeri, uno dei quali è quello che sto introducendo, intitolato "Mappe e bussole di navigazione sistemica. Emozioni, strumenti clinici e nuovi generi", mentre l'altro è uno "Speciale" (il primo per la SIRTIS), recentemente pubblicato e disponibile sul sito SIRTIS alla sezione "Quaderni", dal titolo "SIRTIS in Messico". Tale Speciale è stato composto in occasione della partecipazione di alcuni soci SIRTIS al 10° Congresso Internazionale C.E.fa.P. (Centro Messicano di terapia familiare e della coppia) tenutosi a Cholula, Puebla (Messico) nel novembre 2023, dal titolo "Terapia breve y familiar".

Un grande lavoro, dunque, reso possibile oltre che dall'instancabile impegno della Redazione (della quale oltre al sottoscritto fanno parte Chiara Bertonati, Alice Bregoli, Sara Ferraris, Patrizia Frongia, Monica Gatti ed Edoardo Perini) anche dal sempre maggior numero di articoli che giungono alla nostra attenzione per venire pubblicati, segno questo che leggiamo come una crescente considerazione che l'offerta editoriale della SIRTIS gode nel mondo scientifico sistemico.

Tali articoli giungono su invito dai relatori agli eventi SIRTIS ma anche da colleghi che spontaneamente decidono di scegliere i Quaderni SIRTIS come piattaforma per presentare i loro lavori.

Una credibilità in crescita, dunque, quella dei Quaderni, che ripaga gli sforzi profusi dalla Redazione e dalla SIRTIS in generale già dal 2018 ma soprattutto che colloca ormai direi a pieno titolo i Quaderni SIRTIS tra i punti di riferimento nel mondo sistemico per ciò che riguarda il pensiero ed il confronto clinico, epistemologico, metodologico.

Vi è poi un altro fronte aperto di lavoro, molto importante e al quale teniamo molto, ovvero la collaborazione con altre riviste scientifiche sistemiche.

Gli anni 2024-2025 hanno prodotto frutti molto promettenti in questo senso che fanno ben sperare rispetto all'ambizione non solo di produrre contenuti di sempre maggiore qualità ma anche di contribuire al metaprogetto di favorire la circolazione tra i clinici italiani ed internazionali dei più significativi contributi scientifici sistemici.

Lo avevamo già annunciato in altri editoriali, ma ora possiamo confermarlo: siamo riusciti ad avviare alcune collaborazioni con importanti riviste di sistemica, ottenendo risultati più che soddisfacenti.

In questi mesi abbiamo infatti avviato dei contatti diretti con "Connessioni", con "Frattali" e con "Systemic Thinking & Psychotherapy", la rivista della Società Ellenica di terapia sistemica (HE.S.T.A.F.T.A.), contatti che hanno prodotto dei primi scambi di contenuti pubblicati da ciascuna rivista.

In questo 6° numero dei Quaderni troverete infatti oltre ad articoli originali pubblicati per la prima volta, anche un articolo dalla rivista "Connessioni" ("Il corpo poetico nella psicoterapia" di Wolfgang Ullrich), uno dalla rivista "Frattali" ("La prospettiva trigenerazionale nell'intervento di tutela di minore con genitori tossicodipendenti" di Roberto Mazza) ed uno dalla rivista "Systemic Thinking & Psychotherapy" ("The reflective team in mental health community settings for children and adolescents: challenges, benefits and dilemmas" di Alexandra Perimeni).

Queste riviste nei prossimi loro numeri faranno lo stesso, accogliendo uno o più articoli dalle più recenti pubblicazioni dei Quaderni SIRTIS.

Questo primo livello di collaborazione, già di per sé molto importante, è nella nostra mente la base sulla quale intendiamo costruire progetti di collaborazione più stabili e strutturati, come ad esempio giornate di confronto tra riviste sistemiche e, perchè no?, un coordinamento, magari una “federazione”, tra riviste sistemiche. Ciò porterà nella nostra idea ad aumentare il valore ed il peso specifico del pensiero sistemico nella società, grazie appunto ad una maggiore coordinazione tra le riviste scientifiche sistemiche.

Un progetto ambizioso che sta raccogliendo, per quanto stiamo iniziando a vedere, il favore di molti colleghi e delle riviste che abbiamo finora coinvolto.

L'idea è quella di proseguire su questa linea, coinvolgendo altre riviste nei prossimi mesi ed intensificando la collaborazione con quelle che già hanno accettato di lavorare insieme a noi.

Ma veniamo a questo numero, ricco di stimoli interessanti.

Come sempre gli articoli presentati, tutti assegnatari di DOI per la citabilità scientifica, sono arricchiti, secondo l'ormai nota formula editoriale dei Quaderni, da “commenti” elaborati da colleghi che propongono riflessioni aggiuntive proprio a partire da quanto proposto nell'articolo, così da facilitare ed incrementare il dialogo ed il confronto scientifico.

Da questo numero abbiamo inserito una piccola ma significativa modifica: sia il titolo che l'abstract che ancora le parole chiave sono indicati sia nella lingua madre dell'autore che in inglese, favorendo così la condivisione dei contenuti in un'ottica di apertura al dibattito scientifico internazionale.

Questo numero si compone, come del resto il precedente, di varie sezioni, così da organizzare meglio l'impianto generale del numero ma soprattutto la lettura.

Le sezioni quest'anno sono: “Emozioni” (con particolare riferimento alle emozioni del terapeuta e ad uno strumento di lavoro che pone al centro le emozioni dei pazienti), “Strumenti” (con particolare riferimento all'uso delle immagini d'arte in terapia e agli oggetti fluttuanti), “Identità di genere” (con particolare riferimento all'accompagnamento alla soggettività di genere e alla tutela psico-socio-giuridica delle persone gender variant), la sezione “Dalle altre riviste”, la sezione “Recensioni” (con la recensione di Toffanetti del testo di Maurizio Frisina “L'espace en thérapie, une vision systémique”) e la sezione “Diario delle iniziative SIRTIS”. Rispetto a quest'ultimo punto con piacere segnalo che questo 6° numero verrà ufficialmente presentato nella forma elettronica al prossimo Congresso SIRTIS (dal titolo “Clinica sistemica e frammentazione dei contesti - cura dei legami e nuove complessità”), che si terrà questo maggio, dal 16 al 18, ad Iseo (BS).

Daremo certamente conto di questa importante iniziativa nel prossimo numero della rivista.

In questo numero troverete gli articoli (come da indice) di Colangelo (commentato da Mosconi), di Iori-Citterio (commentato da Perini), di Leporatti-Di Gesto (commentato da Gilli), di Bruni (commentato da Colombo), di Ferrari (commentato da Lamendola), di Maltempi (commentato da Volpi), di Ciliberto (commentato da Biondi), di Mazza, Ullrich e Perimeni.

Il lavoro e l'interesse per ciò che è nuovo, utile e che aiuta la riflessione su pratiche e punti di osservazione non finisce mai. Per tale ragione invito tutti i colleghi interessati a proporre dei loro contributi a mettersi in contatto con la Redazione.

Sono certo che l'esplorazione di questo 6° numero produrrà importanti pensieri e idee nuove in tutti noi.

Buona lettura!

Milano, maggio 2025

INDICE

Federico Ferrari IN MEMORIAM NATALE LOSI	7
<i>SEZIONE EMOZIONI</i>	8
Laura Colangelo LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA: BUSSOLA E CHIAVI DEL PROCESSO TERAPEUTICO	9
Andrea Mosconi COMMENTO ALL'ARTICOLO DI LAURA COLANGELO: "LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA: BUSSOLA E CHIAVI DEL PROCESSO TERAPEUTICO"	20
Nicoletta Citterio, Valentina Iori FA.G.E. FAMILY GENOGRAM OF EMOTIONS: NASCITA DI UNO STRUMENTO PER LAVORARE CON LE EMOZIONI IN TERAPIA SISTEMICA	27
Edoardo Perini COMMENTO ALL'ARTICOLO DI NICOLETTA CITTERIO E VALENTINA IORI: "FA.G.E. FAMILY GENOGRAM OF EMOTIONS. NASCITA DI UNO STRUMENTO PER LAVORARE CON LE EMOZIONI IN TERAPIA SISTEMICA"	42
<i>SEZIONE STRUMENTI</i>	45
Conny Leporatti, Cristian Di Gesto I COLORI DELL'ANIMA: USO DI IMMAGINI D'ARTE IN PSICOTERAPIA	46
Gabriella Gilli COMMENTO ALL'ARTICOLO DI CONNY LEPORATTI E CRISTIAN DI GESTO: "I COLORI DELL'ANIMA. USO DI IMMAGINI D'ARTE IN PSICOTERAPIA"	666
Francesco Bruni IL GIOCO DEI DESTINI INCROCIATI: UN OGGETTO FLUTTUANTE PER LA PSICOTERAPIA	69
Lucia Colombo	

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI FRANCESCO BRUNI: "IL GIOCO DEI DESTINI INCROCIATI. UN OGGETTO FLUTTUANTE PER LA PSICOTERAPIA"	86
Federico Ferrari ACCOMPAGNARE LA SOGGETTIVITÀ DI GENERE TRA IDENTITÀ E CONTESTI	88
Virginia La Mendola COMMENTO ALL'ARTICOLO DI FEDERICO FERRARI: "ACCOMPAGNARE LA SOGGETTIVITÀ DI GENERE TRA IDENTITÀ E CONTESTI"	1100
Lorena Maltempi SFIDA SISTEMICA DEL GATEKEEPING: DEPATOLOGIZZARE E TUTELARE IN OTTICA PSICO-SOCIO- GIURIDICA LE PERSONE GENDER VARIANT	1133
Erica Volpi COMMENTO ALL'ARTICOLO DI LORENA MALTEMPI: "SFIDA SISTEMICA AL GATEKEEPING: DEPATOLOGIZZARE E TUTELARE IN OTTICA PSICO-SOCIO- GIURIDICA LE PERSONE GENDER VARIANT"	128
Jimmy Ciliberto QUEER: QUALE DIALOGO TRA IDENTITÀ E RELAZIONI?	1300
Paola Biondi COMMENTO ALL'ARTICOLO DI JIMMY CILIBERTO: "QUEER: QUALE DIALOGO TRA IDENTITÀ E RELAZIONI"	136
SEZIONE: "DALLE ALTRE RIVISTE"	138
Roberto Mazza LA PROSPETTIVA TRIGENERAZIONALE NELL'INTERVENTO DI TUTELA DI MINORE CON GENITORI TOSSICODIPENDENTI	139
Wolfgang H. Ullrich IL CORPO POETICO NELLA PSICOTERAPIA	157
Alexandra Perimeni IL REFLECTIVE TEAM NEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA: SFIDE, RISORSE E DILEMMI	167
Dario Toffanetti RECENSIONE DI "L'ESPACE EN THÉRAPIE, UNE VISION SYSTÉMIQUE" DI MAURIZIO FRISINA	174

DIARIO DELLE INIZIATIVE FORMATIVE E CULTURALI ORGANIZZATE DALLA SIRTS NEL 2024-2025:	176
QUADERNI SIRTS – NORME REDAZIONALI	178

IN MEMORIAM NATALE LOSI

È venuto a mancare Natale Losi, socio SIRTS, terapeuta sistemico e fondatore dell'orientamento etno-sistemico-narrativo, Direttore della Scuola Etnopsi di Roma. Medico, antropologo, sociologo, formatosi presso la Scuola Mara Selvini Palazzoli, Natale Losi ha prodotto un pensiero originale, capace di riattualizzare le radici antropologiche dell'approccio sistemico, che sempre riscopriamo negli scritti di Bateson e di Mead, in un'esperienza sul campo, di frontiera, drammaticamente contemporanea, di confronto con l'altro culturale. Un'esperienza profondamente terapeutica, ma non clinica nel senso medico del termine: piuttosto relazionale nel senso più autenticamente sistemico. Losi non è stato solo capace di riportare le culture cosiddette "tradizionali" al centro della nostra rappresentazione sistemica della molteplicità, ma anche di aprire, grazie a questo incontro, un eccezionale fronte di critica verso le nostre premesse culturali. Ha saputo mettere in discussione la naturalizzazione di concetti "sanitari" sempre più dati per scontati, su cui finiamo per costruire il nostro operato di psicoterapeuti, spesso in una prospettiva medica, occidentale, colonialista, di cui non ci rendiamo più conto. Losi ci ha proposto in alternativa un'idea della cura in cui la relazione con la storia dell'altro e con la comunità si fanno asse di connessione tra le diverse culture, locali e plurali, in una prospettiva in cui ognuno ha la possibilità e la responsabilità della cura, attraverso e al di là delle differenze culturali.

Dalla sua esperienza nei contesti di guerra, da cui è nato il suo libro *"Guarire la guerra. Storie che curano le ferite dell'anima. Esperienze di uno psicoterapeuta"* (L'Harmattan, 2015), Losi ha tratto una visione complessa del trauma, ben oltre la semplice etichetta del PTSD, piuttosto come tragica costruzione sociale, che sfida il terapeuta ad un intervento di ricostruzione di storie e di connessione con la comunità nei contesti di conflitto e di migrazione (una visione approfondita da ultimo nel libro *"Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche"*, Quodlibet, 2020).

SIRTS ha avuto l'occasione e il privilegio di accogliere questo contributo di Losi nella giornata del 27 ottobre 2018 sulla "Violenza estrema della guerra", quando Natale è intervenuto insieme a Michela Paschetto e Alexia Jacques, con un intervento che proponeva la cura delle persone coinvolte nei conflitti armati come volontà di tornare ad una vita dignitosa, chiedendosi: *"Gli psichiatri e gli psicoterapeuti sono preparati a curare le ferite invisibili di chi fugge dalla guerra senza confondere normali reazioni di sofferenza con sindromi psichiatriche tipiche di contesti di non belligeranza?"*. Potete trovare questo suo prezioso contributo nel primo numero dei Quaderni SIRTS (Violenza e Dialogo, Adolescenti, coppie, collettività e comunità).

Natale Losi ci ha lasciato, ma la comunità sistemica, a cui SIRTS si rivolge, eredita il suo pensiero etno-sistemico-narrativo e lo aggiunge come importante componente alla rosa degli orientamenti che ne compongono il panorama.

SIRTS manifesta la sua vicinanza ai didatti, agli allievi e a tutta la Scuola Etnopsi, alla famiglia di Natale Losi a tutte e tutti coloro che ne piangono la perdita.

Federico Ferrari

Presidente SIRTS

SEZIONE EMOZIONI

LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA: BUSSOLA E CHIAVI DEL PROCESSO TERAPEUTICO

(THE THERAPIST'S EMOTIONS: COMPASS AND KEYS TO THE THERAPEUTIC PROCESS)

LAURA COLANGELO¹

mail: laura.colangelo.1963@gmail.com

SOMMARIO

Lo scambio emotivo è il cuore della relazione terapeutica. Dagli anni '90 grande attenzione è stata riservata anche ai vissuti del terapeuta. L'autrice applica il modello delle polarità semantiche, che permettono di rappresentare l'interconnessione dei membri del sistema anche nella relazione terapeutica, per passare in rassegna alcuni degli usi delle emozioni del terapeuta nel corso del processo di cambiamento e li illustra con alcuni casi clinici. Inoltre cita gli studi sul mirroring per evidenziare come le emozioni del terapeuta gli permettano di sintonizzarsi in modo irriflesso e ogni volta specifico partecipando alla costruzione di una relazione terapeutica “modellata” dal mondo emotivo del paziente. Per questo enucleare le emozioni del terapeuta è cruciale per l'ipotesizzazione. Esse costituiscono una bussola per orientare l'inquadramento del paziente e la scelta del setting se contestualizzate attraverso ipotesi che collochino la relazione terapeutica nel più ampio sistema delle relazioni significative del paziente. Oltre ad essere elementi utili a rintracciare i punti di snodo del percorso, indicano le incongruenze tra storia “narrata” e storia “vissuta”, incongruenze alla base dei reframing.

La dialettica tra mirroring e ipotesi conferisce una direzionalità al processo guidando le scelte di conduzione e la costruzione di una nuova coerenza. Il confronto con quest'ultima favorisce la traslazione dalla semantica critica che informava anche la relazione terapeutica all'inizio del percorso ad altre semantiche pur presenti ma sinora in ombra.

PAROLE CHIAVE: emozioni del terapeuta, polarità semantiche, mirroring, relazione terapeutica

ABSTRACT

The emotional exchange is the heart of the therapeutic relationship. Since the 1990s, great attention has also been put on the emotion of the therapist.

The family semantic polarities model, which allows for the representation of the interconnectedness of system members including the therapist, is applied to review some of the uses of the therapist's emotions during the process of change with the help of several clinical cases. The author references

¹ Laura Colangelo, Dirigente psicologa ASST “Papa Giovanni XXIII” Pz. Oms, 1 Bergamo; psicoterapeuta sistemica, didatta EIST, Via Marco de Marchi 7, Milano.

studies on the mirroring to highlight how the therapist's emotions enable them to unconsciously and uniquely attune to the patient, contributing to the creation of a therapeutic relationship that is 'shaped' by the patient's emotional world.

Because of this, the therapist's emotions are crucial to the hypothesising process. In fact, they serve as a compass in guiding the framing and the selection of the therapeutic setting when they are contextualized through hypotheses that place the therapeutic relationship within the broader system of the patient's significant relationships. In addition to being useful for identifying pivotal points in the therapeutic journey, therapist's emotions highlight the discrepancies between the 'narrated' story and the 'lived' story, which are key to the development of reframings. The dialectic between mirroring and hypothesising process gives a direction to the process, guiding the choices in how to conduct the therapy and in how to construct a new coherence. Confronting this new coherence facilitates the transition from the critical semantics that initially informed the therapeutic relationship to other semantics that were present but had remained in the background until now.

KEY WORDS: Therapist's emotions, semantic polarity, mirroring, therapeutic relationship.

INTRODUZIONE

“...è dalla relazione che si sviluppa la soggettività, la singolarità di ognuno di noi. È la relazione che ci definisce di più come specie vivente.” Vittorio Gallese.

La soggettività del paziente e quella del terapeuta, messe tra parentesi quando si trattava di rivoluzionare l'epistemologia della psicologia verso un modello di mente contestuale ed interattiva, hanno avuto di nuovo diritto di cittadinanza nel pensiero sistemico dagli anni novanta quando la sistemica ha cessato di coincidere con la terapia della famiglia per divenire un modello di spiegazione e trattamento dei processi psicopatologici.

Da allora il tema delle emozioni del terapeuta è quindi divenuto centrale, come testimoniato, ad esempio, dal testo di Mony Elkaim sull'uso dei vissuti del terapeuta del 1989 o da un seminario organizzato sul tema da Maurizio Andolfi a Roma nel 1990. Tuttavia a lungo i concetti per pensare il coinvolgimento emotivo del terapeuta sono mancati o sono stati mutuati dalla psicoanalisi. In effetti sino ad oggi non è infrequente vedere la nozione di controtransfert utilizzata in pubblicazioni sistemiche a dispetto delle sue premesse totalmente incompatibili col modello. Nel testo citato, Elkaim si serve del concetto di risonanza per indicare l'intersezione tra le costruzioni del mondo di terapeuta e paziente ma lo definisce come un caso particolare di assemblaggio (accoppiamento strutturale di due sistemi), una metafora meccanicista e poco differenziata.

Bisogna arrivare, a mio avviso, alla nozione di posizione² (Davies & Harré, 1990) e di costrutti quali le polarità semantiche familiari³ (Ugazio, 1998/2012) per dar conto simultaneamente

²Il positioning è definito come la costruzione di ruoli fluidi all'interno della conversazione che rende intelleggibili le azioni di una persona (Davies, Harré, 1990)

³ Secondo Ugazio (1998/2012) ogni famiglia si caratterizza per specifiche dimensioni di significato, le polarità semantiche, in cui tutti i membri si con-pongono partecipando allo stesso universo di significato pur con posizioni distinte

dell'interconnessione dei membri del sistema e dello spessore dell'esperienza di ciascuno sia nella famiglia che nel sistema terapeutico. Le neuroscienze supportano l'idea del ruolo fondamentale delle emozioni per vivere e comprendere le interazioni. Anche il nesso tra emozioni, relazione e contesto così importante per noi sistemici trova riscontro in questi studi: le ultime ricerche inquadrano le emozioni come esperienze emergenti e ipotizzano che per l'esperienza emotiva siano determinanti le relazioni funzionali tra le varie aree implicate in un network in cui il coordinamento varia a seconda del contesto e delle sue varie componenti (variabili cognitive, motivazionali, ambientali) in modo non gerarchico, ma dettato dal processo stesso (Balconi, 2020). Dalla letteratura recente possiamo quindi evincere che il contesto, di apprendimento come della relazione attuale, gioca un ruolo chiave nell'elaborazione del significato emotivo (Balconi *et al.*, 2015; Balconi, Fronda, 2020; Balconi *et al.*, 2018). Da clinici, sapevamo già che la paura del fobico vissuta corporeamente e declinata in termini di prossimità o distanza di qualcuno che possa prestare soccorso, è altra cosa rispetto alla paura della punizione dell'ossessivo o della sua angoscia per lo spaccarsi del sé; altra cosa ancora dall'ansia sociale di chi, in una semantica del potere, teme di sentirsi definito inadeguato nel qui ed ora del rapporto. Il vissuto immediato appare come un invito che può essere specificato in una dimensione processuale così che un'emozione viene definita diversamente nelle sue componenti a seconda della semantica critica prevalente (Ugazio, Salamino, 2016): il coraggio avrà obiettivi, ostacoli, definizioni diverse nel contesto della semantica della libertà, dell'appartenenza, del potere o della bontà.

EMOZIONI E RELAZIONE TERAPEUTICA

Lo scambio emotivo tra pazienti e terapeuta è indubbiamente l'anima della relazione terapeutica. Ma come utilizzare le emozioni del clinico nel processo terapeutico?

Mi sia consentito cominciare dalla fine: vari lavori di follow up (Colangelo 2013, 2015, 2017) sui casi conclusi o interrotti da me condotti nel Centro Psico-Sociale dove opero mi hanno fatto capire che anche il terapeuta si formula diversamente in risposta a profili di senso diversi. In questi lavori un collega, al buio su qualsiasi informazione riguardo le terapie che non fosse il formato dei colloqui, ha intervistato in parallelo me e i pazienti sui cambiamenti ottenuti e sui fattori rintracciati come determinanti; le conclusioni hanno mostrato un'ampia sovrapposizione tra terapeuta e pazienti nel vissuto della terapia, dei risultati e fattori ritenuti fondamentali per ottenerli. Tuttavia la configurazione dei cambiamenti e dei fattori enucleati variava in rapporto al tipo di relazione terapeutica costruita e alle emozioni che contribuivano in modo determinante a darvi significato. Persone con semantiche diverse cambiavano in modo diverso. I cambiamenti e gli *helpfull factor* riconosciuti erano differenti ed interrelati tra loro in modo caratteristico a seconda della semantica. In queste ricerche, quale sorpresa per me, che consideravo la mia persona una costante tra la mole di

l'uno dall'altro. Da questo vertice non esiste un unico modo per costruire legami di attaccamento ma diversi a seconda delle emozioni, delle definizioni di sé e della relazione, ricorsivamente connesse, che prevalgono. Nel definire sé e la relazione possono essere ad esempio critiche emozioni di paura/coraggio con i corrispondenti movimenti di avvicinarsi privilegiando la relazione a una buona autostima o allontanarsi per mantenere un elevato senso di sé sacrificando i legami; oppure i movimenti relazionali di inclusione/esclusione alimentati dalle polarità emotive gioia/disperazione e corrispondenti a sentimenti di sé come onorato o reietto; o ancora esperire vanto e senso di autoefficacia versus vergogna e senso di inadeguatezza connessi ai movimenti relazionali di adeguarsi/opporsi sentendosi vincente o perdente.

variabili, rintracciare nelle interviste degli ex pazienti versioni plurali e molto diverse della loro ex terapeuta.

Anche aspetti apparentemente oggettivi (ad esempio il prevalere nella conversazione dell’ascolto o di un’attiva direttività) erano trattati in modo spesso opposto!

Riflettendoci a posteriori mi sono convinta che questo era il portato della natura co-costruita della relazione per cui, in effetti, lungi dal pensare il rapporto terapeutico al singolare, è necessario intenderlo al plurale (Ugazio, 1998/2012): anche il terapeuta formula diversamente sé stesso per connettersi con differenti mondi di significato. Con questo non intendo, naturalmente, che il terapeuta indossi disinvoltamente versioni di sé diverse a seconda dell’interlocutore, ma piuttosto che attinga alle sue capacità affettive ed operative per collegarsi alle semantiche del paziente attraverso una serie di aggiustamenti. Le emozioni del terapeuta risultano così appartenere alla relazione e, in particolare, al suo livello tacito. Le neuroscienze (Hawk et al., 2012) documentano come i significati impliciti, cuore delle storie vissute, siano veicolati dalle emozioni e siano compresi attraverso un sapere incarnato. Il terapeuta simula a livello mentale, ma anche mimico, muscolare ed enterocettivo le emozioni del paziente in un rispecchiamento attivo ma involontario (mirroring) in cui si attivano i neuroni specchio. Si tratta di una mappatura che simula l’esperienza altrui “incarnandola” in un rispecchiamento immediato ed inconscio che prelude alla possibilità della successiva, più lenta e deliberata, mentalizzazione. In sostanza, attraverso il mirroring percepiamo le motivazioni, gli aspetti affettivi e gli effetti di un’azione compiuta da un’altra persona come se fossimo noi stessi a svolgere quell’azione o a esperire quell’emozione (in particolare attraverso i neuroni specchio della bocca della corteccia premotoria, Ferrari et al. 2003). Questo scambio emotivo intesse una storia vissuta, incarnata nello scambio emotivo preverbale e pre-narrato, che fonda la relazione terapeutica. Sull’importanza sul qui ed ora della relazione terapeutica (e quindi del vissuto emotivo) per il cambiamento c’è accordo tra i maggiori esponenti di modelli diversi: Yalom (2001) per gli esistenzialisti, molti autori psicodinamici come Atwood e Stolorow (1995), Safran e Muran (2003) con le loro teorizzazioni sull’alleanza terapeutica, gli autori del the Boston Change process study group come Stern (2005), i cognitivisti della scuola di Guidano (1992) e Liotti (2000) etc. Tuttavia i vari modelli sono molto diversi nel concepire, analizzare ed utilizzare il vissuto del rapporto col paziente.

Da un vertice sistemico, le emozioni sia del terapeuta che del paziente possono essere comprese se contestualizzate nella relazione terapeutica che è vista come reale e attuale e non come la ripetizione della relazione con un genitore. In particolare, le emozioni del terapeuta permettono un accesso incarnato al mondo del paziente perché lo rispecchiano modellandosi sul vissuto del paziente, tuttavia la loro comprensione richiede la formulazione e la verifica continua di ipotesi che collochino la relazione terapeutica nel più ampio sistema di relazioni del paziente.

LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA NELLA FASE DI JOINING COME BUSSOLA PER L’INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E LA FORMULAZIONE DEL PROBLEMA.

Da un punto di vista sistemico, il processo terapeutico può essere visto come una progressiva ridefinizione negoziale del problema grazie all’esercizio congiunto della riflessività sul positioning

che configura la relazione terapeutica permettendone l'esplorazione e l'evoluzione. Seguendo il pensiero di Guidano (1992) e di Ugazio (1998/2012), il modo di comporsi della persona nella relazione terapeutica, ricorsivamente connesso col suo positioning nei contesti significativi, permette di accedere ai dilemmi che la travagliano. Inizialmente le emozioni del terapeuta danno conto della sua partecipazione, attraverso il mirroring, alla co-costruzione della relazione improntata alla semantica critica che caratterizza il paziente e ne sostiene i dilemmi affettivi. In questa fase, le emozioni del terapeuta indirizzano quindi sul modo di significare la relazione da parte del paziente orientando la riflessione per la formulazione del problema. Le nostre emozioni sono inviti in cerca di storie che specifichino il loro significato attraverso la formulazione di ipotesi: il terapeuta cerca di capire chi sia per il paziente e quale danza stiano co-costruendo nella relazione terapeutica. Per farlo, la riflessione sulle emozioni indirizza ad individuare la specifica semantica critica per ipotizzare quale forma specifica sta assumendo la relazione terapeutica (base sicura, condivisione, competizione, valutazione morale) e il ruolo attribuito allo psicologo. La relazione terapeutica è vissuta come base sicura che può proteggere da un mondo pericoloso o trampolino pericoloso che incoraggia all'esplorazione? È contemporaneamente ricercata e temuta come condivisione che faccia sentire inclusi e partecipi o, se negata, induca disperazione? Il terapeuta è percepito come alleato “contro” qualcuno o potenziale competitore? La relazione assume una valenza morale e lo psicologo di sente messo nei panni del giudice o di potenziale corruttore? Questi diversi vissuti alla base del modo di accedere alla consultazione guidano il terapeuta nell'ipotizzare il positioning del paziente nel sistema di appartenenza. Il qui ed ora emotivo, con la specifica intenzionalità che lo contraddistingue, incornicia ed è incorniciato dalle possibilità sul sé e sulla relazione date dal passato e dalle attese sul futuro: comprendere consiste proprio nel risalire dal tipo di coinvolgimento esperito in un episodio ai livelli gerarchici superiori (relazione, sé, modelli culturali secondo Cronen, Johnson e Lannamann, 1982) che gli danno significato. Tutti questi livelli sono costruiti nel corso della conversazione terapeutica che sarà differente a seconda della polarità semantica critica che caratterizza di volta in volta il paziente (Ugazio, 1998/2012). Le emozioni portate dai pazienti e quelle suscitate in noi dall'incontro appartengono alla relazione che le contestualizza e hanno quindi innanzitutto un'importante funzione euristica. Sono una bussola per la formulazione e la verifica continua di ipotesi che collochino la relazione terapeutica nel più ampio sistema di relazioni del paziente. Vediamo questo processo in cui le ipotesi del terapeuta prendono le mosse dalle sue emozioni attraverso un percorso di terapia individuale.

Luca, trentacinquenne laureato in Lingue, lamentava sbalzi di umore, eccessi alimentari, inerzia, giorni in cui si chiudeva e stava a letto. Nel suo caso è proprio la mia irritazione verso i suoi modi astratti e razionalizzanti che mi fa cogliere il suo vissuto di sé come un bluff e comprendere come ammantasse di anticonformismo e superiorità morale le difficoltà a investire sul lavoro e nelle relazioni sentimentali, a cogliere delle opportunità professionali e a rispondere alla richiesta della sua convivente a far famiglia. Aveva rinunciato a una collaborazione con l'università, cosa che narrava come opporsi alle attese dei genitori e al pensiero mainstream e lavorava come impiegato part time senza utilizzare la sua laurea, senza ricavarne soddisfazioni, né reddito sufficiente. In crisi con la compagna, verso la quale era molto svalutante, all'inizio dei colloqui aveva posto fine alla convivenza. I miei vissuti di fastidio nei confronti dell'atteggiamento sprezzante di Luca verso Pia

sono serviti per capirne la posizione nella coppia e nella famiglia d'origine: lo sentivo verboso ed elucubrante come se non fosse autenticamente presente con una domanda di cambiamento, ma interessato a guadagnare tempo per tenere comunque legata la compagna definendosi sofferente e per avvalorare la sua comunicazione di persona ferita ai genitori. Infatti pur presentandosi come autonomo, fuori dal nucleo di origine dai 23 anni quando si manteneva all'università, coglievo, anche dalla riluttanza che trapelava a parlare della sua famiglia, un sordo rancore nei confronti dei genitori, in particolare della madre. Nel corso della psicoterapia, il mettere a fuoco attraverso i miei vissuti il pericolo che Luca mi contrapponesse alla madre accomunandomi a lui in una pretesa superiorità intellettuale e morale mi aveva aiutato a comprendere come egli si vivesse danneggiato dai suoi che avevano da sempre un rapporto molto conflittuale e che, se giustificava il padre perché lo vedeva come fragile e sofferente, fosse molto arrabbiato con la madre. Egli la accusava di essere stata molto dura ed esigente, “l'uomo in battaglia”, e le aveva tenuto testa vicariando il padre, a suo avviso annichilito da lei. I suoi problemi di realizzazione professionale ed affettiva, da lui sotterraneamente imputati ai genitori, erano stati definiti come un modo per continuare a fare il figlio che lo portava ad avere timore di aver successo: era riuscito con le sue latitanze rancorose a continuare a mettere in questione la madre ponendosi come censore, come uno che è dovuto scappare da un clima irrespirabile, ma ne porta ancora su di sé le conseguenze e insegna con le sue scelte una via più retta. Man mano che il suo modo di comporsi con me aveva contribuito a chiarire la sua posizione nel contesto familiare e che ripercorrendone la storia Luca “aveva scoperto” gli aspetti di sofferenza e di vitalità della madre, egli aveva ripreso rapporti più distesi con i familiari e ricominciato con modalità molto diverse e più soddisfacenti la relazione con Pia. A livello lavorativo aveva cambiato completamente ambito appassionandosi all'insegnamento rivalutando così i suoi studi. Al follow up, Luca parla delle sue nuove competenze per costruire “relazioni meno azzurre” e della gioia di aver imparato a “con-crescere” con la partner giorno dopo giorno. Le attribuisce alle caratteristiche di normatività della relazione terapeutica e del setting per “evitare che tracimasse” e per vincere la sua riluttanza a parlare dei suoi genitori.

LE EMOZIONI

Una delle peculiarità del modello sistemico è poter scegliere il setting più adatto per promuovere il cambiamento in ciascuna situazione. Le emozioni del terapeuta possono orientare questa decisione cruciale.

Ad esempio, nel caso di Elsa, una donna di più di sessant'anni, con una diagnosi di disturbo di personalità inviata per crisi d'ansia non rispondenti ai farmaci, ero partita dall'analisi del mio vissuto di insofferenza verso la modalità lamentosa della paziente che riduceva la sua storia a una sequela ininterrotta di abusi e di sopraffazioni e soprattutto verso l'attitudine manipolatoria del suo porsi come vittima nei confronti delle figlie. Dalle mie emozioni e dalle sue attese ero risalita al terrore di restar da sola di questa donna e alla completa assenza di una domanda d'aiuto che non fosse far da megafono a queste istanze coinvolgendo le figlie (e solo loro) nel setting terapeutico. Elsa aveva motivato la richiesta esclusione del marito col presentarlo come handicappato, visto che soffre di sclerosi multipla, nonostante il trauma più pesante che lei lamentava, un abuso sessuale datato quasi cinquant'anni da parte di un fratello, ora defunto, fosse tale da aver sicuramente avuto

un grande impatto sulla vita di coppia. Elsa aveva tenuto il segreto con tutti ma ora lo voleva rivelare solo alle figlie. Sentire il rischio di essere manipolata per tentare di riavvicinare le figlie a sé mi ha spinto a focalizzarmi sulla relazione coniugale. Raccolti elementi per cui l'irrigidimento della relazione nei ruoli di infermiera e invalido non era che l'ultima edizione di uno stallo coniugale ben precedente e che la condizione del marito era quella di chi convive con una “spada di Damocle” più che di disabilità attuale, avevo valutato che il setting più idoneo a mettere in questione la narrativa che sosteneva il problema fosse quello familiare che vedesse nel coniuge uno dei protagonisti. Il coinvolgimento del marito, e la conseguente rivelazione del segreto di Elsa, aveva gettato luce sui limiti alla loro intimità da sempre da lui patiti e che aveva sin qui ascritti a disinteresse nei suoi confronti: era quindi cambiato il vissuto della relazione coniugale e anche quello di Elsa come donna arcigna e distante. Il marito si era rivelato una persona con grandi risorse affettive e le figlie, finalmente, si erano sentite liberate dal coinvolgimento nelle difficoltà tra i genitori. La stessa Elsa, sollevata dal poter deporre una “maschera” di rigidità e durezza, aveva sentito la possibilità di un riavvicinamento con le figlie, non mediato dalle crisi d'ansia e dal vittimismo, e quindi più autentico e solido. La sua posizione era diventata attiva e aveva superato il calo d'umore e lo stigma di donna opprimente e lamentosa.

LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA COME CHIAVE PER I PROCESSI DI CAMBIAMENTO

Le emozioni del terapeuta si pongono come essenziali per la comprensione del modo di costruire l'esperienza e il problema da parte del paziente, non solo all'inizio ma lungo tutto il percorso terapeutico. Intanto, come segnali di discrepanza sono essenziali per elaborare i reframing e sono cruciali per la valutazione del loro timing. Inoltre, poiché il processo terapeutico acquisisce una direzionalità attraverso la progressiva e continua rinegoziazione interattiva del significato della relazione col terapeuta, tutto il percorso può essere descritto come una continua spola tra mirroring e ipotizzazione. Frutto di questo lavoro non sono solo i rimandi, ma l'intera forma della conduzione dei colloqui: l'analisi del dialogo emotivo conferisce una direzionalità alla conversazione terapeutica poiché guida le nostre strategie di conduzione. Quali aspetti indagare e quali lasciare in ombra, quali connessioni promuovere e quali nessi mettere in questione, cosa enfatizzare e cosa silenziare...si può pensare che l'intera conversazione terapeutica, istituendo passo passo una nuova coerenza, permetta una traslazione dei significati relativizzando la semantica critica e dando voce alle altre semantiche già presenti ma sinora marginali. Di più, se i processi mentali si costruiscono, si mantengono e cambiano nel contesto delle relazioni significative, la relazione terapeutica di volta in volta costruita attraverso lo scambio emotivo è il fattore terapeutico per eccellenza perché costituisce il processo stesso di costruzione dell'intervento.

Nel caso di Lisa è illustrato come la comprensione e la trasformazione della relazione terapeutica con i suoi vissuti emotivi sia il vettore del cambiamento.

Lisa, 35 anni, intraprendente proprietaria di un piccolo negozio di intimo si rivolge al CPS per un calo di umore che non sa ben definire. Il primo colloquio è condotto da me e da uno psichiatra. Lisa appare molto colpita dall'espressione “timore di far carte false” che utilizzo dando voce al misto di

diffidenza e difficoltà a sintonizzarsi sui suoi stessi vissuti che percepisco in lei, molto preoccupata di mantenere una facciata. Lisa mostra un investimento immediato sulla mia persona tanto che messa di fronte all'alternativa tra l'inizio immediato di un percorso con lo psichiatra e l'attesa di due mesi e mezzo con me a causa di un'assenza dal lavoro, non ha esitazioni: non solo sceglie di aspettare, ma chiama il giorno preciso del mio rientro. A dispetto di questa seduzione iniziale, nei colloqui si porrà in modo elusivo e sfidante tenendomi a distanza alludendo a un segreto che non intende rivelare. Inoltre non perderà occasione per frecciate che denotano un confronto serrato sul versante della femminilità con osservazioni puntute su imperfezioni del mio look (ad es. una calza smagliata). Focalizziamo il suo problema come il ripetersi nelle relazioni sentimentali del coinvolgimento con uomini che, a dispetto dei suoi desideri, si rivelano interessati solo a una relazione sessuale, cosa che in realtà avrebbe potuto evincere sin dall'inizio riflettendo sul tratto comune di essere “in transito” che li caratterizza. Ma con lei mi sento, mio malgrado, implicata in un corpo a corpo agonistico con un confronto sulla femminilità, non facilmente compatibile con una relazione complementare quale è quella terapeutica. Mi sento messa in una posizione impossibile: se troppo presto mi focalizzo sul vissuto da cui si difende con la facciata sprezzante, dò corpo alla sua paura di essere scoperta nella sua vulnerabilità; se prendo per buona l'apparenza, le confermerò l'impossibilità di essere compresa e la mia incapacità. Grazie a questo vissuto comprendo che il suo tentativo di inchiodarmi nell'inadeguatezza è difensivo rispetto all'incombere di esserne travolta lei stessa.

La riflessione sulle mie emozioni mi guida a valorizzare le sue competenze: mi mostro autenticamente curiosa sul suo ambito lavorativo dove si muove con disinvoltura. Questo spiazza le sue attese competitive e ci permette di formulare, senza che si senta sminuita, l'interrogativo di come mai per lei sia una storia agevole affermarsi negli affari mentre si muove in modo controproducente come donna. Rassicurata da questo atteggiamento confermando Lisa diviene partecipe nel porsi la questione indagando sulla sua posizione familiare. Anche la sua sfida sul segreto, che non raccolgo, viene letta nella cornice di non consentirsi di lavorare per sé stessa a livello emotivo a differenza di quello professionale. Ormai abbiamo condiviso come si senta vulnerabile come donna e ipotizzo che “il segreto” riguardi questo. Ci interroghiamo sull'origine della distanza tra l'immagine di donna curata e sexy che presenta e il timore di essere un bluff che comunica agendo un continuo confronto competitivo. A livello strutturale, le emozioni nella relazione con me prendono significato dal fatto che, anche oggi, nel suo sistema familiare ci sono due fazioni: lei, stimata dal padre, vincente per la sua intraprendenza, ha affiliato la sorella più piccola, mentre si è sentita criticata da Fiorenza, la secondogenita più vicina alla madre, perdente e svalutata dal marito maschilista. Fiorenza, però, è l'unica che è sposata e aspetta un figlio. A livello funzionale vista anche la coincidenza temporale tra l'inizio della gravidanza di Fiorenza e l'iniziativa della consultazione psicologica, in un primo tempo Lisa si è posta con me, più giovane di lei, come con Fiorenza, la sorella con cui c'è competizione e che vede realizzata come donna. Quando mi racconta la sua iniziazione sessuale per cui, appena adolescente, si era inconsapevolmente “offerta” ad un uomo maturo che non ha saputo (o voluto) vedere la sprovvedutezza oltre le parole sfacciate, sono pronta a sostenere la ragazzina nella donna che è oggi, aiutandola a riconoscere l'abuso e come continui a colpevolizzarsi proprio come accade alle vittime di violenza. Lisa che, tra vergogna e colpa, temeva di essere smascherata perché allevata al motto del padre “una donna è come un fiore, una volta sgualcito è da buttare”, è

sollevata dalla distanza ripristinata tra l'episodio traumatico, di cui si era imputata, e il vissuto di sé come donna.

Al ripetersi del copione per cui termina l'ennesima relazione in cui si è lasciata usare da un uomo, Lisa si consente di dar libero sfogo alla sua pena. Riusciamo però a ridefinirla collegando questa trama alla sua posizione familiare in cui si è colpevolizzata per la vicinanza al padre, violento con la madre. Ora che abbiamo capito la parte attiva che, suo malgrado, ha avuto nel sabotare la realizzazione affettiva in connessione con la sua posizione familiare, Lisa ha cominciato a percepirsi e a vivermi diversamente.

Sento che la fiducia e l'alleanza tra noi sono divenute forti: siamo un team. È un sogno che mostra la svolta nella relazione: mi ha sognato mentre era sull'orlo di un dirupo. Le porgevo quelli che sembravano grissini, ma che, afferrati, si rivelavano due mani forti. Il cambiamento della relazione e delle emozioni che la animano ha veicolato una percezione inedita di sé che nel giro di un anno porterà a modificare la relazione con la madre e le sorelle. Inoltre per la prima volta Lisa costruirà una relazione sentimentale reciproca e progettuale.

Al follow up dopo tre anni, Lisa non solo continua con soddisfazione la storia con Cesare, ma stanno per trasferirsi in un'altra regione dove hanno rilevato un agriturismo da gestire insieme.

Nella storia di Lisa abbiamo visto come la trama emotiva che è costruita dal rapporto ricorsivo tra posizione col terapeuta e positioning nel sistema di appartenenza guida non solo per inquadrare il problema ma anche per delineare una strategia terapeutica.

Le emozioni del terapeuta acquistano una funzione chiave per ristrutturare il campo riconfigurando gli elementi in una nuova storia: in questo senso sono attrattori e catalizzatori che forniscono la chiave per prospettive inedite.

CONCLUSIONI

Le emozioni sono esperienze di frontiera tra il farsi della soggettività e della comunicazione: contribuiscono ad alimentare il senso identitario con cui ognuno costruisce e ricostruisce il vissuto della propria continuità mentre scandiscono la con-posizione nei sistemi relazionali significativi, sistema terapeutico compreso. Una situazione quale la consultazione psicologica, definita dalla necessità di giustificare il ricorso ad un esperto attraverso la comunicazione di quella che è percepita come un'eccezione o una difficoltà rispetto alle narrative dominanti, è ideale per raccogliere non solo le premesse emotivo-cognitive con cui il paziente dà senso alla realtà ma i suoi movimenti relazionali tipici. La relazione terapeutica si configura quindi come il luogo in cui si manifestano le premesse emotive alla base dei problemi attraverso il con-porsi del paziente, singolo o nucleo che sia, col terapeuta.

Come abbiamo visto, grazie al rispecchiamento il terapeuta si sintonizza in modo inconscio e ogni volta specifico partecipando alla costruzione di una relazione terapeutica “modellata” dal mondo emotivo del paziente. Per questo le emozioni del terapeuta possono acquisire lo status di informazioni chiave nel processo di continua formulazione e verifica di ipotesi che caratterizza l'intero percorso terapeutico. Si potrebbe descrivere l'iter terapeutico come una continua spola tra mirroring e ipotizzazione che si nutrono ricorsivamente a vicenda. Nella fase iniziale il terapeuta sarà orientato dalle proprie emozioni ad individuare la semantica critica che configura la relazione terapeutica. Tali

emozioni, però, dovranno essere contestualizzate attraverso ipotesi che connettano l'episodio della consultazione con la fase del ciclo vitale, le relazioni cruciali delineate dalle attese verso la terapia etc.: solo così gli permetteranno di risalire al positioning che contraddistingue il paziente nei suoi sistemi significativi. Più avanti le emozioni del terapeuta lo aiuteranno a mettere in luce le incongruenze tra le storie narrate e le storie vissute, dentro e fuori dalla stanza di terapia, divenendo chiavi per elaborare i reframing e definire il timing in cui comunicarli. Ma le emozioni del terapeuta intessono l'intero corso della conversazione terapeutica sempre col doppio ruolo di bussola per orientarsi e chiave per riconfigurare gli elementi presenti in storie inedite; dalla dialettica tra il flusso emotivo fornito dal mirroring e l'ipnotizzazione scaturisce una direzionalità costituita dalle continue scelte di conduzione: al paziente è offerta una nuova coerenza che favorisce una traslazione dei significati dalla semantica critica iniziale ad altre, pur presenti, ma sinora trascurate.

BIBLIOGRAFIA

- Atwood G.E., Stolorow R. (1995) *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*, Milano: Bollati Boringhieri
- Balconi M. (2020) *Neuroscienze delle emozioni. Alla scoperta del cervello emotivo nell'era digitale*, Milano: Angeli
- Balconi M., Grippa E., Vanutelli M.E. (2015) Resting Lateralized Activity predicts the cortical response and appraisal of emotions: an fNIRS study, *Social Cognitive and affective Neuroscience*, 10, 12: 1607-1614 <https://doi.org/10.1093/scan/nsv041>
- Balconi M., Gatti L, Vanutelli M. E. (2018) When cooperation goes wrong: brain and behavioural correlates of ineffective joint strategies in dyads, *International Journal of Neurosciences*, 128, 2: 155-166 <https://doi.org/10.1080/00207454.2017.1379519>
- Balconi M., Fronda G, Vanutelli M.E. (2020) When gratitude and cooperation between friends affect inner-brain connectivity for EEG, *BMC Neurosciences*, 21, 1: 14 <https://doi.org/10.1186/s12868-020-00563-7>
- Colangelo L.(2013), I pesci e la loro acqua: come pazienti e terapeuta sperimentano il cambiamento attraverso un'esperienza di follow-up, *Terapia Familiare* n. 103.
- Colangelo L.(2015), Profili del cambiamento: relazioni terapeutiche e pattern emergenti degli helpful factors attraverso la prospettiva di un follow up, *Psicobiiettivo* n 1, <https://doi.org/10.3280/PSOB2015-001010>
- Colangelo L. (2017), Relazioni terapeutiche: il modo di significare la relazione terapeutica come variabile chiave nella valutazione retrospettiva dei fattori di cambiamento, *Psicobiiettivo* n1, <https://doi.org/10.3280/PSOB2017-001006>.
- Cronen W.E., Johnson K.M., Lannaman J.W. (1982) Paradox, double bind and reflexive loops: an alternative theoretical perspective”, *Family Process*, 21, 1, pp.91-112 (trad.it.”Paradossi, doppi-

legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternative”, *Terapia Familiare*, 14, 87-120, 1983).
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1982.00091>

Davies, B. & Harré, R. (1990) Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20: 43–63 <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174>

Elkain Mony (1989) *Se mi ami, non amarmi*, Milano: Bollati Boringhieri

Ferrari PF, Gallese V, Rizzolati G., Fogassi L (2003), Mirror neurons responding to the observation of ingestive and communicative mouth actions in the monkey ventral premotor cortex, *European journal of Neuroscience*, 17, 8: 1703-1714 <https://doi.org/10.1046/j.1460-9568.2003.02601>

Gallese V, Il corpo vivente e la neurofenomenologia intervista su Youtube, 3-10-2024;

Guidano V. F. (1992) *Il Sè nel suo divenire*, Bollati Boringhieri: Torino;

Harré R e Van Langenhove (1999) *Positioning theory* Great Britain: Blackwell

Hawk ST, Fischer AH, Van Kleef GA (2012), Face the noise: embodied responses to nonverbal vocalizations of discrete emotions *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 4: 796-814
<https://doi.org/10.1037/a0026234>

Liotti G. (2000), L'orientamento cognitivo-evoluzionista e la relazione terapeutica in

Loriedo C., Santilli W.(2000) *La relazione terapeutica*, Milano: Angeli

Laterza Stern D. (2005) *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*, Milano: Cortina

Safran J.D, Muran J.C. (2003) “*Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*” Roma

Yalom I. (2001) *The gift of therapy*, Paperbacks ED Harper Collins

Ugazio V. (1998/2012) *Storie permesse, storie proibite*, Milano: Bollati Boringhieri

Ugazio V., Salamino F. (2016) Shades of courage. Emotional dimensions of courage in the family semantic polarities model, *Testing Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, vol23 pp.215-233 doi: 10.4473/TPM23.2.6

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI LAURA COLANGELO:**"LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA: BUSSOLA E CHIAVI DEL PROCESSO
TERAPEUTICO"**

ANDREA MOSCONI

mail: mosconia1@gmail.com

Bella questa opportunità offerta da Laura Colangelo di riflettere ancora sul tema delle emozioni, sempre centrale nel funzionamento mentale, nelle relazioni umane e, ovviamente, in psicoterapia. L'intervento di Laura Colangelo mi trova ampiamente d'accordo ed il suo centrare sul positioning ed in particolare sulla semantica emergente (Ugazio, 1998/2012) centra un punto fondamentale per il lavoro terapeutico; i casi presentati ne sono un ottimo esempio. Proprio perché l'autrice arricchisce il lavoro con riflessioni, personali, vissute e che ben mostrano la sua sensibilità e competenza clinica, voglio aggiungere alcune riflessioni, a mia volta, che spero vadano a completamento di alcuni aspetti. Le nostre emozioni di terapeuti e quelle dei nostri clienti sono, a mio avviso, da inserire in un continuum comprensibile se si prende in considerazione la costruzione di un'ipotesi sistemica e plausibile tarata sui 4 livelli dell'interazione umana che ho denominato: Quadrilatero Sistemico (Mosconi, 2004, 2008, Mosconi, Tirelli, & Neglia, 2013, Mosconi, & Bozzetto, 2023) (v. Figura 1.).

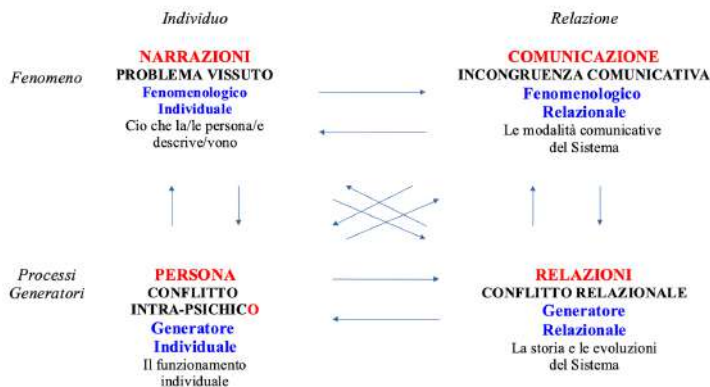


Figura 1. Quadrilatero Sistemico: i 4 livelli dell'interazione umana

I 4 Livelli del Quadrilatero riportati nella figura 1 sono così descrivibili sommariamente:

- 1) Fenomenologico Individuale: Narrazione: Problema vissuto (discrepanze della narrazione rilevabili da: premesse cognitive, semantica delle parole, emozioni, azioni compiute)
- 2) Generatore Individuale: Persona: Conflitti intrapsichici (funzionamento non integrato e discrepanze di: idea di sé e della relazione con il mondo, gestione delle emozioni, positioning, definizione della relazione e Pattern Relazionale Prevalente (PRP) (Mosconi, 2014)

- 3) Fenomenologico Relazionale: Comunicazione: Incongruenze Comunicative (doppi legami, disorganizzazione delle regole di relazione del sistema o delle funzioni del sistema, delle gerarchie, alleanze, confini, permessi e divieti)
- 4) Generatore Relazionale: Relazioni, Conflitti Relazionali Irrisolti (rigidità dei miti familiari, alleanze familiari transgenerazionali, eventi traumatici, passaggi del ciclo vitale mal elaborati, ecc..).

L'indagine approfondita e completa dei "pilastri dell'ipotesi" e la manualizzazione dei protocolli di indagine e collegamento delle informazioni emerse permettono di raggiungere l'obiettivo (Mosconi, & Tirelli, 1997, Mosconi, & Trotta, 2022).

Le emozioni, le premesse semantiche ed il positioning fanno parte delle variabili descrivibili nella polarità Persona e, a mio avviso, vanno correlate al PRP ed alla funzione occupata nel sistema. Sono tutte in interazione circolare e coordinata tra loro e costituiscono le variabili di passaggio tra i livelli individuali e relazionali. Concordo, quindi, con Laura Colangelo che evidenzia il nesso tra emozione, relazione e contesto, ma preciserei qualche aspetto.

Le emozioni sono attivazioni del nostro sistema neurovegetativo, simpatico e parasimpatico, stimulate dal significato che il nostro Sistema Nervoso Centrale (SNC), l'hardware, attribuisce ai messaggi in ingresso, inviati dagli organi sensoriali. La prima decodifica verrà fatta a livello mesencefalico, la seconda a livello Amigdala/Ippocampo, la terza a livello Limbico, la quarta a livello Corteccia Cingolata Anteriore e successivamente Posteriore (Pagani, Carletto, 2019). Tutte queste strutture funzionano in modo integrato ed attivano in modo correlato i vari Sistemi Motivazionali a Base Innata (Liotti, 1994). In questo modo si formano, nel tempo, quei sistemi di significato e schemi di azione che chiamiamo Modelli Operativi Interni (MOI) (Bowlby, 1951). Il PRP, la semantica critica, ed il positioning ne faranno parte. Bisogna, tuttavia, tenere conto di alcuni vincoli del sistema che funzionano da "marca di contesto", nel senso che se modificati ne cambiano il funzionamento:

- 1) il nostro SNC si è strutturato nel tempo per garantirci la sopravvivenza.
- 2) in ordine a questo la prima e seconda decodifica (mesencefalo/amigdala/ippocampo) viene fatta sugli input di tipo non verbale e paraverbale cui queste strutture sono sensibili. Esse, infatti, sono costituite da neuroni dopaminergici sensibili agli input nuovi e non a quelli noti e la liberazione di dopamina sarà proporzionale alla pericolosità dello stimolo.
- 3) se la decodifica segnala "PERICOLO!!!" le citate strutture deputate alla prima e seconda decodifica attiveranno la nota reazione di allarme (attacco, fuga, congelamento, svenimento) e, contemporaneamente bloccheranno, parzialmente, la terza, ma, soprattutto, la quarta decodifica, quella corticale, impedendo la elaborazione e significazione degli input maggiormente correlata alle memorie autobiografiche e, quindi, più evoluta e flessibile.
- 4) questo significa che l'intero processo di risposta allo stimolo avviene in modo automatico ed inconscio.
- 5) le esperienze di "PERICOLO" restano memorizzate a livello mesencefalico anche tutta la vita, pronte a salvarci da altri pericoli.
- 6) solo una decostruzione (deconsolidamento) delle memorie di "PERICOLO" con tutto il loro corredo emozionale ed una loro processazione, per individuare nuovi schemi di elaborazione

più adattiva, permette di gestire, poi, nuove esperienze di "PERICOLO" in modo differente (riconsolidamento).

- 7) in pratica, la memorizzazione delle esperienze di "PERICOLO" costituisce una "funzione a gradino" (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967) nel funzionamento del SNC come sistema che di fronte a stimoli che "assomigliano a..." non funzionerà più in modo integrato, ma solo a livello mesencefalico, fino alla suddetta rielaborazione.
- 8) il PRP di ognuno di noi è, quindi, strettamente collegato proprio a queste esperienze e gli altri aspetti del funzionamento ne saranno influenzati; è, quindi, un aspetto correlato, ma "meta" rispetto alla semantica ed al *positioning*.

Perché ritengo importante tutto ciò? Perché questo funziona sia per i pazienti che per i terapeuti il che significa che: se è logico che il paziente ci presenti una semantica ed un *positioning* attivato dalle sue esperienze di "PERICOLO", anche le emozioni del terapeuta potranno essere condizionate da analoghe esperienze e, se non decodificate anche da lui stesso, alla luce della propria storia, potranno farlo rispondere in modo non adeguato con pregiudizi, irrigidimenti, o disattenzioni selettive (Cecchin, 1997). Le emozioni, sia del paziente che del terapeuta, che si palesano nell'*hic et nunc* della loro relazione, sono attivate, certo, dai neuroni specchio, come ben detto dall'autrice, ma dato che poi essi proietteranno sul mesencefalo, sono soggette ai vincoli suddetti. Mi pare chiaro da quanto sto dicendo che, se il centro del lavoro di psicoterapia è il rievocare le esperienze traumatiche fatte dai nostri clienti con tutto il loro corredo emozionale (deconsolidamento), bisogna avere un metodo di analisi e comprensione delle nostre emozioni che sia più esperto rispetto al risuonare ad esse. Questo sarà indispensabile per saper stare con il cliente quando esprime la sua sofferenza ed accoglierla per poi cercare insieme la soluzione. Il tutto senza fretta, ci vuole tempo per guarire le ferite. Noi terapeuti, perciò, dobbiamo essere persone che nelle relazioni, anche quelle più difficili, possiamo stare con calma, tenere attiva la nostra curiosità e non perdere la capacità riflessiva a causa di un'area del nostro Sé paralizzata dal "PERICOLO". Mi piace dire, a me stesso ed anche agli allievi, che: "noi siamo un po' dei genitori sociali" che si prendono cura di queste ferite che la vita ha fatto e dovute ai pericoli vissuti.

Le emozioni, quindi, vanno interpretate a tre livelli:

- 1) emozioni che vengono attivate nel terapeuta dai comportamenti del/i cliente/i,
- 2) emozioni del/i cliente/i che ne accompagnano i comportamenti e che segnalano il suo/loro modo di definirsi nella situazione,
- 3) emozioni correlate alle esperienze traumatiche che si riattivano nell'*hic et nunc* della relazione terapeutica e cui va fatta particolare attenzione.

Un esempio: una situazione in cui un terapeuta si trovi a dover lavorare con due genitori di cui uno squalifica un figlio che si mostra oppositivo e l'altro genitore alzi gli occhi al cielo.

Al punto 1) il terapeuta si troverà ad avere a che fare con la difficoltà di essere neutrale e, se nella sua storia vi erano situazioni analoghe, tale difficoltà sarà ancora più grande. Egli deve quindi essere in grado di leggere le proprie emozioni e risonanze per distinguerle e correlarle a quanto sta avvenendo nel sistema e mantenere la propria curiosità e equivocanza a tutti.

Al punto 2), tuttavia, i clienti gli stanno mostrando le emozioni che accompagnano la loro attuale definizione di relazione reciproca ed il PRP si ciascuno e, quindi, sono informative di ciò.

Al punto 3) il terapeuta dovrà fare il passaggio più difficile per lui e per i clienti: dovrà, cioè, decostruire tale situazione fino a rievocare le esperienze traumatiche vissute da ognuno nella propria storia di relazione e correlate alle emozioni che hanno attivato il gioco relazionale in atto. Queste, come detto, non sono sempre di facile raggiungimento.

Riassumerei questi passaggi nella figura 2.



Figura 2. livelli delle emozioni in psicoterapia

Quali, allora, gli aiuti di cui il terapeuta può avvalersi? Ne provo ad elencare alcuni:

- 1) il lavoro sulla propria storia ed il Genogramma per capire le proprie aree di "PERICOLO",
- 2) la supervisione di un collega esperto o del gruppo dei colleghi, che aiuti a confrontarsi con altri punti di vista per mantenere attiva la propria capacità riflessiva,
- 3) dei tests di autovalutazione (Peruzzi, 2001),
- 4) la fedeltà alle tre storiche direttive per la conduzione della seduta: Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità (Selvini Palazzoli M. et al., 1980),
- 5) una rigorosa manualizzazione del processo di ipotizzazione (Mosconi, Trotta, 2022).

Gli aiuti 4) e 5), e l'esercizio a praticarli, servono a garantirsi una visione ampia, equidistante, completa e plausibile del problema portato dal/i cliente/i, forzando i limiti creati dalle aree di "PERICOLO"

Utilizzando questi aiuti il terapeuta sarà maggiormente in grado di rispondere ad alcune importanti domande sia sul versante personale che del/i cliente/i:

- Versante personale: questa emozione che sento da quale pattern o comportamento del sistema è attivata? quali parti della mia storia vengono attivate da quanto avviene? cosa mi fanno capire della mia storia? quanto avviene mi ricorda qualcosa? può essere che le emozioni che sento le stia sentendo qualcun altro nel sistema? può essere che le emozioni che sento mi ricordino esperienze che anche loro hanno fatto o stanno facendo?
- Versante del sistema/cliente (individuo/coppia/famiglia/ecc...): quanto osservo e le emozioni che vedo cosa mi dicono relativamente a come la persona si definisce nella relazione con gli altri? quale pattern del gioco del sistema mi permettono di ipotizzare? quali eventi possono averle favorite? quali altre emozioni vi possono essere sottese? è opportuno un approfondimento per evidenziare le esperienze traumatiche e le emozioni loro correlate?

A misura che questo processo di osservazione ed auto-osservazione viene fatto in modo completo e costante, anche le emozioni del terapeuta, i relativi comportamenti attivanti del/i cliente/i diventano informazioni sul processo interattivo in corso utilizzabili per costruire l'ipotesi più plausibile ed anche come intervento. Il terapeuta può, infatti, arrivare ad includere le proprie emozioni per generare nuove domande da fare al/i cliente/i, usando una sorta di *self disclosure* in modo terapeutico: "Quello che avete fatto mi ha fatto sentire.... C'è qualcun altro nel sistema che si è sentito allo stesso modo?". Oppure: "Quando ho sentito papà che diceva...ho sentito una stretta allo stomaco dettata dal fatto che ho visto il papà aggressivo e la mamma che ne soffriva, e mi sono detto chissà se c'è qualcun'altro che l'ha vista questa cosa?". Aggiungo, quindi, la mia emozione come porta d'entrata, collegandola a ciò che penso me l'abbia attivata e la restituisco al/i cliente/i come occasione per lavorare sull'ipotesi, collegando il PRP, la semantica critica, il *positioning* del/i cliente/i ed il gioco familiare di cui fanno parte e le parti della mia storia che vengono riattivate. Con queste premesse posso complessificare l'intervento dicendo: "Ho visto... e mi sono ricordato di...per cui mi sono chiesto...Ma questa cosa la sento io perché assomiglia a una scena che vedevo a casa mia oppure c'è qualcun'altro che la vive nel sistema?". Allora l'intervento diventa più integrato. Il tutto in un'ottica di co-costruzione dell'intervento. Questo è il motivo per cui lavoriamo con il genogramma degli allievi. In questo lavoro, infatti, la domanda di chiusura sulla propria famiglia è: "Quali sono per te i pazienti difficili e a chi assomigliano nella tua storia?".

Concordo, quindi, con Laura Colangelo quando dice: "Il qui ed ora emotivo, con la specifica intenzionalità che lo contraddistingue, incornicia ed è incorniciato dalle possibilità sul sé e sulla relazione date dal passato e dalle attese sul futuro" e con i suoi collegamenti successivi sia con Cronen, Johnson e & Lannamann, (1982) nonché con il vedere "tutto il percorso [...] come una continua spola tra *mirroring* e ipotizzazione", tuttavia ho ritenuto di completare sostenendo e motivando una maggior disamina dell'auto-osservazione del terapeuta ed una completezza della ricerca delle informazioni utili a limitare che possa trovarsi soggetto a interpretare o utilizzare in modo non corretto l'osservazione della semantica critica del/i cliente/i.

BIBLIOGRAFIA

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, 355–533.

Cecchin, G.F. (1997). *Verità e pregiudizi: un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Cortina.

Cronen, V. E., Johnson, K. M., & Lannamann, J. W. (1982). Paradoxes, double binds, and reflexive circuits: An alternative theoretical perspective. *Family Process*, 21(1), 91-112. (trad. it. Paradossi, doppi legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa *Terapia Familiare*, 14, 1983, 87-121). <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1982.00091.x>.

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

Mosconi A. (2004). Terapia Relazionale-Sistemica con L'individuo. Una Sfida per L'integrazione di Diverse Ottiche di Lavoro. *Terapia Familiare*, 76, 64 – 68.

Mosconi, A. (2008) Terapia relazionale-sistemica con l'individuo: il quadrilatero sistemico come riferimento per una costruzione di ipotesi ben formata e l'integrazione di differenti ottiche di lavoro, ovvero, "fai una buona ipotesi e poi fai quello che vuoi", *Connessioni*. 20, 55- 82.

A.Mosconi (2014), *Identità ed Identità Sistemica* in A. Mosconi, M. Pezzolo, G. Racerro a cura di (2014). *Identità Sistemiche*. UltimaBooks. Disponibile da <http://www.ultimabooks.it/identita-sistemiche>.

Mosconi A., & Tirelli M. (1997). Dalla Scheda Telefonica alla Cartella Dati. *Ecologia della Mente* 2: 67-93.

Mosconi A., Tirelli M., & Neglia V. (2013). Il Quadrilatero Sistemico: Una Storia Per Narrare Altre Storie: Il caso di una supervisione sistemica in un Day Hospital Territoriale. *Terapia Familiare*, 101, 67-92.

Mosconi, A., & Bozzetto, I. (2023), Le Emozioni in Terapia, *Connessioni*, 13. <http://connessioni.cmtf.it/>.

Mosconi, A., & Trotta, B., (2022) *Manualizing the Therapeutic Process in Systemic Therapy From the Construction of the Hypothesis to the Assessment of Change*, in Mariotti, M., Saba, G., Stratton, P. (Eds) *Handbook of Systemic Approaches to Psychotherapy Manuals*, Switzerland, Springer, pp, 101-122, (2022) ISSN 2569-877X, ISSN (electronic) 2569-8796, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-73640-8>.

Pagani, M., & Carletto, S. (Eds), (2019) *Il cervello che cambia*, (Italian Edition), Milano, Mimesis Edizioni.

Peruzzi P. (2001). Formazione, lavoro sulla persona del terapeuta e sistemi motivazionali a base innata, *Terapia Familiare*. 66-67: 83-93.

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta in *Terapia Familiare*, N.7, pp.7-19, 1980

Ugazio, V. (1998/2012). *Storie permesse storie proibite, polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, Don D. (1967). *Pragmatics of human communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York: W.W. Norton & Co., Inc. (trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 1971).

FA.G.E. FAMILY GENOGRAM OF EMOTIONS**NASCITA DI UNO STRUMENTO PER LAVORARE CON LE EMOZIONI IN TERAPIA SISTEMICA*****(FA.G.E. FAMILY GENOGRAM OF EMOTIONS******BIRTH OF A TOOL FOR WORKING WITH EMOTIONS IN SYSTEMIC THERAPY)***

NICOLETTA CITTERIO e VALENTINA IORI

mail: nicoletta.citterio@centropantarei.it; valentina.iori@centropantarei.it**SOMMARIO**

Capita spesso di trovarsi in impasse durante una terapia e accorgersi di non riuscire ad “andare oltre”, a rompere i pattern della seduta che sembrano ripetersi identici nel tempo o ad accorgersi di non riuscire ad affrontare alcune tematiche. Il terapeuta viene chiamato a cercare di fare un salto cognitivo per cercare di comprendere cosa sta accadendo a lui, al paziente, alla loro relazione, a quello che stanno co-generando in quel momento. E' proprio da un momento di impasse in una terapia in cui le autrici hanno dovuto fare appello alla loro curiosità e autoriflessività: non si riusciva a sentire e ad affrontare il tema emozioni con una coppia. Nasce così lo strumento FA.G.E., da loro inventato, utilizzato e da vari anni insegnato, come metodo per lavorare sulle emozioni in terapia. Questo contributo mostra come è stato pensato ed ideato, quali assunti teorici, epistemologici e mappe cliniche hanno guidato le autrici nella sua definizione e come poi è stato calato nella pratica in base alle differenti casistiche cliniche. Il lettore di questo articolo potrà seguire passo passo il dialogo fra le due terapeute che ha attivato la riflessione fra loro e come infine sono giunte a inventare questo strumento; verrà guidato nello scoprire come avviene concretamente la somministrazione, in quali tipologie di setting si può applicare e quali feedback ha generato nei pazienti che lo hanno utilizzato.

PAROLE CHIAVE: Terapia Sistemica - Emozioni - Curiosità - Relazioni - Connessioni - Altravisione- Empas

ABSTRACT

It often happens that you find yourself in a deadlock during therapy and realize that you are unable to "go beyond", to break the patterns of the session that seem to repeat themselves identically over time or to realize that you are unable to address certain issues. The therapist is called upon to try to make a cognitive leap to try to understand what is happening to him, to the patient, to their relationship, to what they are co-generating in that moment. It is precisely from a moment of deadlock in a therapy in which the authors had to appeal to their curiosity and self-reflexivity: they were unable to feel and address the topic of emotions with a couple. Thus was born the FA.G.E. tool, invented by them, used and taught for several years, as a method for working on emotions in therapy. This contribution shows

how it was thought and conceived, which theoretical, epistemological assumptions and clinical maps guided the authors in its definition and how it was then implemented in practice based on the different clinical cases. The reader of this article will be able to follow step by step the dialogue between the two therapists that triggered the reflection between them and how they finally came to invent this tool; he will be guided in discovering how the administration actually happens, in which types of settings it can be applied and what feedback it has generated in the patients who have used it.

KEYWORDS: Systemic Therapy - Emotions - Curiosity - Relationships - Connections - Othervision - Impasse

"Periodicamente capita di dimenticare una certa parola per un tempo considerevole, tipo qualche settimana e di non riuscire a trovarla quando serve. In questi casi provi una frustrazione tipica, che non somiglia a nessun'altra, e vai alla ricerca di un sinonimo, che puntualmente ti lascia insoddisfatto. A me, di recente, "demotivato". Non c'era verso di richiamarla. Allora la sostituivo con "disincentivato" o "disinteressato", ma non era la stessa cosa. Volevo "demotivato", ma non c'era. Poi un giorno, all'improvviso quella parola ritorna: finalmente la ricordi, e sei convinto che da quel momento in avanti non la dimenticherai più".

(De Silva, p.54, 2011)

INTRODUZIONE

La coppia si presenta puntuale come sempre alla seduta, saluta educatamente, si muove ormai sicura nel Setting a lei noto da varie sedute già effettuate e lascia a noi i "nostri soliti posti".

Questa è la sensazione iniziale delle terapeute, che tende a ripetersi da alcune sedute "i nostri soliti posti", da tempo le terapeute hanno ben chiaro il pattern che accadrà in seduta: dopo i saluti un breve racconto di come è stato trascorso il tempo dalla coppia tra una seduta e l'altra e si arriva ai compiti lasciati in conclusione della seduta precedente. Una coppia "obbediente" l'hanno definita una volta le terapeute: non hanno mai rispettato un compito dato, mettendo sempre una loro creatività e innovazione, una coppia che lavora molto tra una seduta e l'altra, una coppia che dovrebbe farle sentire molto contente e appagate del lavoro che stanno svolgendo con loro eppure quando si passa ad indagare le emozioni, a parlare di emozioni la coppia si congela, cala sempre il silenzio. Le terapeute da alcune sedute sentono questo "essere comodo della coppia seduta sulla sua sedia"; certo è una coppia presente, attiva, pensa, ragiona, agisce ma sente? E come fare a sentire se sente emozioni? Ma oggi le terapeute sono determinate, vogliono scoprire qual è il pattern fra i due membri della coppia e le terapeute stesse che genera questo blocco, dove tutto funziona, tutto si capisce, tutto evolve, ma nulla, sembra, si riesca a sentire. Da questo incipit nasce una discussione dietro lo specchio fra le terapeute che le porterà per vie a loro nuove, utilizzando come mappe e bussole vecchi saperi e i propri stili professionali fino a giungere a inventarsi il FA.G.E. riadattando l'idea del genogramma familiare (umano) all'idea di costruire un genogramma familiare delle emozioni. In questo contributo verranno mostrati attraverso l'utilizzo quali mappe cliniche e assunti teorici ed epistemologici stanno alla base della costruzione del FA.G.E. Seguirà poi una parte di descrizione dello strumento, della sua struttura, di come funziona, come si somministra e si applica concretamente. In conclusione verrà presentato in quali setting si può

utilizzare e verranno riportati alcuni feedback di pazienti a cui è stato somministrato. Per maggior semplicità e chiarezza esplicativa non verrà utilizzato il caso originario (citato nell'incipit) di terapia di coppia ma il tutto verrà mostrato su una terapia individuale.

DIALOGO IN UN MOMENTO DI EMPASSE IN TERAPIA

Adelaide viene in terapia perché afferma di trascorrere una vita monotona, nulla va bene e nulla va male; non avrebbe nulla di cui lamentarsi, afferma, eppure sente di non essere soddisfatta, ma non sa bene né di cosa né perché. Siamo ormai giunti alla quarta seduta e il copione sembra ripetersi sempre uguale a sé stesso.

T: *“Buongiorno”.*

A: *“Buongiorno dottoressa”*

T: *“Come va? Come sta oggi?”*

A: *“Ma guardi sempre la solita cosa...io non capisco...non so darmi una risposta, sono sempre giù, sempre abbacchiata, non ho voglia di fare niente, non lo so ...Ho pensato a tutto quello che ci siamo dette, ad ascoltarmi un po', a sentire un po' ...ma non ci ho capito molto, non riesco a sentire, a capire cosa mi succede dentro ...non lo so dottoressa. Nulla va male, va tutto bene ...ma boh”.*

Sono passati pochi istanti dall'inizio della seduta ed eccolo qui, fermo davanti a me: il pattern ricorrente. Il tempo di sedersi scambiare due frasi e io, lei e questa stanza abbiamo rigenerato il solito pattern. Siamo alle solite mi sento impotente con questa paziente, mi sento in gabbia le ho provate tutte anche a cambiare sedia io, cambiarla lei, a risignificare, a narrare nuove storie, a muoverci avanti e indietro fra passato e futuro e ritorno. Nulla! Il pattern ricorrente è sempre qui fra noi, ci deve essere di sicuro qualcosa che non riesco a vedere, che non riesco a cogliere. Decido di interrompere la seduta e andare dietro lo specchio a conversare e chiedere aiuto alla collega co-terapeuta, chissà che lei da quella posizione possa aver colto ciò che sfugge.

Citterio: *“Cosa senti? Come sei stata in seduta con lei?”*

Iori: *“I suoi non so e il non sapere dare un nome a quello che sente o prova, mi stanno generando sentimenti di noia, rabbia, frustrazione e di impotenza. E mi chiedo come faccio a generare un cambiamento ed aiutarla?, come posso fare ad accendere le sue emozioni e ad accedervi? come fare ad aprire altre strade? quali strumenti posso usare per uscire da questa impasse sia mia che sua attivando la mia curiosità? Sento che con il solo verbale non ci riesco, non riesco a far cortocircuitare il solito pattern che ci ingabbia”*

Citterio: *“Dovremmo pensare ad uno strumento che possa essere utile nel rendere più visibili ad accessibili le emozioni della paziente, che possa portarla a riflettere sul suo mondo emotivo e vedere le connessioni delle sue emozioni. Che possa anche stimolare la tua curiosità, per farti uscire da quello che stai sentendo che al momento ti blocca. Ad esempio, potremmo pensare a qualcosa che abbia la struttura del genogramma familiare: permetterebbe di lavorare sulle connessioni, sui legami, sulle relazioni tra le emozioni. L'emozione non nasce dal nulla e attraverso la forma grafica del genogramma si potrebbe vedere da dove nasce, le sue relazioni e cosa può produrre. Attraverso poi*

le domande si potrebbe far emergere il sistema emotivo della paziente, scoprire pregiudizi e stereotipi”.

Iori: "Mi piace, mi sembra abbia molto senso. Si potrebbe quindi partire, in questo caso, dall'emozione che la paziente porta sempre o che è significativa per lei in questo momento, e da lì partire con almeno tre generazioni. Potrebbe poi dare un nome all'emozione, scegliere magari anche il genere e in che relazione questa emozione sta con le altre. Una volta costruito poi come procediamo? Come facciamo e generare delle domande per creare connessioni, dare un senso e valore a ogni emozione scritta e costruire con la paziente una nuova storia?”.

A CHI POSSIAMO CHIEDERE AIUTO?

Siamo andate così alla ricerca delle nostre voci interne per vedere se la nostra idea potesse avere oltre che un senso pratico anche un senso logico e fosse supportata da basi teoriche ed epistemologiche. Primo passo: cambiare canale, passiamo dal discorso puramente verbale al far agire un qualcosa in seduta alla paziente per cortocircuitare il pattern che la terapeuta e la paziente fanno scattare fin dai primissimi istanti della seduta. Provare a passare ad altre modalità di conduzione della seduta per generare una nuova mente pensante. Bateson ci ricorda che siamo un tutt'uno: *"la mente individuale e' immanente, ma non solo nel corpo essa è immanente, anche in canali e messaggi esterni al corpo; e vi è una più vasta mente di cui la mente individuale e' un sottosistema."* *"E' il tentativo di separare l'intelletto dall'emozione che è mostruoso, e secondo me è altrettanto mostruoso e pericoloso tentare di separare la mente esterna da quella interna, o la mente dal corpo". E ancora: "si può dire che la mente e' immanente in quei circuiti cerebrali che sono interamente contenuti nel cervello; oppure che la mente e' immanente nei circuiti che sono interamente contenuti nel sistema cervello più corpo; oppure, infine, che la mente e' immanente nel più vasto sistema: uomo più ambiente"* (G.Bateson, pp 365-366, 1972).

Nel nostro modo di intendere la clinica, la terapia non è solo linguaggio, dialogo ma anche corpo, azioni ed emozioni.

Secondo passo: proporre una cosa apparentemente assurda, cioè chiedere ad una persona di lavorare su un'emozione scrivendo su un foglio di carta, per di più un'emozione che la persona non maneggia con facilità. Perché questa assurdità? Come è dimostrato dalle neuroscienze: "né gli animali né gli esseri umani recano preinstallata, in modo innato, la paura dell'orso. Quando nasciamo siamo predisposti a rispondere con una emozione, in modo preorganizzato, quando vengono percepite nel mondo esterno o nel nostro corpo certe caratteristiche di stimoli". (A.R.Damasio, 1995, p.192). Una per una o in associazione, queste caratteristiche saranno elaborate e verrà innescato l'instaurarsi di uno stato corporeo tipico di una emozione e ciò modifica l'elaborazione cognitiva in maniera che si adatti allo stato emotivo che stiamo provando (A.R.Damasio, 1995, op. cit.). Quindi tutti siamo organizzati con emozioni al nostro interno che partono dal corpo, dal non verbale e solo dopo vengono associate ed elaborate cognitivamente. Innanzitutto le agiamo, come la nostra paziente: sente delle cose, non sa bene dare un nome, non sa se è il nome giusto, non sa da dove arrivano ma ci sono. Quindi partiamo da quell'emozione, sì proprio la più difficile per la persona, quella che ancora non ha parole e chiediamo di trasformarla in un "oggetto concreto al di fuori di sé" e di scriverla al centro di un foglio. La mettiamo lì con il nome che alla persona viene da dare in quel momento: infatti noi

terapeute parliamo di emozioni ma i pazienti non sono esperti in libri di psicologia , possono chiamare emozione qualsiasi cosa . Abbiamo FA.G.E. che partono da emozioni come “mal di schiena”, “erotismo”, “futuro”, “mal di stomaco”, noi accettiamo tutto rifacendoci a ciò che ci insegnano le neuroscienze, che ci dicono anche che il passo successivo al reagire emotivamente sarebbe quello di sentire l'emozione in connessione con quello che l'ha suscitata ma, ci spiegano anche che il sentire le reazioni emotive dipende dalla storia e dalle esperienze delle persone: se le emozioni partono da rappresentazioni che sono acquisite dall'esperienza e non fonte di un pacchetto innato, sono quindi uniche e possono essere più o meno diverse da quelle di altri ma appartengono al soggetto (A.R. Damasio, 1995, op. cit.). Quindi noi accettiamo sia emozioni non propriamente definite nei libri di psicologia come emozioni e questo non fa che accendere la nostra curiosità nel andare, nella fase d'intervista a chiedere, intervistare la persona su ogni singola emozione che ha scritto, farcela spiegare e cercare di capire insieme a lei i nessi attraverso cui la sua esperienza si è legata a quella cosa che ha sentito, che ha preso poi il nome di quell'emozione di cui stiamo parlando.

Le neuroscienze poi vanno oltre dicendo che la base neurale del se' sta in una continua riattivazione di almeno due insiemi di rappresentazioni. Il primo riguarda le rappresentazioni di elementi chiave dell'autobiografia di un individuo, sulla base dei quali si può ricostruire ripetutamente una nozione di identità, mediante la parziale attivazione in mappe sensitive topograficamente organizzati. L'insieme delle rappresentazioni disposizionali che descrivono una qualsiasi delle nostre autobiografie riguarda un gran numero di fatti categorizzati che definiscono la nostra persona: che cosa facciamo, chi è che cosa ci piace, quali tipi di oggetti usiamo, quali luoghi frequentiamo e quali azioni compiamo più spesso. E poi in aggiunta a tali categorizzazioni, vi sono gli eventi unici, del nostro passato, che vengono costantemente attivati come rappresentazioni proiettate su mappe: dove viviamo e lavoriamo, quale lavoro svolgiamo, qual è il nostro nome e quello dei nostri amici e parenti più stretti, della nostra città , del paese... infine nella memoria disposizionale recente vi è una raccolta di eventi vicini nel tempo insieme con una loro approssimativa proiezione temporale, e anche una raccolta di progetti , un certo numero di eventi immaginari che intendiamo far accadere, o ci aspettiamo che accadano. L'incessante riattivazione di immagini aggiornate riguardanti la nostra identità (una combinazione di ricordi del passato e del futuro progettato) costituisce una parte considerevole dello stato del se'. Il secondo insieme di rappresentazioni è dato dalle rappresentazioni primitive del corpo di un individuo: non solo come il corpo è stato in generale ma anche come è stato ultimamente , appena prima del processo che ha portato alla percezione dell'oggetto x. Ciò abbraccia necessariamente stati di fondo del corpo e stati emotivi. (A.R. Damasio, 1995, op. cit.). E anche tutto ciò sarà oggetto di indagine durante la fase di intervista.

Van der Kolk, infine ci può spiegare quel "non so" continuo della paziente che fa tanto sentire impotente e senza armi. Dalle emozioni emergono sentimenti di fondo che non risultano essere né troppo positivi né troppo negativi anche se possono essere percepiti come estremamente piacevoli o spiacevoli e possono essere i sentimenti di cui facciamo esperienza nella vita di un sentimento di fondo abbiamo solo una sottile consapevolezza e corrisponde allo stato corporeo che prevale tra un'emozione e un'altra, è la nostra immagine del paesaggio del corpo quando questo non è agitato da emozioni. Quando i sentimenti di fondo rimangono dello stesso tipo per ore e giorni e non cambiano nel flusso e riflusso dei contenuti del pensiero allora contribuiscono al formarsi di un umore: buono, cattivo, indifferente. Senza i sentimenti di fondo il nucleo stesso della rappresentazione di se' sarebbe

infranto (B. Van der Kolk, 2015).

Terzo passo: costruire un genogramma familiare di quella emozione, quindi chiedere alla persona di metterla in relazione con altre emozioni creando un sistema emotivo. Bertrando, nel suo libro del 2014, ci insegna che anche nella clinica sistemica, negli ultimi anni, si è iniziato a parlare di emozioni come di un sistema emotivo: ogni momento in cui sono insieme a (almeno) un'altra persona, si crea un sistema di relazioni, che ha anche caratteristiche emotive. Di più: anche quando sono solo con me stesso, vivo comunque in relazione con pensieri, fantasie, aspettative, che mi connettono ad altre persone e che hanno connotazioni emotive. Posso quindi dire che ogni sistema umano è (anche) un sistema emotivo.

Non possiamo però dare per scontata la connessione tra sistema emotivo, comunicazione verbale e non verbale, in quanto il mostrare delle emozioni non è la stessa cosa che sentirle, in generale, io vivo in un flusso di avvenimenti, sono immerso in quel che faccio, non sempre sto attento a quel che sento, le emozioni sono modi di coordinarmi con gli altri, automatici e incoscienti, se poi ne ho conoscenza, e possibilmente le comprendo, non sarò, come avrebbe forse detto Aristotele posseduto dalle passioni (P. Bertrando 2014).

Come si legheranno queste emozioni fra loro nel F.A.G.E, che nessi, relazioni, connessioni creeranno non è dato saperlo a priori a noi e molto spesso nemmeno alla paziente, che scopre mano a mano scrivendolo come in lei si connettono le emozioni. Tomkins a questo proposito nel 1979 affermava che le emozioni si combinano sempre fra loro: non esiste alcun legame necessario tra un'emozione e un'altra, ogni emozione può evocarne ogni altra secondo la personalità degli attori, la loro storia, il modo in cui ciascuna emozione è dominante o tacita per ciascuno, e anche secondo le emozioni dominanti o tacite emerse nell'interazione.

Ed ecco che a questo punto il momento di empassé è superato perché si è attivata in noi la curiosità di voler scoprire e indagare ogni parola che verrà scritta, quale significato specifico ha per la persona, che storia contiene, che legami porta con sé, come mai proprio quei legami, quelle connessioni fra quelle emozioni: la testa inizia a riempirsi di mille domande, la mente del terapeuta si è riattivata uscendo dall'impasse del pattern ridondante. Proprio come disse Gianfranco Cecchin (1988), la curiosità ci aiuta a continuare a cercare descrizioni e spiegazioni diverse anche quando non siamo in grado di immaginarne altre.

Quarto passo: abbiamo già sentito la potenza di questo strumento su di noi terapeute nel riuscire a riattivare la nostra curiosità e a metterci in una nuova posizione, ma la paziente? Sarà utile per lei? Come terapeuti siamo chiamati ad assumere una posizione che faciliti nel creare pratiche che aiutino noi terapeuti e i pazienti a sperimentare novità sia in termini di nuove idee che di nuovi comportamenti. Lo scopo dell'incontro terapeutico non è quello di cambiare la persona o il suo comportamento ma quello di costruire insieme possibilità concrete di assumere novità che si affianchino al noto, che comunichino tra loro e si modifichino.

Come la curiosità, l'altra visione (A. Caruso, 2015) ci aiuta a cercare differenti spiegazioni e descrizioni quando non sembrano possibili”, “con l'altra visione si creano azioni che offrono la possibilità al terapeuta e al paziente di mettersi in un'altra posizione rispetto al tempo, ai ruoli, alla cultura, alle credenze, alle emozioni e ai sintomi. Come la curiosità, l'altra visione ci aiuta a cercare differenti spiegazioni e descrizioni quando non sembrano possibili. Dunque come operatori della relazione professionale siamo chiamati ad assumere una posizione che faciliti nel discriminare, favorire, creare pratiche che aiutino noi e i nostri clienti a sperimentare la "novità", sia come posizione

semantica (nuove idee), sia come posizione organizzativa (nuovi comportamenti).

POTREBBE ESSERE LO STRUMENTO GIUSTO

Decidiamo di utilizzare lo strumento in seduta, quindi come proporlo alla paziente? Come spiegare, quali consegne dare?

T: “Oggi abbiamo pensato di lavorare con un nuovo strumento. Per poter iniziare vorrei chiederle del suo stato d’animo di cui spesso narra in seduta, che ha portato anche qui oggi nei primi istanti della seduta...lei quando ne parla con se stessa o lo racconta ad altre persone come lo chiama?”

A: “Apatia”

T: “Le propongo ora di andare a costruire un genogramma, un albero familiare, di Apatia . Utilizzeremo la lavagna, ha voglia di scrivere lei ?”

A: “Sì, lo faccio io”

T: “Ok, li trova dei pennarelli, scelga quello del colore che preferisce e le chiedo di scrivere al centro del foglio: Apatia”

T: “So che questa domanda potrà sembrarle un pò strana: questa emozione la sente maschio o femmina ?”

A: “Ma in che senso? Devo darle un genere?”

T: “Provi a pensare all’emozione quando la sente e di getto ascoltare se la sente maschio o femmina. La sento maschio o la sento femmina questa emozione ?”

A: “Femmina...femmina...sono io”

T: “Apatia nasce da due genitori, il nostro genogramma può contenere qualsiasi genere di famiglia, due genitori dello stesso sesso, un genitore solo, più di due genitorisi senta libera di scrivere tutte le emozioni che sente essere genitori che generano Apatia. Da quali emozioni sente che è generata Apatia?”

A: “Posso usare anche termini che non sono strettamente emozioni ?”

T: “Certo”

A: “Allora.... CertamentePaura”

T: “Le chiedo sempre se Paura la sente maschio o femmina”

A: “Femmina. Poi...l’altro genitore... non so come definirlo...un pò un senso di vuoto, scrivo Vuoto...e questo è maschio”

T: “Paura e Vuoto generano solo Apatia? Apatia ha fratelli o sorelle?”

A: “No, no”

T: “Apatia è sposata con qualcuno?”

A: “Sì ma non so cosa scrivere, non so bene che cos'è”

T: “Se vuole può scrivere un punto di domanda. Apatia sposata con il punto di domanda genera qualcosa? Hanno dei figli? E saprebbe mettere delle date di nascita magari?”

A: “Eh non lo so...so che Apatia genera Ansia che è femmina con punto di domanda nel 2021. Da sola poi genera Tristezza che è femmina, Delusione è maschio e Solitudine che è anche lui maschio. Ansia da sola genera Paura, maschio, e Paura da sola genera Blocco che è femmina. Basta credo ci sia tutto”

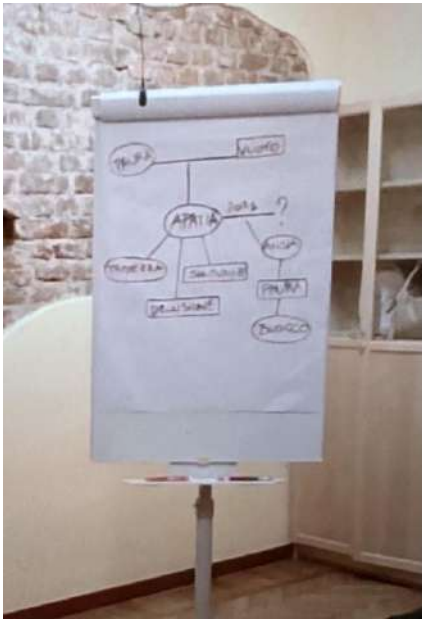


Figura 1: Primo FA.G.E

Una volta che la paziente ha completato graficamente il suo FA.G.E. la terapeuta che fino a quel momento ha svolto un ruolo di facilitatore dello strumento, non intervenendo mai nella costruzione, senza suggerire emozioni, senza fare domande in merito a quanto viene prodotto, ma limitandosi a facilitare la paziente nella costruzione nel caso in cui ne avesse bisogno o attendendo in silenzio la costruzione autonoma da parte di essa del FA.G.E., riprende un ruolo attivo e passa alla fase dell'intervista dove attinge a tutta la sua curiosità per cercare di generare altravisione in sé e nella paziente.

T: “Sente che va bene così? Che è completo?”

A: “Sì questo è quello che sento sempre e spesso. Forse mi viene in mente ora è la parte che non so gestire, forse perché è recente, si sono sposate nel 2023”

T: “Se vuole può tornare a sedersi, rivolta verso la lavagna e le chiedo di guardare ora il suo lavoro. Che effetto le fa guardarlo ora da qui?”

A: “Che è tutto negativo! Senza via d'uscita, che sono bloccata, non c'è niente di bello”

T: “Ha scritto 2023, come mai? Cosa rappresenta?”

A: *“E’ che adesso ragionandoci capisco che c’è qualcosa di nuovo in questo ultimo anno circa”*

T: *“Nel senso che punto di domanda, Ansia , Blocco sono nuovi?”*

Il compito più difficile nella fase di intervista per il terapeuta che utilizza il FA.G.E. è riuscire a restare curioso secondo la linea guida della curiosità di Cecchin riguardo al solo contenuto dello strumento. Nel porre domande si aprono mille strade che il terapeuta può seguire, si riconnettono nella mente del terapeuta fatti, nozioni, informazioni che già possiede da sedute precedenti effettuate con il paziente. Mano a mano che procede con l’intervista le ipotesi sistemiche del terapeuta sul paziente, sul suo sistema relazionale e significativo iniziano ad attivarsi, a connettersi, a generare nuova curiosità. Questo se da una parte è un bene in quanto trascina fuori dall’impasse, la mente del terapeuta si riattiva, riparte, ritorna ad essere curioso del suo paziente, della sua storia, del suo sistema; dall’altra diventa un ostacolo, a volte difficile da contenere per chi vuole utilizzare a pieno la potenza dello strumento che non si ferma solo a rompere un momento di empasse ma se utilizzato correttamente fino in fondo alla seduta può generare in diretta al paziente stesso delle altre visioni, dei nuovi posizionamenti verso se stessi e verso la propria storia. Diventa quindi fondamentale non cedere alla tentazione di intervenire come in una “seduta normale”, di non proporre ipotesi, non allargare sulla storia del paziente, su ciò che ci sta offrendo di nuovo, è fondamentale che il terapeuta rimanga sempre sul qui ed ora della seduta, sullo strumento, sul parlare di ciò che emerge e sta emergendo con lo strumento. Il paziente con le sue risposte offre mille possibilità di aggancio ma il terapeuta per questa “strana seduta” deve riuscire a lasciarli scivolare, si possono sempre riprendere se fondamentali, in sedute successive. Ma non ora, ora occorre essere curiosi di ogni particolare di quanto scritto dal paziente nel suo FA. G.E. con una curiosità minuziosa, andare a indagare ogni particolare che si nota, ogni ridondanza e ogni differenza, ogni legame. Questo perché anche se ad alcuni terapeuti sembra di “non fare nulla” limitandosi a fare semplici domande di curiosità, in realtà stanno lavorando sull’autoriflessività del paziente, lo stanno portando a porsi domande che forse mai si era posto o nessuno gli aveva posto prima, e se anche fosse accaduto in passato, ora nessuno glielo sta ponendo di nuovo e nel farlo gli si offre la possibilità di fermarsi, ascoltarsi e capire se ha già risposto alle stesse domande in passato, se oggi da o darebbe la stessa risposta oppure no, se le cose sono cambiate, i nessi, le connessioni che fa ora sono differenti.

A: *“Sì, prima non avevo Ansia”*

T: *“Quindi prima del 2023 c’era solo Apatia che genera Tristezza , Solitudine e Delusione?” A:*

“Sì sento che ora si stanno smuovendo delle cose, sento che c’è anche Eccitazione”

T: *“Vuole aggiungerla?”*

A: *“Sì la scrivo qui come altro figlio di Ansia e punto di domanda” T:*

“Eccitazione genera qualcosa?”

A: *“Eh genera questa qui, Paura”*

T: *“Genera quella Paura lì che ha scritto o una Paura diversa?”*

A: *“E’ che Eccitazione mi genera voglia di fare delle cose ma poi mi viene Paura e allora non le faccio*

e mi blocco. Ecco ho capito ora parlando chi è il punto di domanda! E' il mio chiedermi: lo faccio o non lo faccio? Posso scrivere Fare al posto del punto di domanda e lo metterei maschio”

T: “Quindi scritto così diventa che Apatia unita a Fare genera Eccitazione e Ansia. Ansia a sua volta genera Paura che a sua volta genera Blocco. Lo sente corretto così?”

A: “Sì”

T: “Ora sente che è completo?” A: “Sì”

T: “Ha voglia di raccontarmi, di spiegarmi il suo lavoro, le varie emozioni?”

A: “Sì, da dove parto?”

T: “Scelga lei da dove preferisce”

A: “Il circolo Apatia che da sola genera Tristezza, Solitudine e Delusione, è storico, la conosco da sempre, so come funziona, so da dove arriva e che sono io un pò così: è ciclico e a volte torna e lo so riconoscere e so a cosa è dovuto. Non mi preoccupa, mentre quello che a me preoccupa e fa star male è il circolo Apatia che si unisce a Fare e quello che generano dal 2023”

T: “Per questo è giunta ora in terapia e non prima?”

A: “Sì e ora che ne parliamo mi rendo conto che adesso io ricevo richieste sul fare mentre una volta molto meno, non c'erano e quindi questa parte non esisteva, invece ora un pò il marito, un pò il figlio, un pò il lavoro...le richieste sono maggiori ...”

Ad alcuni terapeuti che hanno fretta di arrivare al dunque potrebbe sembrare uno strumento noioso, lungo: il terapeutache lo utilizza è chiamato a stare da parte in questa seduta, non andare a inventarsi chissà che domande o mirabilie, viene richiesto “solo” di essere curiosi, di non dare nulla per scontato anche se si condivide la stessa cultura e lingua parlata del paziente, non dare per scontato che se il paziente dice “gioia” noi sappiamo esattamente cosa intende per “gioia” ma mettersi nella posizione dell'alieno che non sa cosa voglia dire “gioia” e lo domanda candidamente con vera curiosità. Noi non conosciamo il mondo interno di emozioni e significati dell'altro, possiamo solo chiedere e farcelo raccontare: anche se usiamo entrambi gli stessi termini che sul dizionario riportano la stessa definizione potremmo indicare due cose differenti .

T: “Ha messo due Paura, una femmina e una maschio”

A: “Sì, sì, questa che arriva da Apatia con Fare è maschio perché la vedo più difficile per me, la sento più forte. Paura madre di Apatia è femmina perché è una paura più continua di sottofondo, mentre questo Paura quando viene fuori è più forte, mi blocca di più, mi frena di più ed è una paura nuova non è questa qua solita”

T: “Lei dice che quella parte lì c'è sempre stata nella sua vita, da quando parte questo sempre nella sua vita? Quando ha inizio?”

A: “Eh.. all'università, un quindicina di anni fa”

T: “Quindi quindici anni fa avrebbe scritto solo quella parte lì. Prima di quindici anni fa l'avrebbe

messa ?”

A: “No, non credo. Non sapevo che università fare, poi l’ho cambiata, mi sono fatta trascinare ...anche con le amicizie le ho cambiate più volte, non ho mai trovato qualcuno di significativo...quindi sì ho fatto delle cose ma sentivo che volevo fare altro ma è come se mi fossi trattenuta e quindi stavo sulla sufficienza, non avevo voglia di fare grandi cose, andava via liscia così”

T: “Ansia ed Eccitazione le ha messe femmina, come mai?”

A: “Loro le vedo legate a delle figure femminili, Ansia a mia sorella che è sempre in ansia ma a differenza mia non la blocca ma la porta a fare moltissimo e mi dice vai, fai: lei è sempre in movimento e io più mi dice così più mi blocco”

T: “Che cos’è Blocco ?”

A: “Che mi fermo, non faccio le cose , mi tiro indietro” T:

“Blocco genera qualcosa o no, finisce lì?”

A: “Ma... a pensarci... sì , genera sensi di colpa in me e poi che gli altri dopo un po si stufano di me”

T: “Noto che abbiamo parlato finora delle emozioni che ha messo come femmine, e di quelle che ha messo maschi ? Cosa mi dice?”

A: “Fare è maschio perché è connesso al lavoro che è un ambiente maschile e a mio marito che è maschio e ricevo richieste di fare e di responsabilità soprattutto da maschi. Vuoto, Solitudine e Delusione sono maschi perché si generano in relazioni con il maschile, con amici maschi, con mio marito. Quelle femminili le collego più al femminile della mia famiglia di origine mentre quelle maschili si generano con i maschi extra familiari”

T: “Apatia per lei cosa vuol dire ?”

A: “Non provare mai emozioni, sicuramente non positive” T:

“Qual è la cosa che la disturba di più di Apatia?”

A: “Non sentire cose positive”

T: “ Mentre le cose brutte le sente?” A:

“Sì! E generano il non fare”.

T: “Non fare è lo stesso non fare di Blocco?”

A: “No. Non fare di Apatia da sola è legato a me e va bene, chi mi è vicino mi conosce, sa che funziono così e la può accettare e so che dopo un po’ passa, non è sempre così. Mentre non fare di Apatia unita a Fare è legato all’esterno, agli altri che mi fanno richieste, mi danno responsabilità e si vede, ora è chiaro per come è scritto, anche a me: si innesca tutto quel processo di figli che porta al senso di colpa . Sì è così!”

T: “E se dovessimo far parlare quel senso di colpa, cosa direbbe?”

A: *“Ma cavoli, ma potresti provare a farlo, non c'è da avere così paura! Sì, sìin effetti in questo circolo è Paura che è troppo forte, dovrei riuscire ad abbassarla un pò”*

T: “Chi si potrebbe unire a senso di colpa per aiutarla ad abbassare Paura?”

A: *“Successo. Dovrebbe arrivare il sentire che ho fatto delle cose positive ma non per gli altri, ma per me stessa, sì successo per me stessa. Se Successo si unisse a sensi di colpa da lì si genererebbe Fare”*

T: “Lei ha altro da aggiungere? Ci sono cose che non le ho chiesto?”

A: “Sto pensando a Successo. Lo posso aggiungere? Anche se ancora non esiste, lo posso aggiungere qua vicino a sensi di colpa?”

T: “*Si*”.

A: *“E la metto femmina perché sarebbe il mio successo e dall'unione con sensi di colpa si genererebbe Fare e lo metto maschio perché è il Fare maschio”*

T: “Guardando ora il suo lavoro, come le sembra?”

A: *“Un pò meglio! Un po’ più positivo. Potrei aver trovato come fare, forse dovrei far apparire Successo dentro di me. Solo che mi sento ancora molto lontana oggi”*

T: “Ha delle idee su come far apparire Successo?” A:

“No”

T: “Le è mai capitato nella vita di sentire Successo?”

A: *“Sì, dovrei trovare il modo di riprovare quel successo per me stessa, seguendo me stessa”*



Figura 2: Secondo FA.G.E.

L'intervista si conclude quando il terapeuta ha dato fondo a tutta la sua curiosità possibile, quando sente di aver indagato ogni minimo dettaglio, aver guardato in ogni angolino del F.A.G.E del paziente. A volte capita che durante l'intervista, come in questo caso, sia la persona stessa a trovare "la soluzione", altre volte i pazienti stessi si danno dei compiti da soli proponendo a loro stessi di provare

a fare delle cose da lì alla seduta successiva, altre volte accadono eventi più emotivi, emergono vissuti o si generano forti emotività, altre volte non accade proprio nulla: si ha la sensazione che il paziente abbia lavorato in seduta ma che tutto quel lavoro sia ancora lì che gira, che frulla nella testa della persona. Vada come vada la seduta va sempre conclusa, come ci insegnano i nostri maestri o con una restituzione che rimanga su quanto accaduto in seduta oppure con un compito sempre inerente a quanto emerso nel qui ed ora della seduta.

LE FASI DEL FA.G.E., SETTING E AVVERTENZE NELLA SOMMINISTRAZIONE

Lo strumento del FA.G.E. si sviluppa in tre fasi:

1. **Costruzione:** occorre selezionare un'emozione da cui partire seguendo un'ipotesi sistemica (l'emozione potrebbe essere quella che porta costantemente un paziente, quella che è forte per il paziente in questo momento o l'emozione che ha attivato per esempio un compito); ci sarà poi la costruzione grafica del genogramma dell'emozione (genitori, nonni, eventuali partner, figli, le relazioni fra loro, matrimoni, lutti, separazioni ...) mettendo almeno tre generazioni e poi assegnare un genere e un nome all'emozione in base all'esperienza che il paziente ha di questa.
2. **Intervista:** il terapeuta aiuta attraverso domande a riempire i vuoti, a fare connessioni tra le emozioni, a ricostruire le storie di queste emozioni e il valore che viene dato a ciascuna di esse. Non va ad interpretare il lavoro del paziente in base ai propri vissuti e deve stare attento a mettere in discussione le proprie idee perfette, a non innamorarsi della propria ipotesi tenendo a mente i propri pregiudizi. Nel porre le domande si seguono le sei linee guida della conduzione di un colloquio sistemico: ipotizzazione, circolarità, neutralità, curiosità, strategizing e altravisione. Il terapeuta segue il pensiero di elaborazione del paziente, riconnettendo le riflessioni del paziente nel presente senza lasciarsi trascinare dalla sua storia passata e usa le possibili informazioni che emergono sul passato per indagare come queste intervengano nel sistema emotivo di oggi.
3. **Restituzione:** il terapeuta può fornire una restituzione verbale su quello che è avvenuto in seduta o può somministrare un compito connesso a quanto accaduto: la scelta dipende in primo luogo da come si è modificata l'ipotesi che il terapeuta ha riguardo al caso e in secondo luogo dallo stile del terapeuta, dal clima e dall'alleanza che il terapeuta sente in quel momento.

Lo strumento può essere utilizzato in setting individuali, di coppia e familiari. Può essere utilizzato con bambini (con opportune modifiche) e con persone di ogni età e cultura, estrazione sociale. Non è necessario che la persona sia esperta di emozioni per utilizzarlo, nasce proprio per riuscire a lavorare con persone con difficile accesso alle emozioni e /o alla loro verbalizzazione e non richiede grandi capacità grafiche né verbali. Può essere utilizzato con qualsiasi disturbo epatologia, è stato applicato anche con pazienti schizofrenici compensati farmacologicamente. Per quanto riguarda le avvertenze possiamo sottolineare come ogni professionista che scelga di utilizzare questo strumento deve essere consapevole che potrebbero presentarsi delle controindicazioni o delle difficoltà da affrontare. È uno

strumento da utilizzare solo dietro prescrizione di ipotesi: affinché l'uso dello strumento risulti utile è necessaria un'ipotesi sistemica che spieghi perché può aver senso usarlo in quel determinato momento della terapia e con quel determinato sistema in terapia. Questa ipotesi deve essere in grado di descrivere il sistema pazienti, il sistema terapeuta, il sistema paziente-terapeuta e i sistemi e i contesti più allargati. Non bisogna nemmeno dimenticare l'assunzione contemporanea tra sistema emotivo e sistema culturale: il paziente, la famiglia, la coppia che ho davanti non è mai quella persona, quella famiglia, quella coppia così com'è nell'interazione con me terapeuta. Devo capire qual è il mio contributo nel far emergere proprio quelle emozioni e non altre: ogni emozione che mi sembra di scoprire in terapia è necessariamente una mia ipotesi e in quanto tale provvisoria (Bertrando, Toffanetti, 2003). Inoltre dobbiamo anche ricordarci il fattore culturale: le culture non sono fisse immutabili negli anni, ma cambiano ed evolvono. È fondamentale quindi lo studio delle parole chiave emotive e del loro cambiare all'interno delle diverse culture: le emozioni descritte con parole diverse acquisiscono aloni semantici diversi, come se fossero forme di vita distinte (Geertz, 2000).

Per maggiori specifiche in merito rimandiamo alla lettura del libro: Citterio, N., Iori, V. (2020). FA.G.E. Family Genogram of Emotions - Un nuovo strumento per lavorare con le emozioni in terapia. Milano: Mimesis.

CONCLUSIONE: ALCUNI EFFETTI SUI PAZIENTI

Per i terapeuti “curiosi fino in fondo” riportiamo alcuni feedback dei nostri pazienti dopo aver utilizzato questo strumento in terapia con loro:

- *"Non pensavo di riuscire a scrivere così tante emozioni, sono molto sorpreso! Rabbia, controllo e giustificazione ora per me hanno più senso e riesco a distinguerle, prima era tutto nervosismo a cui non riuscivo a dare un nome e un senso".*
- *"È vero ho paura, sto invecchiando, sono io ora che ho bisogno degli altri. Mi guardo in giro e sono sola, questo mi genera ansia...lo sto dicendo per la prima volta a lei e sento un gran mal di stomaco".*
- *"Quelle cose che ho scritto lì nessuno me le ha mai chieste. Forse ora posso iniziare a pensare ai miei desideri e progetti".*
- *"Mi sono sorpresa di aver messo dei sintomi fisici e di averli connessi in modo che ora hanno un senso per me".*
- *"Ci siamo stupiti nel vedere il legame creato da nostro figlio tra paura e rabbia, pensavamo che la rabbia fosse solo una manifestazione adolescenziale senza vedere che potesse nascondere una paura".*
- *"La mia tristezza in realtà è l'unica emozione che produce altro ,non è così negativa...forse può generare altro..sì in effetti ora che lo guardo scritto vedo che permette di arrivare al coraggio passando dalla rabbia. Forse emozioni che ho sempre visto solo come negative sono invece utili per arrivare all'azione".*
- *"Forse dovrei essere più coraggiosa e fare domande a mamma e papà, essere meno*

- preoccupata per loro".*
- *"In questo momento forse posso tirare fuori tutta la mia ansia, tutte queste emozioni ora possono emergere, non devo più soffocarle".*
 - *"È tutto così chiaro e semplice...sento che si sta muovendo la giovane Anna che era forte , coraggiosa, che ha lottato . Non voglio più rinunciare a ciò che sono".*

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1976). *Verso un' ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bertrando, P. (2014). *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bertrando, P., Toffanetti, D. (2000). *Storia della terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Caruso, A. (2002). *Altravisione: una posizione nella conversazione terapeutica fra teoria sistemica e teoria socio-costruzionista*. In *Connessioni*, n.11. Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia.
- Cecchin, G. (1988). *Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità, neutralità: un invito alla curiosità*". In *Ecologia della Mente*.
- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). *Idee perfette*. Roma: Franco Angeli.
- Cecchin G., Lane G., Ray, W.A. (1997). *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Citterio, N., Iori, V. (2020). *FA.G.E. Family Genogram of Emotions - Un nuovo strumento per lavorare con le emozioni in terapia*. Milano: Mimesis.
- Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi.
- Damasio, A.R. (2000). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi.
- De Silva, D. (2011). *Sono contrario alle emozioni*. Torino: Einaudi.
- Geertz, C. (2000). *Available Light: anthropological reflections on philosophical topics*. New Jersey: Princeton University Press.
- Tomkins, S. (1979). *Script Theory: Differential Magnification of Affects*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo, cervello nella elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

**COMMENTO ALL'ARTICOLO DI NICOLETTA CITTERIO E VALENTINA IORI:
"F.A.G.E. FAMILY GENOGRAM OF EMOTIONS. NASCITA DI UNO STRUMENTO PER
LAVORARE CON LE EMOZIONI IN TERAPIA SISTEMICA"**

EDOARDO PERINI

mail: edoardo.perini@gmail.com

L'uso degli strumenti nella pratica clinica sistemico-relazionale suscita da sempre in me grande interesse, perché permette di condurre un processo di ipotizzazione attento alla storia vissuta dei pazienti (Ugazio, 2018): pertanto, ho scelto con piacere di commentare l'articolo di Iori e Citterio sul F.A.G.E.

Negli ultimi anni sono state proposte anche da altri autori nuove versioni del genogramma (Daure & Borcsa, 2022), che hanno in comune con il F.A.G.E. il fatto di non prevederne la redazione da parte del terapeuta dopo la seduta, ma la co-costruzione con il paziente nel corso della sessione. Questa nuova modalità di somministrazione comporta ovviamente un cambio di paradigma. Se il terapeuta compila il genogramma fuori dalla seduta, è lui ad elaborare i dati emersi, compiendo un'operazione di sintesi e ristrutturazione (Viaro & Marchiori, 2015) in vista della formulazione dell'ipotesi sistemica, che dovrà essere triadica (il genogramma prende in considerazione il contesto perlomeno trigenazionale), perturbativa (il terapeuta, avendo una visione dall'alto della storia trigenazionale del paziente connette in modo nuovo e inatteso i dati della sua storia vissuta) ma plausibile (ovvero, basata su fatti verificati, in base alla ricostruzione degli eventi di vita del sistema-paziente, avvenuta in fase anamnestica e, appunto, sintetizzata con il genogramma, "fotografia" perlomeno trigenazionale del paziente, inserito nel suo contesto (Perini, 2021). Se, al contrario, il genogramma viene co-costruito con il paziente, indubbiamente i passaggi che portano alla formulazione dell'ipotesi sono più condivisi con lui. Con quali conseguenze? Purtroppo, nonostante la rilevanza dell'argomento, non ho trovato autori che parlano di ciò: se si decide di cambiare la modalità con cui viene usato uno strumento è fondamentale, ancora prima di descriverlo, chiedersi quali sono i cambiamenti epistemologici conseguenti. Dal mio punto di vista posso ipotizzare che il nuovo uso del genogramma porti ad ipotesi potenzialmente meno perturbative, proprio perché maggiormente condivise con il paziente. La terapia sistemico-relazionale si sta muovendo in questa direzione? Da Mara Selvini Palazzoli (1975), che leggeva le ipotesi al sistema- paziente senza dare possibilità di replica ad una terapia in cui le stesse vengono co-costruite, fino quasi ad annullare l'elemento perturbativo? Forse sarebbe opportuno iniziare ad interrogarci su questo punto, per chiarire, almeno tra noi sistemici, quale strada stiamo percorrendo e dove ci porterà. Il F.A.G.E., come ho detto, si inserisce nella succitata corrente di cambiamento, in quanto viene co- costruito col paziente in seduta, con l'obiettivo di accedere al suo mondo emotivo. Le autrici propongono un genogramma non più fatto di uomini, donne, relazioni orizzontali, verticali, nascite, morti, che ci possono dire qualcosa su come il sistema-paziente si è evoluto attraverso le generazioni, portandolo dove è ora. Il F.A.G.E. è fatto di emozioni, ciascuna delle quali ha dei *genitori* e dei *figli*: sono emozioni che provengono da lontano e che portano il paziente lontano, talvolta mettendolo nell'angolo. Uno strumento interessante, perché

rappresenta un'opportunità per accedere in modo approfondito a ciò che il paziente racconta in seduta, senza limitarsi alle definizioni preconfezionate, che spesso egli offre di primo acchito. Si tratta, in altre parole, di una modalità attraverso la quale il terapeuta, grazie alla sua curiosità clinica, permette al paziente di ampliare la propria conversazione intorno alle emozioni che prova, di dare loro un nome, di spiegare le loro origini e le loro prospettive future. Ciò permette di accedere in modo privilegiato alla storia raccontata del paziente (Ugazio, 2018). Altrove, Iori e Citterio (2020) accennano agli antenati del F.A.G.E. (pag. 35), ma non sviluppano nel dettaglio le possibili connessioni tra questi ultimi e lo strumento da loro proposto. Dal mio punto di vista è invece fondamentale che i nuovi strumenti, le nuove versioni del genogramma, siano messi in connessione con i propri *antenati*, per essere a buon diritto considerati strumenti sistemici con radici solide. Radici sistemiche. Modalità attraverso cui il terapeuta prosegue una storia, esplora nuovi orizzonti, integrandoli con gli strumenti "tradizionali", che restano a tutt'oggi fondamentali nella pratica clinica, in quanto colgono aspetti basilari per la formulazione dell'ipotesi.

Il genogramma proposto da Bowen (1971), antenato del F.A.G.E., così come altri strumenti come la scheda familiare e la tabella cronologica (Vallario, 2010), mirano a ricostruire gli eventi di vita, almeno quelli strutturali, così come sono accaduti. Si tratta di strumenti (Viaro & Marchiori, 2015) che sintetizzano, che colgono la struttura, la trama emotiva che sta oltre le parole del paziente. La sua storia vissuta (Ugazio, 2018), che spesso le sue parole nascondono. Dissento, pertanto, da Iori e Citterio (2020) quando affermano che "Quello che è davvero importante non è la precisione dei dettagli e la corretta cronologia degli eventi, ma il modo personale in cui i ricordi sono entrati a far parte del mondo emozionale e culturale del soggetto" (pag. 38): il difetto di abbracciare una simile prospettiva, che dà fin troppo valore al punto di vista raccontato dal paziente, è quello di non permettere al terapeuta di vedere le sue potenziali risorse. A volte le emozioni più "autentiche" sono celate dietro dettagli della storia che il paziente non vede: è proprio ricostruendo con estrema precisione la scansione cronologica degli eventi che si riesce a narrargli una storia diversa da quella che lo ha portato dov'è ora. Ciò, se si condivide l'idea secondo cui l'aspetto caratterizzante della terapia sistemico-relazionale è l'introduzione del cambiamento, la perturbazione, la risposta inattesa. Caso mai è importante mettere in relazione la ricostruzione precisa degli eventi con la prospettiva del paziente, al fine di notare le discrepanze, che permettono la narrazione di una nuova storia.

Ad esempio, nell'interessante caso clinico proposto dalle autrici, dove la paziente indica "paura" come genitore di "apatia", solo per citare il primo passaggio, sarebbe utile, magari in un prossimo contributo, mettere a confronto il F.A.G.E. della paziente con il suo genogramma, per generare possibili corrispondenze. La paura della paziente, che, a quanto riferisce, genera l'apatia che la porta a chiedere delle sedute di psicoterapia, ha delle corrispondenze nella sua storia vissuta? Sono accaduti, nel passato, eventi normativi o non normativi (Viaro & Marchiori, 2015) ad essa connessa? Oppure, non è facilmente identificabile e vanno raccolti altri dati? Le autrici, facendo riferimento alla neuropsicologia, correttamente attribuiscono importanza alla categorizzazione degli eventi, che inevitabilmente influenza lo stato di sé. È proprio per questo che il terapeuta deve raccogliere ed organizzare gli eventi tra una seduta e l'altra, in back office, in modo da aiutare il paziente a categorizzare aspetti della propria storia che secondo lui non sono importanti, ma che hanno avuto su

di lui un'influenza, spesso fondamentale. Le stesse autrici, del resto, affermano che per somministrare il F.A.G.E. è necessario avere un'ipotesi sistemica: non posso che essere totalmente d'accordo. Se però l'ipotesi non viene esplicitata, anche e soprattutto nella narrazione dei casi clinici, se ne perde sempre di più l'importanza e l'approccio sistemico, inevitabilmente, si allontana da molte delle premesse che lo hanno reso determinante nel panorama delle psicoterapie.

BIBLIOGRAFIA

Bowen, M. (1971). Family therapy and family group therapy. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (pp. 384–421). Baltimore: Williams & Wilkins.

Citterio N., & Iori, V. (2020). *FA.G.E. Family genogram of emotions. Un nuovo strumento per lavorare con le emozioni in terapia*. Milano-Udine: Mimesis edizioni. ISBN 9788857569383.

Daure, I., & Borcsa, M. (2022). *Il genogramma nella pratica sistemica contemporanea. Sviluppi e prospettive*. Milano: Franco Angeli. ISSN 2420-9201.

Perini, E. (2021). La consulenza nel contesto scolastico: una proposta di intervento sistemico con l'uso del sociogramma. *Terapia Familiare*, 126, 29-44. DOI: 10.3280/TF2021-126003

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*.

Milano: Raffaello Cortina Editore. ISBN 88-7078-812-1

Ugazio V. (2018). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Nuova edizione ampliata, aggiornata e rivista con un glossario dei termini specifici e una bibliografia ragionata 1991-2018. (3° Ed). Torino: Bollati Boringhieri.

Vallario, L. (2010). *Il cronogramma. Uno strumento per la psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.

Viaro, M. & Marchiori, R. (2015). Genogramma, cronologia degli eventi, mappa delle relazioni nella formazione e nella clinica. Una rivisitazione. *Terapia familiare*, 107, 59-78. DOI: 10.3280/TF2015-107004.

SEZIONE STRUMENTI

I COLORI DELL’ANIMA.

USO DI IMMAGINI D’ARTE IN PSICOTERAPIA

(THE COLORS OF THE SOUL. USE OF ART IMAGES IN PSYCHOTHERAPY)

CONNY LEPORATTI - CRISTIAN DI GESTO

mail: connyleporatti@gmail.com⁴ - cristian.digesto@unifi.it⁵

SOMMARIO

L’articolo narra del lungo percorso realizzato da Conny Leporatti, a partire dagli anni ‘90 sull’uso delle immagini d’arte in psicoterapia in costante dialogo con colleghi italiani e internazionali. L’articolo presenta la cornice teorica nella quale si inserisce l’uso delle immagini d’arte in psicoterapia, dalla teoria della mente, alla sintonizzazione emotiva, alla neuroestetica. Utilizzando i concetti di conoscenza relazionale implicita, con riferimento alle ultime scoperte delle neuroscienze, si riflette sulla relazione terapeuta-paziente nella prospettiva di co-costruzione di nuove storie e di nuove letture delle esperienze e dei vissuti del paziente e della sua famiglia. L’articolo presenta un caso di terapia familiare, con un paziente psicotico e la sua famiglia. Al termine dell’articolo, nelle conclusioni, è introdotto uno studio sperimentale condotto in collaborazione con il dott. Cristian Di Gesto che, tramite un approccio quantitativo, ha testato l’efficacia della tecnica di utilizzo delle immagini d’arte con Orfani di femminicidio, in riferimento alla frequenza ed alla gravità dei sintomi traumatici.

PAROLE CHIAVE: relazione che cura, neuroestetica, inconscio ottico, uso di immagini d’arte in psicoterapia, sintonizzazione emotiva.

ABSTRACT

The article narrates the long journey undertaken by Conny Leporatti, starting from the 1990s on the use of art images in psychotherapy in constant dialogue with Italian and international colleagues. The article presents the theoretical framework in which the use of art images in psychotherapy is inserted, from

⁴ Conny Leporatti, psicologa psicoterapeuta, fondatrice e direttrice centro “Comete” di Empoli, socia Sippr e socia EFTA, autrice di testi e articoli in ambito nazionale e internazionale, professoressa con incarico presso Università degli studi di Firenze, relatrice a convegni e didatta presso istituti di terapia familiare.

⁵ Cristian Di Gesto, Dottore di Ricerca in Psicologia, è attualmente Docente a contratto di Psicologia Sociale presso l’Università degli Studi di Firenze e Assegnista di Ricerca presso l’Università di Roma “La Sapienza”. La sua attività di ricerca si concentra sulla psicologia della salute, con particolare attenzione all’immagine corporea e alle influenze socioculturali, alla relazione tra atteggiamenti e comportamenti, alle dinamiche intergruppi e al pregiudizio. Ha pubblicato numerosi articoli su riviste scientifiche nazionali e internazionali nei campi della psicologia sociale e della psicologia della salute. È membro della European Association of Social Psychology, della European Health Psychology Society, dell’Associazione Italiana di Psicologia e della Società Italiana di Psicologia della Salute.

theory of mind, to emotional attunement, to neuroaesthetics. Using the concepts of implicit relational knowledge, with reference to the latest discoveries in neuroscience, we reflect on the therapist-patient relationship from the perspective of co-construction of new stories and new readings of the experiences and experiences of the patient and his family.

The article presents a case of family therapy, with a psychotic patient and his family.

At the end of the article, in the conclusions, an experimental study conducted in collaboration with Dr. is introduced. Cristian Di Gesto who, through a quantitative approach, tested the effectiveness of the technique of using art images with orphans of femicide, in reference to the frequency and severity of traumatic symptoms.

KEY WORDS: healing relationship, neuroaesthetics, optical unconscious, use of art images in psychotherapy, emotional attunement.

INTRODUZIONE

L’articolo nasce dalla mia esperienza nell’uso delle immagini d’arte in psicoterapia. Si tratta di una tecnica che ho messo a punto negli anni ‘90 e che ho sperimentato per oltre trent’anni, proponendola a colleghi italiani e stranieri. Dal mio lavoro e dai suggerimenti ricevuti, la tecnica di uso di immagini d’arte in psicoterapia si è perfezionata sempre più ed è stata di aiuto anche nel corso della pandemia Covid-19: l’ho utilizzata sia in terapia individuale, che in terapia di coppia, che in terapia familiare.

In questo articolo farò riferimento alla nascita della tecnica, ai riferimenti teorici che ne sostengono l’utilizzo, al tema della cura e all’uso del sé del terapeuta⁶.

Il caso del quale parlerò è un caso affrontato nel mio Istituto di Terapia familiare, utilizzando la tecnica di uso delle immagini d’arte e fa riferimento alla terapia familiare con un paziente psicotico e la sua famiglia.

Riferirò, infine, di uno studio sperimentale condotto in collaborazione con il dott. Cristian Di Gesto che, tramite un approccio quantitativo, ha testato l’efficacia della tecnica di utilizzo delle immagini d’arte con gli Orfani di femminicidio in riferimento alla frequenza ed alla gravità dei sintomi traumatici.

USO DI IMMAGINI D’ARTE IN PSICOTERAPIA

La profondità del legame che unisce psicoterapia ed arte individua nelle emozioni il cuore della vita mentale e nel pensiero metaforico lo strumento cognitivo dal quale dipende lo sviluppo della personalità. Bion (1972, 1996) pone l’arte al centro del processo di apprendimento ed indica nella produzione simbolica la modalità creativa dell’evoluzione psichica. In sintesi, si evidenzia come la formazione del pensiero e lo sviluppo mentale seguano processi simbolico-creativi riconducibili all’intuizione artistica; su questa base l’artista formula le interpretazioni con le quali fornisce una forma psichica preliminare, che suscita nel fruitore dell’opera d’arte, attraverso l’interpretazione, pensieri ed emozioni ancora non consapevoli. L’immagine tende a proporre un primo livello di pensabilità, stabilendo tra gli individui e la loro storia relazionale una distanza che favorisce l’approccio reciproco, la riflessione e il dialogo.

⁶ Questo articolo è in parte frutto della revisione, rielaborazione ed aggiornamento di quanto presentato nel testo Leporatti, C. (2020), *The colors of light. Handbook*, Bologna: In Riga.

L’immagine, infatti, è già un modo di dare rappresentabilità a qualcosa che nella storia relazionale del paziente, della coppia o della famiglia, si manifesta a livello di vissuti ed agiti. Attraverso l’immagine si può avere e dare accesso a mondi interni non facilmente accessibili e spesso difesi nell’uso del canale verbale, così come ben rappresentato da Walter Benjamin (1931) nel saggio *“Piccola storia della fotografia”*, circa la relazione con il sé, con il mondo interno, con l’inconscio ottico. Un ulteriore contributo teorico, relativo all’uso delle immagini d’arte in terapia, giunge dal lavoro di Daniel Stern (2006) sul momento presente e sull’implicito in psicoterapia e dalle sue riflessioni secondo le quali la grande maggioranza di ciò che conosciamo nel nostro rapporto con gli altri, compreso il transfert, è non verbale, non simbolico, non narrato, non cosciente, inconscio ma non rimosso. Stern (2006) fa riferimento alle esperienze interne ed immediate, che durano soltanto pochi secondi, ma che determinano intuizioni fondamentali sulla psiche, sull’intersoggettività e sulla natura stessa dell’esperienza. Nel mio lavoro ho utilizzato le immagini d’arte dai primi anni ‘90, usando cataloghi d’arte e cataloghi museali disponibili nel mio studio. La famiglia Leporatti è originaria della città di Vinci, mio padre è nato in una casa colonica distante circa 400 metri dalla casa natale di Leonardo. Sin da piccola ho camminato per le vie di Vinci e, con mio padre, mi sono arrampicata sulle colline che circondano il paese, tra vigneti e oliveti. Il Libro della Pittura di Leonardo da Vinci mi ha sempre affascinato.

“Farai le figure in tale atto che sia sufficiente a dimostrare quello che la figura ha nell’anima; altrimenti la tua arte non sarà laudabile” (Leonardo Da Vinci, 1492, Libro della pittura, p.106).

A questa lettura ed all’amore di mio padre per l’arte devo il mio precoce approccio a quadri e pittori. Così, fin dall’adolescenza ho avuto modo di vedere e vivere musei e mostre d’arte, le suggestioni che le immagini d’arte hanno suscitato in me si sono sviluppate nel tempo fino a diventare oggetto di uso in psicoterapia. Del resto, dal punto di vista teorico, l’uso dell’immagine in terapia sistemica viene da lontano: dalle suggestioni di Bowen (1978) legate al genogramma familiare, dal lavoro di Maurizio Andolfi (1977, 1985), Luigi Onnis (1990) sulla scultura, Philippe Caillè (2005) sugli oggetti fluttuanti, ma anche dall’opera di Rodolfo De Bernart (2007) sulle tecniche non verbali, in particolare sul genogramma fotografico, sull’uso del collage e del disegno congiunto. Sulla scorta di questo ricco e articolato paradigma, si sviluppano gli usi delle immagini d’arte operati da Vittorio Cigoli (2009) in terapia di coppia e da Conny Leporatti (2005; 2010; 2011; 2014; 2016) in terapia individuale, di coppia e familiare.

Inizialmente la richiesta era la seguente: *“Sceglia immagini d’arte che sente possano rappresentarla o rappresentare i suoi stati d’animo”*. Lasciavo che il paziente sfogliasse liberamente e senza fretta i cataloghi disponibili. Poteva scegliere più di una immagine, fino ad un massimo di tre, ed il lavoro successivo era di connessione tra l’immagine o le immagini scelte, le motivazioni della scelta, le emozioni connesse a quelle immagini, l’immagine in relazione al sé, al mondo interno, alle relazioni familiari, al sistema terapeutico. Nelle sedute successive si lavorava sulle emozioni conseguenti alle scelte delle immagini compiute e sugli eventi e stati emotivi con le quali le immagini entravano in risonanza.

COME NASCE L’USO DELLE IMMAGINI D’ARTE IN TERAPIA?

Il primo utilizzo delle immagini d’arte avvenne nel corso di una terapia individuale che sembrava essersi arrestata senza motivo. Per varie sedute la situazione era rimasta invariata, la relazione terapeutica

sembrava essere buona, ma avevo l’impressione di perdere tempo e di non essere di aiuto alla paziente. Stavo pensando ad un down terapeutico e all’invio della paziente ad un altro terapeuta, ma la terapia si nutre delle dinamiche del setting e così, ad un certo punto, “vidi” i cataloghi d’arte poggiati su un mobile dello studio e pensai *“se un’immagine d’arte è di aiuto a me, non potrebbe esserlo anche alla mia paziente?”*. Presi così un catalogo, lo porsi alla paziente, le chiesi di sfogliarlo e di scegliere un’immagine che rappresentasse il suo stato d’animo.

Nacque così, in maniera del tutto intuitiva, l’uso delle immagini d’arte in psicoterapia.

Iniziai a lavorare in terapia con le immagini, lavoro che condivisi per la prima volta dieci anni più tardi al Congresso di Firenze del 2001 e successivamente in vari altri congressi (Congresso EFTA di Berlino del 2004, Congresso Mondiale di Psicoterapia di Pechino del 2008, Congresso EFTA di Parigi del 2010, Congresso Mondiale di Psicoterapia di Sydney del 2011, e diversi altri), con diversi colleghi, che contribuirono negli anni a supportare lo sviluppo della tecnica.

Oggi metto a disposizione dei pazienti una Raccolta di immagini d’arte. Si tratta di 260 immagini, suddivise in 26 categorie, 10 immagini per ogni categoria. Sono le immagini più scelte dai pazienti in 30 anni di lavoro con le immagini d’arte in terapia individuale, di coppia, familiare.

Le categorie sono:

1. BAMBINO
2. CASA
3. CIBO
4. COPPIA
5. DCA
6. DONATORE
7. DONATRICE
8. DONO
9. FAMIGLIA
10. FRATELLI
11. GENITORI
12. GIOCO
13. IDENTITA’ DI GENERE
14. INDIVIDUO FEMMINILE
15. INDIVIDUO MASCHILE
16. LAVORO
17. MADRE
18. MALATTIA
19. MORTE
20. NONNI
21. ORIGINI
22. PADRE
23. RISORSE

- 24. SESSUALITÀ
- 25. TRAUMA
- 26. VECCHIAIA

Ogni categoria è rappresentata anche su una scheda tecnica, riservata al terapeuta. Nella scheda tecnica è scritto il nome di ciascun quadro della categoria, il titolo dell’opera, la data di esecuzione, il luogo di conservazione del quadro. Le schede tecniche, posizionate all’inizio della Raccolta, sono appunto ad uso esclusivo del terapeuta. Nelle categorie da usare con i pazienti, le immagini sono invece una per pagina, non hanno alcuna informazione, ma rappresentano soltanto il quadro e il numero della categoria alla quale il quadro appartiene, unitamente al numero d’ordine dell’immagine nella categoria. Ad esempio, la categoria BAMBINO, categoria 1, vede per ogni immagine della categoria la numerazione 1.1 per la prima immagine, 1.2 per la seconda immagine e così di seguito.

La Raccolta delle immagini è stata pubblicata a mia cura con il titolo “I colori della luce”, edizioni In Riga, Bologna, Italia.

Ho pubblicato anche un manuale relativo all’uso delle immagini d’arte. Il manuale si intitola “*I colori della luce, uso di immagini d’arte in psicoterapia*”. Nel manuale presento dettagliatamente la tecnica e rappresento diversi casi di terapia individuale, di coppia e familiare nei quali ho utilizzato le immagini d’arte.

DESCRIZIONE DI METODO E PROCESSI

La psiche esiste nel momento in cui ci sono due menti che si incontrano: scopriamo noi stessi, i nostri pensieri e i sentimenti attraverso la relazione con gli altri. Quello che si vede nel volto dell’altro dà un nome alle esperienze emozionali e, per tornare alle neuroscienze, ciò contemporaneamente modella lo sviluppo cerebrale.

La relazione è quindi il frutto di un processo di co-creazione in cui intervengono le qualità emergenti degli esseri umani, dando vita e senso ad aspetti estranei alla relazione.

È questo il ruolo delle figure di attaccamento (compreso lo psicoterapeuta), più recentemente attribuito anche al partner all’interno della relazione di coppia.

La fruizione dell’arte è un’esperienza molto complessa, nella quale sono implicati diversi processi cognitivi e affettivi in interazione tra loro. La complessità di questa esperienza si riscontra anche a livello neurofisiologico, con l’implicazione di varie strutture, i neuroni specchio, il nucleo accumbens e diverse altre.

Negli anni una nuova disciplina è stata di supporto alla comprensione dei processi che sottendono la produzione e la fruizione dell’opera d’arte, una nuova disciplina che nasce dalla sinergia tra le neuroscienze e le discipline artistiche.

La Neuroestetica, questo il suo nome, nasce nel 1994, anno in cui Semir Zeki, professore di Neurobiologia alla University College di Londra, e l’artista Mathew Lamb pubblicarono l’articolo *The Neurology of Kinetic Art*. L’articolo analizzava l’arte da un punto di vista scientifico e sanciva la nascita di una nuova disciplina, il cui interesse primario era lo studio dell’organizzazione del cervello visivo. In

questa nuova ottica, l’artista era concepito come un inconsapevole “neurologo”, il cui cervello visivo veniva stimolato dalle proprie opere d’arte.

L’obiettivo del sapere neuroestetico è quindi quello di individuare le strutture e i meccanismi neurali coinvolti nella percezione dell’opera d’arte.

L’esperienza estetica è caratterizzata anche da una dimensione sensomotoria: la semplice visione di un’opera d’arte può indurre brividi lungo la schiena, aumentare il ritmo cardiaco e respiratorio, e attivare aree del piacere, della ricompensa, dell’emozione e dell’eccitazione, come lo striato ventrale e la corteccia orbitofrontale, il nucleo accumbens, l’amigdala e la corteccia prefrontale. La dimensione sensomotoria della percezione estetica è alla base della “simulazione incarnata” (Gallese, 2005)⁷, ovvero la capacità innata di incorporare, assimilare e simulare le azioni, le posture, lo stato di un’altra persona. Questo processo di simulazione è cruciale per il giudizio estetico e l’attribuzione della bellezza a corpi e movimenti.

Nel contesto psicoterapeutico, e non solo, l’esperienza “estetica” consente di bypassare il canale verbale e raggiungere l’inconscio ottico, attivando così una serie di processi a livello neurologico che coinvolgono vari ambiti della corteccia.

Nel saggio di Gallese e Wojciewski (2011), *How stories make us feel: Toward an embodied narratology*, si evidenzia come la simulazione incarnata possa avvenire anche quando immaginiamo un’azione o una percezione. Gli Autori fanno notare infatti come l’immaginazione, sia essa visiva o motoria, sia qualcosa di equivalente alla simulazione di una reale esperienza; visiva nel primo caso, motoria nel secondo.

Detto ciò, resta da capire come sia possibile che queste risposte, nel caso delle immagini d’arte, siano talmente forti da evocare emozioni e sensazioni spesso più intense di quelle della vita reale.

⁷ **simulazione incarnata** locuz. sost. f. – Teoria della simulazione (*embodied simulation*) fondata sulla scoperta, avvenuta nel corso degli anni Novanta del 20° sec., di neuroni di tipo particolare (*neuroni specchio*) localizzati nelle regioni parietomotorie del cervello, nell’area di Broca e in larga parte della corteccia premotoria e del lobo parietale inferiore. L’osservazione di azioni o comportamenti prodotti da individui conspecifici induce nel cervello dell’osservatore l’attivazione dei medesimi circuiti nervosi deputati a controllarne l’esecuzione, producendo una simulazione automatica definita *simulazione incarnata*. Ciò avviene grazie alla presenza di reti neurali che si costituiscono nel corso della relazione con il mondo esterno. Percepire un’azione non semplicemente come una sequenza di movimenti equivale a ‘simularla’ internamente, ossia ad attivare il suo programma motorio pur in assenza dell’esecuzione fattuale di quella stessa azione. Ciò consente all’osservatore di utilizzare le proprie risorse neurali per penetrare il mondo dell’altro ‘dall’interno’, mediante un meccanismo automatico e prelinguistico di simulazione motoria. La s. i. in tal senso rende possibile una nuova concezione del sistema motorio, aprendo inoltre la via all’indagine neurofisiologica di campi prima riservati alle discipline umanistiche, fino ad arrivare alla proposta di una . La teoria della s. i. induce a rivedere il classico schema della teoria della simulazione (*simulation theory*) e della lettura della mente di altri o *mindreading*, alla luce delle componenti neurologiche della simulazione stessa e avvia inoltre riflessioni sui vantaggi che essa può aver presentato ai fini dell’evoluzione biologica. La s. i. induce inoltre a rivedere i classici modelli computazionali del cervello e della mente, prendendo in conto oltre alle stimolazioni culturali e ambientali in grado di interagire con i processi mentali, le nuove conoscenze sulle reti neurali, anche artificiali, nella loro relazione con le teorie dell’intelligenza artificiale, dei sistemi intelligenti, della neurorobotica e dei neurocomputer. Sulle premesse della teoria dei neuroni specchio, Vittorio Gallese e George Lakoff (2005) hanno proposto inoltre una teoria della realizzazione neurale dei concetti che porta con sé una teoria della comprensione del linguaggio. I concetti (o almeno i concetti di azioni, per es. *afferrare*) sarebbero realizzati nel sistema sensomotorio: ciascuna caratteristica di un concetto d’azione (agente, oggetto, condizione iniziale, ecc.) sarebbe realizzata dallo stato di attivazione di un gruppo di neuroni. (Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani - Riproduzione riservata) [NdR]

Gallese e Wojciehowski (2011) definiscono la contemplazione tipica dell’esperienza estetica come una sorta di regressione, un ritorno ad una fase di sviluppo neonatale, in cui la capacità di azione non era ancora sviluppata e l’unico rapporto con il mondo era possibile grazie alla simulazione. In questa forma di regressione si ricrea l’effetto di attachment.

L’efficacia dell’immagine d’arte trova forma nella capacità di attivare il “*sentire del corpo*” (feeling of the body) potenziando il meccanismo di rispecchiamento che esso stimola. Tutto ciò è reso possibile dall’elemento fondamentale dell’esperienza estetica: il distacco dalla realtà; così l’esperienza estetica isola e allo stesso tempo protegge l’uomo dalla perentorietà del quotidiano.

La relazione terapeutica, in quanto facilitatrice di processi trasformativi che coinvolgono sia il paziente sia il terapeuta, è inscindibilmente legata al concetto di sistemi osservanti: se l’osservatore interagisce con il suo campo di osservazione, influenzandolo, allora anche il terapeuta ha un ruolo attivo nel sistema in terapia (individuo, coppia, famiglia) e, nel momento stesso in cui inizia l’interazione, costituisce con esso un sistema più ampio in grado di trasformare tutte le parti in gioco.

Durante il processo di rispecchiamento, in sostanza, il terapeuta introduce quell’elemento di novità e di diversità che dà il via al processo di cambiamento, ma sono il paziente, la famiglia, la coppia, a cogliere l’opportunità di sondare all’interno di se stessi, scoprendo le risorse per scegliere, autonomamente e creativamente, che direzione dare alla trasformazione in atto.

IL CASO DI ELIA⁸

Elia è un giovane uomo di 28 anni, è laureato in ingegneria informatica, vive con la madre Sara, 64 anni, dirigente scolastico.

È figlio unico e i suoi genitori si sono separati quando aveva pochi mesi.

Il padre Marco, ingegnere informatico, manager di una azienda multinazionale, ha lasciato la moglie Sara pochi mesi dopo la nascita di Elia, poiché aveva una relazione extraconiugale con Anna, sua segretaria, assistente alla direzione. Al momento dell’interruzione del matrimonio tra Marco e Sara, Anna era in attesa di cinque mesi di Enrico, il figlio nato da Marco e Anna, fratello di Elia.

La richiesta di terapia nasce da una telefonata di Elia, che chiede un appuntamento e al quale si presenta con la madre, Sara. Il primo colloquio ha luogo comunque soltanto con Elia, la madre attende in sala d’attesa.

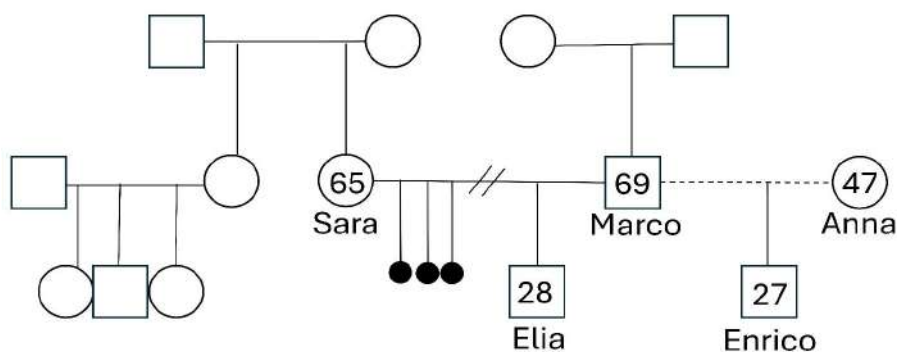
Il giovane lega la richiesta di terapia ad una crisi professionale profonda, che vive ormai da diversi anni. Dichiarava di essersi laureato con quasi un anno di anticipo in ingegneria informatica, di aver già avuto tre esperienze professionali, tutte su chiamata delle stesse aziende che lo hanno assunto, a seguito degli esiti estremamente positivi del suo percorso universitario. Narra di essersi licenziato da tutti e tre gli impieghi e di attraversare in questa fase una profonda crisi di identità professionale. Fa riferimento a frequenti scoppi di ira e a discontrollo degli impulsi, con aggressività fin qui rivolta verso gli oggetti.

⁸ I nomi relativi al caso clinico e alcuni elementi di riconoscibilità sono stati cambiati ai fini della privacy delle persone interessate [NdR]

Riferisce rilevanti problemi con l’autorità, instabilità nelle relazioni amicali e nelle relazioni di coppia. Riferisce di essere tornato a vivere con la madre a seguito dell’ultimo licenziamento dalla terza azienda per la quale lavorava.

Si mostra estremamente provato, manifesta una sofferenza profonda e fa riferimento a pensieri suicidari. Vista la gravità della situazione, concordo con Elia una visita psichiatrica, affinché possa esser preso in carico da un collega con il quale collaboro e possa avviare da subito una terapia farmacologica. Questa condizione consentirà ad entrambi di lavorare serenamente per il tempo necessario per la terapia di Elia. All’incontro successivo approfondisco con Elia il suo vissuto attuale. Riferisce grandi difficoltà di tipo relazionale e di discontrollo degli impulsi, che si sono complicate e aggravate sempre più nel tempo. Parla di occasionali relazioni di coppia della durata di qualche incontro, che raramente sono andate oltre i due mesi di frequentazione. Riferisce di essere molto capace sul lavoro, unico contesto nel quale riesce a sentirsi sufficientemente adeguato, ma dove vive, con grande intensità, conflitti di relazione, sia con i colleghi che con i responsabili. Per queste motivazioni, frequentemente ha deciso di porre fine al proprio rapporto di lavoro, avendo così già all’attivo del suo percorso professionale tre diverse aziende, nelle quali ha lavorato negli ultimi quattro anni.

Approfondiamo insieme la sua storia familiare.



Racconta nuovamente di essere figlio unico, nato dopo ripetuti tentativi di fecondazione assistita, tre per l’esattezza, terminati tutti con interruzioni spontanee di gravidanza. Riferisce di esser nato al quarto tentativo e che i genitori si sono separati quando aveva otto mesi.

Aggiunge che la motivazione della separazione è da attribuirsi ad una relazione extraconiugale del padre con la propria segretaria, assistente alla direzione. Riferisce che anche il padre Marco è ingegnere informatico e che dall’unione tra il padre e Anna è nato un fratello, Enrico, che attualmente ha 27 anni e che è a sua volta ingegnere informatico.

Racconta di non avere quasi mai frequentato il padre per tanto tempo. Aggiunge di aver assistito a una separazione gravemente conflittuale tra i propri genitori e di essere rimasto a vivere con la madre, con la quale è cresciuto, in una condizione di tristezza e di dolore, da attribuirsi alla grande sofferenza che la madre ha sviluppato a seguito della fine della relazione con il padre.

Circa la condizione familiare della madre, riferisce che la madre è sorella gemella e che la sorella della madre è professoressa di greco e latino in un noto liceo della città. Aggiunge che la zia ha tre figli, due maschi e una femmina, nati senza alcuna difficoltà e cresciuti negli anni. Riferisce di aver vissuto i cugini e la cugina raramente e di averli sentiti come appartenenti ad un mondo familiare che a lui era precluso. Scambia riflessioni relative alla sua condizione di figlio unico, con una madre abbandonata dal padre per un’altra donna, più giovane di più di 20 anni, e della solitudine che ha caratterizzato tanta parte della sua vita.

Aggiunge che ad oggi il padre continua a convivere con Anna, che non ha mai spostato, e che lui stesso non ha rapporti con Elia e con la ex moglie. Stessa condizione vede la relazione di Elia con il fratello Enrico. Elia riferisce di averlo incontrato per strada più volte nel corso degli anni, ma di non averlo mai incontrato con il padre e di non conoscerlo.

Vista la complessità della situazione e l’elevato grado di sofferenza di Elia, propongo di iniziare una terapia familiare alla famiglia divorziata.

Elia manifesta resistenza e chiede di prendersi del tempo per riflettere sulla proposta ricevuta.

Dopo circa quattro settimane, ricevo una telefonata con la quale Elia chiede nuovamente un appuntamento. Alla seduta Elia torna da solo e chiede che gli sia motivata la proposta di terapia familiare alla famiglia divorziata.

Spendiamo la seduta sulle motivazioni che sottendono la mia proposta clinica.

Nel corso della seduta, Elia manifesta angoscia profonda e senso di abbandono, timore di avere un rifiuto alla richiesta da rivolgersi ad entrambi i suoi genitori per un percorso di terapia familiare. Concludiamo il nostro incontro concordando che Elia chiederà alla madre di contattare il padre per chiedergli di partecipare a diverse sedute di terapia familiare, poiché Elia sta male.

All’incontro successivo la famiglia si presenta al completo, padre, madre ed Elia.

Accolgo la famiglia e avvio la costruzione di una relazione con entrambi i genitori. Ho incontrato la madre in sala d’attesa, quando Elia è venuto la prima volta, ma non ho scambiato con lei alcuna comunicazione. Rappresento questa condizione a Marco e chiedo loro pensieri ed emozioni sulla richiesta ricevuta da Elia circa l’avvio di una terapia familiare alla famiglia divorziata.

Interviene per primo il padre e rappresenta il suo dispiacere per gli anni di assenza di comunicazione e frequentazione con il figlio. Manifesta la sua preoccupazione circa la condizione che Elia gli ha rappresentato, per il suo dolore e per il suo stato di sofferenza, che perdura oramai da anni.

Ritiene che sia stato di assoluta gravità l’atteggiamento tenuto da Sara dopo la separazione e anche negli anni a seguire, non adoperandosi perché padre e figlio potessero riprendere un rapporto e, anzi, istigando odio e rifiuto in Elia nei confronti del padre e della sua nuova condizione familiare.

La seduta si scalda, Sara interviene con veemenza attaccando Marco.

Fatico molto a ottenere il rispetto dei turni di parola e soprattutto a contenere il livello di angoscia sempre più elevato che caratterizza la condizione di Elia all’interno della seduta. Una volta ripristinato il rispetto l’uno dell’altra, chiedo a Elia quale sia il suo vissuto emotivo circa la condizione all’interno della seduta, ma la sofferenza di Elia è tale per cui non riesce a rispondere ed anzi due lacrime scorrono sul suo volto. Il momento è denso, molto sofferto da parte sia dei genitori che del figlio. Concordo con la famiglia che nella seduta successiva inizieremo un lavoro sulla storia di Elia bambino e di Elia adolescente, figlio di entrambi e coinvolto nelle loro vicissitudini separative.

Nella seduta successiva chiedo a ciascun componente della famiglia di scegliere nella categoria BAMBINO della Raccolta delle immagini d’arte *“I colori della luce”* (Leporatti, 2020), un’immagine che rappresenti quale bambino è stato Elia.

La madre sceglie l’immagine 1.9, E. Schiele (1910); il padre sceglie l’immagine 1.1, E. Schiele (1915); Elia sceglie l’immagine 1.4, E. Schiele (1909).

Osservo le immagini scelte, mi rendo conto di come nell’immagine scelta dal padre, Elia sia veramente molto piccolo e come il padre, in qualche modo, collochi l’immagine interna di Elia bambino in un periodo estremamente precoce.

Mi rendo conto che tale collocazione si lega all’interruzione di rapporti tra padre e figlio, chiedo pertanto al padre che idea ha di suo figlio bambino e quale immagine lo ha accompagnato negli anni. Il padre riferisce di Elia come di un bambino molto bravo, sin da piccolo, e di come per anni abbia sostanzialmente osservato la sua infanzia e la sua crescita da lontano.

Racconta di essere andato ogni primo giorno di scuola a vederlo da lontano entrare a scuola, accompagnato dalla madre, e di come abbia tentato a lungo di ripristinare un rapporto con la ex moglie, che gli consentisse di accedere al figlio anche dopo la separazione.

Alle parole del padre Elia rimane in silenzio, lo sguardo rivolto al pavimento, manifestando grande sofferenza e smarrimento.

Chiedo alla madre riflessioni su quanto riferito dal padre. Sara è profondamente irritata, prende la parola per attaccare Marco e per negare i tentativi fatti dall’ex marito per mantenere i rapporti con lei e con Elia. Riferisce che negli anni il marito è stato sempre più preso dalla carriera e dal figlio avuto da Anna, senza preoccuparsi abbastanza né di Elia, né della ex moglie, lasciata in solitudine a crescere il loro figlio, nato dopo così tanti tentativi di diventare genitori insieme.

Chiedo infine ad Elia di parlare della sua esperienza di bambino.

Sono estremamente colpita dall’immagine che ha scelto, non è un bambino, è già un preadolescente, molto serio e molto compito, lo sguardo perso nel vuoto, le labbra serrate.

L’immagine scelta da Elia rende l’idea della sua solitudine e della sua precoce adultizzazione, della sua necessità di essere sempre più autonomo, sempre più capace di provvedere a se stesso e, forse implicitamente, anche alla propria madre.

Chiedo a Elia di parlare della sua esperienza di bambino, dei suoi ricordi infantili.

Dopo un lungo silenzio, Elia parla dei lunghi pomeriggi di solitudine passati con la madre; della mancanza della figura paterna, del suo dolore ogni qualvolta che usciva da scuola e vedeva che i propri compagni avevano il proprio padre a prenderli; del suo dolore ad ogni festa di Natale, ad ogni festa di fine anno, ad ogni partita di pallacanestro.

Tutti i suoi compagni avevano entrambi i genitori oppure, l’alternanza, o la madre o il padre, soltanto lui ricorda di aver avuto soltanto la madre e per un periodo anche la zia materna o la nonna materna, quando la madre stava così male da non essere in grado neppure di venirlo a prendere a scuola.

La narrazione di Elia avviene nel silenzio e nell’ascolto da parte di entrambi i genitori, la madre si manifesta molto provata dai racconti del figlio, così come il padre.

La seduta si chiude in una dimensione di silenzio e di grande intensità emotiva.

Alla seduta successiva torno sul tema dell’infanzia di Elia e chiedo quali fossero i giochi preferiti di Elia bambino.

La madre riferisce che Elia è sempre stato un bambino molto pacato, che riusciva a trascorrere lunghe ore a disegnare o a fare giochi da tavolo. Il padre riferisce di non avere esperienze dirette dei giochi di Elia, ma di essere andato così tante volte a vederlo da lontano a scuola, durante la ricreazione, oppure agli allenamenti, mantenendosi distante, da sapere quanto Elia fosse capace di giocare e di manifestare buone relazioni con i suoi compagni di gioco.

Alle parole del padre, Elia muta espressione e per un attimo il suo sguardo si intenerisce per poi tornare a breve cupo e sofferente.

Chiedo a Elia di parlarci dei suoi ricordi di bambino.

Elia fatica ad avere ricordi definiti, cerco allora di sostenerlo nel recupero di ricordi di infanzia, sia positivi che meno graditi, ma Elia rimane in silenzio. Il suo livello di emozione è elevato, così quanto la sua sofferenza. La madre si stringe nelle spalle e mostra tutta la sua partecipazione, il padre mostra grande dolore e racconta alcuni aneddoti ai quali ha assistito a distanza, nel corso degli anni, relativi alla relazione di Elia con i suoi compagni di gioco e di squadra.

Nella seduta successiva chiedo ai genitori di rappresentare la loro relazione negli anni, che cosa ha impedito che padre e figlio si frequentassero, quali sono stati i vissuti di tutti e tre circa questa condizione.

Esordisce la madre, con veemenza e aggressività, attaccando il padre e dichiarando che, qualora Marco avesse voluto vedere il figlio, sicuramente ne avrebbe trovato il modo.

Torna a parlare della sua condizione di sofferenza a seguito dell’interruzione della relazione ed io fatico molto a richiamare la sua attenzione su Elia e sulla condizione di Elia all’interno di questa separazione così conflittuale.

Dopo ripetuti interventi da parte mia, Elia scatta e con aggressività si alza dichiarando che è impossibile per lui proseguire questo percorso terapeutico.

Dichiara *“Come al solito, non ci sono io in questa stanza ma ci sono loro, con i loro problemi e la loro incapacità di avermi fatto da genitori. L’incapacità è tale per cui perdura tuttora e non ci sarà mai spazio per me nei loro pensieri”*.

Successivamente, abbandona a grandi passi la stanza di terapia. È un momento intenso, i genitori rimangono senza parole ed io con loro. Dopo qualche secondo, chiedo ai genitori che cosa vogliono fare, se lasciano andare così Elia. Il padre, dopo qualche attimo, si alza e si precipita dietro ad Elia.

Io e la madre rimaniamo in silenzio, la signora è particolarmente arrabbiata, inizia facendo riferimento al vissuto della separazione e all’abbandono subito. La interrompo ritenendo importante che, qualora Elia rientri, trovi un ambiente sufficientemente accogliente per il suo ritorno. Di lì a breve il padre ed Elia rientrano nella stanza. Chiedo ad Elia quale sia la sua condizione emotiva ed Elia, a fatica, dice di essere stato colpito dal fatto che il padre si sia precipitato ad inseguirlo, insistendo affinché tornasse in terapia e fosse possibile proseguire il lavoro clinico.

Congedo la famiglia e li attendo nella seduta successiva.

Nella seduta successiva decido di proseguire nell’approfondimento della storia di Elia, nell’adolescenza e nella giovane età adulta.

Chiedo ai genitori e ad Elia di scegliere un’immagine che rappresenti Elia adolescente o giovane adulto nella categoria INDIVIDUO MASCHILE.

Dopo aver osservato le immagini, il padre sceglie l’immagine 15.2, E. Schiele (1912); la madre sceglie l’immagine 15.4, A. Modigliani (1916); Elia sceglie l’immagine 15.6.

Osservo con cura le immagini che hanno scelto, lascio che risuonino dentro di me, che suscitino emozioni, pensieri e connessioni. Da questa riflessione nascono le domande sistemiche che pongo poi a ciascuno di loro.

L’immagine scelta dal padre è quella di un adolescente molto chiuso, un giovane uomo molto provato. L’immagine scelta dalla madre rappresenta un giovane uomo molto compito, in giacca e cravatta, un giovane professionista sicuramente adeguato e in grado di rispondere alle richieste del mondo del lavoro. Nessun accenno lasciato all’emotività, alla relazione con l’altro.

L’immagine scelta da Elia è molto dolorosa, un giovane uomo che guarda di lato, nel vuoto, una mano a coprire parte del volto, non so se a sostegno oppure a contenimento di un’angoscia che non trova parole.

Decido di porre domande sulla condizione adolescenziale di Elia.

Inizio dalla madre. Sara parla di un adolescente capace, molto attento ai risultati scolastici, al rispetto delle regole e di un adolescente del quale lei è andata sempre orgogliosa. Ritene di aver fatto un buon lavoro come madre, avendo cresciuto un figlio così adeguato, in assenza di alcun supporto paterno.

Il padre riferisce di aver continuato ad osservare da lontano questo figlio che vedeva crescere così bene. Narra di aver parlato con Anna in merito alla possibilità di far conoscere i fratelli ma che alla fine la situazione non ha esitato in alcuna iniziativa. Chiedo a Marco perché non si sia avvalso dell’ausilio di professionisti (avvocati, ricorso al tribunale, terapeuti o ad altro) al fine di sbloccare la situazione. Marco racconta di averci pensato ma alla fine di essersi rassegnato alla condizione voluta da Sara che riteneva fosse, comunque, anche il desiderio di Elia.

A Elia riferisce che la madre ha dichiarato che non parteciperà più alle sedute di terapia familiare, ritenendo che il suo contributo alla crescita e al benessere di Elia sia stato più che sufficiente e che sia inutile partecipare ad ogni altra sessione.

Il padre chiede se può telefonare alla signora, nel tentativo di ottenere che si presenti alla seduta. Lascio il padre ed Elia da soli, vado dietro lo specchio ed attento gli esiti.

Marco chiama Sara in presenza di Elia e le chiede di tornare in terapia familiare. Dallo scambio dei due genitori si evince che la signora ritiene di aver dato a sufficienza negli anni e riafferma il suo diritto a non partecipare più a nessuna seduta. Al termine della telefonata, Marco è palesemente addolorato.

Nel corso della telefonata, Elia ha mantenuto silenzio e distacco, ma nel suo volto sono comparse diverse emozioni, dalla difficoltà di assistere alla telefonata, alla curiosità, fino al sorriso leggero che ha increspato le sue labbra quando il padre ha ripetutamente insistito con la madre affinché tornasse in seduta.

Rientro in seduta, prendo atto della situazione e spendiamo l’incontro su questo evento.

Marco esprime tutta la sua rabbia e il suo dolore per l’assenza di Sara, Elia fa fatica ad accettare l’opposizione della madre, anche se non riesce ad esprimere in modo esplicito quanto il diniego materno lo addolori e soprattutto lo faccia arrabbiare ulteriormente.

Ci diamo appuntamento per la seduta successiva e il padre dichiara che prenderà ulteriore tempo per parlare con la ex moglie.

Alla seduta successiva si presentano nuovamente Elia e il padre da soli.

Chiedo quali siano stati gli sviluppi, nel frattempo, e Marco riferisce che Sara ha opposto un netto rifiuto ad ogni ulteriore coinvolgimento.

Elia interviene chiedendo se sia comunque possibile proseguire anche senza la madre. Confermo che possiamo proseguire anche in assenza di Sara, precisando che Elia ed il padre faranno più fatica, poiché appunto la madre sarà assente, ma che comunque il lavoro in terapia è possibile.

Chiedo poi ad entrambi di scegliere nella categoria padre e nella categoria madre della Raccolta delle immagini d’arte, un’immagine che rappresenti per ciascuno di loro l’idea di madre e di padre che hanno interiorizzato.

Iniziamo dalla categoria MADRE.

Queste parole Elia si alza in piedi e grida *“Ma io? Ma io? Nessuno di voi due si è chiesto come io stessi? Possibile che riusciate a pensare soltanto a voi e al vostro stato di coniugi separati e non a come sia stato vostro figlio in tutti quegli anni di deserto?”*.

La rabbia di Elia è palese, compie grandi sforzi per contenere le sue emozioni. Stringe i pugni con forza, le nocche delle mani sbiancano, il volto è contratto, i denti sono serrati.

Decido di lavorare con Elia sulla sua condizione di adolescente. Chiedo come si sia sentito in quel periodo, chi abbia sentito vicino e, prima ancora, quali siano state le motivazioni che lo hanno condotto nel tempo a non incontrare mai il padre.

Elia riferisce della sua solitudine e della rabbia che cresceva dentro di lui ma non riesce a fornire alcuna motivazione circa il rifiuto di incontrare il padre. Ogni tentativo di approfondimento su che cosa impedisse i rapporti tra lui e il padre rimane senza risposta, Elia si chiude e non parla più. Chiudiamo la seduta dandoci appuntamento all’incontro successivo in riferimento al lavoro sul ruolo svolto dai genitori nella vita di Elia. Nel frattempo, la terapia farmacologica sta cominciando a produrre i suoi effetti, Elia sperimenta l’alleggerimento della sintomatologia, in particolar modo vive minor ansia, minor rabbia, è più in grado di controllare gli impulsi. Continua a mantenere difficoltà nel dormire, in ogni caso non ha più idee suicidarie.

All’incontro successivo si presentano Elia ed il padre, la madre è assente.

Il padre sceglie l’immagine 17.1, E. Schiele (1910); Elia sceglie l’immagine 17.4 A. Modigliani (1919). Rimango molto colpita dall’immagine scelta dal padre, l’immagine di questa madre con gli occhi semichiusi, le mani scheletriche, l’aria abbandonata, con in braccio un fagotto all’interno del quale si intravede un bambino molto molto piccolo, gli occhi semichiusi, in una dimensione quasi simbiotica tra madre e figlio.

Chiedo quale emozione sottende la scelta di quell’immagine e Marco parla della relazione simbiotica di Sara con Elia, dell’impossibilità per il padre di accedere al figlio, della estrema difficoltà anche soltanto nel prendere in braccio il piccolo, visti i dinieghi e le continue opposizioni della madre.

Parla della sua condizione di grande sofferenza al momento in cui la relazione extraconiugale con Anna ha dato esito a una gravidanza.

Dice di aver pensato a lungo in merito alla decisione da prendere, ma che all’epoca era fermamente convinto che si stava separando da Sara, sicuramente non da Elia.

Alle parole del padre, Elia ascolta in silenzio. Rispetto alle sedute precedenti, riesce ad alzare lo sguardo e talvolta a rivolgere lo sguardo verso il padre, mentre Marco racconta delle proprie emozioni e della sua condizione di padre dilaniato tra due diverse lealtà.

Viviamo momenti molto intensi, padre e figlio sembrano riuscire a parlare per la prima volta dei loro vissuti e delle loro emozioni, a distanza di così tanti anni.

Chiedo a Elia quali siano le sue emozioni all’immagine scelta dal padre.

Dopo un lungo silenzio Elia esprime la sua sofferenza alla vista dell’immagine, che sente particolarmente vicina alla condizione nella quale si è sentito per tanti anni, da piccolo, durante l’infanzia e anche durante la scuola elementare, avvolto nell’abbraccio della madre, abbraccio stretto, ma spesso abbraccio nel quale sentiva di essere lui a dare anziché ricevere.

Ci concentriamo successivamente sull’immagine scelta da Elia.

È un’immagine dove il bimbo in braccio alla madre è comunque un bimbo piccolo, la madre accenna un lievissimo sorriso ed in ogni caso sembra essere in grado di andare nel mondo. L’immagine è molto meno angosciata di quella scelta da Marco.

Elia riesce a parlare della sua condizione di figlio che negli anni ha dovuto contare soltanto su sua madre, ma che in ogni caso ha avuto una madre sempre presente. Continuiamo a lavorare insieme sulle sue emozioni legate alla crescita e alla condizione emotiva della madre, oltre che ai rapporti con la famiglia di origine materna. Nella seduta successiva, chiedo a Marco e ad Elia di scegliere un’immagine che rappresenti il padre, nella categoria PADRE della Raccolta delle immagini d’arte.

Il padre sceglie l’immagine 22.1, P. Renoir (1870-1876); Elia sceglie l’immagine 22.10, G. Seurat (1881).

Chiedo a Marco di parlare della sua condizione di padre e chiedo quanto l’immagine scelta rappresenti il suo pensiero e il suo tormento.

Marco parla del suo dolore e del suo rimpianto, di quanto a lungo ha pensato negli anni ad Elia, di quanto abbia provato inizialmente a ottenere di poter incontrare il figlio, ma come poi si sia rassegnato, anche a seguito delle difficoltà di gestione dei rapporti con Sara rispetto ai suoi vissuti di padre di Enrico e degli effetti della relazione genitoriale tra Marco e Sara, sulla relazione di coppia tra Marco ed Anna.

Elia soffre molto nell’ascoltare suo padre nei suoi vissuti di uomo e di padre, chiedo allora a Elia di esprimersi circa i suoi vissuti e le sue emozioni all’ascolto della narrazione paterna.

Elia, in modo rabbioso, parla di come si senta rispetto a due genitori che hanno continuato a discutere, ad un padre che si sia mostrato incapace di gestire la relazione con le due donne che hanno generato un figlio ciascuna insieme a lui, alla rabbia di continuare a sentirsi ultimo anche rispetto al fratello Enrico, che ogni sera ha potuto godere della presenza del padre, a differenza sua. Spendiamo la seduta su questi vissuti, dando voce a Marco circa la sua assunzione di responsabilità e la sua richiesta di perdono rivolta ad Elia, circa i vissuti di Elia, la sua rabbia e la sua difficoltà ad accettare autorità e relazione al di fuori di sé.

Nell’incontro successivo lavoriamo sull’immagine scelta da Elia, in riferimento all’immagine del padre. Elia dà voce al suo senso di smarrimento, l’immagine che ha scelto è quella di un padre lontano, appoggiato ad una balaustra e con lo sguardo rivolto altrove.

Ritiene di non avere avuto mai spazio nella mente del padre circa i suoi vissuti di bambino e di adolescente. Parla della scelta della laurea in ingegneria informatica, come il padre, proprio per stare idealmente vicino a colui che gli aveva dato la vita, nella stessa passione per la matematica e l’informatica.

Esprime curiosità circa il fratello Enrico, del quale ha appreso essere anch’egli laureato in ingegneria informatica.

Alla seduta successiva, Elia ed il padre arrivano profondamente eccitati.

Elia ha sostenuto un colloquio presso un’azienda assai importante e a riceverlo ha incontrato Enrico, dipendente di quella stessa azienda presso la quale Elia doveva sostenere il colloquio.

Entrambi erano profondamente imbarazzati e al tempo stesso incuriositi l’uno dall’altro.

Il colloquio è stato condotto dal responsabile gestione risorse umane dell’azienda e ad esso ha assistito anche Enrico, in qualità di ultimo assunto dall’azienda.

L’emozione di Elia è l’emozione di Marco.

Enrico, una volta tornato a casa, ha raccontato al padre quanto accaduto in azienda e per la prima volta Marco è riuscito a tacitare Anna affinché Enrico potesse parlare dell’incontro con il fratello. Spendiamo la seduta su questi aspetti e al termine Elia chiede se all’incontro successivo può partecipare anche Enrico.

Accolgo con grande favore la richiesta, confermo che è possibile e spendo del tempo sulle aspettative di Elia e sulle aspettative del padre sulla possibilità di un incontro a tre, padre, Elia ed Enrico. Elia manifesta il suo desiderio di essere aiutato nel costruire una relazione con Enrico e di ritenere di avere bisogno di uno spazio sicuro dove poter provare.

Chiedo ad Elia quale spazio abbia per un eventuale rifiuto di Enrico di partecipare alla prossima seduta. Elia esprime la sua preoccupazione in ordine a questa possibilità e per questo sottolinea che ha necessità di questo spazio per provare ad incontrare nuovamente il fratello. Qualora il fratello non si presenti o qualora il tentativo vada a vuoto, si sente abbastanza sicuro di essere “tenuto” all’interno di questa relazione terapeutica.

Chiedo al padre quali siano le sue aspettative ed il padre, visibilmente commosso, con voce strozzata dice di essere totalmente a disposizione e che neppure nelle sue fantasie più ardite era mai riuscito anche soltanto a pensare a questa possibilità. Lavoriamo sulla possibilità che Enrico rifiuti di venire.

Si apre uno spazio di riflessione anche sulla posizione che Anna potrà assumere rispetto a questa possibilità, oltre che alla posizione di Sara in merito al fatto che Elia incontri Enrico in seduta insieme al padre. Elia riferisce che la madre non ha più fatto domande circa la terapia familiare e che Elia si è astenuto dal condividere con lei l’esperienza clinica che continua a vivere insieme al padre.

Alla seduta successiva si presentano Elia, Enrico e il padre. Sono arrivati tutti e tre separatamente, hanno condiviso qualche minuto insieme in sala d’attesa e quando sono andata a prenderli li ho trovati in silenzio, come in attesa di qualcosa di imminente. La seduta viene spesa su che cosa i fratelli sanno l’uno dell’altro, che cosa negli anni hanno raccolto circa la storia del proprio fratello nelle narrazioni nascoste o origliate dietro una porta.

Elia si esprime circa il suo desiderio, contrapposto negli anni al suo odio, di incontrare Enrico.

Enrico esprime la sua preoccupazione, vissuta negli anni, circa la possibilità di incontrare Elia, fortemente condizionato anche da quanto sentito dalla propria madre, circa la dimensione rabbiosa della madre di Elia e la dimensione rabbiosa di Elia stesso.

Dedichiamo la seduta all’emozione dei fratelli e allo spazio che ciascuno di loro sembra aver comunque preservato circa l’esistenza di un fratello mai conosciuto.

Nel corso della seduta il padre ascolta in silenzio, molto partecipe, non interrompe mai e attende che i figli si narrino reciprocamente.

Seguono alcune sedute nelle quali lavoriamo sulle emozioni di Elia e di Enrico, sia in riferimento agli anni della loro adolescenza ed età giovane adulta, sia ai loro percorsi universitari nel corso dei quali hanno tentato sistematicamente di non incontrarsi, iscrivendosi ad esempio alle sessioni di esame verificando che nella lista il fratello non fosse presente.

Ampio spazio viene riservato alle aspettative e alle preoccupazioni circa la loro relazione nel periodo a venire.

Nel frattempo, la sintomatologia di Elia si è ulteriormente ridotta, fino a scomparire. Fa meno difficoltà a controllare la rabbia, riesce a collegare i suoi moti di rabbia agli eventi che li hanno determinati, riesce a dormire bene, senza l’ausilio dei farmaci che lo psichiatra aveva introdotto nella sua terapia farmacologica, a supporto del sonno disturbato del quale aveva riferito inizialmente.

La terapia familiare volge al termine, all’ultimo incontro il padre ed entrambi i figli condividono emozioni e progetti. Nel frattempo, Elia è stato assunto nell’azienda dove Enrico già lavora.

Lavorano in due ambiti diversi, ma sono noti come “i fratelli”.

Ci lasciamo di lì a breve, quando Elia ha iniziato oramai da diversi mesi la frequentazione con una giovane donna di nome Agnese, sua collega di lavoro, e la relazione tra lui ed Enrico è sufficientemente avviata, tale da consentire loro di vedersi a cena con relativa regolarità e di fare qualche piccolo progetto condiviso circa gli ulteriori sviluppi della loro frequentazione.

Il caso di Elia è emblematico circa la necessità di ciascuno di sentirsi dentro a una relazione di cura, che anteponga i bisogni dei figli a quelli dei genitori, al di là dei loro conflitti e dei loro vissuti personali.

Elia ha mostrato quanto sia importante sentirsi pensato nella mente dei genitori, riconosciuto nei suoi bisogni e nelle sue esigenze e di che cosa possa accadere quando questa relazione non è tutelata ma, anzi, è palesemente tradita.

Ritengo che l’uso delle immagini d’arte abbia costituito un buon viatico, finalizzato a bypassare il canale verbale, consentendo a ciascuno di scegliere un’immagine che rappresentasse adeguatamente il suo vissuto circa la domanda ricevuta dalla terapeuta.

L’immagine d’arte ha consentito a ciascun componente della famiglia di riflettere su che cosa sta oltre la narrazione, sulla rappresentazione dell’immagine interna dell’altro e della relazione con l’altro.

CONCLUSIONI

Dall’esperienza di lavoro con le immagini d’arte è poi scaturito uno studio sperimentale che, tramite un approccio quantitativo, ha attestato l’efficacia della tecnica delle immagini d’arte con orfani di femminicidio, in riferimento alla frequenza e alla gravità dei sintomi traumatici. Questo lavoro nasce dall’intensa e pluriennale collaborazione con il dott. Cristian Di Gesto, psicologo e Dottore di Ricerca in Psicologia. Il lavoro condotto insieme ha portato alla pubblicazione sia di un libro, *Orfani di femminicidio. Teoria e ricerca con l’uso delle immagini d’arte*, pubblicato con la casa editrice In Riga Edizioni, che di un articolo scientifico, *From the eyes to the heart through the collection of art images: A preliminary study on the traumatic symptoms and psychological well-being of orphans of femicide*, pubblicato sulla rivista scientifica internazionale *Arts & Communication*.

Lo studio dell’efficacia dell’uso delle immagini artistiche si inserisce in un filone di ricerca che esplora il potenziale terapeutico dell’arte nella rielaborazione del trauma, confermando quanto già emerso in studi precedenti su tecniche visive e benessere psicologico. In particolare, insieme al dott. Di Gesto ci siamo interessati al benessere psicologico degli orfani di femminicidio.

Gli orfani di femminicidio, considerati vittime secondarie, subiscono traumi psicologici profondi, con possibili conseguenze quali disturbo da stress post-traumatico (PTSD), depressione, ansia, isolamento sociale, senso di colpa e sintomi fisici come dolori cronici e affaticamento (Friedrich Ebert Stiftung-IPS, 2021). Questi effetti richiedono interventi mirati per affrontare le conseguenze psicologiche e promuovere il benessere (Mannell et al., 2022).

La letteratura evidenzia l’importanza di approcci multidimensionali per comprendere e trattare il trauma, con particolare attenzione all’impatto degli eventi traumatici sul funzionamento psicosociale, alla frequenza e gravità dei sintomi e al benessere psicologico, definito secondo il modello multidimensionale di Ryff (1989). L’uso delle immagini artistiche come strumento terapeutico si è dimostrato promettente, grazie alla loro capacità di evocare emozioni e facilitare la narrazione personale. Studi precedenti, come quelli di Abbing et al. (2018) e Wood et al. (2011), hanno mostrato che tecniche visive come mandala, collage, pittura e argilla possono ridurre l’ansia e migliorare il benessere psicologico in diversi contesti, favorendo processi di rielaborazione e guarigione.

Lo studio ha coinvolto 84 orfani adulti di femminicidio, con un’età media di 36 anni, prevalentemente donne (66) e residenti nell’Italia centrale (79,8%). La maggior parte dei partecipanti era diplomata (79,6%) e occupata (89,6%). Il disegno sperimentale prevedeva la suddivisione in un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo, con misurazioni pre-test (T0) e post-test a una settimana (T1) e due settimane (T2) dall’intervento. Lo stimolo sperimentale consisteva nella presentazione di immagini artistiche appartenenti alle categorie “Trauma” e “Risorse” per un minuto, seguita da un’esercitazione guidata secondo il metodo dello slow looking, che incoraggia un’osservazione dettagliata e riflessiva dell’immagine. La procedura, condotta online tramite Zoom, è stata precedentemente validata in uno studio esplorativo.

I risultati hanno mostrato che i partecipanti del gruppo sperimentale hanno riportato una significativa riduzione dell’impatto del trauma sul funzionamento psicosociale, una diminuzione della gravità dei sintomi traumatici e un incremento del benessere psicologico, con effetti stabili fino a due settimane dopo l’intervento. Tuttavia, non è stata osservata una riduzione significativa nella frequenza dei sintomi traumatici, probabilmente a causa della breve durata dell’esposizione alle immagini (1 minuto) e di variabili non considerate, come il livello di attenzione o distrazione. L’intervento ha promosso aspetti del benessere psicologico come l’accettazione di sé, la crescita personale, il senso di autonomia, la definizione di obiettivi di vita, relazioni interpersonali positive e un maggiore controllo sull’ambiente. La visualizzazione delle immagini artistiche ha facilitato processi di riorganizzazione sicura dei ricordi traumatici, gestione delle emozioni negative e sviluppo di una prospettiva resiliente.

Nonostante i risultati promettenti, lo studio presenta alcune limitazioni, tra cui la ridotta dimensione del campione, l’impossibilità di analizzare gli effetti distinti delle categorie “Trauma” e “Risorse”, l’assenza di un’analisi delle differenze di genere e la conduzione virtuale dell’intervento. Futuri studi potrebbero prevedere campioni più ampi, un disegno longitudinale per valutare la stabilità degli effetti nel lungo periodo e l’integrazione di variabili mediatrici o moderatrici, come le funzioni metacognitive o

l’autoconsapevolezza. Inoltre, sarebbe utile esaminare l’efficacia di categorie di immagini aggiuntive e confrontare diversi approcci terapeutici. Nonostante queste limitazioni, lo studio rappresenta un importante contributo alla ricerca sugli interventi per il trauma in orfani di femminicidio, dimostrando l’efficacia delle immagini artistiche nel ridurre l’impatto del trauma e nel promuovere il benessere psicologico, aprendo nuove prospettive per interventi clinici mirati e sensibili.

BIBLIOGRAFIA

Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., et al. (2018). “The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials”. *PLoS One*, 13: e0208716.

Andolfi, M. (1977). *La terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio.

Andolfi, M., Angelo, C. (1985). “Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale”. *Terapia Familiare*, 19: 17-23.

Benjamin, W. (1931). “Kleine Geshichte der Photographie”. Trad. it. (1966) “Piccola storia della fotografia”. In *L’opera d’arte nell’epoca della sua riproducibilità tecnica*. Torino: Einaudi, 57-78.

Bion, W.R. (1972, 1996). *Apprendere dall’esperienza*. Roma: Armando.

Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all’individuo*. Roma: Astrolabio.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.

Caillé, Ph., Rey, Y. (1994), *Les Objets flottants. Au Delà de la parole en thérapie systémique*. Paris: ESF. Trad. it. (2005) *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche: la capacità creativa delle famiglie e delle coppie*. Roma: Armando.

Cigoli, V., Tamanza, G. (2009). *L’intervista clinica generazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

De Bernart R. (2007). “Immagine ed implicito”. *Maieutica*, 27-28-29-30: 455-468.

Di Gesto, C., Leporatti, C., Chiappinelli, E. (2023). “From the eyes to the heart through the collection of art images: A preliminary study on the traumatic symptoms and psychological well-being of orphans of femicide”. *Arts & Communication*, 1(2): 0337.

Friedrich Ebert Stiftung - IPS (2021). “How to Tackle the Femicide Epidemic”. Available from: <https://www.ips-journal.eu/topics/democracy-and-society/how-to-tackle-the-femicide-epidemic-5568> [Last accessed on 2025 Gen 31].

Gallese, V. (2005). “Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience”. *Phenomenology and the cognitive Sciences*, 4: 23-48.

Gallese, V., Wojciehowski, H. (2011). “How stories make us feel: Toward an embodied narratology”. *California Italian Studies*, 2(1). DOI:[10.5070/C321008974](https://doi.org/10.5070/C321008974)

Leporatti, C. (2021). *The colors of light handbook. How to use Art Images in Helping Relationships and Clinical Psychology*. Bologna: In Riga Edizioni.

Leporatti, C. (2020). *Manuale D’Uso - I colori della luce – Raccolta di Immagini d’Arte per uso clinico e nella relazione d’aiuto*. Bologna: In Riga Edizioni.

Leporatti, C. (2020). *I colori della luce - Raccolta di Immagini d’Arte per uso clinico e nella relazione d’aiuto*. Bologna: In Riga Edizioni.

Leporatti, C., (2016). “La luna e i falò, Uso di immagini d’arte in psicoterapia individuale e di coppia ad orientamento sistemico-relazionale”. *Terapia Familiare*, 111: 51-76.

Leporatti, C., (2016). “Trame di luce. Uso di immagini d’arte in terapia individuale e di coppia ad orientamento sistemico-relazionale”. *Psicobiiettivo*, 1: 137-152 .

Leporatti, C., (2014). “Dallo Specchio ai Neuroni Specchio”. *Storie e Geografie Familiari*, 11-12: 35-49.

Leporatti, C. (2011). "Fuochi nell’ombra. Uso di immagini d’arte in psicoterapia individuale e di coppia ad orientamento sistemico-relazionale”. In Chianura, P., Chianura, L., Fuxa, E., Mazzoni, S. (a cui di). *Manuale clinico di terapia familiare*, vol. III, Milano: Franco Angeli.

Leporatti, C. (2010). “In Image Verum, Immagini d’arte e clinica di coppia”. *Storie e geografie familiari*, 4-5.

Leporatti, C. (2005), “Il volto e l’anima. Uso di immagini in terapia ad orientamento sistemico relazionale”. In Spagnuolo Lobb, M. (a cura di). *L’implicito e l’esplicito in Psicoterapia* (pp. 344-350). Milano: Franco Angeli..

Leporatti, C., Di Gesto, C., Elisa, C., Clara, P. (2023). “Orfani di femminicidio”. In *Teoria e ricerca con l'uso delle immagini d'arte* (pp. 1-117). Bologna: In Riga Edizioni.

Mannell, J., Minckas, N., Burgess, R., et al. (2022). “Does experiencing a traumatic life event increase the risk of intimate partner violence for young women? A cross-sectional analysis and structural equation model of data from the Stepping Stones and Creating Futures intervention in South Africa”.

BMJ Open, 12: e051969.

Onnis, L., Di Gennaro, A., Cespa, G., Agostini, B., Chouhy, A., Dentale, R.C., Quinzi, P. (1990). “Le sculture del presente e del futuro: un modello di lavoro terapeutico nelle simulazioni psicosomatiche”. *Ecologia della Mente*, 10: 21-48.

Ryff, C.D. (1989). “Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being”. *J Pers Soc Psychol*, 57: 1069–1081.

Stern, D.N. (2006). *Il momento presente nella vita quotidiana e in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.

Wood, M.J., Molassiotis, A., Payne, S. (2011). “What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review”. *Psychooncology*, 20: 135–145.

Zeki, S., Lamb, M. (1994). “The neurology of kinetic art”. *Brain: A Journal of Neurology*, 117(3): 607–636.

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI CONNY LEPORATTI E CRISTIAN DI GESTO: “I COLORI DELL'ANIMA. USO DI IMMAGINI D'ARTE IN PSICOTERAPIA”

GABRIELLA GILLI

mail: gabriella.gilli@unicatt.it

Il lavoro di Conny Leporatti è il resoconto della sua attività nell'uso delle immagini d'arte in psicoterapia. Si tratta di una tecnica a cui l'autrice ha dato vita a partire dagli anni Novanta e che ha costantemente elaborato e perfezionato. Gli usi sono all'interno della terapia individuale, di coppia, familiare. L'articolo si snoda a partire da un affettuoso richiamo alle origini della famiglia Leporatti nella città di Vinci, vicino alla casa natale di Leonardo e alla precoce frequentazione dell'autrice con le opere d'arte di Leonardo e poi via via nei musei e gallerie. L'articolo prosegue illustrando la nascita della tecnica che vede la proposta di immagini d'arte come potente stimolo per sollecitare riflessioni nei pazienti impegnati in un percorso di psicoterapia, ne esplicita alcuni riferimenti teorici. Ampio spazio è poi dato alla presentazione di un caso clinico che ha il suo perno nell'uso di immagini d'arte. Chiude il lavoro un breve riassunto di uno studio sperimentale condotto in collaborazione con Cristian Di Gesto che, tramite un approccio quantitativo, ha testato l'efficacia della tecnica di utilizzo delle immagini d'arte con soggetti orfani di femminicidio.

L'orizzonte teorico entro il quale si iscrive il lavoro di Leporatti è la *rappresentabilità grafico-pittorica dello psichismo*. Tema affascinante e complesso che attraversa una buona parte della psicologia e che ha origine dalla tendenza spontanea del bambino a lasciare una traccia visibile di sé nell'ambiente che lo circonda. Sappiamo che il riconoscimento visivo è molto più fondamentale dell'alfabetizzazione verbale: lo condividiamo con gli animali, sollecita e veicola le comunicazioni emotive, è universalmente condivisibile, è connesso alla corporeità. Sappiamo anche che, nella fruizione di opere d'arte, come in un gioco figura-sfondo, la parola è relegata in secondo piano mentre l'immagine diventa la figura. In alcuni casi l'immagine è la voce dove la parola proprio non c'è, non c'è ancora o non c'è più, oppure dove è colonizzata dall'ansia, dal dolore, dalla paura. “*Il vedere viene prima delle parole, il bambino guarda e riconosce prima di essere in grado di parlare*” (Berger, 1972/2009, p.9).

In particolare, l'utilizzo di immagini d'arte entro i percorsi psicoterapeutici è molto interessante per due motivi.

Il primo motivo riguarda *le affinità* tra arte e psicologia. Come sosteneva Rudolf Arnheim, “*La psicologia e le arti hanno questo in comune: che tanto la prima quanto le seconde coprono l'intero ambito della mente umana*” [in Musatti C., *Il problema della coscienza*, 1948, NdR]. Pensiamo nello specifico alla relazione tra psicoterapia e arte: entrambe sono percorsi *aperti*, i cui passaggi si creano all'interno di una *relazione* (con lo psicoterapeuta in un caso, con i significati attribuiti all'opera e al suo autore nel corso della fruizione nell'altro). Di questa preziosa specificità l'articolo di Leporatti è testimonianza. Nel percorso psicoterapeutico non esistono mete rigide prefissate; esistono certamente linee guida, metodi e tecniche specifiche declinate in funzione dell'impianto teorico di riferimento, ma

è l'incontro con il paziente a determinare il viaggio, viaggio che è sempre progettato e costruito insieme con il paziente. Sempre originale dunque. Analogamente, nell'arte non si tende a una significazione precostruita e fissa dell'opera. La fruizione avviene negli spazi intermedi di un continuum tra la storia dell'arte (ancoraggio ai dati storici della biografia dell'artista, della tecnica e del suo tempo) e la ricezione da parte dei fruitori (l'interpretazione che qualsiasi persona può dare dell'opera, dalla più esperta di arte fino alla meno esperta; infatti, tutti reagiscono emotivamente e cognitivamente a una immagine, anche se non sono neppure lontanamente critici d'arte). Queste due caratteristiche, della psicoterapia e dell'arte, si potenziano a vicenda quando vengono accostate, come nella pratica di Leporatti.

Il secondo motivo risiede nella *esperienza creativa* sollecitata sia dall'arte sia dalla psicoterapia: nell'arte, l'artista che produce l'opera trae nutrimento e stimolo dalla creatività, ma anche chi osserva ri-crea l'opera attingendo a dinamiche creative e immaginative per dare significato all'immagine. Nella psicoterapia la creatività impegna entrambi gli interlocutori, e tutti gli orientamenti ne sottolineano la centralità, seppur in modi diversi. A partire dalla psicoanalisi freudiana che la ritiene uno strumento utile per trasformare i propri conflitti in aspetti produttivi, al pensiero di Winnicott per il quale la creatività nasce da una intensa connessione con il contesto di vita, che consente di “*essere originali sulla base della tradizione*” dove la tradizione è l'esperienza profonda dell'individuo.

Ed è *soltanto all'interno di una relazione* (si vedano a questo proposito gli interessanti studi sul nesso tra arte e psicologia di Parsons, di Freeman, di Morelli solo per citarne alcuni), e in particolare di una relazione psicoterapeutica, che l'arte può innescare e favorire un processo trasformativo e diventare l'occasione per una “*comunicazione simbolica delle emozioni*” come sostiene Ricci Bitti [*La comunicazione non verbale*, 1984, NdR]. Da una prospettiva centrata sulla teoria dell'attaccamento, è stato detto che “*L'arte in terapia può aiutare la scoperta e il rafforzamento del senso di sé. (...) È sempre un tentativo di entrare in contatto con il sé tramite un mezzo esterno che, in origine, ha bisogno della presenza di un altro.*” (Holmes, 2004, p.141).

I benefici dell'impiego delle immagini all'interno di percorsi psicologici sono noti e ben documentati, e il testo di Leporatti ne elenca alcuni tra i più importanti, da Bion a Stern a Gallese, per poi concentrarsi sui contributi di autori di orientamento relazionale, da Bowen, Andolfi, Onnis, Caillè, De Bernart, Cigoli, autori che a vario titolo e con diversi accenti hanno lavorato sulla comunicazione non verbale e sulle immagini entro percorsi psicoterapeutici. Nel testo di Leporatti si sarebbero potuti aggiungere anche alcuni altri riferimenti di autori che hanno concretamente utilizzato le immagini d'arte entro percorsi psicoterapeutici o arteterapeutici (e che sono pertanto anch'essi “vicini” alla dimensione applicativa di Leporatti), per rendere ancora più solida la base di partenza concettuale della tecnica utilizzata. Partendo da questo orizzonte, potrebbe aggiungere valore all'articolo di Leporatti l'approfondimento dei *motivi* per cui l'uso di immagini d'arte può essere *particolarmente adatto nei percorsi psicoterapeutici sistemico-relazionali*. Per esempio, si potrebbero ampliare i motivi per cui la reazione alle immagini non è soltanto (come peraltro viene ben mostrato nell'articolo in questione, soprattutto nel caso clinico) la scintilla per riflessioni individuali, ma anche le modalità cliniche con cui viene praticamente resa una comunicazione *tra* i familiari nella terapia, allentandone le difese che la parola può erigere, avviando un processo di consapevolezza e conoscenza della costruzione congiunta del gioco familiare e degli altri, e

attivandone le *risonanze reciproche* in termini di pensieri e di emozioni (Della Cagnoletta [*La comunicazione non verbale*, 2004, NdR]). Nella lettura del caso clinico pare infatti che le opere artistiche siano usate come efficace grimaldello per consentire l'accesso a pensieri ed emozioni altrimenti con più fatica accessibili, e questo è un indiscusso pregio del lavoro di Leporatti. Mi chiedo se scandagliare maggiormente come e perché l'opera d'arte promuova il processo di regolazione delle emozioni, faciliti una comunicazione simbolica che arricchisce il dialogo interpersonale e consenta la *comprensione reciproca* renderebbe più prezioso ancora il contributo.

In conclusione, il prezioso contributo di Leporatti si propone come un ulteriore tassello nell'analisi di quello che il critico d'arte Freedberg (2009) ha definito “il potere delle immagini”, in questo caso a favore dei percorsi psicoterapeutici.

BIBLIOGRAFIA

Berger, J. (2009). *Questione di sguardi*. Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1972)

Della Cagnoletta D. (2018, ult. ristampa 2022). *Arteterapia nei gruppi*. Carocci

Della Cagnoletta D. (2010), *Arteterapia. La prospettiva psicodinamica*. Carocci

Freedberg D. (1991) *The power of images. Studies in the history and theory of response*. University of Chicago Press

Freeman N. (2012). *Varieties of pictorial judgements. A functional account. The Aesthetic Mind: Philosophy and Psychology*

Gilli G, Ruggi S., Gatti., Freeman N. (2016). *How Children's Mentalistic Theory Widens their Conception of Pictorial Possibilities. Frontiers in Psychology*

Holmes J. (2004). *Psicoterapia per una base sicura*. Raffaello Cortina

Morelli U. (2010) *Mente e bellezza. arte, creatività e innovazione*. Allemandi

Parsons, M. J. (1994). *Can Children Do Aesthetics? A Developmental Account. Journal of Aesthetic Education*, 28(3).

Ricci Bitti P.E., Bonfiglioli L. (2008). *Il ruolo delle terapie espressive nella regolazione emozionale*, in: *Educare alle emozioni con le artiterapie o le tecniche espressive*. Junior.

Schaverien J. (2021). *The Revealing Image: Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice*. Kinsley Publ.

IL GIOCO DEI DESTINI INCROCIATI: UN OGGETTO FLUTTUANTE PER LA PSICOTERAPIA

(THE GAME OF CROSSED DESTINIES: A FLOATING OBJECT FOR PSYCHOTHERAPY, NDR)

FRANCESCO BRUNI⁹

mail: f.bruni@istitutoemmeci.it

SOMMARIO

I metodi analogici contribuiscono alla creatività della psicoterapia e portano alla luce processi relazionali impliciti che costituiscono un fattore importante per ridurre la sofferenza. L'articolo affronta questo tema parlando del Gioco dei destini incrociati, un oggetto fluttuante della psicoterapia relazionale che può essere utilizzato nelle terapie individuali, con le coppie e con le famiglie. Questo metodo viene illustrato con il racconto di un caso clinico.

PAROLE CHIAVE: destino, relazione terapeutica, miti, ciclo di vita, oggetti fluttuanti

The play of crosses destinies a floating object of psychotherapy

ABSTRACT

The analogical methods contribute increasing the creativity of the psychotherapy and making it emerge implicit relational processes that are an important factor in reducing suffering.

The article addresses this topic describing “the Play of crosses destinies”, a floating object of relational psychotherapy that can be used in individual therapies, couples therapies or family therapies. This method is illustrated through the story of a clinical case.

KEYWORDS: destiny, therapeutic relationship, myths, life cycle, floating objects.

Gli elementi comuni che caratterizzano i diversi percorsi di cura psicologica, in riferimento al paradigma sistemico-relazionale, considerano la persona del terapeuta, i sistemi relazionali che partecipano al percorso di aiuto, la sofferenza e le problematiche che caratterizzano la richiesta di aiuto, le tecniche e gli oggetti utilizzati. L'insieme di questi elementi contribuiscono a indirizzare la cura verso un'esperienza trasformativa e costituiscono l'assetto dell'attività psicoterapeutica, a partire dalla persona del terapeuta¹⁰. La cura richiede un'alleanza e una buona relazione fra il curante e chi gli chiede aiuto, che è frutto di come si caratterizza questo incontro umano, della sensibilità e della capacità del terapeuta nell'entrare in sintonia con chi soffre e con la famiglia con la quale si co-costruisce un buon percorso. La

⁹ Psicologo e Psicoterapeuta, didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale, direttore Istituto Emmeci Torino

¹⁰ Un approfondimento degli elementi comuni si trova in Bruni, Defilippi (2007).

ricerca clinica oltre a porre attenzione alla formazione, alla maturazione professionale del terapeuta (essere, sapere e saper essere), si occupa dei diversi metodi e percorsi di cura che tengano conto dei continui intrecci emotivi e cognitivi, dei complessi processi di decostruzione e ricostruzione di senso che l'esperienza clinica comporta, sia per chi chiede aiuto, sia per chi lo offre.

Sulla scena della psicoterapia si presentano storie di vita e destini che si incontrano, dialogano fra di loro, nel tentativo di ridurre la sofferenza psichica e promuovere il benessere.

L'incontro fra storie è tipico della letteratura e di molte altre attività, dalla narrativa al teatro e al cinema, così come nel corso di una psicoterapia, generando contaminazioni reciproche e processi trasformativi. Le storie che si connettono nel colloquio clinico, sono generalmente destinate, nelle intenzioni dei terapeuti, a produrre cambiamenti nelle condizioni di vita dei pazienti e a rimettere in moto i processi evolutivi bloccati. Bateson ci insegna che una caratteristica fondamentale della natura umana è pensare e agire per storie. Le storie contengono la molteplicità dei punti di vista e la pluralità controfattuale, ci aiutano a riprendere il senso delle possibilità perdute e a passare da una contingenza ad un'altra. Raccontare storie è una caratteristica della nostra vita, come “un gioco il cui scopo è di scoprire le regole, regole che cambiano sempre e non si possono mai scoprire”¹¹.

Molti fattori contribuiscono a un buon percorso terapeutico, una funzione rilevante è svolta dall'evoluzione della relazione di aiuto e dalla sintonia emotiva: l'interazione fra terapeuta e chi chiede aiuto, le risonanze che segnano l'evoluzione, i processi transferali e controtransferali, come nel caso dell'accoppiamento strutturale¹² fra terapeuta e paziente o famiglia.

Su queste premesse poggia il “Gioco dei Destini Incrociati”, un metodo analogico da introdurre in psicoterapia individuale, con le coppie e con le famiglie. Metodo che nasce come oggetto fluttuante nelle relazioni di aiuto.

I METODI ANALOGICI

Sono metodi che pongono l'attenzione sui processi impliciti, in analogia con le dinamiche relazionali. Ne fanno parte strumenti e tecniche come: attività, giochi, procedure, metafore delle dinamiche e dei processi interattivi che fanno emergere i contenuti non verbali della relazione e delle parti di sé in gioco. In genere, hanno valore euristico, nel senso che guidano l'iter terapeutico e permettono di accompagnare il suo percorso evolutivo, in quanto connettono il presente al passato e al futuro. Consentono così di elaborare il passato, comprendere il presente e prospettare scenari futuri. Vi rientrano il genogramma, come strumento per elaborare la storia familiare in chiave trigerazionale, le sculture nelle due versioni di Caillé e Onnis, il Gioco dell'Oca, il Gioco dei Destini Incrociati e molti altri¹³. Questi offrono al terapeuta un metodo per organizzare il colloquio e favorire, ricorrendo all'uso di metafore, la rielaborazione della narrazione di sé e degli altri per approdare a un nuovo modo di stare al mondo. Mentre altre tecniche possono essere utilizzate nel “qui e ora” della terapia. Le tecniche e gli oggetti di per sé non sono la terapia, ma sono efficaci nelle mani di un buon terapeuta poiché permettono di ordinare le interazioni e di ridurre l'entropia nel setting relazionale. Con i metodi analogici emerge il vissuto di chi chiede aiuto in modo da connettere la dimensione emotiva e il racconto autobiografico ai

¹¹ Bateson G. (1972) p. 54.

¹² Maturana H. R., Varela F. J. (1980)

¹³ Per approfondimenti: Caillé, Rey (2004); Onnis 2017; Canevaro 2009; Bruni 2022.

processi di differenziazione, per diventare sé stessi, e al senso di appartenenza a una storia affettiva, come far parte di una famiglia con una storia comune.

Gli studi di Darwin (1872) sulla comunicazione delle emozioni¹⁴ hanno segnato l’inizio di una lunga ricerca che ha portato alle recenti scoperte delle neuroscienze, come i neuroni specchio, offrendoci nuove letture dei processi emotivi e cognitivi con nuova luce sull’imitazione, l’empatia e il linguaggio. L’esperienza di vita, insieme all’esperienza clinica e al risultato delle ricerche mettono in evidenza che l’aiuto è possibile all’interno di una relazione empatica, dove il paziente vive una relazione nella quale si sente accolto, altrimenti i metodi adottati e gli oggetti terapeutici perdono la loro funzione risultando inefficaci. In terapia occorre costruire una relazione come “base sicura”, per sentirsi sufficientemente protetti e affrontare le difficoltà che portano sofferenza.

I metodi analogici costituiscono un buon percorso terapeutico se si favorisce la sintonia emotiva, la sensibilità etero centrata, accompagnata dalla comprensione empatica e dal rispecchiamento, insieme alle reazioni controtransferali alla risonanza emotiva frutto dell’accoppiamento strutturale aprendo nuove possibilità di cambiamento¹⁵. Questi metodi contengono un significato metaforico delle relazioni e permettono il contatto con le proprie emozioni e con i sentimenti, le cui radici affondano nella storia familiare. Sono un ponte fra i processi primari, le dinamiche emotive, e secondari, i fenomeni della coscienza, in modo da veicolare il cambiamento relazionale.

I contenuti terapeutici e in particolare la storia familiare sono letti in una prospettiva trigenerazionale, in modo da fare emergere significati e rappresentazioni simboliche, esplorando così la famiglia interiorizzata con i suoi miti. Pensiamo ai valori condivisi a cui ogni membro lega il senso di appartenenza, del tutto impliciti e che possono essere richiamati con il linguaggio analogico, con oggetti e immagini¹⁶. L’analogico diventa un paradigma terapeutico che porta a ricercare il metodo più adeguato in base alla situazione clinica che si sta affrontando, al tipo di setting, alla sensibilità del terapeuta e alla dimestichezza con l’uso di questi strumenti.

GLI OGGETTI FLUTTUANTI

Gli oggetti fluttuanti sono metodi analogici che vengono introdotti nella terapia come metafore¹⁷ delle relazioni esperite e introiettate costituendo un ponte fra il mondo emotivo e gli sviluppi della coscienza. Sono metodi che propongono un contesto “come se” delle interazioni fra persone e cose in un gioco di strutture relazionali¹⁸ espresse dai sentimenti quali amore, piacere, fiducia, odio, paura. All’interno di

¹⁴ Nella teoria evoluzionista di Darwin vi è una visione unitaria del vivente che connette mente e corpo come il testo sull’espressione delle emozioni pubblicato nel 1872.

¹⁵ Cancrini 1987; Bruni, Vinci, Vittori, 2010

¹⁶ La conoscenza sulla relazione con gli altri e con l’ambiente si presenta sotto forma di immagini e porta alla “costruzione di conoscenza in merito a due fatti: che l’organismo è coinvolto in una relazione con qualche oggetto e che l’oggetto coinvolto nella relazione causa un cambiamento nell’organismo” (Damasio, 1999, pp. 34-35). Questo tipo di conoscenza è, innanzitutto, non verbale, riguarda il corpo e il suo stato quando si deve compiere un’azione, agire una relazione o in seguito a essa. La comunicazione analogica è attiva anche nella “conoscenza relazionale implicita” (Stern, 2004) e nella componente emotiva della relazione che popola il mondo dell’affettività.

¹⁷ Onnis 2017

¹⁸ Bruni 2022

questa cornice di “gioco” i segnali e i comportamenti richiamano altri eventi e denotano azioni di “non gioco” nell’integrazione tra processi primari e secondari, fra emozioni e coscienza. I processi primari contribuiscono alla paradossalità del gioco e all’identificazione della mappa con il territorio¹⁹. Mentre i processi secondari permettono di distinguere “gioco” e “non gioco”, fantasia e non fantasia, mappa e territorio. L’introduzione degli oggetti fluttuanti ci porta a lavorare sull’ombra del trauma che dal passato si estende sul presente e ne condiziona i rapporti interpersonali e il proprio stato psicologico. In questo modo si partecipa a un processo trasformativo che avviene nella relazione implicita, condivisa nel corso della psicoterapia, e nei momenti di incontro attraverso la modificazione dei “modi di stare con”²⁰, creando qualcosa di nuovo sul piano emotivo e relazionale che modifica l’ambiente intersoggettivo²¹. Gli oggetti fluttuanti sviluppano la creatività del lavoro terapeutico. Diventano metafore dell’interazione in famiglia e nella relazione di aiuto occupando uno spazio (emotivo e fisico) intermedio senza che paziente e terapeuta si fondano l’uno con l’altro e rispettandone le diverse identità. Sono anche un terreno di gioco che si popola di contenuti significativi e trasformativi se si prende coscienza delle loro similitudini e delle loro differenze, favoriscono inoltre i processi di integrazione. Si presentano come luogo di passaggio delle relazioni e degli individui dove ognuno può incontrare un’occasione di cambiamento.

IL GIOCO DEI DESTINI INCROCIATI

Il gioco dei destini incrociati nasce a Torino, venti anni fa, prendendo spunto dal racconto di Italo Calvino, *Il castello dei destini incrociati* (1973), nel quale si narra di un viandante che giunge in un castello, dove gli ospiti scoprono presto di non essere più in grado di parlare, per magia o per incantesimo. Nel castello si comunica tramite le carte dei tarocchi con le quali si creano storie che s’incrociano e si combinano in un gioco che coinvolge tutti. Nasce da ciò l’idea di uno spazio d’incontro fra il terapeuta e chi gli chiede aiuto per comunicare attraverso il linguaggio analogico e raccontare le vicende legate alle avventure e alle sventure, alla fortuna e alla sfortuna, ai destini che si intrecciano nell’esperienza terapeutica, per favorire un processo di cambiamento che permetta di prendere in mano la propria vita.

Nell’intento di trovare gli elementi combinatori dietro il caos inestricabile degli eventi e “mostrare l’artificio de la sorte” che regola l’intricato labirinto delle vicende della vita, nel rinascimento compaiono opere che si interrogano sui destini individuali²². Marcolini, in “Le sorti” (1540), avvalendosi di un ricco apparato iconografico, propone un gioco in grado di imitare il modo in cui il destino agisce sul corso delle vicende umane. Tradizione che giunge fino a oggi, ripresa da Italo

¹⁹ Bateson 1972

²⁰ Stern 2004

²¹ Ammaniti, Gallese 2014

²² *Le sorti di Francesco Marcolini da Forlì intitolata giardino d’i pensieri* pubblicata a Venezia nel 1540 è l’opera più interessante al riguardo. Frutto di una tradizione filosofica astrologica millenaria, si caratterizza come libro gioco corredato di un ricco apparato figurativo. In essa l’autore si avvale di una tecnica combinatoria subordinata alla volontà umana con lo scopo di rendere meno credibile l’importanza della sorte/fortuna rimandandola all’universo ludico. (Procaccioli, 2007)

Calvino²³ con gli studi sulle carte dei tarocchi come sistema semiotico e sulla narrativa come processo combinatorio.

Le suggestioni presenti in queste opere ci fanno riflettere sul concetto di destino come insieme degli eventi che accadono in una linea temporale, diretti, con la partecipazione del soggetto, verso una meta che ne è la destinazione, mentre in altre vicende si è costretti dalle circostanze senza avere la possibilità di fare delle scelte. Il disagio psicologico rappresenta questa costrizione, dalla quale si può uscire diventando protagonisti del proprio percorso di vita.

Il destino rappresenta per Freud²⁴ l'ultima immagine parentale che concorre alla formazione del Super-Io. Freud introduce la nozione di “nevrosi di destino” per indicare la situazione di chi organizza inconsciamente le esperienze della propria vita subendo continue sconfitte e attribuendone consciamente la responsabilità al destino. Ne sono un esempio le azioni peccaminose e dissennate, indotte dal masochismo, espiaite tramite i castighi inflitti dall'autorità parentale del destino, in quanto rappresentante dei genitori. La sofferenza che il soggetto prova, in questi casi, permette di controllare il senso di colpa e di ingraziarsi un Super-Io troppo esigente.

Nella vita di tutti i giorni si verificano coincidenze significative, come quando pensiamo ad un amico che subito dopo ci manda un messaggio, senza che vi sia una relazione causa effetto. Queste coincidenze sono state approfondite da Jung (1952), a proposito della sincronicità²⁵, per indicare la connessione tra fenomeni che accadono nello stesso tempo ma in spazi diversi. La sincronicità si riferisce alla connessione fra eventi psichici o oggetti che avvengono contemporaneamente senza che vi sia una relazione causa effetto, condizionando comunque il divenire. Come ci suggerisce Mario Trevi, il Sé è il depositario del destino che condiziona la libertà e ne limita la progettualità: non vi è progetto senza un destino e non vi è destino senza progetto. La condizione umana non è rappresentata dalla libertà progettuale infinita e incondizionata, ma ci porta a misurarci con vincoli che contribuiscono a farci essere. Se non fosse così anche la psicoterapia sarebbe vanificata (Trevi, 1993).

Nell'ambito della psicologia del profondo Szondi²⁶ (1972), parla di destino come traiettoria esistenziale che si colloca fra necessità e contingenza. Riferendosi al pensiero di Schopenhauer, l'individuo nel corso della sua vita affronta il destino-costrizione, a partire dall'incontro apparentemente fortuito fra i genitori nel contribuire al carattere dei figli. L'eredità rappresenta la possibilità effettiva di esistere che, come sostiene Heidegger, viene liberamente scelta nello storicizzarsi dell'Essere. La psicologia del destino considera la “possibilità di esistenza che la necessità impone a ogni singolo individuo a partire dalla sua eredità genetica e dalle condizioni del suo ambiente proprio” (Szondi, 1972, p. 15). L'individuo sceglie, opportunamente, fra tutte le possibilità di esistenza di cui è portatore, la forma del suo Esserci personale, come libera scelta dell'Io. La patologia si manifesta quando egli non riesce a scegliere la

²³ Calvino 1969

²⁴ Freud S. Opere 1924-1929

²⁵ Ispirato al pensiero filosofico orientale nel tentativo di spiegare avvenimenti della vita che sfuggono a ogni interpretazione razionale. Questo principio è pseudoscientifico e ha influenzato la New Age degli anni sessanta, e successivamente il cinema e la musica.

²⁶ Autore che ricorre al concetto di inconscio familiare come campo psichico strettamente legato all'inconscio personale e rimosso di Freud e all'inconscio collettivo di Jung.

propria forma di destino, in quanto vittima di una costrizione. Pertanto la guarigione consiste nel concepire la pluralità delle possibilità dell'esistenza dell'individuo.

Nell'inseparabilità del Sé dalle relazioni troviamo il concetto di lealtà intergenerazionali di Boszormenyi-Nagy (1973) come insieme degli obblighi emotivi verso la famiglia d'origine. Tutti nel proprio percorso di vita regolano l'identità e i rapporti affettivi condizionati dalla propria famiglia d'origine, dai legami fra le generazioni, per giungere ad un bilanciamento etico delle relazioni e prendere in mano il destino della propria esistenza.

In psicoterapia, nel corso degli ultimi cinquant'anni, sono stati presi in considerazione diversi oggetti “transizionali”, e si è giunti all'introduzione di “oggetti fluttuanti” (Caillé e Rey) che hanno portato creatività nella relazione di aiuto favorendo percorsi di cambiamento. Il *Gioco dei destini incrociati* è un metodo creativo del percorso di cura che ricorre a immagini con caratteristiche proiettive per approfondire la storia personale, dalla famiglia d'origine alla individuazione e differenziazione, e per affrontare i legami interpersonali e il senso di appartenenza nella relazione di coppia e nel sistema familiare. Con il *Gioco dei destini incrociati* emerge il vissuto di ognuno e vengono affrontate le esperienze traumatiche, accadute nel corso della propria storia relazionale, che portano sofferenza e bloccano l'evoluzione dei rapporti interpersonali. Il *Gioco* permette di comprendere i diversi elementi della complessità psicoterapeutica nell'incontro fra terapeuta e individuo/famiglia che chiede aiuto.

In psicoterapia si accolgono le storie di vita, l'incontro fra destini: quello di chi chiede aiuto e della famiglia, che vivono una situazione sintomatica che ne blocca l'evoluzione, e il destino del terapeuta. Anche perché la sofferenza si presenta come una condizione costringente che non permette di indirizzare la propria vita relazionale in modo evolutivo e migliorare i rapporti interpersonali e realizzare il proprio Sé. Il terapeuta cerca di aiutare il paziente e la sua famiglia nel diventare protagonisti della propria vita e progettare il proprio futuro, così da superare la sofferenza relazionale vissuta come un destino costringente. Nel svolgere questo compito il terapeuta mette in gioco alcune parti di sé e il rapporto con chi gli chiede aiuto a partire da come si costruisce il proprio destino. La psicoterapia è l'incontro umano dello stato di sofferenza che richiede di essere ascoltata nel gioco dei destini incrociati.

La terapia con il *Gioco dei destini incrociati* affronta il malessere andando alle sue radici relazionali, favorendo l'ascolto e l'elaborazione degli eventi dolorosi accaduti nel corso della propria storia, eventi che hanno conseguenze sul presente e bloccano l'idea di futuro, valorizzando le capacità di ciascuno e sostenendo individui e famiglie a introdurre un cambiamento nella propria vita.

Il “Gioco dei destini incrociati” è composto di 22 carte²⁷ che rappresentano le fasi del ciclo di vita familiare e i miti che più frequentemente emergono nel corso delle terapie (Bruni e altri 2007). Le carte vengono utilizzate nelle terapie individuali, con le coppie e con le famiglie. Nelle terapie individuali le carte aiutano ad approfondire le vicende più significative della storia individuale, come se fossero la sequenza di un fumetto della propria vita. Il terapeuta prende spunto dal significato che il paziente attribuisce all'immagine della carta e fa emergere il suo vissuto in riferimento all'evento evocato da quell'immagine così da favorire l'elaborazione emotiva e cognitiva dell'evento relazionale che genera inquietudine e malessere. Con le coppie e con le famiglie si opera sia a livello individuale, in presenza degli altri membri della famiglia, e sia nel narrare le vicende significative vissute insieme. Quando le coppie e le famiglie si trovano a raccontare la loro storia con l'ausilio delle carte, il racconto segue una

²⁷ Di seguito riportiamo le nuove immagini delle 22 carte, scelte per dare maggiore diffusione al Gioco in terapia

lettura circolare, con continui intrecci emotivi e cognitivi che portano a nuove rielaborazioni. Questo tipo di esercizio può essere proposto nella supervisione e nella formazione come nel corso del lavoro clinico con famiglie, coppie o individui.

Si può utilizzare il *Gioco dei destini incrociati* in diverse fasi del percorso, così da far emergere la natura della relazione e facilitarne il racconto, ma anche in un momento conclusivo, al fine di rielaborare l'esperienza terapeutica. Nell'attività formativa e nella supervisione, con il *Gioco dei destini incrociati* si crea uno spazio per rielaborare l'esperienza clinica, ritrovando aspetti di sé che si manifestano nel rapporto con chi chiede aiuto e ne condizionano il processo.

Prima di raccontare un caso clinico vi presento le carte il cui significato è arbitrario. Qui viene presentata la descrizione di chi le ha scelte come significato personale che non va proposto ai pazienti e alle famiglie in terapia, dato che ognuno può attribuirvi una propria lettura.

LE CARTE

Sono stati scelti due gruppi di 11 carte ciascuno: il primo raccoglie le immagini che si riferiscono ad alcune fasi del ciclo di vita familiare, mentre il secondo ai miti che più frequentemente sembrano emergere nel corso delle terapie con coppie e famiglie.

Ognuna delle carte racchiude un significato, in alcune sono state inserite due immagini, che rappresentano la duplice valenza che l'evento o il mito rappresentati possono assumere. In questo modo, si intende offrire la possibilità a chi le utilizza di avvalersi di entrambe le immagini o scegliere quella che risulta più densa di risonanze.

CARTE DEL CICLO DI VITA FAMILIARE



La coppia

La carta, che racchiude due immagini, rappresenta l'aspetto passionale e quello romantico dell'amore.



La casa

L'immagine accosta tre case rappresentate con colori diversi e richiama la pluralità dei luoghi-casa in cui ci si può trovare nel corso della vita.



La gravidanza

La carta rappresenta l'immagine di una donna e nel suo corpo si percepisce la nuova vita che richiama la generatività.



La genitorialità

Le immagini presenti sulla carta rimandano alla funzione paterna e a quella materna, nonché alle differenti modalità di accudimento che esse racchiudono



La famiglia

La figura che la carta rappresenta ci offre immagini differenti della famiglia: luogo di sicurezza, di salute e benessere, ma anche di scarsa differenziazione, frammentazione, oppure espressione di un legame spento e alienato.



L'infanzia

Anche in questo caso, la carta mostra due immagini: la prima rappresenta la scuola, come contesto di socializzazione del bambino; la seconda, invece, rimanda all'idea del gioco.



L'adolescenza

L'immagine di Peter Pan, in eterna età evolutiva, rappresenta l'epoca adolescenziale, intesa come tappa del ciclo di vita in cui l'individuo sperimenta una condizione sempre provvisoria. Indirettamente rimanda anche alla tappa del

ciclo di vita familiare che i genitori vivono quando i loro figli diventano adolescenti.

Il lavoro



Mostra due immagini, che si riferiscono a differenti contesti lavorativi: il primo rimanda all'operatività materiale e manuale, il secondo al lavoro intellettuale.



Il distacco

La carta rappresenta una persona, in ombra, che si allontana dalla casa in cui si trova, suggerendo un distacco temporaneo o un abbandono definitivo.



La vecchiaia

L'immagine, che rappresenta un uomo anziano, rimanda sia alla vecchiaia, sia a sentimenti di solitudine e disperazione, che possono essere propri di questa o di altre fasi del ciclo vitale.



La morte

La carta contiene un'immagine volutamente ambigua e richiama, con in primo piano la rosa appassita, sia l'idea dell'evento morte, sia un senso di annullamento interiore.

LE CARTE DEGLI ASPETTI MITICI



Il mondo interno

La carta contiene un'immagine che suggerisce possibili modalità di contatto con il proprio mondo interiore, come l'introspezione o la proiezione, anche in senso onirico.



La cura

L'immagine richiama aspetti legati al prendersi cura dell'altro, ma anche a una funzione di accudimento che, socialmente, viene per lo più attribuita alle figure femminili..



Il denaro

La carta richiama l'importanza che, spesso, l'aspetto economico assume nelle storie familiari; inoltre l'immagine può rimandare ad una più generica attenzione alla materialità.



L'incomunicabilità

Le immagini rappresentate sulla carta si riferiscono alla difficoltà di comunicare con la propria interiorità e nella relazione con l'altro.



La prosperità

La carta in sé suggerisce l'idea dell'abbondanza e del benessere, dimensioni legate al risvolto mitico del cibo. Su piani più profondi, la pluralità degli elementi può essere associata a vissuti di frammentazione.



Il sacrificio

È evidente, dall'immagine, l'aspetto mitico delle scelte sacrificali, che spesso ricorrono nei racconti e nei vissuti in terapia.



Il potere

L'immagine rappresentata un forziere con una persona che ha in mano una chiave con la quale potrebbe aprirlo. Il forziere potrebbe contenere oggetti da custodire e aspetti mitici della storia personale e familiare. La carta, inoltre, può rimandare all'appartenenza a una tradizione e a una cultura familiare.



Il conflitto

La carta contiene due immagini che richiamano due possibili modalità di vivere la conflittualità. Suggerisce l'idea del conflitto come possibile liberazione da un precedente stato di oppressione, mentre può evocare, inoltre, l'aspetto della lotta per contrastare una minaccia.



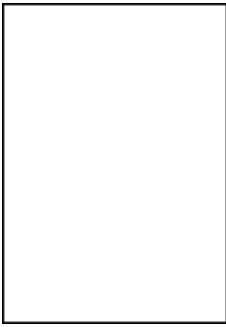
La lealtà

In questa carta appaiono, su una parete, foto della storia familiare e una donna con una pagnotta in mano, mentre il cane la sta osservando, immagini che richiamano la lealtà e l'impegno nel portare avanti i principi tramandati di generazione in generazione.



L'amicizia

Immagine esplicita, pur rappresentando figure che stanno vicine e si abbracciano: esprime le diverse individualità legate da un sentimento di affetto. In questa immagine appaiono personaggi poco definiti di diversa età.

*La carta bianca*

In questa carta non appaiono immagini: è una carta libera che può essere riempita a piacere dal racconto narrato. Può essere associata al “matto” dei tarocchi.

LA TERAPIA DI ELEONORA E FABIO

Eleonora e Fabio sono una copia di mezza età: lui gestisce un'attività commerciale, ereditata dai genitori, e ha 55 anni, lei è insegnante e ha 52 anni. Sono genitori di due figli: Rebecca di 23 anni e Luca di 20 anni, entrambi frequentano l'Università e studiano in un'altra città. Eleonora e Fabio sono insieme da 28 anni e stanno attraversando una crisi di coppia, emersa in seguito a un tradimento che è venuto alla luce tre anni fa, quando Fabio ha scoperto, guardando il telefonino di Eleonora, che lei lo tradiva. Riconoscono di essere in crisi da diversi anni, da quando i figli sono diventati grandi e loro non sono riusciti a trovare quella intesa necessaria per vivere bene il loro rapporto.

Eleonora, impegnata nell'insegnamento, si è sempre occupata delle esigenze della famiglia e dei figli da crescere, dedicandosi al loro benessere e alla cura dei parenti. Negli ultimi anni, con i figli via di casa, il marito, poco presente per il lavoro, ha dovuto prendere decisioni importanti da sola. In quello stesso periodo, Fabio ha avuto delle difficoltà sul lavoro, per crisi dell'attività e scelte imprenditoriali sbagliate. Soffre, da qualche anno, di uno scivolamento depressivo. Si è chiuso in sé, ha trascurato Eleonora. Lei ha trovato attenzione fuori dalla coppia e ha iniziato una relazione extraconiugale.

Fabio è figlio unico, il padre è mancato cinque anni fa, la madre ha avuto un progressivo decadimento cognitivo e da due anni è ospite in una RSA. Eleonora è primogenita, ha un fratello e una sorella entrambi sposati e con figli. I suoi genitori sono stati un importante sostegno e presenti quando aveva bisogno che seguissero i figli.

Il *Gioco dei destini incrociati* viene proposto in undicesima seduta, in una fase intermedia dopo avere affrontato l'urgenza sintomatica, per approfondire le ragioni e il vissuto della crisi di coppia in modo da lavorare sull'integrazione fra processo di individuazione dei due partner e senso di appartenenza alla storia della loro relazione.

Si suggerisce ai partner di utilizzare le immagini delle carte per raccontare la storia individuale di ognuno di loro e poi la storia di coppia. Per procedere con la storia individuale ogni partner prende, casualmente, 11 carte dal mazzo che ne contiene 22. Ognuno esamina attentamente le 11 carte che ha in mano per utilizzarle nel racconto della propria storia. Per questo potrà usarne almeno sei. Le carte scelte vengono disposte su un tavolino come se fossero le scene di un fumetto, il narratore riferendosi alle immagini che ha selezionato racconta la propria storia. Il terapeuta ascolta e fa domande su ognuna delle carte scelte affinché emerga il vissuto di chi racconta in riferimento alle vicende personali narrate. Alla fine del racconto si attribuisce un titolo alla storia e si sceglie una carta come proprio blasone. Dopo aver terminato il racconto si passa all'altro partner. Per questa fase occorrono alcune sedute.

LA STORIA DI FABIO: ALLA RICERCA DELL'ARCA PERDUTA

Utilizza sette carte che dispone in questo modo:



Il racconto inizia con la sua nascita in una famiglia dove, come nell'immagine scelta, sono tutti molto vicini e uniti. L'infanzia è stata serena, il padre era molto occupato nel lavoro e la madre fonte di sicurezza e accudimento. Trascorre l'infanzia e l'adolescenza senza particolari difficoltà, attento nel soddisfare le aspettative dei genitori. All'università vive un periodo di crisi, inizialmente non riesce a studiare, poi cambia facoltà, da Legge passa a Scienze Politiche, si laurea con ritardo. Inizia a lavorare con il padre che da tempo insisteva per questo. Durante gli studi universitari conosce Eleonora, che per lui è il sole che entra nella sua vita. Il lavoro con il padre diventa impegnativo, mette da parte le idee vaghe su cosa altro avrebbe voluto fare. Eleonora e i parenti sono contenti di queste sue scelte. Da una parte è soddisfatto, ma dall'altra, dentro di sé, è confuso e frammentato, non riesce ad esprimere che cosa vorrebbe fare per stare bene non essendo soddisfatto di quello che sta facendo. In questo periodo nascono i figli, il padre è meno presente sul lavoro per problemi di salute, porta avanti l'attività senza un aiuto. Eleonora lavora e si occupa della casa e della crescita dei figli. Il padre si ammala gravemente e dopo alcuni anni, fra ricoveri e degenze a casa, muore. Fabio, non riesce ad elaborare il lutto, si sente solo e senza energie per affrontare le difficoltà del lavoro e occuparsi della famiglia. Trascura Eleonora e poco dopo scopre il suo tradimento, cade in una profonda crisi, non si vede integro e non si riconosce nei rapporti familiari. Dice: *“con la terapia mi sto guardando dentro e sto dialogando con Eleonora”*.

Eleonora dopo aver ascoltato il racconto di Fabio dice di aver compreso il suo malessere che lo ha portato a chiudersi in sé. Il suo simbolo rappresenta uno stato confuso composto di abbondanza e frammentazione come emerge dalla sua storia. Su questo tema si torna più volte nel corso della terapia.

LA STORIA DI ELEONORA: STARE SUL SENTIERO

Utilizza nove carte che dispone in questo modo:

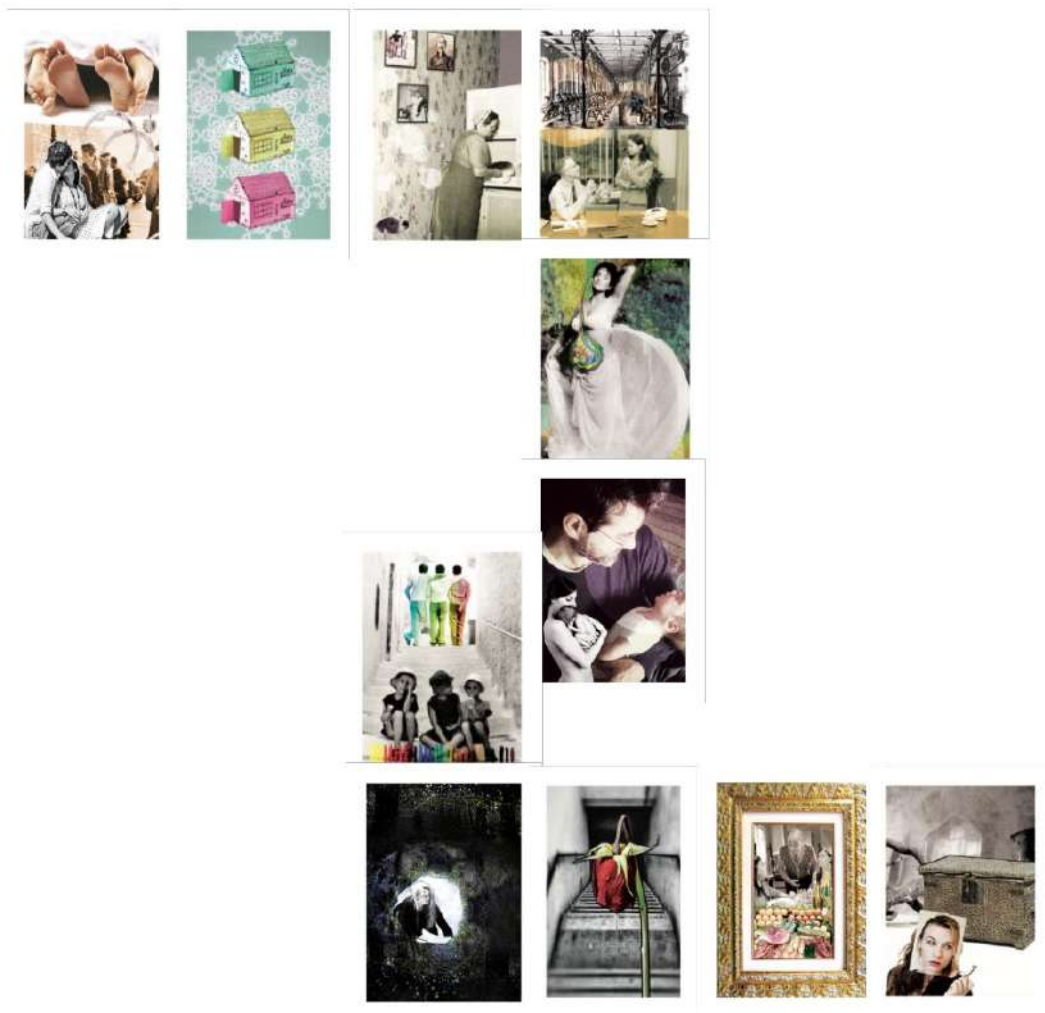
Inizia la sua storia con la carta con le tre case, quella dove è nata e cresciuta, quella dei nonni materni e quella dei nonni paterni. Da piccola è stata bene, si è sentita accudita, quando è nato prima il fratellino e poi la sorellina lei si è occupata di loro. I genitori le chiedevano di essere di aiuto e lei lo faceva diligentemente. Nell'adolescenza ha vissuto un periodo tormentato per i difficili rapporti con le amiche e i ragazzi. Per due anni il padre ha lavorato lontano da casa e lei ha dovuto aiutare la mamma. Con Fabio ha scoperto il piacere di essere desiderata da un uomo. Si è sentita un'amazzone alla scoperta di una nuova strada nella vita, continuando a essere leale con la sua storia familiare. La nascita dei figli e l'attenzione e la cura verso di loro le hanno fatto scoprire qualcosa che portava dentro, il desiderio di maternità. Con l'adolescenza dei figli e le prime difficoltà nel rapporto con Fabio, comincia a perdere la sicurezza che aveva prima, intanto i suoi genitori invecchiano e viene invasa dal senso di solitudine. In questo periodo Fabio vive uno stato depressivo e si chiude in sé. A scuola, dove insegna, viene corteggiata da un collega e inizia una relazione con lui. Quando Fabio scopre il tradimento si sente smarrita e si accentua il suo senso di colpa, come se venissero meno le certezze con le quali era cresciuta. Si chiude nel proprio dolore, non riesce a comunicare con Fabio e decidono insieme di chiedere aiuto. Il suo simbolo è un'immagine che rappresenta il vincolo di lealtà verso la sua famiglia d'origine, come prendersi cura degli altri.

Fabio a conclusione del racconto di Eleonora, dice: *“ha tenuto in piedi la famiglia, ma si è sentita sola.”*



LA STORIA DELLA COPPIA: CI DIAMO UN’ALTRA OPPORTUNITÀ

Alla coppia viene dato il mazzo di 22 carte con il compito di sceglierne undici con le quali raccontare la loro storia. Ecco come vengono disposte le carte:



Il simbolo della coppia

La loro storia inizia con l’innamoramento. Lei vede in Fabio un ragazzo serio, brillante e allegro. Lui è colpito da una ragazza solare e molto intraprendente. Entrambi sono legati da un vincolo di lealtà verso la propria famiglia. Dopo il primo periodo di luna di miele trovano casa. L’immagine con le tre case si riferisce a questa fase della loro storia. L’impegno nel lavoro e la lealtà verso le famiglie d’origine diventano un collante della loro relazione. Entrambi desiderano avere figli e la loro nascita gli trasmette gioia. Ma subito dopo, si presentano alcune divergenze nei rapporti con le famiglie d’origine con una sensazione di insicurezza fra di loro. I genitori tendono a considerarli figli piuttosto che vedere una

giovane coppia che si sta costruendo una propria famiglia. Discutono di queste difficoltà e dopo una fase critica, concordano di mettere qualche confine con le loro famiglie d'origine, trovando un proprio equilibrio di coppia. Durante l'infanzia dei figli, Fabio è molto presente in casa e collabora con Eleonora, anche se è più lei ad essere attiva e a sostenere lui, così come faceva da figlia nella sua famiglia d'origine. Si sentono alleati e iniziano a pensare al loro futuro familiare e personale. Intanto il padre di Fabio si ammala e il figlio si trova a gestire da solo l'attività commerciale. Inizia una fase critica che fa emergere una sintomatologia depressiva in Fabio. Lui si chiude nella paura e nel dolore, mentre Eleonora si sente smarrita e sola. Lei viene corteggiata da un collega e inizia una relazione con lui. Relazione che Fabio scopre dopo qualche mese. A questo punto la coppia si sente lacerata, si accentua la sintomatologia depressiva di Fabio ed Eleonora è invasa da un forte senso di colpa e da un conflitto di lealtà.

In terapia la coppia affronta il tradimento e i processi emotivi collegati, approfondisce le ragioni profonde che hanno portato alla crisi di coppia: dai compiti di sviluppo riferiti alla fase del ciclo di vita che la famiglia attraversa al vincolo di lealtà verso le famiglie d'origine. L'immagine con il forziere è l'immagine che la coppia sceglie e si riferisce al futuro che vogliono realizzare nell'integrazione fra senso di appartenenza e processo di individuazione. È un'immagine che richiama la possibilità di custodire e avere a disposizione le risorse relazionali per ritrovare un equilibrio di coppia.

NOTA CONCLUSIVA

Con il *Gioco dei destini incrociati* ognuno può trovare consapevolezza della propria identità nell'esperienza dialogica in famiglia e con le altre persone significative. Tramite il linguaggio analogico emergono nel racconto eventi dolorosi ed episodi traumatici, per tanto tempo celati agli altri e a sé, nodi emotivi irrisolti che una volta portati alla luce vengono condivisi e rielaborati fra i componenti della famiglia, in un intreccio fra dimensione individuale e sistemico-relazionale. Le coppie in crisi possono così uscire da una lettura lineare e da una simmetria relazionale per leggere il loro rapporto in maniera circolare e collaborativa.

Il *Gioco dei destini incrociati* diventa un'opportunità, una proposta creativa che porta alla rievocazione e ristrutturazione emotiva e cognitiva della percezione di sé e degli altri. Cosa che avviene tramite processi di ristrutturazione basati sull'insight. Sono i pazienti e la famiglia a scoprire, nel corso dei colloqui, in modo autonomo o con suggerimenti mirati nuove connessioni e significati relativi agli eventi della propria vita, modificando qualcosa per stare meglio.

BIBLIOGRAFIA

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

Bateson G. (1972) Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano 1976

Boszormenyi-Nagy I., Spark G. H (1973) Le lealtà invisibili, Astrolabio, Roma 1977

Bruni F. (2022) In viaggio con l'Oca. Matrice relazionale, metodi analogici e terapia narrativa, Alpes, Roma

- Bruni F., Caruso S., Polimeno A., Ramella Benna S., (2007). I destini incrociati e la psicoterapia. Una suggestione analogica, in *Psicobiettivo*, vol. 27, n.1, pp. 135-163
- Bruni F., Defilippi P. G. (2007) *La tela di Penelope. Origini e sviluppi della terapia familiare*, Bollati Boringhieri, Torino
- Bruni F., Vinci G., Vittori M. L. (2010) *Lo sguardo riflesso. Psicoterapia e formazione*, Armando, Roma
- Caillé P., Rey Y. (2004) *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*, Armando, Roma 2005
- Calvino I. (1969) *Tarocchi. Il mazzo visconteo di Bergamo e New York*, Franco Maria Ricci Editore
- Calvino I. (1973) *Il castello dei destini incrociati*, Einaudi, Torino
- Cancrini L. (1987) *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, Carocci, Roma, 2002
- Canevaro A. (2009) *Quando volano i cormorani*, Borla, ROMA
- Damasio A. (1999) *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000
- Darwin C. (1872) *L'espressione delle emozioni*, Boringhieri, Torino 1982
- Freud S. (1924–1929) *Opere* vol 10, Bollati Boringhieri, Torino 1989
- Jung C. G. (1952) *La sincronicità*, Bollati Boringhieri, Torino 2008
- Marcolini F. (1540) *Le sorti intitolate giardino d'i pensieri*, Fondazione Benetton, Treviso 2007
- Maturana H. R., Varela F. J. (1980) *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Marsilio, Venezia 1985
- Onnis L. *Teatri di famiglia. La parola e la scena in terapia familiare*, Bollati Boringhieri, Torino 2017
- Procaccioli P. (2007) *Studi per le “Sorti”*, Fondazione Benetton, Treviso
- Stern D. N. (2004) *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*, Cortina, Milano 2005
- Szondi L. (1972) *Introduzione all'analisi del destino*, Astrolabio, Roma 1975
- Trevi M. (1993) *Il lavoro psicoterapeutico. Limiti e controversie*, Edizioni Theoria, Roma

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI FRANCESCO BRUNI:**"IL GIOCO DEI DESTINI INCROCIATI. UN OGGETTO FLUTTUANTE PER LA PSICOTERAPIA"**

LUCIA COLOMBO

mail: colombolucia62@gmail.com

Nel bell'articolo di Francesco Bruni è sottesa una premessa, quella per cui è possibile rappresentare lo psichismo tramite immagini e ricordando anche la lezione di Arnheim (1984) per cui il pensare esige immagini e le immagini contengono il pensiero (Gilli, Schieppati, 2024). L'immagine, sia essa grafica, pittorica o fotografica, fa sì che le rappresentazioni interne del fruitore emergono ma rimanendo adeguate alle caratteristiche percettive dello stimolo, giungendo così ad una integrazione tra mondo interno e percezione.

Il gioco dei destini incrociati rimanda ai metodi analogici che trovano diverse declinazioni nell'approccio sistemico e l'articolo diventa occasione per rispondere a due grandi quesiti: come questi metodi contribuiscono alla creatività in psicoterapia? Come permettono di far emergere processi relazionali impliciti?

Il lettore trova disseminate nel testo varie argomentazioni, si analizza come i metodi analogici favoriscono l'emergere di contenuti non verbali e simbolici, permettendo così una connessione tra presente, passato e futuro. Stimolano la rielaborazione narrativa, come ci ricorda Bateson (1972) le metafore e le narrazioni creative sono fondamentali per comprendere le dinamiche relazionali complesse e questo processo permette di modificare la percezione di sé, delle relazioni e di trovare un nuovo modo per stare al mondo. Riducono l'entropia nel setting relazionale in quanto aiutano a ordinare le interazioni e creano un ambiente più strutturato in cui i pazienti possono esplorare le proprie emozioni e relazioni. Infine gli oggetti fluttuanti, come il Gioco dei destini incrociati, occupano uno spazio intermedio tra paziente e terapeuta: si tratta di uno spazio creativo che favorisce processi di integrazione e trasformazione.

Altrettanto ricca è la trattazione sui meccanismi, intrinseci ai metodi analogici, che fanno emergere i processi relazionali impliciti. Troviamo il contesto "come se" dove è offerta la possibilità di esplorare relazioni in modo sicuro, permettendo l'emergere di contenuti emotivi anche traumatici, la risonanza emotiva e controtransferale e l'integrazione tra processi emotivi (primari) e cognitivi (secondari) facilitando l'elaborazione di esperienze traumatiche e conflittuali.

I temi trattati nell'articolo e il caso clinico dimostrano ampiamente l'utilità dei metodi analogici e il "Gioco dei destini incrociati" diventa strumento che sollecita l'espressione individuale, avvia processi di consapevolezza di sé e dell'altro uscendo da una lettura lineare per passare a quella circolare.

Vi sono però anche alcune questioni generali che meritano un approfondimento: ci si chiede se questi metodi possono essere proposti a tutti i pazienti o se alcuni sono più consoni ad alcune età o problematiche. Altra questione è quella di quando inserirli: nella fase di consultazione? Quali i rischi e quali i vantaggi? In terapia ma in quale momento? E cosa cambia nella seduta variandone i tempi di

introduzione? Va ricordato infatti che l'introduzione dell'immagine diventa un "terzo" con cui le menti del terapeuta e del paziente interagiscono e vi è un cambiamento del setting. Francesco Bruni ha risposto con grande competenza al senso che hanno gli oggetti fluttuanti in psicoterapia ed ha proposto un originale esempio, l'invito è quello di fornirci un altro contributo su opportunità, rischi, potenzialità e applicazione di questi.

Arnheim, R. (1984), *Il potere del centro. Psicologia della composizione nelle arti visive*, Einaudi, Torino

BIBLIOGRAFIA

Bateson, G. (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1977

Gilli, G., Schieppati, S. (2024) (a cura di), *Attività espressive visive. Teorie e tecniche per gli interventi psico-sociali, educativi e clinici*, Franco Angeli, Milano

ACCOMPAGNARE LA SOGGETTIVITÀ DI GENERE TRA IDENTITÀ E CONTESTI

(*ACCOMPANYING GENDER SUBJECTIVITY ACROSS IDENTITIES AND CONTEXT*)

FEDERICO FERRARI²⁸

www.federicoferrari.info

SOMMARIO

Il presente contributo si concentra sul complesso sguardo richiesto alla terapeuta nell'accompagnare le soggettività di genere dell3 pazienti che chiedono un supporto per il percorso di affermazione di genere. A tale scopo si propongono cinque mappe per ragionare su aspetti centrali dei fenomeni dell'identità, della varianza e della disforia di genere, che, dalle premesse epistemologiche, alle ipotesi teoriche, alla pratica clinica, tracciano un arco possibile di posizionamento terapeutico. In particolare, le mappe proposte sono: 1. il genere come struttura sociale, 2. il sé e l'identità come doppia descrizione, 3. il modello dimensionale delle identità sessuali, 4. il concetto di soggettività di genere come spazio di costruzione di sé dell'individuo, 5. le identità familiari come lente per capire l'impatto del coming-out e lavorare a livello familiare. Infine, si offriranno alcune riflessioni sul ruolo della terapeuta e la necessità di mantenere un atteggiamento transpositive nel corso della consulenza.

PAROLE CHIAVE: *Sé, identità, genere, soggettività, coming out, transpositive.*

ABSTRACT

This paper focuses on the complex gaze required of the therapist in accompanying the gendered subjectivities of patients who seek support for the gender affirmation journey. To this end, five maps are proposed to reason about central aspects of the phenomena of gender identity, variance, and dysphoria, which, from epistemological premises to theoretical assumptions, to clinical practice, trace a possible arc of therapeutic positioning. Specifically, the maps proposed are: 1. gender as a social structure, 2. self and identity as dual description, 3. the dimensional model of sexual identities, 4. the concept of gender subjectivity as the individual's space of self-construction, and 5. family identities as a lens for understanding the impact of coming-out and working at the family level. Finally, some reflections will be offered on the role of the therapist and the need to maintain a transpositive attitude during counseling.

KEY WORDS: *Self, identity, gender, subjectivity, coming out, transpositive.*

²⁸ Ph.D. Psicologo Psicoterapeuta.

INTRODUZIONE:NOTE EPISTEMOLOGICHE²⁹

Questo articolo è in parte il resoconto del mio intervento alla giornata di studio SIRTS “Nuovi generi e nuove generazioni”, tenutasi a Milano il 5 ottobre 2024, sul tema delle soggettività *gender variant*, ovvero quelle identità ed espressioni di genere che non si riconoscono nella categorizzazione sessuale binaria assegnata loro alla nascita. Lo scopo era di condividere delle expertise sistemiche rispetto a come accogliere le differenze di genere, accompagnarle e sostenerle in eventuali percorsi di affermazione. Il dibattito che ne è scaturito ha fatto emergere come la complessità dello sguardo sistemico offra importanti strumenti di lettura e come lo spazio di confronto su questi argomenti, ancora acerbo, abbia molto bisogno di scambio e riflessione. In particolare, ho sentito la necessità di inquadrare alcuni aspetti epistemologici che in quel intervento non avevo approfondito.

Quella giornata è stata di grande intensità e ricchezza perché ci ha imposto di soffermarci sulla questione del rapporto tra i temi del potere, del rispetto e del posizionamento della terapeuta. Questo è in gran parte l’oggetto di riflessione della Teoria Critica, un filone di pensiero che nasce tra le due Guerre Mondiali come analisi sociale dei rapporti di potere volta a liberare gli esseri umani dalle circostanze che li asserviscono (Horkheimer, 1968) e che, oggi, nel dibattito sistemico, trova espressione prevalentemente nella cornice epistemologica del socio-costruzionismo di terzo ordine (McDowell et al. 2019; Medina Centeno, 2022), e in quella dei nuovi materialismi (Albertini et al. 2025a; 2025b). Entrambe le visioni si appoggiano ad una concezione del potere di tipo foucaultiano, inteso quindi come rete diffusa di vincoli oppressivi, insita nell’organizzazione del sistema sociale, che genera privilegio e discriminazione, e che viene interiorizzata come conoscenza “naturalizzata” dagli individui, che in essa si soggettivano, divenendo agenti inconsapevoli della sua reiterazione. Il pensiero di terzo ordine, però, si focalizza sulla costruzione sociale delle premesse alla base del potere, che sono interiorizzate dagli individui e che richiedono, appunto, un deutero-apprendimento di terzo ordine (Bateson, 1972) per essere dis-apprese (Bauman, 2001). I nuovi materialismi invece mettono in avanti la realtà materiale dell’oppressione: superano il discorso sulla costruzione semantica (individuale e/o sociale), mettono in secondo piano l’interesse per la dinamica organizzativa del sistema, per concentrarsi sull’*impatto* che

²⁹ Coerentemente alle riflessioni di quella giornata, scelgo di scrivere questo contributo usando un linguaggio inclusivo, sebbene esso non sia previsto nelle norme editoriali dei Quaderni, né della maggior parte delle riviste scientifiche di lingua italiana. In particolare, scelgo di fare ricorso allo *schwa*, ovvero al simbolo fonetico “-ə” (per il plurale “-3”), pronunciato con un suono neutro (come nel napoletano “o marə”), con l’intento di superare il maschile sovra esteso, includendo le possibili soggettività non-binarie, che non sarebbero rappresentate dal prolisso ripetersi delle varianti maschile e femminile di ogni articolo, pronomi o aggettivo. D’altra parte, non essendo il mio obiettivo di abolire il genere dalla lingua italiana, ma “solo” di essere inclusivə nel riferirmi a persone collettive e/o ipotetiche, l’uso dello schwa non sarà necessario in riferimento a persone la cui soggettività di genere è considerata esplicitamente definita, né a concetti astratti che la nostra lingua declina in modo invariante al maschile o al femminile, neppure quando tali concetti si riferiscono a gruppi di persone: gli individui è maschile perché il concetto astratto di “individuo” lo è, come quello di “persona” è femminile. Al contrario “quell3 che leggono” e “coləi che legge”, sono espressioni riferite all3 lettor3 in generale e se le lettrici fossero solo donne, sarebbero declinate al femminile, quindi richiedono il linguaggio inclusivo.

Ritengo che in questo contesto abbia specialmente senso un uso del linguaggio inclusivo al fine di sottolineare come le persone argomento della discussione siano oggetto di una discriminazione epistemica insita nella lingua e nella cultura italiana (con cui noi tutt3 ci troviamo spesso a colludere).

tale rete di costruzioni ha sulla vita materiale delle persone, sui loro corpi e sulle loro possibilità di essere. Si tratta quindi di cornici complementari nella riflessione sul privilegio e sulla discriminazione, fondamentali per non perderne la centralità nei facili *détours* relativistici della riflessione costruttivista. D'altra parte, considerandomi io socio-costruttivista e batesoniano (Fruggeri, 1994), ritengo che nel pensiero di Bateson il focus sull'immanenza della mente come processo al contempo organico relazionale ed epistemologico, possa fare proprie entrambe le riflessioni, superando il dualismo tra costruzionismo e materialismo che ha prevalso tra gli anni '80 e '90. Questo è indispensabile per superare la contrapposizione tra il pensare le proprie premesse, riconoscere la rete sociale di significati che definisce il contesto della nostra azione e dell'incontro con l'altra, ed essere consapevoli dell'impatto concreto delle nostre azioni che, al di là delle buone intenzioni, può sempre tradursi in un vissuto dell'altra di esclusione e/o umiliazione, e in definitiva in un atto di potere anti-terapeutico.

Connessa alla prima, una seconda nota epistemologica riguarda più nello specifico il mio contributo e le mappe teoriche che propongo. Condivido l'idea socio-costruzionista che le “categorie” siano costruzioni linguistiche che “reificano” la nostra descrizione delle relazioni tra gli eventi del mondo e noi stessi, e questo suggerisce prudenza nel loro uso. D'altra parte, considero il linguaggio solo come uno dei livelli della costruzione relazionale della realtà: quello indispensabile all'autoriflessività (come suggerisce Maturana) e che stabilisce il campo semantico delle nostre descrizioni. Tuttavia, la costruzione della realtà si misura anche con i vincoli non linguistici dell'inter-azione (con noi stessi e con l'esterno), e condiziona la nostra affettività non solo in base ai significati che diamo, ma anche alla concretezza delle possibilità date dall'ambiente. Con un'espressione che ben concilia costruttivismo e materialismo, Lacan (che credo non fosse né l'uno né l'altro) diceva che “la realtà è ciò contro cui si va a sbattere”. E credo che, pur nel dilemma epistemologico delle costruzioni sociali e individuali, come esseri umani non smettiamo mai di “sbattere” contro i vincoli sociali, fisici, biochimici di ciò che siamo e del mondo-creatura che abitiamo. Mi sembra un principio sistemico quello per cui la realtà stessa, quella là fuori, ha una sua struttura, certo dissipativa e performativa, ma che si organizza a prescindere dalle nostre percezioni, e stocasticamente determina il nostro modo di entrare in relazione con essa, facendo parte di essa. Questa premessa epistemologica è per me fondamentale quando riflettiamo su un tema, come quello del genere e delle identità sessuali, che vede il discorso faticare nel tenere insieme le premesse socio-costruzioniste con le profonde esigenze identitarie delle persone coinvolte, e finisce per slittare da un lato verso l'essentialismo, sia in termini cis-etero-normativi, che in termini gender-queer, dall'altro verso un relativismo conversazionale, per cui qualunque punto di vista si equivale.

Tutto questo per dire che “costruiamo la conoscenza” usando categorie semantiche e linguistiche che sono *descrizioni* della realtà basate sulle relazioni di questa con le nostre premesse (ma potremmo anche dire l'impatto che la realtà ha su di esse) e sulla rilevanza che tali relazioni assumono nel contesto della significazione sociale. E questo proprio perché tale realtà non è in sé duttile e passiva alle nostre connotazioni e interpretazioni, ma semmai interagisce con esse, a partire dai suoi limiti e da quei vincoli di cui le nostre mappe *cercano* di rendere conto (senza mai essere in grado di conoscerli pienamente). Ma tra gli effetti di tali vincoli e le conseguenze dei nostri tentativi c'è un impatto sull'altra di cui siamo chiamati responsabili. Naturalmente, come rispondiamo a tale chiamata, in quanto persone e in quanto terapeuti, dipende da molte cose. La mia convinzione è che, mentre come individui i posizionamenti politici e valoriali aprono ad una vasta gamma di possibilità, in quanto terapeuti non possiamo esimerci dalla responsabilità dell'impatto del nostro discorso sull'altra, e siamo chiamati ad un esercizio di

aggiornamento dei nostri parametri linguistici e categoriali. Poiché, anche quando non crediamo nell’“essenza” di quelle categorie, dobbiamo riconoscerne la “sostanza”, l’essere strutture identitarie, storie di senso che occupano uno spazio “reale”, su cui la nostra mancanza di attenzione ha un impatto. Il mio tentativo, quindi, di produrre delle mappe sistemiche per pensare il lavoro con l’affermazione di genere vuole andare aldilà delle categorie identitarie e comunque interrogarsi sulla loro “consistenza”, per pensare i processi sottesi ai vissuti di genere, come processi comuni a tutt* e non solo alle persone gender variant. Propongo allora in questa riflessione cinque mappe che trovo *utili* nel lavoro clinico con la disforia di genere, che sono:

1. Il genere come matrice sistemica;
2. Il Sé e l’identità come doppia descrizione;
3. Le identità sessuali come modello multidimensionale;
4. La soggettività di genere come lente per l’autoriflessività;
5. Le identità familiari come lente sul processo sistemico di coming out.

LA PRIMA MAPPA: IL GENERE

Parlando di identità di genere, la prima mappa che ritengo dobbiamo avere in mente è il genere inteso come matrice sociale di significati e strutture relazionali. E in particolare come:

“Quella struttura delle relazioni sociali che è incentrata sull’arena riproduttiva, e quell’insieme di pratiche che fanno rientrare le differenze riproduttive dei corpi nei processi sociali” [Connell, 2009, p.47]

In altre parole, il genere è l’insieme di ciò che viene interpretato, detto, fatto, ricordato, stabilito, prescritto e atteso dalle persone e dai sistemi sociali su quella (dis-)continuità dei corpi umani che ha la straordinaria potenzialità di procreare. Ovvero, direbbe Bateson, è la trasformata di una differenza che fa la differenza. O ancora meglio: l’immane sistema di trasformate della stessa differenza, che finiscono per creare una camera dell’eco in cui, in nome di questa significatività, tutte le trasformate vengono “naturalizzate” e considerate una *espressione naturale e necessaria di tale differenza*, subendo un collasso normativo. Con l’effetto performativo di amplificare la significatività della differenza in ogni ambito di vita delle persone. La differenza in questione è ciò che chiamiamo *Sesso biologico*, un pattern di differenze fisiologiche altamente specializzato nella produzione di gameti diversi (dalla cui interazione dipende la riproduzione) e un dispositivo evolutivo che si è affermato con successo due miliardi di anni fa perché capace di generare diversità: figl3 unic3, divers3 dall3 genitor3 e portator3 di nuove potenzialità adattive. Ma un pattern che non riguarda tutti gli individui della specie umana, e che non può essere tradotto, come invece è storicamente avvenuto, nell’idea di un fine procreativo dell’esistenza (fallacia naturalistica che ho chiamato altrove *procreativismo* – Ferrari, 2018). Il genere come struttura sociale include il procreativismo, include la naturalizzazione del maschile e del femminile socialmente costruiti, ma include anche tutte le altre forme di riflessione critica su questi processi, e le loro traduzioni comunitarie e individuali in pensieri, sentimenti e soggettività diverse.

Dal punto di vista processuale, quindi, possiamo cogliere una ricorsività, per cui Il *genere* descrive un’organizzazione simbolico-culturale emergente da aspetti ed eventi biologici e il *Sesso* descrive un dato biologico interpretato, vissuto e performato a partire da una lente simbolico-culturale. In altre

parole, il sesso e la procreazione sono categorie materiali, ma la rilevanza che assumono dipende dalle premesse con cui sono pensate. È ovvio, ad esempio, che tale rilevanza è ben diversa per un popolo di un paio di milioni di individui che deve sopravvivere nel deserto e per un’umanità globalizzata di più di otto miliardi di persone.

Nel genere, quindi, si producono numerosi e diversi sistemi di pensiero, che chiamiamo “ideologie di genere”, che pongono le categorie procreative come più o meno centrali nella rappresentazione dell’umanità. L’eteronormatività, in particolare, è quel sistema di credenze normativo, che si basa sull’idea che tali categorie fondino la sessualità umana, tanto che questa risulterebbe sempre *procreativa* (interamente spiegata dalla potenzialità procreativa e finalizzata ad esplicitarla), *biologica* (ancorando a tale potenzialità dei corpi ogni espressione psicologica o sociale), *eterosessuale* (perché solo tale relazione è biologicamente procreativa) e *binaria* (completa nella complementarità eterosessuale finalizzata alla procreazione). Questa ideologia è alla base di molti costrutti culturali quali il “legame di sangue”, la parentela intesa come alleanza eterosessuale e filiazione, la complementarità gerarchica dei ruoli di genere tradizionali, il tabù dell’omosessualità e delle varianze di genere.

Gayle Rubin (1975) descriveva il “sistema sesso/genere” come l’intreccio tra 1. gerarchia patriarcale, 2. esogamia basata sullo scambio di donne tra clan, 3. monopolio maschile della gestione del denaro con sfruttamento del lavoro domestico femminile e 4. interiorizzazione di tali ruoli sul piano simbolico. Nel suo lavoro seminale evidenziava come le società tradizionali traducevano l’interdipendenza delle premesse eteronormative in un’interdipendenza delle *pratiche sociali*: quelle della parentela (ovvero i rapporti di appartenenza reciproca tra gli individui che fondano i gruppi sociali “naturali”), quelle economico-produttive (chi lavora, chi guadagna, e chi gestisce quali risorse), quelle emotive (cura, competizione, conflitto sociale) e quelle di potere (gerarchia intra-familiare, inter-familiare e politica). Questi ambiti rimangono inestricabilmente connessi, vincolando l’evoluzione dei significati del genere: si pensi solo a come oggi i ruoli di maschi e femmine siano cambiati idealmente, ma le differenze di salario continuano a pesare sulle possibilità concrete per maschi e femmine di compiere le stesse scelte. Dobbiamo pensare che le persone si costruiscono, si pensano, si deuterano-apprendono, dentro questa rete di significati, che pure stanno cambiando in questi anni in modo estremamente veloce, ma anche estremamente disomogeneo.

LA SECONDA MAPPA: SÈ E IDENTITÀ COME DOPPIA DESCRIZIONE

Nella tradizione psicologica, “Sé”, “concetto di Sé” e “identità” costituiscono dei quasi sinonimi, distinguendo e sovrapponendo il proprio significato a seconda dell’approccio della concezione epistemologica a monte (Mancini, 2001). Si riferiscono al processo individuale nel suo distinguersi e relazionarsi all’altro, ora da un punto di vista organico, ora da un punto di vista relazionale e simbolico. Questi termini si sono spesso sovrapposti al concetto stesso di “coscienza” e/o a quello di “mente”, andando da una concezione nettamente “intra-cranica” (Damasio, 2012) ad altre prevalentemente relazionali e narrative (Boria, 2012). Da un punto di vista sistemico, ho proposto che i due termini possano essere usati per cogliere due diversi livelli descrittivi (Ferrari e Ciliberto, 2017) offrendo così una doppia descrizione (Bateson, 1972): due punti di vista che permettono di dare tridimensionalità alla spiegazione di un fenomeno complesso e multilivello. Tuttavia, affinché due descrizioni offrano maggiore informazione è necessario che si chiariscano le differenze tra le due. In tale proposta si

sceglieva di differenziare i due concetti in modo coerente alla loro etimologia e a quello che ci sembrava l'uso prevalente.

L'*identità* (dal latino *īdem* = *lō medesimō*) viene intesa come l'aggregato di immagini e significati in cui la persona, pur nel flusso delle esperienze, si riconosce come “*lō stesso*”. Essa può quindi essere considerata come una co-costruzione di *significati* relativi al sé, emergente nelle relazioni e nei contesti sociali, quindi più che “contenuta nell'individuo”, costantemente “generata tra gli individui”, nello sguardo reciproco, nelle cornici contestuali, nelle memorie collettive, che definiscono chi ciascuno “è”, coerentemente alla concezione socio-costruzionista. Potremmo dire che essa riflette il *contenuto concettuale e rappresentazionale* dell'informazione sull'individuo, disponibile alla sua esperienza e alla sua presenza sociale.

Il *Sé* (dal pronome riflessivo latino *sē*) prende invece il senso della separazione del sottosistema organismico dall'ambiente, del ripiegamento omeostatico dell'organizzazione intra-individuale, essendo inteso come *struttura di processi* individuali, biologici, somatici e psichici, delimitati nel singolo corpo e privati, quindi inaccessibili e incommensurabili a quelli dell'altrə, coerentemente alla descrizione costruttivista. Si riferisce quindi all'informazione sull'individuo come *processo individuale*, in termini, ad esempio, di coscienza, emozione, apprendimento, e dei loro correlati biologici.

Pensiamo, per fare un esempio, ad Arturo Chicchessia, professionista, con tant3 amic3, parenti e clienti: possiamo immaginare che con ciascuna di loro farà esperienze di sé diverse e avrà rimandi differenti su cosa lo caratterizzi e su *chi Arturo sia*. Nelle interazioni, nei contesti e nelle percezioni delle persone con cui Arturo è in relazione emergono informazioni su di lui che vanno ad arricchire la sua *identità*, che dipendono in gran parte dalle contingenze (per es. *quella volta che si è comportato così, perché è capitato per caso cosà...*) e dalle premesse dell3 altr3 (ad es. *i pregiudizi dei suoi colleghi sulle sue origini etniche*). Per altro, alcune di queste informazioni rimangono sospese nella relazione nei pensieri dell'altrə che non le esprime per pudore, per educazione o per cura della relazione. Sono quello che Luft e Ingham (1955) nella loro finestra di Johari³⁰ definivano l'“*io cieco*” (*quello che non so di me ma gli altri sanno*). Sono informazioni diverse, perché Arturo esprime aspetti diversi come professionista, come marito, come amico, e perché tutte le diverse relazioni hanno storie diverse e sono con persone diverse. Qualche volta poi le persone parlano di lui alle sue spalle e modificano le proprie idee su di lui. E tutte queste idee pesano nella relazione che l3 altr3 hanno con lui e sull'esperienza che Arturo fa di sé e dell'interazione.

Queste informazioni su Arturo sono tutte parte della sua identità, ed esistono, si determinano ed evolvono ben al di là del suo corpo. Tuttavia, tutte queste informazioni, nel loro impattare sull'esperienza di

³⁰ Prendendo il nome dalla fusione dei nomi dei suoi ideatori, gli psicologi *Joseph Luft e Harrington Ingham*, la *Finestra di Johari* è uno strumento usato nei lavori sullo sviluppo personale e utile a dare feedback.

	Conosciute a sé	Sconosciute a Sé
Conosciute all3 altr3	Io pubblico Noto a sé e all3 altr3	Io cieco Nascosto a sé e noto all3 altr3
Sconosciute all3 altr3	Io segreto Noto a sé e nascosto all3 altr3	Io sconosciuto Nascosto a sé e all3 altr3

Arturo, diventano pensieri, emozioni, rappresentazioni di sé e dell'altro, pieni e vuoti, domande e bisogni, che avvengono nel suo corpo processualmente, biologicamente, fisicamente, modellando il suo organismo e la sua psiche. Organizzando il suo Sé individuale in una struttura dissipativa con una storia, una coerenza e una consistenza.

Nella proposta (Ferrari e Ciliberto, 2017), non solo il Sé e l'identità possono rappresentare una doppia descrizione dello stesso fenomeno (nella misura in cui il significato emergente nell'interazione si traduce in una risposta intra-individuale), ma possiamo anche considerarli circolarmente connessi, nella misura in cui i significati dell'identità, co-costruiti nella relazione, si depositano come apprendimenti di tipo I, II e III, diventando meta-strutture del Sé (come ad es. l'attaccamento che è una relazione, e diviene una rappresentazione relazionale dell'individuo), il quale a sua volta diviene un'organizzazione di premesse che condizionano la relazione.

Usando questa doppia descrizione per riflettere sul tema di questo saggio, possiamo capire come enere e sessualità siano significati co-costruiti socialmente che scandiscono la comprensione di sé che l'individuo opera nelle relazioni e nei contesti sin dalla più tenera età, divenendo poi precocemente una meta-struttura del Sé, cioè una cornice che interagisce sistematicamente con i vissuti privati e corporei del soggetto, declinandoli in base a delle coordinate che sono appunto quelle co-costruite socialmente e interiorizzate. In parole povere, maschilità e femminilità sono descrizioni che il soggetto trova nel discorso sociale e, una volta interiorizzate, diventano la cornice con cui dà senso a ciò che prova di momento in momento, tanto più poiché i sistemi sociali etero-normativi tendono a rimandare tale categorizzazione come rilevante in ogni contesto (*in quanto maschio, in quanto femmina, che senso ha questo che mi accade internamente e/o esternamente?*). Quindi, da contenuti identitari della co-costruzione sociale, divengono strutture del Sé genderizzato e sessualizzato.

Questa doppia descrizione ci permette anche di pensare l'identità sessuale delle persone tanto come socialmente costruita, quanto come struttura, sottosistema con storia, memoria e apprendimento.

TERZA MAPPA: LE IDENTITÀ SESSUALI

Parlando dunque di *identità sessuale*, facciamo ricorso ad un'altra mappa, trasversale al Sé e all'identità, intesa come *l'insieme delle strutture psichiche e dei vissuti della persona relativi alla sua sessualità*.

Nel tempo, le identità sessuali sono state pensate e studiate prima di tutto nella cornice dell'eteronormatività: ne è un esempio la concezione psicoanalitica classica, basata sull'anatomia come destino e sul complesso edipico come espletazione eterosessuale di una pulsione intrinsecamente procreativa. Nel corso dell'ultimo secolo però, da un lato, il pensiero illuminista sui diritti umani ha decostruito l'impianto patriarcale delle cornici di genere tradizionali e, dall'altro, l'approccio scientifico ha messo in discussione la componente tautologica e normativa di tale impianto, che prescriveva una "normalità", patologizzava tutto quanto ne esulasse, finendo poi con il confondere gli effetti dello stigma della patologizzazione con la patologia stessa, trovando autoconferma negli effetti del proprio bias. Pertanto, le variazioni sessuali sono state depatologizzate (l'omosessualità tra il 1973 e il 1990, l'incongruenza di genere tra il 2014 e il 2018, più complessa è la questione dell'intersessualità) e le identità sessuali hanno cominciato ad essere pensate in termini di varianza normale.

In particolare, la mappa su cui io mi appoggio è quella dimensionale, che concepisce sei diverse variabili individuali, indipendenti l'una dall'altra. Tuttavia, poiché il discorso che co-costruisce i significati di tali aspetti dell'identità ha come premessa sociale la stessa cornice di genere (ancora prevalentemente eteronormativa), tali variabili finiscono per sviluppare una forma di interdipendenza. Quindi ogni dimensione può manifestarsi in ogni individuo in modo più o meno indipendente dalle altre, a seconda di quanto le diverse dimensioni siano comprese dal soggetto e dal suo sistema di riferimento come interdipendenti dentro la stessa matrice eteronormativa. Delle sei dimensioni tre sono descrivibili come “nucleari” e tre come “distali”.

Nucleari sono quelle più precoci e stabili, che tendendo ad essere meta-cornici nella comprensione di sé, rilevanti in modo trasversale ai tempi e ai contesti dello sviluppo, e che finiscono per rappresentare aspetti strutturali, in parte incoscienti, meglio descritti dal concetto di Sé. Esse sono:

- **Corpo sessuato:** risponde alla domanda “*Qual è la fisiologia del mio apparato sessuale?*”; si riferisce all'esperienza del corpo, della sua genitalità e delle sue caratteristiche sessuali secondarie in rapporto alla sua categorizzazione sessuale.
- **Identità di genere:** risponde alla domanda “*A che genere sento di appartenere?*”; fa riferimento al *senso profondo* di sé coerente ad uno dei generi agiti e manifestati nel contesto sociale.
- **Orientamento sessuale:** risponde alla domanda “*Nell'altra quali elementi di genere mi attraggono?*”; fa riferimento alla struttura relazionale del Sé che regola la predisposizione a provare desiderio sessuale e ad innamorarsi delle persone in base alle loro caratteristiche sessuali e/o di genere.

Distali sono quelle dimensioni frutto di regolazione autoriflessiva, più sensibili alla pressione sociale e al bisogno di adeguarsi alle norme di genere, meglio descritte dal concetto di identità co-costruita:

- **Ruolo di genere:** risponde alla domanda “*Cosa mi aspetto e ritengo adeguato e/o desiderabile da parte di un maschio o di una femmina in quanto tali?*”; si riferisce all'interiorizzazione dei ruoli di genere sociali e alla concezione normativa del genere, potendo manifestarsi in forme più o meno tradizionali, progressiste e critiche;
- **Espressione di genere:** risponde alla domanda “*Come sono i miei modi e i miei comportamenti in rapporto allo stereotipo di genere?*”; si riferisce alle manifestazioni comportamentali, coprendo aspetti meno deliberati, come la modulazione dei movimenti e della voce e la tipizzazione del corpo, e altri più deliberati, come le scelte di abbigliamento e accessori.
- **Definizione categoriale:** risponde alla domanda “*Come mi definisco rispetto alla mia sessualità?*”; è l'ancoraggio dell'identità sociale della persona, la *descrizione concettuale* di sé a partire dall'integrazione cognitiva del proprio vissuto in base all'orizzonte simbolico e valoriale disponibile e condiviso dall'individuo, l'esperienza e le emozioni secondarie che ne scaturiscono.

Se ci soffermiamo in particolare sulle definizioni di sé oggi più che mai numerose, possiamo notare come esse tendano a presentarsi come categorizzazioni delle persone riferite alle diverse dimensioni nucleari dell'identità. Per fare alcuni esempi:

- Sono categorizzazioni in base al corpo sessuato le etichette “Maschio”, “Femmina” o “Intersex” (o “DSD – differenze dello sviluppo sessuale” se i pattern cromosomico, ormonale, gonadico o genitale, si scostano dalle fisiologie procreative definite come “maschio” e “femmina”).
- Sono definizioni in base all’identità di genere quelle di “cisgender” (se il sentimento è congruente alla categorizzazione del sesso), “transgender” (se incongruente), “non binariə” (se il sentimento di genere non può ridursi a maschio o femmina), “gender fluid” (se il rapporto con le categorie cambia di momento in momento), o “agender” (se non si riconosce affatto un sentimento di genere).
- Sono categorie basate sull’orientamento sessuale quelle di “eterosessuale”, “bisex”, “omosessuale”, “gay”, “lesbica”, “pansessuale” (che desidera a prescindere dalla categorizzazione dell’altre), “asessuale” (che non desidera sessualmente l’altre), “demisessuale” (che prova desiderio sessuale per l’altre solo nel contesto di una relazione affettiva).

Avere dunque chiare le diverse domande associate alle diverse variabili in gioco permette di sostenere un’esplorazione aperta e priva di pregiudizio, in cui manifestazioni atipiche della sessualità non sono giudicate in quanto “devianti”, ma comprese in quanto uniche, specifiche e irripetibili. Ma serve anche a prendere le dovute distanze dalle categorie, che sono importanti nella misura in cui vengono usate dal soggetto. Per noi è utile avere gli strumenti per posizionarci tanto in relazione all’identità e all’uso delle categorie costruite socialmente e che sul piano sociale definiscono le appartenenze e le identità sociali, quanto in relazione al Sé, alle strutture ai funzionamenti che la persona cerca di comprendere e a cui cerca di dare un senso. Il processo di co-costruzione dell’identità diventa, dunque, un deuterio-apprendimento e una premessa strutturale del Sé, per poi tradursi, dentro l’esperienza identitaria della relazione, in una riscoperta del proprio funzionamento e della propria “struttura”. Ci troviamo quindi a descrivere un processo autoriflessivo embricato nel quale le meta-strutture del Sé e la narrazione identitaria possono modificarsi a vicenda, ma sempre entro i vincoli reciproci dell’auto-riconoscimento.

QUARTA MAPPA: LA SOGGETTIVITÀ DI GENERE

Definisco soggettività (Ferrari, 2021) il vertice autoriflessivo sul circuito ricorsivo tra Sé (*Cosa provo? Come funziono? Come sono?*) e identità (*Chi sono? Cosa mi dicono l3 altre di me? Cosa dicono le mie appartenenze nel contesto? Cosa penso di poter essere in relazione a loro?*) (Fig. 1). Concettualmente, la soggettività descrive sempre un processo in atto, presente, che una volta agito si traduce in premesse, esperienze di sé stesse passate che fanno poi da base alle esperienze di sé successive, cioè sono identità storica performata e depositata in strati di deuterio-apprendimento sul “*chi sono (sempre stata) io?*”, archiviata nella struttura del Sé.

Quindi, nel presente, la soggettività descrive il processo ermeneutico e performativo di significazione e traduzione dell’identità (i significati che emergono nei contesti, nell’interazione in atto, nella memoria consensualmente ricostruita, dalle relazioni in gioco) in strutture (al contempo semantiche, psichiche, evolutive e biologiche) intra-individuali del Sé. In altre parole, il soggetto si trova a posizionarsi nel campo delle possibili descrizioni dell’identità co-costruite socialmente, basandosi sulla propria percezione di sé e l’ascolto dei propri vincoli strutturali (*Quale identità sociale per quale identità*

nucleare? Che senso ha ciò che provo? Quale definizione devo darne? Che implicazioni ha per la mia vita?).

In particolare, definisco soggettività di genere il processo autoriflessivo di indagine e significazione della propria identità di genere (*Cosa significa per me e per l'altra che sono «maschio» o «femmina»? Mi corrispondono e in che modo queste definizioni?*). Un processo che inizia a partire dai 18 mesi, quando la psicologia dello sviluppo (Martin, Ruble, 2010) descrive la capacità della bambina di riconoscere stimoli non verbali genere tipizzati (coinvolgendo quindi i neuroni specchio) e iniziando a strutturare il loro Sé corporeo. Dai 3 anni, in media, l'acquisizione dell'uso delle categorie di genere per descriversi testimonia l'interiorizzazione delle premesse del genere a livello del Sé concettuale. Mentre tra i 5 e i 7 anni si completa l'interiorizzazione delle premesse eteronormative e dell'idea che il genere e il sesso siano la stessa cosa, con un'estensione funzionale delle strutture del genere al Sé normativo.

Per schematizzare, possiamo dire che sulla base del Sé corporeo (schemi propriocettivi e motori aderenti a diverse coreografie di genere) si struttura il nucleo più antico dell'identità di genere, il Sé concettuale farà da riferimento di senso per tali vissuti, mentre nel Sé normativo saranno interiorizzati, crescendo, ruoli di genere più o meno rigidi. L'espressione di genere emergerà come manifestazione tanto del Sé corporeo quanto di quello normativo. Il Sé concettuale, sulla base dei quali si articola la descrizione categoriale di genere avrà, nell'intero processo, un ruolo di mediatore: permettendo di dare significato al sentimento corporeo, di ordinare gli script espressivi e i ruoli sociali, facendo da base per l'identità sociale e le dinamiche di gruppo (Martin e Ruble, 2010). Tuttavia, dobbiamo immaginare che, durante lo sviluppo, le strutture del Sé corporeo, concettuale e normativo continuino a contestualizzarsi a vicenda; quindi, una volta interiorizzati i ruoli di genere, diverranno a loro volta una lente per osservare e giudicare i vissuti corporei (e viceversa), in una spirale di significazioni reciproche tra le esperienze che vanno sempre più strutturando una coerenza tra le diverse parti del Sé in cui la persona può riconoscere la sua identità di genere nucleare (Fig. 2).

L'identità di genere è «nucleare» perché il genere è pervasivo a tutti questi livelli del Sé (corporeo, concettuale, normativo) e perché la connotazione di genere è presente in ogni contesto di apprendimento su di sé (operato attraverso il processo soggettivo) e risulta significativa in ogni «strato» di esperienza-apprendimento di sé che fa da premessa alle esperienze successive. Così la storia della significazione della propria esperienza tenderà a trovare nella categorizzazione di genere un *fil rouge* dell'identità.

Nei casi di disforia di genere è invece proprio il sentimento di “errore” ad avere la stessa continuità. La disforia può essere concettualizzata come un segnale precoce e pervasivo di *incongruenza*, che connota tutto il funzionamento genderizzato del Sé, con un sentimento costante di “funzionare in base al genere normativo *malgrado essa*”. Questo segnale di incongruenza potrà poi essere compreso come “disforia di genere” oppure no, esprimersi o essere repressa, finendo “incapsulata” nel nucleo della struttura per poi esplodere in adolescenza. Quando la consapevolezza arriva solo con la pubertà (o perfino in adultità), di solito è perché il soggetto prende atto che il Sé eteronormativo è un falso Sé, che il Sé concettuale è stato piegato in modo adesivo al Sé normativo, senza mai rendere conto del Sé corporeo (l'identità nucleare di genere). Spesso la forza implicativa degli schemi sensomotori risulta allora associata alla realizzazione dirompente di una storia di incongruenza con il sentimento autentico dell'individuo, e con un riconoscimento dell'essere sempre stato disallineato nel gioco delle interazioni fisiche implicito nelle norme sociali, di avere sempre covato un senso di vuoto e un desiderio malinconico di potersi giocare nella posizione congruente al proprio Sé corporeo. E questa presa di consapevolezza ha un effetto prima

di frammentazione e poi di promessa di una possibilità di integrazione più solida e congruente con il Sé corporeo più profondo, generando urgenza e bisogno di cambiamento, che confluiscono appunto nella disforia di genere.

È chiaro che un falso Sé può mostrarsi più fragile nelle circostanze relazionali, sia esponendosi in modo non congruo ai propri reali bisogni, sia trovandosi precluse delle risorse interne per fare fronte alla minaccia, e questo può tradursi nell'emersione di traumi anche specificamente associati al vissuto sessuale e corporeo. La soggettività di genere si troverà allora a operare per la comprensione di sé nella continua attivazione ansiosa post-traumatica, nella quale le implicazioni di ogni interpretazione tendono ad assumere valore in funzione di emozioni travolgenti e instabili, con una potenziale polarizzazione bianco/nero, buono/cattivo nella definizione di sé e dell'altro. Il trauma dovrebbe allora essere considerato un fattore di “rumore” finché non venga “risolto”, smettendo di essere *triggerante* e permettendo di prendere decisioni su un terreno più stabile. Tuttavia, anche una volta elaborato, l'evento traumatico e i suoi significati relazionali continueranno a far parte delle esperienze passate del soggetto, continuando ad emergere come elemento della trama identitaria, cui è dato un senso e un ruolo nella struttura del Sé.

QUINTA MAPPA: LE IDENTITÀ FAMILIARI

Se l'identità sociale è stata teorizzata da Tajfel (1972) come il pensarsi e sentirsi *parte di un gruppo sociale*, l'identità familiare potrebbe essere pensata in termini analoghi. Le famiglie, però, sono un gruppo sociale formato da persone che non solo si categorizzano nello stesso modo (“i maschi”, “le femmine”, “gli psicologi”, etc.), ma hanno interazioni dirette e affettive. Nel modello ecologico di Bronfenbrenner (1979), potremmo quindi dire che quella familiare è un'identità “meso-sistemica”. Ma tra i gruppi meso-sistemici (lavoratori della stessa azienda, studenti della stessa classe, fedeli della stessa chiesa, etc.), i componenti di una famiglia non solo partecipano ad una storia comune (le relazioni reciproche diventano parte della storia del gruppo), ma *costituiscono* con la loro vita la storia della famiglia. Quindi potremmo dire che le relazioni familiari generano un'identità sociale molto più personale della maggior parte degli altri gruppi sociali. Al punto che quando un gruppo sociale mostra relazioni altrettanto identitarie e affettive tende ad essere considerato come “una famiglia”. Se l'identità personale è la co-costruzione della rappresentazione di sé emergente nelle relazioni, possiamo considerare che le identità degli individui di una stessa famiglia siano particolarmente interconnesse a livello narrativo, esperienziale ed emotivo, e che l'identità familiare, a differenza di un'identità sociale, non sia solo una categorizzazione condivisa, ma la condivisione di una rappresentazione multilivello (iconica, narrativa, rituale, spaziale, etc...) di un “noi” inteso come un'organizzazione relazionale con storia. L'identità familiare è un'identità sistemica. Nell'embricazione sistemica tra identità personali e identità familiare, le rappresentazioni individuali di «sé» e la rappresentazione familiare del «noi» sono interdipendenti: la narrazione familiare emerge da quella individuale e gli individui si narrano nella storia collettiva. *L'identità familiare è dunque un processo ricorsivo di co-costruzione delle rappresentazioni individuali e collettive della famiglia* (Fig. 3).

Da un lato la *parentela* rappresenta un sistema di categorie culturalmente disponibili, che fondano una definizione reciproca di sé in funzione dell'altro (Sahlins, 2012), divenendo spesso un elemento centrale della costruzione identitaria di sé (sono figlia di..., fratello, sorella o germano di..., nipote, cugino, etc.)

come appartenente al sistema familiare, con un posto preciso in esso. A partire da questa appartenenza, la maggior parte delle mappe prodotte dalla sistemica per descrivere le relazioni del sistema, sono anche descrizioni dell'identità co-costruita del sistema. Per fare qualche esempio: le narrazioni transgenerazionali dei *miti* (Ferreira, 1963); i modelli di funzionamento di sé-come-sistema-nel-mondo dei *paradigmi familiari* (Reiss, 1981); la negoziazione continua e contingente dei confini familiari (Boss, Greenberg, 1984). Sono modi di descrivere delle esperienze condivise e reciproche, in cui le storie di uno si narrano alla luce delle storie di vita dell'altro, originando la sensazione che ciò che accade a uno sia intrinsecamente rilevante per ciascuno dell3 altr3, con un impatto emotivo diffuso, differenziato e riverberante sull'intera famiglia.

Se però esiste un rapporto di definizione reciproca tra identità familiare e individuale, è evidente che persone diverse in famiglie diverse presentano livelli diversi di “trasparenza” e di conoscenza reciproca. Mi riferisco al livello di *intimità* delle relazioni familiari (Ferrari, 2010) come al grado di effettiva coerenza tra le reciproche esperienze che, pur essendo collegate, possono viaggiare su binari paralleli o portare a una significativa condivisione delle narrazioni identitarie. Sono più intime le relazioni in cui c'è una corrispondenza più stretta tra la narrazione che l'individuo fa di sé e la narrazione che ne fa l'altro. Tenzialmente, l3 bambin3 nel rappresentarsi se stess3 tendono ad essere più dipendenti dalla narrazione che di loro fanno l3 adult3, con l'età, però, incrementano le capacità autoriflessive e la capacità di notare e comprendere la dissonanza tra la propria esperienza e la narrazione che ne fanno l3 altr3 (si riduce la funzione di scaffolding cognitivo dell'adulto). Si assiste quindi ad un processo di graduale individuazione ed emancipazione, ma anche una diminuzione dell'intimità e un aumento del senso di solitudine tipico dell'adolescenza. In questo frangente sono tipiche le «crisi di disconoscimento» dell3 genitor3, che non riconoscono più l3 propr3 figl3. È in sostanza un *compito di sviluppo dell'adolescenza quello di regolare l'intimità delle relazioni, trovare (nuove) relazioni sufficientemente intime per sentirsi visti e riconosciuti nella propria identità*.

Facciamo l'esempio di una famiglia con un giovane figlio *transmasc* (ovvero assegnato alla nascita al sesso femminile, ma che si riconosce un vissuto maschile, e sente il bisogno di affermarlo). La rappresentazione del noi familiare si basa sull'assegnazione di genere del figlio alla nascita, strutturando le identità personali della madre come “madre di una figlia”, del padre come “padre di una figlia”, del fratello come “fratello di una sorella” etc. Questa connotazione di genere potrebbe essere un elemento centrale del noi familiare, ancorando fortemente le rappresentazioni di tutte le relazioni del sistema, oppure potrebbe essere più centrale nell'identità individuale di alcun3. Questo dipenderà dal ruolo dell'etero-normatività nella narrazione familiare e da quanto gli schemi di genere siano portatori di script e valori condivisi o meno. In ogni caso, con il cambiamento della categoria di genere di un3 dell3 familiari si potranno sempre produrre cambiamenti qualitativi nella rappresentazione condivisa con un impatto potenzialmente drammatico sull'identità dell3 altr3 familiari.

Più la narrazione familiare è ancorata ad un frame eteronormativo, più è probabile che un vissuto intimo di disforia negli anni vada incrementando la dissonanza tra identità individuale e identità familiare (ancorata nel nostro esempio all'assegnazione femminile). Il soggetto si trova quindi ad avere un vissuto *sempre rilevante attraverso i contesti*, che non è (ri-) conosciuto nella co-costruzione familiare del “noi”, dovendo decidere se parlarne oppure no, se mantenere tale vissuto “segreto” (quindi come mancanza di intimità) oppure parlarne e fare coming out. Più il soggetto sarà consapevole del potenziale impatto della sua rivelazione, più si interrogherà sui rischi di uno svelamento. D'altra parte, il coming out può essere

anche implicito, agito con comportamenti che si sperano riconosciuti dall’altro senza la necessità di comunicazioni verbali, o accompagnato da comunicazioni ambigue. Ma, nel caso di una figlia gender variant, il genitore spesso fatica a distinguere tra i segnali dello svelamento e quelli di una «crisi adolescenziale», privilegiando spesso nella propria interpretazione, conservativamente, i secondi, che permettono di mantenere intatta la rappresentazione genderizzata del “noi”. Quando la comunicazione si fa finalmente inconfutabile questo ha l’effetto di ripristinare l’intimità, ma al prezzo di generare una crisi nell’identità personale di tutti i membri della famiglia, tanto più profonda quanto più sono nucleari gli schemi di genere nella descrizione del legame. Per i familiari, quindi, non si tratta mai solo di accettare che la propria congiunta ha un’identità di genere diversa da quella che ci si aspettava, ma anche di affrontare le emozioni spaventose associate al ridefinire una relazione fondante a livello identitario, e quindi di ripensare se stessi come compagni, genitori, fratelli e/o sorelle.

NOTE SUL PERCORSO DI AFFERMAZIONE DI GENERE

Avere un’identità di genere incongruente con il proprio corpo non cambia il fatto che la persona è l’unica competente nel valutare e definire il proprio vissuto di genere. La necessità esistenziale di un certo livello di esplorazione e di comprensione di sé non ha come unica risposta quella dello specialista psicologo, che sebbene sia la figura che si suppone abbia le maggiori competenze professionali sul tema, non può essere in nessun caso considerata né indispensabile né sufficiente al soggetto per conoscere se stesso. Lo professionista della salute mentale è invece necessario *all’endocrinologo e alla chirurgo* per formulare una diagnosi che esula, in genere, dalla loro expertise, determinando la capacità dello paziente di dare un consenso informato e di autodiagnosticarsi una “condizione psicologica”. Il vincolo è quindi relativo ai limiti deontologici che i professionisti pongono al proprio operato, non alla conoscenza che lo paziente ha di se stesso. Pertanto, il ruolo dello psicologo è di rispondere allo paziente con la diagnosi e la valutazione da cui dipende la richiesta dell’intervento medico, e poi di valutare con lui l’esigenza di un supporto nel percorso di esplorazione e di affermazione di sé.

Per essere chiari, come professionisti, siamo chiamati a rispondere a due diverse responsabilità:

1. *nel certificare* dobbiamo avere raggiunto una certezza di ciò che scriviamo e di cui ci assumiamo la responsabilità in scienza e coscienza;
2. *nel supporto psicologico* agli pazienti che lo chiedono, siamo tenuti a supportarli nel processo decisionale, non a condividere le loro scelte, né a sapere cosa sia meglio per loro.

Questa distinzione richiede chiarezza, ma anche capacità di mettersi in discussione nel confronto, sia con lo paziente che con la rete dei professionisti.

Nel caso di minorenni, tuttavia, la faccenda si complica notevolmente, poiché la responsabilità decisionale è dei genitori e noi ci troviamo a doverli aiutare a sintonizzarsi sul vissuto dei figli, rispettando e validando allo stesso tempo il loro interrogarsi sul loro bene, mantenendo il proprio ruolo genitoriale. Si tratta quindi di costruire quanto più possibile uno spazio di fiducia reciproca, dialogo e trasparenza. Senza perdere di vista la sofferenza dei minori associata alla disforia, ma contattando e riconoscendo anche la sofferenza e la paura dei genitori, che spesso si nasconde dietro un atteggiamento difensivo e controllante.

Che si tratti di soggetti adulti o minorenni, sarà pertanto importante definire la cornice, la domanda, il ruolo e il setting sistemico: se di terapia, consulenza o semplice valutazione, ma anche se individuale,

familiare o di coppia. In ogni caso è fondamentale riconoscere e dare responsabilità all3 pazienti/clienti/utenti, validando la loro soggettività e la loro voce nel processo di ascolto di sé.

In Italia il percorso di affermazione di genere è regolato dalla l.14 aprile 1982, n.164, che non prevede un regolamento di applicazione e rimane in buona misura aperto ad interpretazione; quindi, i vincoli sono perlopiù imposti dalle prassi mediche e giuridiche che sono in costante evoluzione.

Dal punto di vista psicologico, il supporto all’affermazione di genere dovrebbe connotarsi come un aiuto alla soggettività nel suo lavoro di comprensione di sé e di ricerca di soluzioni e azioni sostenibili, volte a generare un senso di integrazione della propria identità di genere nucleare con le descrizioni sociali disponibili e le loro implicazioni di posizionamento nelle relazioni. Mi sembra che i seguenti possano essere individuati come alcuni principi importanti:

- *Esplorazione attiva*: capire il proprio vissuto di genere richiede di giocarlo e sentirlo nelle interazioni; cercare di coglierlo solo in astratto, attraverso il canale del desiderio e della proiezione privata in scenari virtuali, rischia di non offrire mai la chiarezza delle implicazioni concrete delle proprie scelte, che invece fanno parte di qualunque costruzione identitaria solida.
- *Gradualità*: l’esplorazione attiva deve avvenire in sicurezza, attraverso un’esposizione misurata sulle risorse del contesto, che permetta una graduale validazione e non un impatto traumatico con possibili rifiuti e invalidazioni. L’obiettivo è di comprendere l’effettiva soddisfazione data da un feedback sociale positivo all’espressione di genere d’elezione, per comprendere ad ogni passo se la direzione è buona e incrementa il desiderio di proseguire, se lo è ma per il momento la distanza coperta è sufficiente, o se invece non è ciò di cui si aveva realmente bisogno.
- *Relazioni supportive*: per fare questo è importante costruire delle relazioni supportive, a cominciare da quella con la terapeuta, con la famiglia, con il gruppo delle amicizie, con il contesto dello studio o del lavoro, che permetteranno un’esplorazione graduale il più possibile “sicura”.
- *Elaborazione dei fattori di “rumore”*: per ascoltarsi in modo il più possibile perspicuo, è importante elaborare eventuali vissuti traumatici rispetto al corpo e/o alle relazioni, che possono risultare attivanti e confondenti rispetto ai propri bisogni e vissuti di genere.

Questi principi, dal punto di vista di una generica buona prassi, si possono tradurre in un atteggiamento di «prudenza», teso al compiere per prime scelte che hanno conseguenze, dal punto di vista fisico, più reversibili e poi, a mano a mano che la consapevolezza viene costruita, sempre più irreversibili. Non sempre questo è possibile perché ogni soggettività e ogni individuo fa i conti con una sua contingenza e specificità. Di solito, in ogni caso i macro-passaggi sono quattro di durata variabile e non sempre tutti necessari:

1. *Psicologico-sociale*: la psicologa accompagna il soggetto nell’esplorazione e nell’affermazione sociale del genere, aiutandolo a compiere i coming out necessari alla costruzione della rete sociale di supporto e, quando ritiene di avere gli elementi per farlo, può rilasciare la certificazione diagnostica necessaria all’endocrinologa.
2. *Medico-ormonale*: l’endocrinologa imposta una graduale terapia ormonale sostitutiva su misura (TOS), che a sua volta avrà caratteristiche di gradualità, essendo condotta sotto costante monitoraggio medico, e il cui impatto psicologico sarà da elaborare nel processo soggettivo di esplorazione di sé, possibilmente con la psicologa.

3. *Giuridico-anagrafico*: l'avvocato fa istanza presso il tribunale di cambiamento dei dati anagrafici e di autorizzazione alle chirurgie demolitive, senza la quale per la legge lo chirurgo non può operare su organi sani; lo giudice valuta le eventuali perizie dei professionisti e la storia del soggetto che ne testimonia l'identità di genere, ordinando il cambiamento dei documenti e dando il nulla osta alle chirurgie.
4. *Chirurgico*: il soggetto si rivolge allo chirurgo per le *chirurgie di affermazione di genere*, volte a dargli un'apparenza fisica il più possibile conforme all'anatomia associata al genere di elezione, in senso maschilizzante o femminilizzante.

Nel caso dell'adolescenza, le linee guida della *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) in merito alla medicalizzazione raccomandano di iniziare il percorso medico quando (A.A., 2022): l'esperienza di incongruenza di genere sia marcata e continuativa nel tempo, ci si sia occupati di eventuali condizioni o vissuti che rischiano di interferire con la chiarezza della diagnosi o del consenso, l'adolescente abbia raggiunto, dal punto di vista psicologico, la maturità emotiva e cognitiva per dare un consenso informato e comprendere i potenziali effetti irreversibili del percorso e, dal punto di vista fisico, abbia iniziato la pubertà prima dei trattamenti ormonali, e abbia sostenuto positivamente almeno 12 mesi di terapia ormonale sostitutiva prima della chirurgia. In particolare, prima di iniziare una vera e propria TOS, una risorsa molto discussa³¹, ma considerata di grande utilità è *la sospensione della pubertà*. Si tratta di un intervento considerato completamente reversibile, che consiste nel fare ricorso alla triptorelina, un agonista GnRH (ormone di rilascio delle gonadotropine), per sospendere la pubertà per alcuni anni (a partire dal secondo stadio di Tanner, per massimo 4 anni), con il fine di ridurre l'angoscia dovuta alla sessualizzazione del corpo in senso opposto all'identità di genere, così da guadagnare tempo per l'esplorazione dell'opportunità o meno di un percorso di transizione (Mahfouda et al., 2017; Bonifacio, Rosenthal 2015). Come sottolineato dalla presa di posizione sul Quotidiano Sanità del 31 gennaio 2024

(https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=119868) di tredici associazioni mediche di categoria (tra cui la *Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* e la *Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale*), l'intervento con la triptorelina, è considerato un farmaco salva-vita nell3 giovanissim3 transgender e gender diverse, essendo prescritto

³¹ Una recente review della letteratura (Cass, H. (2024). *Independent review of gender identity services for children and young people: Final report*. <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>) commissionata dal servizio sanitario britannico (NHS), avendo riconosciuto la forte polarizzazione del dibattito in merito, ha messo in discussione la qualità degli studi alla base dei protocolli clinici con triptorelina, ma in sostanza fa affermazioni che sono coerenti con i modelli medici di affermazione di genere descritti dalla WPATH e dalla Endocrine Society. Tuttavia, tale documento è stato largamente strumentalizzato nel giustificare la chiusura di centri clinici per l'affermazione di genere. Alla review hanno risposto un gruppo di ricercatori, psichiatri infantili e pediatri (McNamara, M. Baker, K. Connelly, K. Janssen, A. Olson-Kennedy, J. Pang, K.C. Scheim, A. Turban, J. Alstott, A. (2024). *An Evidence-Based Critique of "The Cass Review" on Gender-affirming Care for Adolescent Gender Dysphoria*.

https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf) ribadendo che la Cass Review non raccomanda di vietare le cure mediche per l'affermazione del genere, ma presenta anche diversi limiti, come il fatto di “non seguire gli standard stabiliti per la valutazione delle prove e della loro qualità, richiedendo standard a favore delle cure per l'affermazione del genere molto più alti che per altre aree della medicina pediatrica, interpreta e rappresenta in modo errato i propri dati e fa affermazioni non supportate sull'identità di genere, sulla disforia di genere, sulle pratiche standard e sulla sicurezza dei trattamenti medici di conferma del genere, e ripete affermazioni che sono state smentite da prove solide”.

solo dopo attenta valutazione multiprofessionale con lo scopo di dare tempo all3 giovani sofferenti e alle famiglie di fare scelte ponderate e mature, impedendo stigma sociale, autolesionismi e suicidi.

Detto questo, dobbiamo ricordare che quello delle persone gender variant è un gruppo particolarmente a rischio, per diverse ragioni associate al *minority stress*. In primo luogo, il fatto di essere oggetto di uno stigma sociale si traduce in un’esperienza del mondo come un luogo ostile, in cui sono strutturalmente mancanti sia le rappresentazioni di una normalità trans positiva in cui proiettarsi, sia pari opportunità di lavoro e realizzazione. In secondo luogo, in questo contesto le persone gender variant sono più esposte ad eventi ostili, e maggiormente soggette a traumi relazionali. Si pensi che tra il 40% e l’85% delle persone gender variant subisce forme dirette di discriminazione transfobica (James et al. 2024; TransActual, 2021) e, di conseguenza, tutte le persone gender variant si aspettano di essere discriminate in qualche momento della propria vita. Questo ha l’effetto comune di interiorizzare la transfobia sociale, non solo come anticipazione della discriminazione, ma anche come svalutazione di sé, delle proprie possibilità di essere felice e della propria possibilità di essere amato. Crescere in un contesto eteronormativo significa spesso interiorizzare modelli di positività eteronormativi e i conseguenti giudizi e aspettative negativi verso la propria non conformità. In tutto questo, il rifiuto familiare è un fattore che ha un impatto relazionale, emotivo ed economico e racchiude e amplifica tutti gli altri fattori di rischio (Klein, Golub, 2016; Marquez-Velarde et al., 2023), con l’effetto di duplicare l’incidenza dell’ideazione suicidaria. Va, d’altra parte, considerato un circolo vizioso di scoramento e demotivazione, senso di vulnerabilità ed esposizione alla violenza, sentimento di abbandono e di solitudine e senso di disvalore, colpa, inadeguatezza, paura di amare e di lasciarsi amare. Il risultato è un tasso del 30-50% di tentativi di suicidio nella popolazione trans a seconda del paese (Virupaksha et al., 2016).

Va poi considerato che, sebbene il rifiuto familiare duplichi l’ideazione suicidaria dell3 figl3 gender variant, l’accettazione non sembra essere più protettiva dell’indifferenza familiare, perché ovviamente non annulla lo stigma sociale (Marquez-Velarde et al., 2023). Tuttavia, secondo una recente ricerca americana con 129 partecipanti trans tra i 17 e i 21 anni (Russel et al., 2018), un solo contesto di vita in più (famiglia inclusa) in cui poter usare il nome e pronomi di elezione si associa ad una diminuzione del 29% dell’ideazione suicidaria e una diminuzione del 56% del comportamento suicidario.

Questi dati ci suggeriscono che la risposta ad una richiesta di supporto da parte di una persona gender variant possa individuare nel lavoro con la famiglia un obiettivo fondamentale di preservazione di relazioni sicure, di rispetto e riconoscimento, nella tolleranza dell’incertezza associata alla transizione e della crisi identitaria familiare. Tuttavia, ci suggeriscono altresì l’importanza di non fermarsi al sistema familiare, supportando la persona gender variant nel costruirsi una rete sociale in cui sentirsi vista e rispettata nella propria identità. Per esempio, risulta importante orientare il lavoro ad una implementazione delle possibili misure di supporto sociale, come la *carriera alias* nelle scuole che permette all3 adolescenti trans di essere chiamat3 a scuola con il nome e pronomi d’elezione.

CONCLUSIONI: OFFRIRE UN ACCOMPAGNAMENTO “TRANSPOSITIVE”

Il fattore più nocivo per la psiche delle persone gender variant è la mancanza di rappresentazioni congruenti al proprio vissuto intimo e al contempo positive, tanto da permettere di rappresentarsi un futuro autentico, concreto e positivo. La funzione dell3 terapeuta in questo senso è quella di essere testimone della loro scoperta identitaria, e della loro possibilità di realizzazione, co-costruendo *prima*

una conversazione, *poi* una relazione, infine *idealmente* un contesto, in cui possano sentire riconosciuto il proprio posto e intravedere una traiettoria di felicità (e possibilmente più di una).

A questo scopo risulta molto importante un atteggiamento della terapeuta che è stato definito “*transpositive*” cioè volto a ridurre la transnegatività (l’atteggiamento negativo verso l’essere trans) e la transnormatività interiorizzate (l’idea che ci sia un solo modo buono di esserlo) rinforzando un’identità positiva del soggetto (Anzani et al., 2022). Alcune attenzioni per implementare una relazione di cura transpositive (MacKinnon et al. 2016) possono essere tra le altre:

- riconoscere l’impatto della discriminazione e della vittimizzazione sulle persone non cis-gender;
- valorizzare il senso di comunità e il riconoscimento reciproco nel gruppo minorizzato;
- valorizzare gli aspetti positivi della transizione in termini di affermazione della propria autenticità;
- emanciparsi dagli standard binari che connotano la persona trans sempre come inadeguata;
- elaborare dei modelli di quotidianità positiva e visibilità intorno alle persone transgender;
- accogliere l’imprevisto e il possibile cambio di direzione associato all’affermazione, come nel modo di sperimentarsi, di desiderare e di autorizzarsi dentro nuove relazioni.

In definitiva, offrire un accompagnamento transpositive alle soggettività di genere implica, in primo luogo, uno sguardo attento ai contesti e al loro grado di eteronormatività, che permetta di cogliere l’impatto che tali vincoli hanno sulle soggettività trans. In secondo luogo, significa aprire attraverso la relazione uno spazio di ascolto di sé sicuro, in cui qualunque varianza e sfumatura identitaria possa essere ascoltata ed accolta e, laddove sia sensato, includere in questo spazio di dialogo anche la famiglia. Non ultimo, significa supportare una ricerca di confronto sociale e di possibile affiliazione ad un gruppo identitario validante, ma anche proteggere da eventuali pressioni transnormative che possono rischiare di invalidare l’esperienza unica della persona. Infine, si traduce in un ragionare insieme sulle implicazioni affettive e di senso di ciò che la persona scopre di sé, sulle sue possibili descrizioni e diverse implicazioni, allo scopo di supportare una progettualità di vita relazionale ed esistenziale capace di promettere una possibilità di realizzazione.

BIBLIOGRAFIA

A.A. WPATH (2022). “Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People”, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259.

Albertini, F.M., Christiansen, J.C.V., Loh, C., Nijabat, N. (2025a). “New materialism(s) and systemic psychotherapy: Does it matter?” (PART 1). *Journal of Family Therapy*, 47 (1), e12479.

Albertini, F.M., Christiansen, J.C.V., Loh, C., Nijabat, N. (2025b). “New materialism(s) and systemic psychotherapy: Does it matter?” (PART 2). *Journal of Family Therapy*, 47 (1), e12480.

Anzani, A., Biella, M., Scandurra, C., Prunas, A. (2022). “Desire for Genital Surgery in Trans Masculine Individuals: The Role of Internalized Transphobia, Transnormativity and Trans Positive Identity”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 8916.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Oxford: Chandler Publishing Company.

Bauman, Z. (2001). *The Individualized Society*. Cambridge: Polity. Trad. It. (2002) *La società individualizzata. Come cambia la nostra esperienza*. Bologna: Il Mulino.

Bonifacio H.J., Rosenthal S.M. (2015). “Gender Variance and Dysphoria in Children and Adolescents”. *Pediatric Clinics of North America*, 62(4): 1001-1016.

Boria, S. (2012). *I Quaderni della Complessità N° 1. Il ricordo inventato che noi siamo*. Rimini: Guaraldi.

Boss, P., Greenberg, J. (1984). “Family boundary ambiguity: A new variable in family stress theory”. *Family Process*, 23(4): 535–546.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Trad. It. (2002) *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.

Connell R.W. (2009). *Gender in World Perspective*. Trad. it. (2011) *Questioni di genere*, Il Mulino, Bologna.

Damasio, A. (2012). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Trad. It. (2012) *Il Sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi.

Ferrari, F. (2021). “Il diritto alla soggettività di genere: tutelare l’identità sessuale, affettiva e familiare dei minori”. In Bastianoni, P. (a cura di). *Tutela, diritti e protezione dei minori. Una guida psico-socio-giuridica*. Parma: Junior-Bambini.

Ferrari, F. (2018). “Altre generatività: procreazione e filiazione senza sessualità”. In Fruggeri L. (a cura di), *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*. Roma: Carocci.

Ferrari, F. (2010). “Il “coming out” come comunicazione performativa delle identità sessuali”. *Connessioni*, 24 (1): 53-76.

Ferrari, F., Ciliberto, J. (2017). “Sé e identità come doppia descrizione. Uno sguardo sistemico all’individuo”. *Connessioni CMTF*, 37: 63-82.

Ferreira, A. J. (1963). “Family myth and homeostasis”. *Archives of General Psychiatry*, 9(5): 457–463.

Fruggeri, L. (1994). “La ricerca sociale come processo di interazione”. In Manghi S. (a cura di) *Attraverso Bateson: ecologia della mente e relazioni sociali*, 87-102. Milano: Anabasi.

Horkeimer, M. (1968). *Kritiacht Theorie. Eine Dokumentation. Bde. 1 u. 2*. Eng. Trad. (1968) *CriticalTheory. Selected Essays*. New York: Continuum.

https://monoskop.org/images/7/74/Horkheimer_Max_Critical_Theory_Selected_Essays_2002.pdf

James, S.E., Herman, J.L., Durso, L.E., Heng-Lehtinen, R. (2024). *Early Insights: A Report of the 2022 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Klein, A., Golub, S.A. (2016). “Family Rejection as a Predictor of Suicide Attempts and Substance Misuse Among Transgender and Gender Nonconforming Adults”. *LGBT Health*, 3(3): 193-199.

Luft, J., Ingham, H. (1955). *The Johari Window: a graphic model for interpersonal Relations*. University of California Western Training Lab.

MacKinnon, K. R., Tarasoff, L. A., Kia, H. (2016). “Predisposing, reinforcing, and enabling factors of trans-positive clinical behavior change: A summary of the literature”. *International Journal of Transgenderism*, 17(2): 83–92.

Mancini, T. (2001). *Sé e identità. Modelli, metodi e problemi in psicologia sociale*. Roma: Carocci.

Mahfouda S., Moore J.K., Siafarikas A., Zepf F.D., Lin A. (2017). “Puberty suppression in transgender children and adolescents”. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 5(10): 816-826.

Marquez-Velarde, G., Miller, G. H., Shircliff, J. E., Suárez, M. I. (2023). “The Impact of Family Support and Rejection on Suicide Ideation and Attempt among Transgender Adults in the U.S.”. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal*, 19(4): 275-287.

Martin, C.L., Ruble, D.N. (2010). “Patterns of gender development”. *Annual Review of Psychology*, 61: 353-381.

McDowell, T., Knudson-Martin, C., Bermudez, J.M. (2019). “Third-Order Thinking in Family Therapy: Addressing Social Justice Across Family Therapy Practice”. *Family Process* 58(1): 9-22. doi: 10.1111/famp.12383.

Medina Centeno, R. (2022). *La terapia familiar de tercer orden. Del amor indignado al diálogo solidario*. Madrid: Ediciones Morata.

Reiss, D. (1981). *The Family's Construction of Reality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rubin, G. (1975). “The traffic in women: Notes on the “political economy” of sex”. In Reiter, R.R. (Ed.), *Toward an anthropology of women*, 157–210. New York: Monthly Review Press.

Russell, S.T., Pollitt, A.M., Li, G., Grossman, A.H. (2018). “Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth”. *Journal of Adolescent Health*, 63(4): 503-505.

Sahlins, M. (2012). *What Kinship Is—And Is Not*. Trad. It. (2013) *La parentela. Cos'è e cosa non è*. Milano: Elèuthera.

Tajfel, H. (1972). “La catégorisation sociale”. In Moscovici, S. (Ed.). *Introduction à la Psychologie Sociale* (Vol. 1), 272–302. Paris: Larousse.

TransActual (2021). *Trans lives survey 2021: Enduring the UK's hostile environment*.
<https://transactual.org.uk/wp-content/uploads/TransLivesSurvey2021.pdf>

Virupaksha, H.G., Muralidhar, D., Ramakrishna, J. (2016). “Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons”. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(6): 505-509.

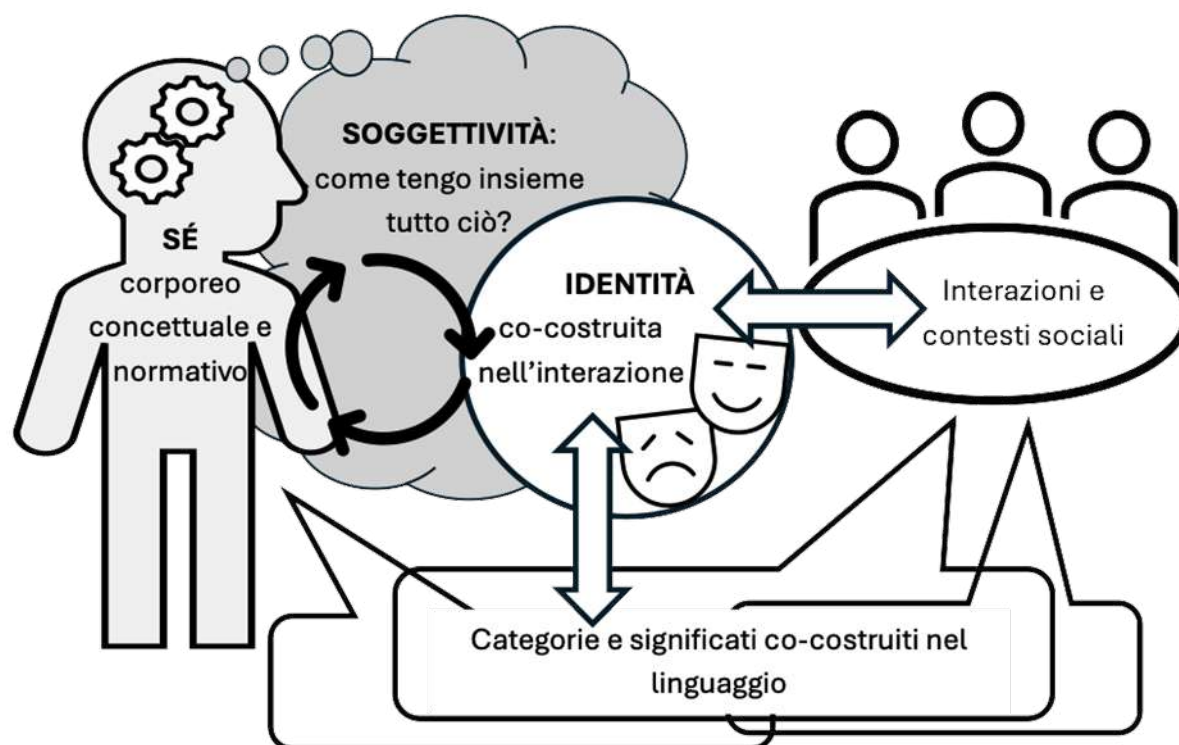


Fig.1 - Soggettività tra Sé e Identità nell'interazione sociale

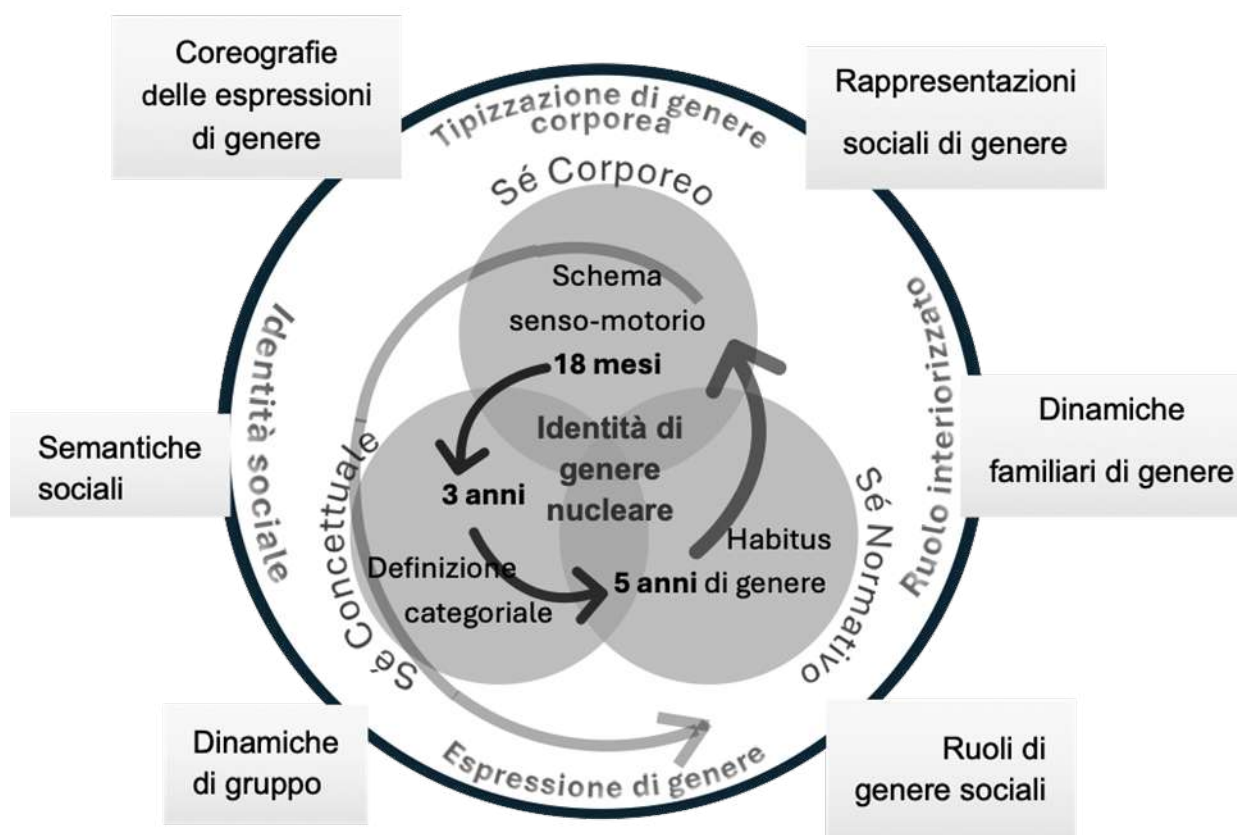


Fig. 2 - Sviluppo di genere tra Sé Corporeo, Sé Concettuale e Sé Normativo

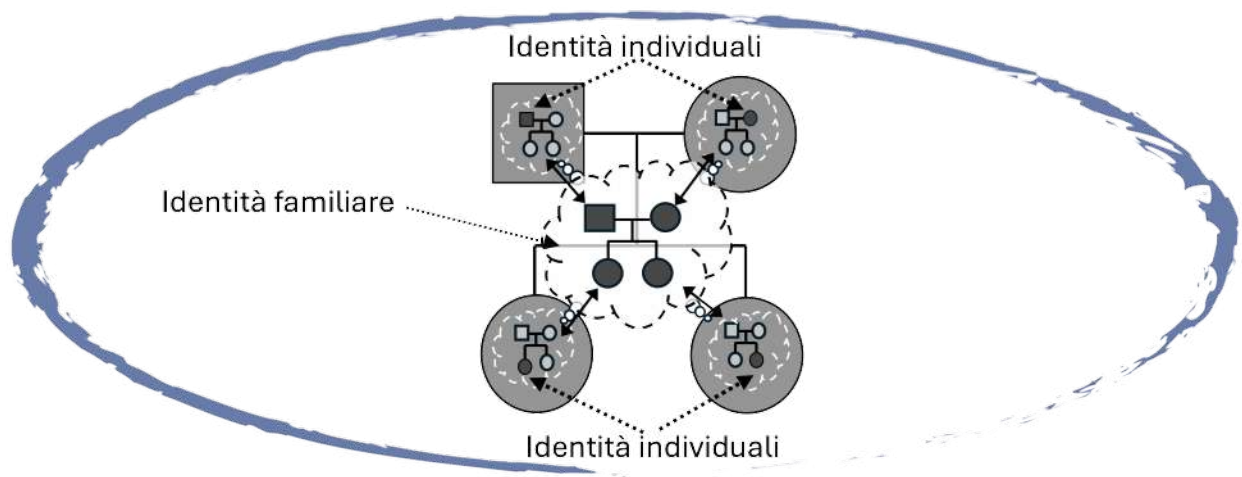


Fig. 3 - Circolarità tra identità familiari e individuali

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI FEDERICO FERRARI: "ACCOMPAGNARE LA SOGGETTIVITÀ DI GENERE TRA IDENTITÀ E CONTESTI"

VIRGINIA LA MENDOLA

mail: virginia.lamendola@gmail.com

L'articolo "Accompagnare la soggettività di genere tra identità e contesti" scritto da Federico Ferrari per i Quaderni Sirt propone un'elaborazione sistemico-relazionale delle esperienze identitarie, con riferimenti alla cornice epistemologica batesoniana e al pensiero dialogico contemporaneo. Viene posta l'attenzione sull'esigenza di superare modelli diagnostici individualizzanti, in favore di un approccio ecologico e relazionale in cui il terapeuta si riconosce co-partecipe del sistema narrativo in trasformazione.

INTRODUZIONE: UN CAMBIAMENTO DI SGUARDO

L'emersione di soggettività gender non conforming tra adolescenti sollecita interrogativi che non possono più essere affrontati con strumenti concettuali rigidi. L'articolo di Ferrari costituisce un importante spunto per riflettere sulle cornici operative e teoriche adottate nel lavoro clinico. Tuttavia, è proprio nella pluralità delle storie e delle cornici che il terapeuta sistemico è chiamato a muoversi: non come semplice contenitore neutro, ma come agente attivo nella co-costruzione del senso. Il genere, in questa prospettiva, non è un'identità da definire bensì una posizione narrativa da esplorare.

Seguendo Gregory Bateson, possiamo pensare all'identità non come "cosa", ma come configurazione emergente da pattern relazionali. Il terapeuta, in questo scenario, si muove con consapevolezza epistemologica, interrogandosi continuamente su ciò che porta in seduta — anche in termini impliciti o non detti. Domande come: *Quali linguaggi riconosco come legittimi? Quali storie mi risultano più familiari?* diventano strumenti operativi.

L'etica relazionale non si esprime in protocolli, ma nella capacità di sostare nella complessità, nella tensione tra ciò che si mostra e ciò che resta impronunciato. È una clinica che accoglie l'ambivalenza e riconosce che anche il silenzio è comunicazione.

IL GENERE COME FENOMENO CONTESTUALE: NON PIÙ DENTRO, NON SOLO FUORI

L'articolo, pur non esplicitando un orientamento sistemico, suggerisce un modello in cui il genere è inscritto nel sociale e nel dialogico. Tale idea trova una risonanza profonda con la visione relazionale: il genere non è un'essenza da portare alla luce, ma un'esperienza in dialogo con i contesti e le possibilità discorsive.

Nella pratica clinica questo implica lavorare non solo *sull'adolescente*, ma *con e attraverso* i suoi mondi: famiglia, scuola, pari, cultura mediatica. Ogni voce che nomina l'identità contribuisce a plasmarla. E spesso, il disagio non risiede nella soggettività in sé, quanto nella frizione tra narrazioni discordanti o tra riconoscimenti mancati.

Un esempio clinico: una giovane persona gender fluid racconta come a casa fosse "lei", a scuola "loro", e tra amici "lui". Il punto di crisi non sta nel non sapere chi fosse, ma nel sentire che nessun contesto riusciva a sostenerne l'integrità narrativa.

L'articolo incoraggia, seppur indirettamente, a spostare l'attenzione dal "problema" individuale al sistema di significati che lo genera. Questa prospettiva, vicina a quella dell'approccio narrativo, ci invita a domandarci: *Chi definisce il problema? Chi ha voce nel racconto del sintomo?*

Il ruolo del terapeuta sistemico diventa allora quello di attivare spazi di decostruzione e ricostruzione, aiutando la famiglia (o il gruppo) a rileggere il comportamento non come espressione patologica ma come risposta creativa a una tensione del sistema.

IL CONTESTO COME SPAZIO GENERATIVO: PRATICHE CHE APRONO

Il contesto, spesso percepito come vincolo, può divenire risorsa. Il terapeuta sistemico, come suggeriva Gianfranco Cecchin, può agire come "perturbatore gentile", introducendo nuove prospettive senza imporle, seminando narrazioni alternative.

Questa idea è centrale nel lavoro con adolescenti transgender e non binari, i cui processi identitari sono spesso ostacolati da narrazioni monolitiche di genere. L'obiettivo clinico non è "decidere chi sono", ma sostenere pratiche relazionali che permettano all'identità di prendere forma nei modi più autentici e mutevoli possibili.

Un esempio: l'inclusione nei colloqui di figure significative (insegnanti, educatori, compagni) può ampliare il ventaglio di possibilità riconosciute e quindi vissute.

CRITICITÀ E APERTURE: UNA CORNICE DA PRECISARE

L'articolo analizzato propone riflessioni dense, ma lascia irrisolte alcune ambiguità operative.

In primo luogo, oscilla tra una visione de-psicologizzante e la proposta di un intervento clinico, senza però chiarire come questi due livelli dialoghino tra loro. Un terapeuta inesperto potrebbe faticare a tradurre in pratica tali indicazioni, soprattutto in presenza di sofferenze corporee legate alla disforia o desideri di transizione medicalizzata.

In secondo luogo, la figura del terapeuta viene rappresentata come accompagnatore individuale, ma viene trascurata la possibilità (e necessità) di un lavoro sistemico con famiglie e reti sociali. Sarebbe auspicabile un'integrazione con modelli che includano il lavoro con i genitori, l'alleanza con la scuola e la sensibilizzazione dei contesti istituzionali.

Infine, l'articolo evita un confronto esplicito con le tensioni tra modelli affermativi e approcci diagnostici tradizionali. Questo silenzio, forse strategico, lascia però scoperta una delle sfide più reali del lavoro clinico: come muoversi quando il giovane chiede riconoscimento e il contesto oppone resistenza? Su

questo punto, una riflessione sistemica più approfondita (ad esempio sul concetto di *doppio legame* o di *paradosso comunicativo*) avrebbe potuto arricchire notevolmente il contributo.

CONCLUSIONE: DANZA CON LA COMPLESSITÀ

Questo articolo, e la riflessione che ne scaturisce, ci ricorda che il lavoro clinico con soggettività gender variant non è semplicemente un ambito specialistico, ma un'occasione paradigmatica per interrogare le nostre cornici teoriche, i nostri linguaggi e il nostro modo di abitare la relazione terapeutica.

In un'epoca che rischia da un lato la patologizzazione, dall'altro una "normalizzazione affrettata" del genere, la clinica sistemica può offrirsi come spazio terzo, capace di tenere la complessità senza la fretta della definizione. Non si tratta di accompagnare verso un'identità predefinita, ma di sostenere il diritto al processo, alla sperimentazione, alla pluralità narrativa.

In questo senso, essere terapeuti significa aprire varchi, non chiudere traiettorie. Come diceva Bateson, danzare con la complessità. E oggi più che mai, danzare con il genere.

BIBLIOGRAFIA

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

Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. A. (1994). *Il dialogo strategico*. Milano: Raffaello Cortina.

Hoffman, L. (1993). *Exchanging Voices: A Collaborative Approach to Family Therapy*. London: Karnac.

Telfener, U. (2003). *Epistemologia della clinica. Complessità e pragmatica della relazione terapeutica*. Roma: Cortina.

Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*. Milano: Feltrinelli.

Di Ceglie, D. (1998). *A Stranger in My Own Body: Atypical Gender Identity Development and Mental Health*. London: Karnac.

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018). *Transgender People and Education*. New York: Palgrave Macmillan.

SFIDA SISTEMICA DEL GATEKEEPING: DEPATOLOGIZZARE E TUTELARE IN OTTICA PSICO-SOCIO- GIURIDICA LE PERSONE GENDER VARIANT

(SYSTEMIC CHALLENGE TO GATEKEEPING: DEPATHOLOGIZING AND PROTECTING GENDER VARIANT PEOPLE FROM A PSYCHO-SOCIO-LEGAL PERSPECTIVE)

LORENA MALTEMPI³²

www.lorenamaltempipsicologa.it

SOMMARIO

L'intento del mio intervento è dare voce ai bisogni raccolti dalle narrazioni delle persone che incontro quotidianamente nella mia professione, mostrando come l'orientamento sistemico abbia in sé le caratteristiche strutturali necessarie ad accogliere la sfida odierna di affrontare le tematiche relative la varianza di genere superando una posizione di gatekeeping.

In quest'ottica, un'approfondita rilettura psico-sociale della normativa di legge in materia di identità di genere, permetterà di mettere in luce processi di creazione di pregiudizi sociali, per esplorare nuove mappe.

Il tentativo di soluzione proposto è andare oltre la posizione di gatekeeping, storicamente affidata a chi esercita la professione, sostituendo l'odierna richiesta di valutazione della persona, con l'analisi della domanda di cui le singole soggettività sono portatrici. Il nuovo interrogativo, che, se usato come guida, può favorire un maggiore benessere, muterebbe in: “Può il percorso di affermazione rispondere alla domanda della persona?” Piuttosto che lo storico: “La persona è adatta ad intraprendere questo percorso?”.

PAROLE CHIAVE: Gender variant, identità di genere, persone transgender, rilettura sistemica, percorsi affermazione di genere, non binary, queer.

ABSTRACT (a cura della redazione)

The aim of my intervention is to give voice to the needs collected from the narratives of the people I meet daily in my profession, showing how the systemic orientation has in itself the structural characteristics necessary to meet today's challenge of addressing issues related to gender variance by overcoming a gatekeeping position.

In this perspective, an in-depth psycho-social rereading of the law on gender identity will allow us to highlight processes of creation of social prejudices, to explore new maps.

³² Psicologa, psicoterapeuta, formatrice, mediatrice familiare e mediatrice cross-border. Collabora con diverse realtà territoriali e Associazioni nell'affiancamento alle famiglie e persone con varianza di genere in vari momenti della loro vita.

The proposed solution attempt is to go beyond the gatekeeping position, historically entrusted to those who practice the profession, replacing today's request for evaluation of the person, with the analysis of the question that individual subjectivities are bearers of. The new question, which, if used as a guide, can promote greater well-being, would change into: "Can the path of affirmation answer the person's question?" Rather than the historical: "Is the person suited to undertake this path?".

KEY WORDS (a cura della redazione): Gender variant, gender identity, transgender people, systemic rereading, gender affirmation paths, non-binary, queer.

INTRODUZIONE

La psicologia è abitata da domande, più che da risposte, quindi è utile chiedersi: Perché parlare di varianza di genere? Perché è importante farlo in una chiave di lettura sistemica? In che modo gli aspetti sociali e giuridici sono connessi con la stanza di consultazione?

Il tentativo di condividere possibili risposte a queste domande, che ho costruito nella mia pratica clinica, è ciò che mi muove nello scrivere questo articolo, con la convinzione che il ruolo di professionista della salute sia quello di dare voce e rilevanza a chi riceve poco ascolto e non di sostituirla.

È necessario, però, fare delle premesse personali e teoriche.

Per quanto concerne il personale: anche se verrà proposta una disamina dell'attuale normativa nell'ambito della varianza di genere, non sono una giurista, non è quindi mia intenzione analizzare il tema da un punto di vista legislativo. La pratica di mediatrice mi ha permesso di avvicinarmi alla giurisprudenza rileggendo la normativa in un'ottica simbolica per riflettere sulle connessioni con le premesse e i pregiudizi impliciti che abitano la nostra società. Filo rosso del mio intervento sarà, quindi, una rilettura sistemica del “diritto” coniugato nel diritto alla salute, all'unicità, all'autenticità e all'autodeterminazione delle persone.

STARTER PACK

Relativamente i presupposti teorici che possono orientare la mappa attraverso cui esplorare questo territorio condivido una sorta di “starter pack” in pochi, ma a mio avviso fondamentali, punti:

1. L'identità di genere³³, livello ontologico differente dal genere genetico³⁴, non è più rappresentata come punto in un continuum binario maschio-femmina, ma come uno spettro con posizioni e sfumature più complesse (Anzani, 2022). Tale complessità richiede preparazione, conoscenze

³³ Per approfondimenti sui livelli ontologici relativi al genere e ai suoi connessi, si rimanda alla mappa dei livelli sistemici di analisi di Federico Ferrari (2016)

³⁴ Si parla generalmente di genere biologico o di genere assegnato alla nascita, ma, grazie al confronto con il collega Diego Angelo Cricelli, ho molto riflettuto su tali termini e su ciò che potrebbero evocare nell'immaginario collettivo. Ne è risultata la convinzione che genere genetico sia maggiormente adeguato al contesto, riconoscendo che il livello biologico dell'essere umano non può essere fatto coincidere esclusivamente con il patrimonio cromosomico.

specifiche e capacità di accogliere l’alterità, prendendo consapevolezza dei pregiudizi sociali e della transnegatività³⁵ in cui anche chi è professionista è cresciuto e che quindi ne ha plasmano mente e pensiero.

2. La varianza dell’identità di genere è riconosciuta dalla comunità scientifica come una varianza fisiologica della natura umana (Anzani, 2022, Remotti 2018), quindi non più ingabbiata, come in passato, in una narrativa di patologia. Non è questione di “io penso/credo...” ma di conoscenza scientifica. Mi rendo conto di avere una posizione ferma, sostenuta dalla consapevolezza che la psicologia e la psicoterapia sono due saperi scientifici, che hanno le loro radici in un continuo processo di studio e aggiornamento non solo personale, ma della stessa comunità scientifica. Questo significa che, come professionisti, veniamo esposti a dei cambi di posizione importanti nel corso del tempo. Cambiamenti evolutivi, ma che pongono il lavoro clinico in un processo faticoso di revisione. Prendiamo ad esempio ciò che la letteratura scientifica ha scritto dell’omosessualità dagli anni Settanta ad oggi. La rimozione dell’omosessualità dalle categorie diagnostiche, quindi considerate patologiche, dal DSM ad opera dell’APA (American Psychiatric Association) avviene nel 1974, ma si dovrà aspettare il 1990 perché anche l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) la depenni dall’elenco delle malattie mentali³⁶ (Rigliano, Ciliberto, Ferrari, 2012). Questo comporta che alcuni colleghi, i cui studi sono antecedenti a tale data, siano professionalmente cresciuti immersi in una comunità scientifica erroneamente, possiamo dire ora, patologizzante di quella che invece è un fisiologico orientamento sessuale. Modificare e superare l’ipotizzazione sottostante la rilettura di alcune dinamiche relazionali, sostenute da quello che si può riconoscere essere stato un pregiudizio e dannoso stereotipo sociale, ha chiesto e chiede un continuo, faticoso e doveroso lavoro sulle proprie premesse implicite. Ovvio che da psicoterapeuti sappiamo che questo tipo di lavoro su di sé non può mai considerarsi concluso, ma non vuol dire che all’interno della nostra comunità ciò non abbia portato per molto tempo a posizioni fortemente contrastanti, alcune delle quali rivelabili

³⁵ Omotransfobia e omotrasnegatività rimandano a concetti differenti. Per omotransfobia si intende “La paura irrazionale e terrore di trovarsi in contatto diretto con persone omosessuali (o transgender) in spazi chiusi” (Chiari, Borghi, 2009). Il costrutto teorico inizialmente delineato è stato quello di omofobia, definito da Weinberg (1972) come “il terrore di stare a stretto contatto con gli omosessuali e, nel caso degli omosessuali, il disprezzo verso sé stessi”. Tale teorizzazione, ai tempi utile per sensibilizzare la comunità scientifica, ha avuto il limite di focalizzarsi esclusivamente sulla paura in modo riduttivo, tralasciando altre emozioni coinvolte come la rabbia e il disgusto. Si è passati, così, più frequentemente a parlare di omotransnegatività. Se per omonegatività ci si riferisce a “vissuti di odio, rabbia unitamente alla convinzione che le credenze relative all’omosessualità siano giustificabili e condivisibili” (Biondi, Bracaglia, 2013). Graglia (2019) definisce l’omotransnegatività come “l’insieme di rappresentazioni culturali, di pratiche sociali, di credenze individuali e di comportamenti interpersonali che invalidano, sviliscono o aggrediscono i comportamenti, le identità e le comunità LGBTI”.

³⁶ Si ricorda che, a seguito della rimozione dell’omosessualità dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) pubblicato dall’American Psychiatric Association (APA), si è continuato per diversi anni a parlare di “omosessualità egodistonica”, nei testi scientifici, riferendosi a quella condizione in cui una persona omosessuale non accetta il proprio orientamento sessuale e non lo vive con serenità. Tale teoria si può considerare superata definitivamente solo dal 17 maggio 1990, con il posizionamento depatologizzante dell’OMS.

tutt’oggi³⁷ (Kilgore e coll., 2005). In tal senso ho accolto come segnale positivo la proposta di alcune Università italiane di inserire nel piano curricolare, corsi o lezioni tematiche sull’identità e sulla varianza di genere.

3. Le ultime ricerche afferenti alle neuroscienze (Albano, 2024), oltre alle ricerche in campo socio-antropologico³⁸ (Ghenò, 2022), ribadiscono l’importanza del linguaggio a livello neuropsicologico, emotivo, relazionale e sociale. Riprendendo una frase di A. Anzani (2022) si può evidenziare come “Linguaggio, identità e sessualità sono in costante cambiamento, sono fattori che si evolvono assieme alla cultura.” Questo il motivo per cui non ritengo adeguato riferirsi, trattando la varianza di genere, a categorie o descrizioni cliniche, ma a ciò che, in termini provocatori, chiamo “etichette narrative”. Ovvero narrazioni, che utilizzano la sintesi cognitiva come strumento di cui le singole soggettività si avvalgono per raccontarsi ad altrə. Il bisogno della persona che viva una varianza di genere non nasce dal sentire di dover definire sé in rigide etichette, ma da quello di “portare fuori” il racconto di sé per incontrare la società e la comunità, pur sapendo che ogni “etichetta” rappresentativa identificata, non riesce ad includere tutti gli aspetti del sé. Quell’etichetta narrativa, di conseguenza, non rappresenta mai la soggettività nella sua interezza, ma ciò che le persone scelgono di rappresentare del sé in quel determinato momento, mosse da un bisogno relazionale. Tale dato rende essenziale comprendere i processi socioculturali, a cui la normativa vigente appartiene, in cui le persone nascono, crescono e plasmano pensieri e pregiudizi. L’obiettivo è garantire una società sempre più capace di “convivere con le differenze³⁹”, come sostiene F. Acanfora (2020).

I “TERMINI” DI LEGGE

Passiamo quindi ai termini utilizzati dalla normativa sul tema, rappresentazione simbolica del pensiero sociale, approfondendo le Leggi relative ai percorsi di affermazione di genere.

³⁷ In tal senso sono molto indicativi i risultati delle ricerche di alcuni colleghi (Lingiardi, Nardelli, 2011; Baggini, Bosatra, Curti, 2016) che hanno rilevato una bassa seppur preoccupante percentuale di pregiudizi sull’omosessualità da parte di colleghi iscritti agli Albi del Lazio e della Lombardia

³⁸ Vera Ghenò: la stretta relazione tra realtà e lingua ha una direzione prevalente che va dalla società al linguaggio e non viceversa. La cultura – le premesse della società diremmo da sistemica – modella le parole che utilizziamo. Se si unisce tale concetto al fatto, dimostrato dalle neuroscienze, che le parole o, meglio, il significato che attribuiamo ad esse, ha un effetto concreto sulle connessioni neuronali e la conformazione cerebrale (Albano, 2024), si comprende quanto diventi essenziale considerare il linguaggio utilizzato in questo campo. Nel narrato delle persone gender variant, l’essersi sentito rivolgere alcune parole può essere considerato come un vero e proprio evento traumatico, così come alcuni termini assumono il ruolo di trigger point.

³⁹ Canfora illustra nel suo articolo come parlare di inclusione sostiene un linguaggio di esclusione, perché rimanda a un gruppo che ha il potere di decidere se includere o meno un altro gruppo di per sé considerato escluso. Per risolvere tale contraddizione intrinseca propone il termine “inclusione delle differenze”.

La legge n.164 del 1982⁴⁰, ormai ampiamente conosciuta, è la prima disposizione che in qualche modo disciplina il percorso di affermazione di genere in Italia:

Legge 14 aprile 1982, n.164 Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato; IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA PROMULGA la seguente legge: Art. 1.

La rettificazione di cui all'articolo 454 del codice civile si fa anche in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali.

I giudici della Corte riconobbero l'esistenza di un diritto fondamentale all'identità sessuale⁴¹ all'interno del quale trova protezione anche il diritto fondamentale all'adeguamento dell'identità fisica all'identità psichica⁴².

Pochi anni dopo, nella sentenza n. 161 del 24 maggio 1985, la Corte Costituzionale giudicò infondato il ricorso teso ad ottenere una pronuncia di incostituzionalità di tale legge, riconoscendo che essa «*si colloca nell'alveo di una civiltà giuridica in evoluzione, sempre più attenta ai valori, di libertà e dignità, della persona umana, che ricerca e tutela anche nelle situazioni minoritarie*».

Come si può notare, la normativa nella sua formulazione originaria non conteneva esplicitamente alcun obbligo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici. Quando parla di “modificazione dei caratteri sessuali” non viene definito se si riferisce ai primari o ai secondari, che subiscono cambiamenti già con la terapia ormonale sostitutiva. Lo spazio lasciato all'interpretazione della legge apre la possibilità a letture diverse.

Come si è arrivati, quindi, alla necessità di sottoporsi ad uno o più interventi chirurgici, dal 1982 al 2015⁴³ per vedere riconosciuta la legittimità anagrafica del genere d'elezione, a seguito della presentazione di “prove” di tali interventi in aula di Tribunale? È stata l'interpretazione di legge che ha aggiunto tale procedura obbligatoria, ad oggi parzialmente superata, nell'ottica di fornire una “garanzia partecipativa”.

A questo punto la domanda che apre ad aspetti simbolici e psicologici è: l'introduzione di tale “garanzia” a chi è stata utile? Di chi è stata garante? Le storie e i racconti delle persone, le fatiche e i rischi degli interventi a cui sono state sottoposte, narrano di una non tutela del benessere delle singole soggettività. Il vissuto, più frequentemente riportato in seduta, trova nelle parole di Fumetti Brutti, artista e personaggio pubblico, una buona rappresentazione. L'autrice scrive del proprio percorso facendo riferimento a quella che definisce una sterilizzazione obbligatoria: “Essendo abituata ad ignorare i miei

⁴⁰ Per il testo integrale si rimanda a Gazzetta Ufficiale n. 106 del 19.04.1982. La legge è entrata in vigore il 4 maggio 1982.

⁴¹ Diritto già sancito dagli articoli 2 e 32 della Costituzione.

⁴² Si fa qui riferimento all'art. 32: diritto alla salute

⁴³ Il 2015 segna un anno di cambiamento a causa di due sentenze: la n.221/2015 della Corte Costituzionale e la n.15138/2015 della Corte di Cassazione, in base alle quali i giudici hanno interpretato favorevolmente per le persone transgender (si rimane ancora in un'ottica binaria del genere) la normativa affermando che l'operazione chirurgica non era più da considerarsi obbligatoria ma eventuale nel percorso di affermazione di genere.

diritti fondamentali, nella disperazione, pensai che avessero ragione⁴⁴.” In queste sue parole, ritrovo i racconti di molti, molte e moltə che chiedono un sostegno.

Nel 2013, viene definita una proposta di disegno di legge da parte di Rete Lenford-Avvocatura per i Diritti LGBTI+, rete di professionisti⁴⁵, con l'intento di eliminare il ricorso obbligato alla chirurgia, che recita:

“L'intervento chirurgico costituisce, per alcune persone, un «intervento forzato» in assenza del quale la persona è privata della dignità e dei diritti di cittadinanza, costretta ad una «esistenza legale» che non corrisponde all'identità, all'aspetto esteriore e al ruolo sociale che la stessa persona viene ad assumere. L'intervento chirurgico diventa, in altre parole, un modo per vedere sanzionata dalla legge l'identità stessa della persona.

Tutto ciò condiziona pesantemente il rispetto dei diritti e dell'identità della persona, del suo benessere psico-fisico e della vita di relazione.”

La non approvazione della proposta ben rappresenta la negazione, da parte della legislazione in quegli anni, del riconoscimento e dell'applicazione di un diritto definito fondamentale dalla Costituzione.

Oserei dire che salti all'occhio come l'interpretazione della L.n.164/1982 non sia stata garante della vita delle persone con varianza di genere.

La garanzia, quindi, deve aver tutelato altre posizioni. La mia lettura è che sia servita come ansiolitico sociale. È stata, rileggendola a posteriori, utile a conservare un pensiero pregiudizievole fondato sul binarismo della società. Si è assistito ad una distorsione sociale pregiudizievole di attribuzione di significato, di lenti con cui guardare la realtà, diremmo secondo l'orientamento sistemico.

In ordine temporale si susseguono, quindi, due passaggi importanti nel sistema giuridico italiano:

- la sentenza della Corte di Cassazione del 2015 in cui viene decretato come non più indispensabile il trattamento chirurgico per effettuare la registrazione all'anagrafe con il nome elettivo⁴⁶
- e quella più recente della Corte Costituzionale n. 143 23/07/2024, ben illustrata in un articolo del professor Posteraro (2024), in cui la Corte ammette espressamente che una persona, percependo di non appartenere né al sesso femminile né a quello maschile, possa avvertire l'esigenza di essere riconosciuta in un'identità altra.

Tali sentenze rappresentano i primi tentativi di superare l'ottica fortemente binaria dell'ordinamento giudiziario in Italia.

Parallelamente il nostro Paese è stato invitato dall'Unione Europea a snellire i processi nei percorsi di affermazione di genere. Il motivo? Riconoscere il diritto alla salute delle persone con varianza di genere

⁴⁴ E' possibile leggere l'esperienza condivisa da Fumetti Brutti sulla sua pagina instagram.

⁴⁵ Norme in materia di modificazione dell'attribuzione di sesso- Avvocatura per i diritti LGBTI – Rete Lenford, on-line al link: <https://www.retelenford.it/modificazione-dellattribuzione-di-sesso-proposta-di-legge-xvii-legislatura/>

⁴⁶ Per chiarezza, si ricorda che tale sentenza è stata preceduta pochi anni prima dall'art. 31 del Decreto legislativo n. 150 del 2011 in cui l'intervento chirurgico viene autorizzato dal tribunale solo quando risultasse necessario e/o quando servisse a un “adeguamento dei caratteri sessuali”.

anche in Tribunale, a fronte di una comunità scientifica internazionale che si è già espressa in tal senso nel 2018 riconoscendo le identità di genere TGD⁴⁷ varianti dell'identità di genere dell'essere umano.

Non solo la comunità scientifica, ma la stessa Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE, divenuta vincolante con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona del 2009, ha riconosciuto in modo progressivo il diritto fondamentale all'identità di genere⁴⁸.

L'Unione Europea a partire dalla pubblicazione dell'Issue Paper del Commissario del Consiglio d'Europa per i diritti umani (Human Rights and Gender Identity, 29 luglio 2009) accoglie la necessità di una de-patologizzazione della varianza di genere. Il Commissario europeo segna nel documento che “dal punto di vista dei diritti umani e delle cure sanitarie, non emerge l'esigenza di diagnosticare alcun disturbo mentale per assicurare l'accesso ai trattamenti per una condizione che abbisogna di cure mediche”.

Nel 2010 il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa aveva adottato una Raccomandazione sulle misure volte a combattere la discriminazione fondata sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere⁴⁹. In tali raccomandazioni viene specificato che “i requisiti preliminari, comprese le modifiche fisiche, necessari per il riconoscimento giuridico dell'avvenuto cambiamento di sesso dovrebbero essere regolarmente riesaminati, al fine di eliminare quelli che si rivelino abusivi”, riferendosi al fatto che alcune procedure e requisiti richiesti, come quelli in Italia, per ottenere l'adeguamento anagrafico sono considerati non rispettosi dei diritti umani. Le raccomandazioni richiamano anche ad un adeguamento dei documenti che sia il più rapido, accessibile e trasparente possibile.

Tale posizione è stata esplicitata anche nella Risoluzione 2048 dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, del 22 aprile 2015, sulla Discriminazione contro le persone transgender e gender variant in Europa.

Come ricordano gli avvocati Guercio e Leo (2024), “gli Stati membri vengono invitati a:

- sostenere e favorire una piena de-patologizzazione della varianza di genere
- assicurare percorsi privi di aspetti stigmatizzanti
- eliminare ogni forma di diagnosi di disturbo mentale
- eliminare ogni trattamento medico obbligatorio
- garantire comunque l'accesso a terapie ormonali sostitutive, supporto psicologico e intervento chirurgico a carico del servizio sanitario pubblico

⁴⁷ Il 18 giugno 2018 L'OMS (OMS, 2022) decise di rimuovere anche le identità transgender e gender diverse (TGD) dal capitolo dei disturbi mentali dell'International Classification of Diseases (ICD). Viene inclusa una nuova sezione nel manuale, “Condizioni relative alla salute sessuale”, in cui viene riportata la categoria “incongruenza di genere”. Tale documento diventerà effettivo nel gennaio 2020.

⁴⁸ La Corte di giustizia UE non ha definito la “riassegnazione del genere” e non c'è riferimento alla necessità di intervento chirurgico di “riassegnazione delle caratteristiche sessuali primarie” (Viotti, 2017)

⁴⁹ Si fa riferimento a Raccomandazione CM/Rec (2010)5 -

<http://www.comune.torino.it/politichedigenere/bm~doc/raccomandazionecmrec20105.pdf>

- istituire procedure di rettificazione anagrafica rapide, trasparenti e accessibili, basate sull’auto-determinazione
- considerare la possibilità di indicare un genere ‘altro’ sui documenti di identità, per coloro che lo desiderino
- rimuovere ogni restrizione a proseguire un matrimonio [o un’unione civile] esistente⁵⁰
- considerare preminente l’interesse del minore nei casi riguardanti soggetti minorenni.”

In aggiunta e per chiarire la questione, nel 2013 il Consiglio dell’Unione europea ha pubblicato gli orientamenti per la promozione e la tutela dell’esercizio di tutti i diritti umani da parte di lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersessuali (LGBTI). È stato esplicitamente riconosciuto che possedere documenti di identità idonei è un presupposto imprescindibile per il godimento di diritti umani dei cittadini.

Il legislatore britannico è stato uno dei primi ad introdurre il Gender Recognition Act nel 2004, sulla base del quale la rettificazione del certificato di nascita e il cambio del nome sono effettuati indipendentemente dall’intervento chirurgico. A seguire, diverse nazioni hanno seguito questa prassi.

La Spagna, con la legge del 15 marzo 2007, n. 3, «reguladora de la rectificación registral de la mención» relativa al «sexo de las personas» ha previsto che sia l’ufficiale di stato civile a modificare o rettificare l’attribuzione anagrafica di sesso e il nome della persona.

E in Italia? Ad oggi, se una persona volesse far riconoscere il proprio diritto ad un’identità di genere differente da genere genetico, necessiterebbe ancora di un percorso di presa in carico psicologico unitamente ad uno endocrinologico, che esitino in relazioni tecniche da presentare in Tribunale per ottenere il consenso al cambio del genere anagrafico e, contemporaneamente, a procedere, eventualmente, con il percorso chirurgico. Come si configuri tale percorso è materia di discussione e continua ridefinizione. Lo stesso ONIG⁵¹ ha rivisto le precedenti linee guida nel 2020, passando da una posizione di operatore “valutatore” all’invito ad utilizzare un’ottica meno patologizzante, pur ritenendo importante l’accesso a centri specialistici, che assumono oggi ruoli e obiettivi diversi.

In questo percorso di disamina, quindi, troviamo un ostacolo importante per chi si occupa di psicologia: il divario tra la Legge, che attribuisce allo psicologo il ruolo di gatekeeper, intrinsecamente patologizzante, e la comunità scientifica che richiama ad una posizione non patologizzante.

⁵⁰ Può essere utile ricordare che fino al 2016 la persona sposata che faceva un percorso di affermazione di genere subiva un divorzio imposto dalla legge (Art.31, Legge n.150/2011). Dal 2016 (art. 1, comma 27, legge n. 76/2016) è stato esplicitato che: *“Alla rettificazione anagrafica del sesso consegue l’automatica instaurazione dell’unione civile tra persone dello stesso sesso qualora i coniugi abbiano manifestato la volontà di non sciogliere il matrimonio.”* Per manifestare tale volontà, i partner devono produrre un’apposita dichiarazione congiunta e presentarla all’ufficiale dello stato civile del Comune nel quale fu iscritto o trascritto il matrimonio.

⁵¹ ONIG – Osservatorio Nazionale sull’Identità di Genere. Per maggiori informazioni si rimanda al link: <https://www.onig.it/2024/05/18/comunicato-stampa-osservatorio-nazionale-identita-di-genere-onig-sul-tavolo-interministeriale-per-le-linee-guida-sullassistenza-sanitaria-allincongruenza-di-genere/>

Concludendo la rilettura della normativa, condivido la mia esperienza di accompagnamento in questi percorsi: laddove si verifichi un divario importante tra psicologia e giurisprudenza, ha luogo una lotta in cui la persona è il campo di battaglia.

I VISSUTI DELLE PERSONE TRANSGENDER E GENDER VARIANT DI FRONTE ALLA LEGGE

Esistono, purtroppo, pochissimi accenni bibliografici (Lorenzetti, 2013) su come le persone vivano l'accesso ai percorsi normativi per il cambio anagrafico e per ottenere il consenso al trattamento chirurgico in Italia.

Condivido quindi la mia esperienza, consapevole di non poter dare indicazioni, ma mettere a disposizione narrazioni e domande.

Cosa mi chiederà? Che pronomi userà? Basterà la relazione? Mi giudicherà? Capirà? Sarà informato/informata? E se trovo un giudice transfobico? E se non sembro abbastanza maschio/femmina?

Queste sono tra le domande che più frequentemente mi sono state portate nei colloqui avvenuti durante i giorni precedenti l'udienza in Tribunale. Reazioni di ansia, pensieri catastrofici, aspettative di riattivazioni di esperienze traumatiche, paura di aggressioni verbali sono i vissuti che ho incontrato in questi anni di lavoro.

È possibile sostenere che il confronto con i funzionari dell'ordinamento giuridico rappresenti un fattore di stress. Anche se ormai è un modello in fase di superamento, è possibile rileggere tali reazioni secondo il modello del Minority Stress (Meyer 2003, 2007).

Meyer ha il merito di aver dimostrato che le soggettività appartenenti ad una minoranza sono maggiormente sottoposte a fonti di stress ambientali, come la discriminazione, lo stigma sociale o la transfobia, che vengono spesso affrontati attraverso modalità di gestione preventive, come l'evitamento o il mantenimento di uno stato di allerta.

L'interiorizzazione di tale percezione, che sia effettivamente esperita o anche solo attesa, esita in vissuti di paura e disagio, sensazioni di essere costantemente in pericolo e a rischio di aggressioni, con incremento significativo di rischio di tentato suicidio e/o condotte autolesive (Hendricks, Testa, 2012).

Nella mia pratica professionale, ho assistito a diverse riattivazioni traumatiche di fronte ad alcune domande e all'uso di un linguaggio transnegativo insiti nella terminologia legislativa. Il motivo non è da ricercarsi nella fragilità della singola soggettività, ma nella vulnerabilità connessa all'appartenere ad una minoranza frequentemente vittima di aggressioni a livello sociale e comunitario⁵².

Numerose sono le ricerche (Trevor Project⁵³, 2022; Cavallo, Lugli, Prearo, 2021) che mostrano una correlazione proporzionale tra tentativi di suicidio e rifiuto o impossibilità di cambio anagrafico. I

⁵² In occasione del TDoR (Transgender Day of Remembrance) vengono resi noti i dati delle vittime di omicidi e di suicidi connessi alla transfobia. Il numero è in costante aumento. Per approfondimenti rinvio a: <https://connectingspheres.oxfam.it/bilancio-drammatico-sulla-violenza-transfobica-globale/>

⁵³ Trevor Project è una delle più grandi Associazioni Internazionali che si occupa della prevenzione al suicidio per adolescenti e giovani LGBTQIP+. Nel 2022 ha pubblicato sulla propria piattaforma, i risultati di una ricerca sulla salute mentale di

racconti degli incontri tra autorità e persone con varianza di genere, anche solo in aeroporto o ai posti di blocco, prima della trascrizione del nome d'elezione in anagrafe narrano di episodi fortemente violenti, anche se, fortunatamente, non è la regola.

L'imprevedibilità dell'esito di tali incontri, a fronte di un diritto che ricordo essere stato riconosciuto come fondamentale dell'essere umano, genera vissuti di ansia e angoscia.

4. STRUMENTI UTILI

Come già scritto precedentemente, gli studi in merito, hanno messo in evidenza come da professionista, si rischi di rimanere incastrato in premesse pregiudizievoli figlie dei processi sociali di costruzione di significato.

Trovo utile in tal senso, un interessante studio di Mizock e Lundquist (2016), che si è focalizzato proprio sui “passi falsi” da operatore, identificando alcune domande specifiche utili a mettere in discussione alcune premesse e stereotipi impliciti:

1. *“I miei pazienti⁵⁴ hanno dovuto fornirmi informazioni su percorsi e leggi?”* Questo rischio non è da intendersi nell'ottica di un co-costruttivismo funzionale che favorisce il vissuto di autodeterminazione delle persone, ma di un processo di delega di una formazione la cui responsabilità afferisce al professionista.

2. *“Ho la tendenza a ricondurre ogni problema che la persona sta affrontando alla sua identità di genere?”* Frequentemente, specialmente in alcuni approcci che basano il processo di ipotizzazione sulla ricerca di cause eziologiche, si rischia di leggere inconsapevolmente un'identità gender variant come un ipotetico segnale di malessere derivante da altri meccanismi inconsapevoli. Questo porta frequentemente ad agiti correlati ad una transnegatività interiorizzata (Lingiardi, Nardelli, 2011; Baggini, Bosatra, Curti, 2016)

3. *“Fino a che punto ho decostruito la mia prospettiva binaria del genere? Identità ed espressione di genere⁵⁵?”* È stato già argomentato il bisogno di mettere a fuoco e lavorare sui propri pensieri e pregiudizi, specialmente per chi sceglie di essere professionista, considerando il dato che si cresce in una cultura che plasma la mente e il processo di mentalizzazione.

4. *“Mi capita di sentirmi a disagio parlando dell'identità e dell'espressione di genere con i miei pazienti?”* Vissuti e risonanze emotive di chi fa terapia (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016) sono da attenzionare in modo particolare per evitare agiti “para-terapeutici”.

adolescente e giovane adulto con varianza di genere. È possibile leggerne gli esiti al link: <https://www.thetrevorproject.org/survey-2022/>

⁵⁴ Ho avuto modo di ascoltare Fau Rosnati e Fra Fadda, colleghi di cui ho apprezzato il pensiero, in un intervento in cui hanno messo in evidenza come non sia funzionale parlare di pazienti riferendosi a persone transgender e gender variant. Non essendoci, come detto, un aspetto patologico nell'identità TGD utilizzare un termine clinico per identificarlo è di per sé una contraddizione. Uso questo termine, quindi, solo perché espressamente riportato nella pubblicazione della ricerca in analisi, ma concordo con il trovarlo un termine non adeguato.

⁵⁵ E' possibile approfondire l'espressione di genere negli scritti di Ferrari (2016) e Rigliano e collaboratori (2012).

5. “*Sono davvero consapevole dell’ampia gamma e della diversità delle narrative transgender e gender variant?*” Essere consapevole non equivale solo a conoscere, ma ad aver interiorizzato queste narrative, essersi confrontato con esse a livello anche personale, aver avuto modo di condividerle con chi le vive quotidianamente ascoltando attivamente⁵⁶.

6. “*Credo che la disforia sia un disturbo mentale e che tutte le persone necessitino di psicoterapia?*” Come ben sappiamo, i pregiudizi più pericolosi sono quelli socialmente non accettabili. Rispondere “no” alla domanda, perché gli “studi dicono così” senza sentire un cambio di posizione interna, espone ogni soggettività a rischi iatrogeni.

Questo elenco di domande, che su altri temi è già nel bagaglio culturale di specialisti, può essere uno strumento utile nel ricordare di ricercare una posizione depatologizzante e maggiormente rispettosa dell’alterità.

Da professionista, trovo altrettanto utile conoscere e sostenere progetti che promuovano un cambiamento concreto nel processo di depatologizzazione. Uno tutt’ora in atto in cui sto avendo l’onore di offrire un contributo è il progetto PRIN PNRR 2022 « T.R.A.N.S. »⁵⁷, un progetto attuato in una cornice giuridica che vede l’Università degli Studi di Milano e l’Uni Trento in una stretta collaborazione, sostenuta da un finanziamento UE, che oltre a sensibilizzare giuristi e professionisti in vari ambiti con seminari multidisciplinari, sta valutando come nuova proposta per lo Stato, la trascrizione all’anagrafe dei documenti con il nome di elezione senza passare in giudizio. L’adeguamento anagrafico diventerebbe così un atto amministrativo, come sta già avvenendo con successo in Francia, facilitando un percorso che garantisca i diritti, e il benessere aggiungerei da psicologa, delle persone. La discussione aperta è sui vincoli a livello di giurisprudenza in Italia e la tutela delle persone, evitando che altri cittadini e cittadine, senza varianza di genere, utilizzino tale opportunità per secondi fini.

CONCLUSIONI: L’ORIENTAMENTO SISTEMICO PUÒ RACCOGLIERE LA SFIDA DI ANDARE OLTRE IL GATEKEEPING

⁵⁶ Il rimando teorico è al concetto di ascolto attivo di Rogers e Farson (1987): “ascoltiamo non solo con le nostre orecchie, ma anche con i nostri occhi, mente, cuore e immaginazione. Ascoltiamo ciò che sta accadendo dentro di noi, così come ciò che sta accadendo nella persona che stiamo ascoltando. Ascoltiamo le parole dell’altro, ma ascoltiamo anche i messaggi e i significati sepolti nelle parole. Ascoltiamo la voce, l’aspetto e il linguaggio del corpo dell’altro... [...] senza aggiungere, sottrarre o modificare.”

⁵⁷ Per approfondimento si rimanda al link:

<https://www.biodiritto.org/Attivita/Progetti/PRIN-T.R.A.N.S.-Transsexuals-Rights-and-Administrative-procedure-for-Name-and-Sex-rectification>

La connessione tra i bisogni delle persone gender variant e le fondamenta dell'orientamento sistemico sono facilmente rilevabili in alcuni capi saldi costituenti l'approccio:

1. l'orientamento sistemico nasce negli anni '50 in America recuperando un approccio olistico, in contrapposizione con quello di casualità lineare di altri orientamenti, ma si definisce in un comune modello teorico negli anni '60, in un clima di “movimento antipsichiatria”. Opponendosi, quindi, alla categorizzazione diagnostica, fine a sé stessa, della persona mettendone in luce i rischi.
2. Mettendo al centro i processi comunicativi e interattivi, si focalizza sui rapporti che l'individuo instaura nel contesto, familiare e sociale, in cui vive, facendone chiave di accesso alla vita psichica della persona (Bateson, 1979; Bertando, 2007). Il sintomo non afferrisce più al singolo, ma alle premesse epistemologiche e i sistemi di significato relazionali (Ginzburg, 1979; Bertrando 2007).
3. La cibernetica di secondo ordine affianca alla centralità del linguaggio il costruzionismo sociale connettendo individuo e gruppo. Ciò a cui si dedica attenzione è il processo di co-costruzione dei significati (Fruggeri, Balestra, 2011).

Un approccio non giudicante, consapevole che i processi comunicativi sono la base della formazione di professionista, capace di considerare l'effetto delle premesse pregiudizievoli della società, comprese quelle del professionista, sul benessere della persona, che pone come sua componente fondante il non etichettare le singole soggettività riconoscendone la capacità di autodeterminazione in un processo di co-costruzione relazionale di nuovi significati, può davvero rispondere alla sfida che il diritto al benessere delle persone con varianza di genere pone. A mio avviso, come psicologo e psicoterapeuta siamo eticamente e deontologicamente chiamati a rispondere, al poter aiutare colleghi, persone e società ad andare oltre il pregiudizio e il «pregiudizievole». O, almeno, a provarci.

BIBLIOGRAFIA

- Acanfora, F. (2020). *La diversità è negli occhi di guarda: superare il concetto di inclusione della diversità sul lavoro*. on-line: <https://www.fabrizioacanfora.eu/933-2/>
- Albano, E. (2024). *La materia delle parole: mente e cervello in dialogo*. Bari: Progedit.
- Andolfi, M. (2003). *Manuale di psicologia della famiglia*. Roma: Accademia di Psicoterapia della Famiglia.
- Anzani, A., Solito, N., Ruscio, E. (2022). *Alleatə: Voci trans a dialogo con la psicologia*. Pesaro: Intra.
- American Psychological Association (2012). “Guidelines for psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients”. In *American Psychologist*, 67: 10-42.
- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mentale disorders* (5th ed.)

- Baggini, C., Bosatra, S., Curti, A.G. (2016). *Psicologi e omosessualità. Gli atteggiamenti dei professionisti della Lombardia nei confronti dell'omosessualità e delle persone lesbiche e gay*. On-line Ordine degli psicologi della Lombardia.
- Bateson, G., (1979). *Mind and nature*. New York: Dutton.
- Bertrando, P. (2007). *The Dialogical Therapist*. London: Karnac.
- Biondi, P., Bracaglia, F. (2013). *Omosessualità e famiglie: legami, relazioni, nuove sfide*. Collana di Psicologia LGBT. Edizioni Psicologia.
- Bowen, M. (1979). *Dalla Famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- Cancrini, L., Onnis, L. (1982). “Il modello relazionale o sistemico”. In Reda, G.C. *Trattato di Psichiatria*, Firenze: USES Edizioni Scientifiche.
- Cavallo, A., Lugli, L., Prearo, M. (a cura di) (2021). *Questioni di un certo genere. Le identità sessuali, i diritti, le parole da usare: una guida per saperne di più e parlarne meglio*. Milano: Iperborea.
- Chiari, C., Borghi, L. (2009). *"Psicologia dell'omosessualità. Identità, relazioni familiari e sociali"* Roma: Carocci.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (2016). *Entrare in terapia: le sette porte della terapia sistemica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Damen, R. (2015). “La legge n.164/1982: tra diritto all'identità sessuale e di genere e l'obbligo di sterilizzazione. Alcune riflessioni sulla transGenitorialità”. *GENIUS* <http://www.geniusreview.eu> - ISSN:2384-9495 (1)
- Damen, R. (2018). *I/le giovani gender variant e le norme in Bambini e Adolescenti transgender: coltivare orgoglio e gioia nelle famiglie in transizione*. Roma: Fioriti Editori.
- Ferrari, F. (2016). *Pensare il genere e parlare di genere: distinguere livelli, obiettivi e contesti*. *GENIUS*, 2.
- Fruggeri, L., Balestra, F. (2011). “La psicoterapia come luogo di costruzione congiunta dei significati”. In Chianura, P., Chianura, L. Fuxa, E., Mazzoni, S. (a cura di). *Manuale clinico di terapia familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Ghen, V. (2022). *Chiamami così: normalità, diversità e tutte le parole nel mezzo*. Trento: Il Margine.
- Ginzburg, C. (1979). “Spie. Radici di un paradigma indiziario”. In Gargani, A. (a cura di). *Crisi della ragione*. Torino: Einaudi.
- Graglia, M. (2019). *Le differenze di sesso, genere e orientamento: buone pratiche per l'inclusione*. Roma: Carocci.

Guercio, G., Leo, C. (2024). *Garantire la piena effettività del diritto all'identità di genere e all'espressione di genere*, On-line su Piattaforma MIT <https://con-te-stare-transgender.it/garantire-la-piena-effettivita-del-diritto-allidentita-di-genere-e-allespressione-di-genere/>

Hendricks, M.L., Testa, R.J. (2012). "A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model". *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5): 460–467.

Hoffman, L. (1984). *Principi di terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.

Kilgore, H, Sideman, L., Amin, K., Baca, L., Bohanskc, B. (2005). "Psychologists' attitudes and therapeutic approaches toward gay, lesbian and bisexual issues continue to improve: an update". *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 42:395-400.

Lingiardi, V., Nardelli, N. (2011). "Psicologia e omosessualità: gli atteggiamenti dei professionisti nei confronti dei pazienti/clienti omosessuale". In *Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio*, 3/2010-1/2011: 17-29.

Lorenzetti, A. (2013). *Diritti in transito: la condizione giuridica della persona transessuale*. Milano: Franco Angeli.

Meyer, I. (2003). "Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual iusses and research evidence". *Psychological Bulletin*, 129: 674-697.

Meyer, I. (2007). "Prejudice and discrimination as social stressor". In Meyer, I.H., Northridge, M.E. (a cura di). *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*, 242-267. New York: Springer.

Mizock, L., Lundquist, C. (2016). "Missteps in psychotherapy with transgender clients: Promoting gender sensitivity". *Counseling and Psychological Practice. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2): 148–155.

OMS (2022). *Gender incongruence and transgender health on the ICD*. On-line <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>.

Posteraro, N. (2024). *La Corte costituzionale interviene sui diritti delle persone trans: cosa cambia?* On-line La Costituzione.info - <https://www.lacostituzione.info/index.php/2024/08/05/la-corte-costituzionale-interviene-sui-diritti-delle-persone-trans-cosa-cambia/>.

Remotti, F. (2018). "Questioni di genere: classificazioni, fluttuazioni, "meta-gender"". In Rigliano, P. (a cura di). *Sguardi sul genere. Voci in dialogo*. Milano: Mimesi.

Rigliano, P, Ciliberto, J, Ferrari, F. (2012). *Curare i gay? Oltre l'ideologia riparativa dell'omosessualità*. Milano: Cortina.

Rogers, C.R., Farson R.E. (1987). “Active Listening. Communicating”. In Newman, R.G., Danzinger, M.A., Cohen, M. *Business Today*. D.C.: Heath & Company.

Viotti, D. (2017). *E[U]quality: i diritti LGBTI in Europa*. Novi Ligure: Epokè.

Weinberg, G. (1972). *Society and the Healthy Homosexual*. New York: St. Martin's Press.

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI LORENA MALTEMPI: "SFIDA SISTEMICA AL GATEKEEPING: DEPATOLOGIZZARE E TUTELARE IN OTTICA PSICO-SOCIO-GIURIDICA LE PERSONE GENDER VARIANT"

ERICA VOLPI

volpierica@gmail.com

Come la collega Lorena Maltempi, autrice dell'articolo, gravito intorno al mondo della giurisprudenza in qualità di psicologa giuridica e come lei, ho avuto modo di constatare quanto questo ambito, all'apparenza asettico (o almeno percepito tale dai non addetti ai lavori) sia capace di cogliere aspetti sociali in trasformazione se non talvolta, di precederli.

Realtà che contrasta invece con il "nostro mondo", quello psicologico, che ad oggi sulla questione delle persone LGBTQI è ancora coinvolto non tanto nel supporto quanto nella valutazione.

Questa constatazione ci immerge in un paradosso che personalmente mi crea disagio sia su di un piano personale sia professionale. Come psicologa e psicoterapeuta che vede nel modello sistemico una complessità che mi appartiene profondamente non posso, date le premesse epistemologiche del mio operare, pensare ad una obbligatorietà dell'esecuzione dell'intervento chirurgico per affermare la propria identità.

Sono fermamente convinta che l'unica strada da percorrere, per noi terapeuti, per dirigerci verso la totale depatologizzazione delle persone *gender variant*, risieda nell'assenza di pregiudizio, nella conoscenza e nella capacità di mantenere vivo quell'atteggiamento cui siamo chiamati di intelleggere ciò che accade nei contesti in cui viviamo.

Di pregiudizi siamo tutti intrisi. Anche coloro che convintamente pensano di non attivarli. Viviamo nello stesso contesto in cui avvengono i cambiamenti che siamo chiamati ad osservare e sui quali ci viene richiesto di intervenire.

Anni fa, ebbi la grande fortuna di frequentare un master in sessuologia che attingeva i contenuti proposti dal modello sistemico. Era bastato un breve esercizio assegnato al gruppo su di un argomento sollecitante per far emergere così tanti pregiudizi da lasciare ognuno dei partecipanti nella riflessione profonda di quanto non ci si possa permettere di non monitorare continuamente il proprio atteggiamento, gli schemi di pensiero radicati, le convinzioni inconsapevoli.

Abbiamo, per nostra fortuna, strumenti che ci ausiliano in ogni fase della nostra professione. L'intervisione e la supervisione. Il rischio, dopo tanti anni di lavoro, è quello di non sentirne più un bisogno cogente. Eppure questo confronto professionale, lo sguardo esterno che "perturba" i nostri sistemi di pensiero si rivela fondamentale durante tutta la nostra vita professionale.

Trattando questo tema la mia mente va alla terapia richiesta da un giovane, Mauro, che voleva diventare Elisa. Semplicemente perché dalla nascita si era sentita di abitare un corpo che non le apparteneva.

Ricordo il timore nel suo sguardo al nostro primo appuntamento. Aveva incontrato altri terapeuti e psichiatri, tutti incaricati di valutarla poiché era in atto il processo di transizione. Ma lei cercava un posto accogliente e una persona non giudicante in un mondo in cui la sua famiglia d'origine, con violenza, continuava ad utilizzare il suo *death name* e lei si trovava a proprio agio solamente nella relazione di

persone che stavano vivendo la sua stessa esperienza o che l'avevano già vissuta. Una sensazione di disagio la seguiva come un'ombra in ogni luogo. Per strada a causa del suo abbigliamento, al lavoro, luogo in cui i colleghi si mostravano ipocritamente privi di giudizio ma dove lei si sentiva invece scrutata e giudicata.

Il giudizio e il pre-giudizio sono stati temi centrali nel nostro percorso terapeutico. Toccavo il dolore, a tratti disperante, di una vita trascorsa a "scusarsi" con il mondo per ciò che era.

Ricordo che avevo preso l'abitudine di scusarmi anche io con lei, per il fatto che sulla fattura che le emettevo, dovessi scrivere il suo nome di battesimo.

La prima volta che lo feci, Elisa sorrise con un lieve imbarazzo. Non era abituata a relazionarsi con qualcuno che si giustificasse con lei.

QUEER: QUALE DIALOGO TRA IDENTITÀ E RELAZIONI?
(QUEER: WHICH DIALOGUE BETWEEN IDENTITY AND RELATIONSHIPS)

JIMMY CILIBERTO⁵⁸

jimmy.ciliberto@hotmail.com

SOMMARIO

L'autore intende promuovere una riflessione sull'esperienza queer, focalizzando l'attenzione su alcune specifiche dinamiche che rappresentano una sfida sia per i soggetti direttamente coinvolti, che per i professionisti della relazione d'aiuto, in primis psicologi e psicoterapeuti, che lavorano con loro. Si evidenzierà, in particolare, l'importanza di mantenere attivo un dialogo costante tra i processi intraindividuali, interpersonali e sociali, sia per le persone queer stesse che per i clinici che li supportano in un percorso di sostegno psicologico e/o psicoterapia.

PAROLE CHIAVE: Queer, fluido, categoria, identità, relazioni.

ABSTRACT

The author intends to foster a reflection on the queer experience, focusing on some specific dynamics that represent a challenge both for the subjects directly involved and for the professionals of the helping relationship, primarily psychologists and psychotherapists, who work with them. In particular, the importance of maintaining an active constant dialogue between intra-individual, interpersonal and social processes will be highlighted, both for the queer people themselves and for the clinicians who support them in a path of psychological support and/or psychotherapy.

KEYWORDS: Queer, Fluid, Category, Identity, Relationships.

Il termine *queer* rimanda ad una esperienza fenomenologica ampia e complessa; tale termine, di origine inglese, è andato incontro ad una significativa evoluzione dal punto di vista semantico e della sua rappresentazione sociale: da aggettivo dispregiativo volto a identificare le persone “bizzarre” in generale

⁵⁸ Psicologo e psicoterapeuta, parte dell'equipe del Servizio Minori e Famiglie del Comune di Pantigliate (MI), lavora privatamente presso il Centro Metafora di Milano, collabora come didatta con il Centro Bolognese di Terapia della Famiglia e il Centro Milanese di Terapia della Famiglia, svolge attività di formazione e supervisione presso diversi Centri di Salute Mentale in tutta Italia. E-mail jimmy.ciliberto@hotmail.com

e, quindi, anche le persone omosessuali (bizzarre per antonomasia), ad aggettivo sostantivato affermativo, utilizzato da tutte quelle persone che non si sentono rappresentate dalle categorie tradizionali (Selmi, 2016). Oggi possiamo affermare che il termine queer definisce, nell'ambito dell'*identità sessuale*, l'esperienza di tutte quelle persone che non si ritrovano nelle categorie tradizionali (cis-gender ed eterosessuali), ma contemporaneamente sentono che quelle non tradizionali (lgbt) non sono sufficientemente ampie e dinamiche da descrivere la propria specificità. Questo promuove una sorta di ampliamento di tale posizionamento ed introduce una dimensione caratterizzata da un processo dinamico di interlocuzione identitaria, il cosiddetto *questioning*. Il verbo inglese *to question* significa interrogare, domandare, mettere in discussione - anche nella sua forma riflessiva - e le persone che si definiscono queer rendono tale processo autoriflessivo come un elemento fondante della propria identità, che assume un carattere *fluid*. Tale fluidità non va però confusa con l'idea che la propria identità di genere o il proprio orientamento sessuale possano cambiare da un giorno all'altro, ma va intesa come un elemento che pone il soggetto nella possibilità di arricchire l'eterogeneità della propria identità sessuale. In altre parole, possiamo affermare che le persone queer promuovono un'immagine di identità sessuale che non si focalizza sull'orientamento sessuale o sull'identità di genere, ma sul rapporto unico e irripetibile tra i diversi elementi che compongono l'identità sessuale stessa - sesso biologico, identità di genere, orientamento sessuale, ruolo di genere, espressione di genere, identità di orientamento sessuale - (Ferrari, 2019), scardinando l'idea che possano esserci “modelli” identitari di riferimento e, quindi, l'idea stessa di prevedibilità. Potremmo dire che definirsi queer significa dunque invitare l'altro a non dare per scontato che le proprie premesse relative all'identità sessuale possano valere anche per l'interlocutore.

Contemporaneamente, a partire da tali premesse e facendo riferimento alla psicologia sociale, possiamo riferirci al termine queer come una *categoria* che, per definizione, rappresenta un mezzo che consente alle persone di muoversi nella complessità. Sentirsi parte di una categoria implica il capire se determinati criteri sono presenti o meno e, nel momento in cui questo avviene, tale appartenenza permette di riconoscersi una specificità (Tajfel, 1999). Tale consapevolezza rappresenta uno dei pilastri su cui poggia l'*identità* o, più precisamente, la capacità di strutturare un processo identitario; in altre parole, potremmo dire che l'appartenenza ad una categoria aiuta gli individui a rispondere alle seguenti domande: “*Chi sono io? Che cosa mi permette di riconoscermi e di farmi riconoscere, al di là dei cambiamenti che posso incontrare nel corso della vita?*”.

Poco sopra è stato evidenziato come i processi categoriali permettano agli individui di trovare una collocazione che garantisce loro il riconoscimento delle proprie specificità, ma è importante sottolineare che, in alcuni casi, tali processi possono esitare in casi di *iper-categorizzazione*, ovvero dinamiche caratterizzate dall'individuazione di categorie via via più specifiche, nel tentativo di rispondere in modo sempre più preciso alla definizione di sé. La consapevolezza di questa dinamica è fondamentale, se da una parte può aiutare i soggetti ad aumentare la consapevolezza di sé, dall'altra può favorire una situazione paradossale, all'interno della quale, nel tentativo di affrancarsi dai “limiti” delle categorie, ci si può ritrovare in categorie ancora più “chiuse”.

Nel caso specifico delle persone queer, già da queste prime riflessioni sul rapporto tra auto-categorizzazione e strutturazione dell'identità, emerge un potenziale aspetto critico di cui bisogna tenere conto: l'esperienza queer “rifiuta” i vincoli intrinseci alle categorie e, contemporaneamente, rivendica

le specificità della propria appartenenza categoriale, che è testimoniata anche dall’aggiunta della lettera *q* allo storico acronimo *lgbt* (diventato *lgbtqia+* negli ultimi venti anni). Vedremo più avanti come sia importante che gli psicologi e gli psicoterapeuti abbiano in mente le caratteristiche di tale dinamica, nel lavoro con clienti che si definiscono queer.

Oltre alla categorizzazione sociale, però, la costruzione dell’identità si fonda su altri due processi fondamentali, il *rispecchiamento* e il *riconoscimento sociale*, che permettono alle persone di vedersi riconosciute e, in particolare, di constatare se l’altro ha un’immagine di sé corrispondente a quella che il soggetto ha di sé stesso (Mancini, 2001). Nello specifico, il rispecchiamento permette al soggetto di capire meglio chi è, attraverso il modo in cui viene percepito dagli altri, mentre il riconoscimento sociale evidenzia la capacità del “mondo esterno” di riconoscere e validare le caratteristiche di un determinato soggetto. In altre parole, l’(auto)categorizzazione e il rispecchiamento promuovono l’emersione dell’unicità dell’individuo, mentre il riconoscimento sociale conferisce valore a tale unicità, promuovendo nel soggetto la capacità di investire su quest’ultima, che diventa quindi promotrice di benessere ed evoluzione.

Nel caso delle persone che si definiscono queer, è necessario avere in mente alcune dinamiche specifiche, che possono creare dei nodi critici durante il processo di strutturazione ed esplorazione identitaria, in primis per il soggetto, ma anche per chi eventualmente dovesse trovarsi a supportarlo in un percorso di consulenza o psicoterapia. Ci troviamo di fronte ad una situazione in cui una persona sente che le categorie esistenti non sono in grado di cogliere la propria specificità e, contemporaneamente, deve fare i conti con un sociale eterogeneo che invece utilizza tali categorie per “leggere” il mondo e muoversi in quella stessa complessità. Da una parte, la persona queer che non riconosce, ad esempio, il rapporto lineare tra sesso biologico, genere e orientamento sessuale, oppure tra sesso biologico, espressione di genere e ruolo di genere e, dall’altra, un sociale composto ancora da molte persone che hanno un’idea di identità sessuale normativa, all’interno della quale il rapporto tra le diverse dimensioni che la compongono (sesso biologico, identità di genere, orientamento sessuale, ruolo di genere, espressione di genere, identità di orientamento sessuale) è lineare, secondo cui gli essere umani sono (e devono essere) evolutivamente prevedibili.

Nel tentativo di definire meglio se stessi, ma anche di aiutare l’altro a comprenderli ed avere un’immagine che corrisponda il più possibile alla loro, le persone queer intraprendono quella ipercategorizzazione di cui si parlava sopra. Nell’esperienza clinica di chi scrive, tale dinamica spesso funge da strumento attraverso cui la persona queer tenta, a livello interpersonale, di aiutare l’altro a vedere e riconoscere la propria specificità, in qualche modo sposando l’idea che il non riconoscimento della propria specificità dipenda soprattutto dalla “non conoscenza”. Contemporaneamente, può accadere che, nella persona queer, si rinforzi l’idea che sarà in grado di investire pienamente sulla propria identità solo dopo aver riscontrato all’esterno un riconoscimento sociale completo. È come se la persona dicesse: “più informazioni ti fornisco su come devi relazionarti a me, più sarai capace di adeguarti all’immagine che ho di me, e più sarai in grado di restituirmi tale immagine, più io sarò in grado di investire su di essa”. Fornire informazioni per aiutare l’altro a conoscerci e sapere cosa può aiutarci a sentirci visti in maniera autentica sono processi fondamentali dal punto di vista evolutivo, e non solo per quanto riguarda l’ambito dell’identità sessuale, ma rischiano di trasformarsi in un limite se si

irrigidiscono. Infatti, tale dinamica può esitare, da una parte, nel ritrovarsi in una categoria ancora più “limitante” di quella dalla quale ci si vorrebbe affrancare e, dall’altra, nello scontrarsi con il persistere dell’incapacità dell’altro di cogliere le proprie specificità. Questo processo, circolare, rischia di attivare una dinamica simmetrica all’interno della quale la persona queer si sente sempre più sola e impotente, rinforzando l’idea che il proprio malessere, o comunque la propria impossibilità di viverci appieno, dipenda dall’incapacità del suddetto sociale di rispecchiare le stesse categorie che la persona utilizza per definirsi.

Se pensiamo alle dinamiche sopracitate, emergono quindi alcune sfide particolarmente significative, che il clinico dovrà tenere in considerazione, nel lavoro di supporto psicologico e/o di psicoterapia. *Quale spazio può esserci per accogliere la possibilità che non tutti i propri interlocutori – siano essi persone significative, conoscenti o incontri casuali – possano rimandare un’immagine di sé altrettanto precisa, senza che tale evenienza metta in discussione in maniera significativa la propria identità? Quale sarà l’impatto a livello relazionale, nella sua dimensione più prettamente interattiva?*

All’interno di tale cornice, il clinico può aiutare le persone queer a stare in questa tensione in modo sufficientemente sicuro e generativo, tra dinamiche intraindividuali, interpersonali e sociali. Questo significa, da una parte, aiutare il soggetto ad esplorare, individuare e condividere le proprie premesse e i propri caratteri definitivi e, dall’altra, accompagnarlo in un percorso di esplorazione delle premesse sociali diverse dalle proprie, aiutandolo a non far coincidere il proprio benessere con la capacità dell’esterno di rimandargli un’immagine di sé coincidente con la propria. Lavorare in una direzione che aiuti la persona a stare in questa tensione, vuol dire allora promuovere un dialogo tra comunicazione *simmetrica e complementare* e accompagnare la persona ad accogliere un’epistemologia non dualistica, fondata sull’*e-e* piuttosto che sull’*o-o* (Bateson, 1972). Nell’analizzare la comunicazione umana e i suoi effetti pragmatici a livello interpersonale e sociale, Gregory Bateson sottolinea come questa possa essere distinta in simmetrica o complementare, a seconda di come i partecipanti si percepiscono e gestiscono l’interazione: sullo stesso piano nel caso di quella simmetrica, su piani diversi nel caso di quella complementare. A livello sociale, gli esseri umani tendono ad oscillare tra interazioni simmetriche e complementari, a seconda del contesto, e tale oscillazione promuove benessere ed evoluzione: si passa, ad esempio, da relazioni con i genitori, gli insegnanti, i datori di lavoro – in cui la differenza di ruolo è riconosciuta e valorizzata – a relazioni con i fratelli, gli amici, i colleghi – in cui è invece l’equità ad emergere -. Non esiste una comunicazione migliore dell’altra, ma entrambe possono condurre, se polarizzate, a dinamiche di sofferenza. Nello specifico, una comunicazione simmetrica ipertrofica può portare ad uno scontro volto a convincere l’altro che ha torto e che deve cambiare le proprie premesse (si pensi ad esempio ad alcune separazioni di coppia altamente conflittuali), mentre una interazione rigidamente complementare può condurre ad una situazione in cui uno dei due interlocutori non è in grado di reclamare la propria differenza, fino ad accettare passivamente le premesse dell’altro e ad annullarsi (si pensi in questo caso al fenomeno dell’ interiorizzazione dello stigma). Accogliere una epistemologia non dualistica significa dunque: a) esplorare e riconoscere le proprie specificità, b) descriverle a coloro che, per diversi motivi, non sono in grado di vederle, c) accogliere la possibilità che tra questi possano esserci persone che hanno premesse talmente diverse, da non avere la possibilità concreta di dare un senso alle specificità descritte e d) tutelare l’investimento emotivo sulla propria

identità anche di fronte a condizioni di un rispecchiamento negativo e/o di un non riconoscimento sociale.

Un esempio chiaro deriva dal lavoro con le persone che non si identificano nel genere corrispondente al proprio sesso biologico, soprattutto rispetto all'importanza dei pronomi e degli aggettivi: chi lavora con persone non cis-gender sa quanto sia importante per loro adottare nomi, pronomi e aggettivi che rispecchino la propria immagine di sé, così come constatare che l'altro lo riconosca e si adegui a tale utilizzo. Se facciamo riferimento alla lingua italiana, genere connotata e quindi sprovvista del neutro, questo comporterà dinamiche molto diverse a seconda che lavoriamo con persone che intraprendono un percorso di riaffermazione di genere, che quindi continuano a riconoscere una polarità m/f, oppure con persone non binarie, che invece si collocano al di fuori di tale polarità. Adottare una prospettiva non dualistica significa lavorare con la persona queer per creare una struttura interna sufficientemente solida, fondata sul dialogo tra processi intraindividuali e dinamiche interpersonali e sociali (che non sempre confermano e nutrono l'immagine e il valore di sé), tale da reggere l'urto di un rispecchiamento sociale squalificante o disconfermante. Nell'esperienza clinica di chi scrive, questo processo richiede una particolare attenzione con le persone che si definiscono non binarie, e che sentono più appropriati aggettivi neutri, ma in un contesto linguistico genere connotato come quello italiano. Nel lavoro con questi clienti, soprattutto quando sono giovani e vivono ancora in famiglia e vanno a scuola, ci si imbatte spesso nella difficoltà degli adulti di riferimento a parlare e/o scrivere utilizzando la cosiddetta “*schwa*”, e una parte fondamentale del lavoro consiste proprio nell'esplorare le premesse alla base di tale difficoltà, possibilmente con il coinvolgimento diretto degli adulti di riferimento. Laddove è possibile ampliare anche solo periodicamente e temporaneamente il setting individuale, la condivisione delle premesse di ciascun interlocutore può aiutare la persona queer (ma anche i famigliari) a creare una cornice più ampia, all'interno della quale c'è spazio sia per la somiglianza che per la differenza. In altre parole, lo scopo principale è quello di aiutare la persona non binaria ad accogliere l'idea che, a volte, l'altro utilizza delle lenti per muoversi nel mondo che non sono sostituibili con le proprie, ma che questo non può e non deve minacciare la percezione e il valore di sé. Spesso faccio fare un esercizio molto semplice, a partire dalla distribuzione di alcuni elementi di arredo presenti nel mio studio, che include quattro poltrone disposte attorno ad un tavolino sul quale sono disposti un orologio, un porta fazzoletti di carta e un porta caramelle. Chiedo alle persone sedute sulle diverse poltrone di descrivere il più minuziosamente possibile il tavolo e gli oggetti sopra il tavolo, oppure, nel caso in cui sia solo con il cliente, di descrivere gli stessi oggetti posizionandosi su tre poltrone diverse a turno. L'idea alla base, che nella sua semplicità risulta sempre molto efficace, è di verificare come una stessa realtà possa essere descritta in maniera molto diversa a seconda della posizione in cui ci si trova, senza che questo invalidi alcuna di queste percezioni. Questa semplice attivazione favorisce un processo autoriflessivo sull'idea di inclusione e su come questa non sia sovrapponibile al giustificare punti di vista distanti dai propri, ma rappresenti invece la capacità accogliere l'idea che esistano, senza entrare in una dinamica simmetrica volta a cambiarli, che in qualche modo alimenta l'idea che il soggetto non possa raggiungere la piena realizzazione se l'altro non si sarà allineato alle proprie premesse.

Conclusioni

Il ruolo del clinico può essere dunque letto come quello di un facilitatore del dialogo tra identità e relazioni, tra dinamiche intraindividuali e processi psicosociali, avendo bene in mente che tali definizioni non corrispondono a fenomeni distinti, ma a processi complessi e connessi in maniera *embricata*. Questo significa avere in mente che, nella vita delle persone, i processi descritti nelle pagine precedenti non avvengono in maniera lineare, come se ci fosse una sequenza predeterminata, ma piuttosto in modo *spiraliforme*. Gli esseri umani hanno caratteristiche innate che, nel dialogo con l’ambiente circostante (nell’accezione più ampia del termine) si modificano e, circolarmente, rientrano in dialogo e si rimodificano. Il professionista, nell’avere in mente il grado di complessità dei contesti all’interno dei quali ciascuno di noi è inserito, può aiutare il cliente ad uscire da una modalità esplicativa degli eventi lineare e dualistica, che prevede un oggettivamente giusto e un oggettivamente sbagliato, e che può ingabbiare l’individuo in una spirale di frustrazione e sofferenza. Il dialogo interno tra identità e relazioni è un dialogo “incarnato”, che può aiutare gli individui, in questo caso specifico le persone queer, a nutrire il valore di sé e a “dare senso” (Fruggeri, 2005) anche a quelle premesse altrui che non li riconoscono o che non agiscono esattamente come si vorrebbe che facessero, per rimandare un’immagine di sé rispettosa della propria specificità. Dare senso alla storia e alle ragioni dell’altro, per quanto incomprensibile possa apparire, significa uscire da una dinamica simmetrica che, se esacerbata, può rinforzare l’idea che il proprio benessere dipenda esclusivamente da un cambio di posizione del proprio interlocutore. In questo momento storico più che mai, che vede alcune nazioni mettere in atto scelte volte alla negazione del diritto delle persone queer ad esistere, questo lavoro diventa essenziale e una responsabilità sociale degli operatori della relazione d’aiuto.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1972). *Verso un’ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1979). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi.
- Ferrari, F. (2019). “Navigare le categorie infinite: Distinguere le dimensioni processuali nel lavoro con le identità sessuali”. *Riflessioni Sistemiche*, 21: 99-112.
- Fruggeri, L. (2005). “Making sense: Lessons from Gianfranco Cecchin’s work”. *Human Systems*, 16: 27-30.
- Mancini, T. (2001). *Sé e identità. Modelli, metodi e problemi in psicologia sociale*. Roma: Carocci.
- Selmi, G. (a cura di) (2016). *Di cosa parliamo quando parliamo di queer? Conversazione con Cristian Lo Iacono*. In portalenazionalelgbt.it (attivo al giugno 2025)
- Tajfel, H. (1999). *Gruppi umani e categorie sociali*. Bologna: Il Mulino.

COMMENTO ALL'ARTICOLO DI JIMMY CILIBERTO: "QUEER: QUALE DIALOGO TRA IDENTITÀ E RELAZIONI"

PAOLA BIONDI⁵⁹

info@paolabiondi.it

ESSERE, NON ESSERE O ESSERE NEGLI INTERSTIZI?

È questa la domanda che mi sono posta leggendo l'articolo "Queer: quale dialogo tra identità e relazioni" del collega e amico Ciliberto.

La contrapposizione tra la necessità di confini e linearità e di esprimere in ogni suo aspetto la propria identità che si sviluppa in tutto il testo riporta alla difficoltà che ogni professionista della salute mentale sperimenta giostrandosi tra nosografia e vite reali.

Da una parte l'obbligo di usare un codice condiviso, con criteri chiari e definiti, che possa leggere quanto ci porta la persona che si rivolge a noi; dall'altra la capacità non così comune di addentrarsi nei meandri di una vita in continua evoluzione, che palpita e scalpita per esprimersi ed essere "acchiappata".

Le definizioni e gli acronimi, soprattutto nel contesto delle comunità LGBTQ+, si evolvono rapidamente, si espandono per accoglierne di nuove, si arricchiscono di sottoculture e sub-istanze gruppali e identitarie e per chi fa clinica non è sempre facile stare al passo con tutto questo, considerando che in genere la maggior parte non conosce neanche l'abc, purtroppo.

Come stare nelle regole, nei protocolli, nelle tecniche e nei processi garantendo accoglienza e ospitalità alle nuove identità senza sforare troppo limiti e soprattutto confini terapeutici?

Qual è il punto di non ritorno prima del quale occorre fermarsi per evitare drop out e insuccessi nel raggiungere gli obiettivi condivisi in seduta?

A complessificare la questione posta dal collega aggiungerei – inevitabile pensarci leggendolo – tutto ciò che attiene all'identità, sessuale e non, di chi sta dall'altro lato del monitor o della scrivania. Spaziare tra aree identitarie senza perdere la bussola, mantenendosi alla giusta altitudine a seconda della fase che si attraversa, mettendo in discussione il proprio sé, le proprie convinzioni o conoscenze, soddisfare le proprie aspettative e quelle della persona paziente,

⁵⁹ Psicologa e psicoterapeuta, fino al 2024 CPO Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Responsabile del progetto Pari Opportunità Ordine Psicologi Lazio. Docente e consulente aziendale su tematiche di Diversity, Equity & Inclusion, International Affiliate di American Psychological Association (APA) e Australian Psychological Society (APS). Co-fondatrice di CEST - Centro Salute Trans e Gender Variant, si occupa da anni di identità sessuali in ambito clinico e aziendale.

tenere la barra dritta se il vento si alza per evitare di sfracellarsi insieme ma essere disponibili ad un cambio di rotta anche repentino.

L'immagine che mi sovviene e che voglio qui condividere è un classico con cui è descritta la relazione terapeutica: una danza continua, con pause e accelerazioni, in cui le due persone coinvolte sembrano parti della stessa figura, un po' come abbiamo visto fare in tv, in una chi balla ha una metà del corpo vestita da uomo e un'altra vestita da donna e a seconda dello spostamento nello spazio lascia intravedere e immaginare solo una parte della realtà.

Che pure c'è ed è preesistente alla danza stessa.

Il mondo queer con il suo particolare sguardo sul mondo e vertice di osservazione ci consente di *queerizzare* anche il nostro modo di lavorare, ribaltando più e più volte cosa è giusto e cosa non lo è, cosa va bene e cosa è da migliorare, cosa sono io e cosa sei tu, cosa voglio essere e cosa posso essere. E cosa il mondo mi permette di essere.

Va bene confrontarsi con l'altra (persona) da me, con le regole sociali e con la decostruzione degli assoluti socioculturali che si sono rivelati gabbie; va bene ammettere che la realtà per quanto desiderabile non sia infinita e necessiti comunque di uno stop all'espansione, altrimenti il rischio è di diventare anche noi una cellula neoplastica che si riproduce e avanza all'infinito, in modo disordinato e senza meta.

Eppure se ogni vita merita un romanzo come affermava Erving Polster (1988), da professionista, mi sento di dover forzare quanto appreso nel mio percorso formativo e professionale, per aprirmi a nuove occasioni di crescita. Le persone queer che si affacciano al mio studio sono come un mosaico che si autodetermina in forme e colori, in perenne movimento e curiose – come me – di scoprire chi saremo (entrambe) domani.

BIBLIOGRAFIA

Polster, E. (1988). *Ogni vita merita un romanzo. Quando raccontarsi è terapia*. Astrolabio.

SEZIONE: “DALLE ALTRE RIVISTE”

LA PROSPETTIVA TRIGENERAZIONALE NELL’INTERVENTO DI TUTELA DI MINORE CON GENITORI TOSSICODIPENDENTI⁶⁰

ROBERTO MAZZA⁶¹

mazza.studio.ro@gmail.com

SOMMARIO

In questi anni ho osservato direttamente (come terapeuta familiare) e indirettamente (come supervisore di neuropsichiatrie infantili e servizi psicosociali) decine di casi di bambini figli di tossicodipendenti segnalati all’autorità giudiziaria minorile per trascuratezza e rischio di un possibile danno evolutivo. I risultati della ricerca consentono di delineare alcune metodologie di lavoro utili per gli operatori del settore. Lo farò qui attraverso la lettura critica di un “caso studio”. I sottotitoli affrontati sono: come coniugare cura e protezione. Come favorire la collaborazione interdisciplinare e quella interistituzionale tra i servizi che si occupano della terapia e quelli che si occupano di tutela. Come facilitare le prese in carico coatte. Quali i rischi, o i benefici, degli affidamenti eterofamiliari o intrafamiliari.

PAROLE CHIAVE. protezione; minori; dipendenze; genitorialità; servizi sociali.

ABSTRACT

The problem of the relationship between drug abuse parents and their children is represented by numerous studies on risk factors for minors. This has resulted in educators paying greater attention to these childrens’ development and the need to activate effective work methods. The need to promptly intervene, in order to organize help programmes and recovery and help paths with interdisciplinary teams, is the subject of this present contribution. The results of the research have outlined work methods and operational strategy as to how best combine care and protection, how to promote interdisciplinary and interinstitutional collaboration between services dealing with child care. Through critical analysis of a “study case” one can elaborate strategies for ideal and effective protection measures and means.

KEYWORDS: protection; minors; addictions; parenting; social services.

⁶⁰ Articolo originariamente pubblicato sulla rivista “Frattali”, N° 9, novembre 2024. Link:

<https://www.rivistafrattali.it/rivista>

⁶¹ Psicoterapeuta e Supervisore, didatta nella Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli di Milano/Brescia. Già docente di Metodologia e tecnica del servizio sociale e Psicologia dello sviluppo all’Università degli studi di Pisa

PREMESSA

In questi ultimi dieci anni ho osservato direttamente (come terapeuta familiare) e indirettamente (come supervisore di neuropsichiatrie infantili e servizi psicosociali) decine di casi di bambini figli di tossicodipendenti segnalati all’autorità giudiziaria minorile per trascuratezza e rischio di un possibile danno evolutivo. A partire da queste esperienze vorrei qui proporre alcune riflessioni sulle difficoltà trattamentali e sugli errori più comuni che si compiono trascurando la dimensione sistemica transgenerazionale. Lo farò attraverso l’esposizione e lo studio di un caso clinico. A distanza di trent’anni dalle nostre prime ricerche sulle relazioni familiari dei tossicodipendenti (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 1996) abbiamo aggiornato il volume con studi recenti sorti in seno alla teoria dell’attaccamento, alla terapia familiare e all’infant research, ma con un occhio rivolto anche ai mutamenti sociali e culturali che hanno modificato i vecchi cliché sulle rappresentazioni dei consumatori di droghe. Sono cambiate le modalità d’uso, la qualità e i differenti tipi di sostanze usate. La diffusione capillare delle sostanze ne ha reso più facile la reperibilità in contesti eterogenei. Si è dilatata la fase dell’età di inizio consumo (sempre più comune quella preadolescenziale e adolescenziale, ma con un’insolita impennata delle prime sperimentazioni tardive, di giovani adulti che iniziano il consumo di cocaina anche dopo i trent’anni), cresce il proselitismo, sull’onda di abitudini diffuse e in una “cultura della normalizzazione dell’uso”, nei contesti scolastici, nei luoghi dello svago e persino in quelli sportivi. Questo radicale mutamento degli scenari ci ha indotto a revisionare il vecchio testo, aggiornandolo con studi più recenti e nuovi capitoli: La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca (Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 2017) in cui appare anche un capitolo sui minori figli di tossicodipendenti e la loro tutela.

INTRODUZIONE

I nuovi scenari che si presentano oggi ai terapeuti e agli operatori dei servizi che incontrano i tossicodipendenti comportano una sovrapposizione di problemi non più circoscritti ai soli pazienti, ma alle loro famiglie d’origine o di procreazione che investono non solo i servizi specialistici per le dipendenze, ma coinvolgono consultori per adolescenti, servizi sociali e psichiatrici, scuole, servizi per minori, terapeuti privati, ai quali le famiglie portano richieste di consultazione per ragazzi (o giovani adulti) consumatori di ogni genere e età. A questi si è aggiunto il non facile problema della tutela dei figli minori e della gestione dei genitori in difficoltà. Si tratta di un fenomeno che rende imprescindibile il lavoro con le famiglie d’origine e la costruzione di nuove metodiche di intervento per tutti gli operatori dei servizi, psicologi, assistenti sociali, neuropsichiatri infantili psichiatri, per le équipes interdisciplinari e quelle interistituzionali.

OBIETTIVI

L’invecchiamento fisiologico dei pazienti e il prolungamento delle prese in carico, hanno fatto sì che i “pazienti-genitori” siano diventati negli ultimi venti anni una parte consistente degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze (cfr. EMCDDA, 2014). Ciò ha determinato negli operatori una maggior attenzione allo sviluppo psicofisico di questi bambini e la necessità di aiutare i genitori, generalmente in difficoltà nell’assumere le responsabilità e i doveri richiesti dal nuovo ruolo. È inevitabile che molti casi vengano segnalati all’autorità giudiziaria minorile per problemi legati a trascuratezza o incuria o perché a rischio di un possibile danno evolutivo. Il compito degli operatori è quello di attivare interventi in grado di coniugare cura e protezione e, per farlo, è necessario favorire la collaborazione interdisciplinare, tra assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili, e quella interistituzionale tra i servizi che si occupano della cura degli adulti e quelli che si occupano della cura e della protezione dei minori, cercando di connettere continuamente processi d’aiuto e interventi di controllo.

Chi solitamente promuove la segnalazione del minore avverte un danno, o un potenziale pericolo, che può essere determinato dall’osservazione di particolari condizioni fisiche, sociali o psicologiche. I modelli teorici di riferimento, insieme all’esperienza clinica e ai vertici di osservazione (contesti operativi di ciascuno) determinano e condizionano tale propensione.

Esporrò quasi integralmente l’esperienza del trattamento di un caso clinico complesso (come caso-studio di ricerca qualitativa) in grado di riorientare il metodo di lavoro anche attraverso la valutazione degli errori compiuti. Utilizzerò la prospettiva sistemica e multifattoriale che qui declinerò su un tema e una patologia specifica, per mostrare quanto sia importante che l’osservazione, l’esplorazione e le metodologie d’azione siano illuminate e orientate da un modello interpretativo e di ricerca e siano sempre praticate in équipe. Si tratta di situazioni altamente problematiche e complesse che richiedono per essere affrontate di un pensiero e un intervento commisurato alla loro complessità, anche se talvolta, in molte di queste situazioni, ci si deve accontentare di risultati modesti a fronte delle moltissime energie impiegate. L’obiettivo non è soltanto quello di fare una disamina degli errori, che certamente sono frequenti, ma di compiere una riflessione sul metodo, sulla umiltà e consapevolezza nell’affrontare certe complessità e su come le nostre conoscenze delle risorse e dei limiti dei servizi debbano sempre entrare a far parte integrante delle valutazioni prognostiche.

I FATTORI DI RISCHIO GENITORIALI

Nel primo anno di vita del bambino succedono molte cose che avranno un peso decisivo nella determinazione della personalità e del carattere (Winnicott già a metà del secolo scorso insisteva nel dire che non fosse possibile ignorare gli eventi dei primi giorni, delle prime ore, forse anche di parte della vita prenatale, e certamente dell’esperienza della nascita). Gli studi più recenti in cui convergono discipline diverse come la psicoanalisi, la teoria dell’attaccamento, la neurobiologia, la terapia familiare hanno evidenziato l’importanza vitale di un caregiver che fornisca sostegno, ascolto, protezione, calore ed empatia. La ricerca sulla costruzione dei modelli di adattamento del lattante all’ambiente, gli specifici legami d’attaccamento, la qualità delle cure e degli interventi protettivi messi in atto ci dice quanto gli adulti significativi possano avere un peso decisivo nella determinazione della personalità e del carattere di un bambino diventato adulto. Affinché il bambino, raggiunga uno sviluppo ottimale delle sue capacità

cognitivo emotivo-relazionali è necessario che le figure genitoriali offrano una “base sicura” (Bowlby, 1996); ovvero che il bambino abbia a disposizione delle figure d’accudimento che lo nutrano fisicamente ed emotivamente, che gli forniscano un luogo dove rifugiarsi e trovare sicurezza, conforto, comprensione e accettazione, in modo da poter esplorare l’ambiente sviluppando la propria autonomia.

Tale processo, pur avendo necessariamente una base temperamentale e psicobiologica, non è affatto svincolato dalla qualità del legame reale che il bambino ha con le figure che si occupano di lui nel primo anno di vita, ma anche di quelle che di lui si occuperanno successivamente (Stern, 1985). Qualsiasi tipo di alterazione del comportamento parentale, che influisca sulla qualità della relazione di attaccamento, si rifletterà nella formazione del Sé del bambino.

Si tratta di un primo livello nella costruzione di quella “funzione riflessiva”, secondo l’accezione di Peter Fonagy e Mary Target, che predisporrà alla mentalizzazione e alla formazione dei circuiti neurali. Grazia Attili evidenzia come anche i circuiti cerebrali si attivano con modalità direttamente collegate al processo di cura e attaccamento, dove le esperienze primarie dal primo al terzo anno di vita influenzano in modo significativo le connessioni neurali e sinaptiche e l’organizzazione del nostro cervello (Attili, 2007) Quando i genitori sono “dipendenti da sostanze” più difficilmente di altri riescono a interagire con maturità e con la consapevolezza del danno che si potrebbe produrre sul bambino, spingendosi in molti casi fino al rischio di grave trascuratezza. (Vinci, 1991; Mazza, 2011a).

LO STUDIO DEL CASO

Intervallero la storia evolutiva (intergenerazionale e clinica) con commenti basati su riflessioni teoriche, ricerche e pratiche condivise. La storia ruoterà su tre elementi centrali. 1) Si tratta di una coppia sposata, Paolo e Maria, entrambi con doppia diagnosi (abuso di sostanze e disturbo di personalità). Seguiti da molti anni dai SERD con farmaci sostitutivi e colloqui di sostegno. 2) Ciascuno ha una storia personale e una vita infantile satura di elementi traumatici. 3) Mettono al mondo una figlia in un’età rispettivamente di 36 e 4 anni. La bambina nasce con una modesta crisi di astinenza. Nel momento in cui vedo il caso in supervisione la bambina ha sei anni, i servizi hanno già proceduto affidando la bambina agli zii paterni. Ognuno dei due giovani non ha solo alle spalle una lunga storia di tossicodipendenza, ma, ancor prima, un’esperienza drammatica nell’adolescenza, quando esplode la sofferenza interna accumulata in un’infanzia satura di dolore per esperienze traumatiche di violenza fisica e psicologica. La storia intergenerazionale riguarda gli altri strati precedenti. Andrea Carandini (il celebre archeologo) ci ha spiegato come solo lo scavo e lo studio degli strati precedenti può farci comprendere i perché delle conformazioni odierne (Carandini, 2021). Ognuno dei due giovani, infatti, ha genitori con particolarissime vicissitudini personali deprivanti che, come vedremo, non possono non essere attinenti agli esiti negativi dello sviluppo.

PRIMA E DOPO LA NASCITA

Maria, la mamma di Anna, ha avuto un’altalenante storia di dipendenza da oppiacei. Seguita dal SERD, negli anni Maria ha effettuato numerosi tentativi di disassuefazione dalle droghe con farmaci sintomatici, sostitutivi agonisti ed antagonisti, con risultati apprezzabili ma mai definitivi. È stata detenuta per sei mesi, dove ha scontato una condanna per reati connessi all’uso di sostanze, uscendone in regime di affidamento ai servizi sociali. Maria si presenta come una donna dalla personalità immatura, con oscillazioni disforiche ed alti livelli di ansia endogena; per lunghi periodi si è sottoposta anche a trattamenti psicoterapeutici, con buona adesione e discreto impegno introspettivo, ma con modesti risultati sul piano del cambiamento emotivo. Maria inizia una gravidanza: questo evento viene vissuto dalla stessa a livello fantastico, a tratti catartico. Tuttavia questo accadimento non ha portato di fatto ad alcuna modifica delle condotte della stessa, al punto che durante la gestazione la paziente ha continuato ad utilizzare sostanze illegali. e ha seguito solo in parte le prescrizioni relative alla terapia farmacologica in atto. Dopo numerosi solleciti da parte dei servizi di riferimento e con l’appropinquarsi della nascita della piccola Anna, ad un mese dal parto Maria accetta di essere inserita presso una struttura comunitaria locale. Dopo il parto inizia un graduale programma di riduzione del farmaco sostitutivo (metadone) con intento di sospenderlo del tutto. Anna rimane in ospedale fino ai tre mesi. La madre è in terapia con metadone. I servizi propongono ai genitori un percorso terapeutico articolato nel tentativo disperato di conciliare la protezione della bambina con la terapia degli adulti. Data la situazione di grave rischio per la neonata, successivamente al parto viene subito fatta la segnalazione alla Procura presso il competente Tribunale per i minorenni, il quale, tramite provvedimento immediato, dispone l’apertura di una procedura di adottabilità in favore di Anna e il divieto all’ospedale di consegnare la piccola ai genitori o a qualsiasi altra persona se non previa autorizzazione del TM; Anna viene inoltre affidata ai servizi sociali del luogo affinché ne individui la migliore collocazione e predisponga un progetto. nell’interesse della stessa.

Paolo, padre di Anna, è in carico al SERD in quanto tossicodipendente da eroina. Il suo andamento è sempre stato altalenante, con periodi di astinenza dall’uso di sostanze e ricadute. Carcerato più volte, Paolo ha un disturbo borderline di personalità (con alti livelli di impulsività) e tratti paranoidei. Non sono mancati nel periodo di detenzione comportamenti autolesivi (si è tagliato più volte nelle braccia). All’instaurarsi della gravidanza della compagna, nei confronti della quale manifesta un grande attaccamento affettivo, ha avviato però un discreto processo maturativo, di consapevolezza della sua storia problematica, scegliendo anch’egli di essere inserito presso una struttura comunitaria – dimostrando con questo gesto un primo segnale di cambiamento. Ha completamente eliminato i comportamenti di tipo delinquenziale, con scelte improntate ad un maggiore equilibrio e adesione alla realtà. In sintesi, una persona con un pessimo passato e un discreto e moderato presente, nella quale l’imminente arrivo della piccola Anna ha stimolato un processo di cura importante, almeno per ciò che riguarda l’uso delle droghe. Con successivo decreto del TM, sentiti tutti gli interessati e effettuate le indagini preliminari, i colloqui con gli assistenti sociali e gli psicologi e le opportune visite domiciliari, Anna viene affidata, in via provvisoria alla zia paterna Katia e al convivente. La decisione di un affido intra-familiare è dettata dalla necessità di garantire alla minore il soddisfacimento dei suoi bisogni

materiali, accuditivi, affettivi, dal momento che il percorso terapeutico riabilitativo della madre è iniziato da poco e quindi occorre verificare, per un sufficiente periodo di tempo, anche alla luce della storia personale della donna e delle fragilità manifestate nel passato, la sua capacità di “tenuta” rispetto a tale programma. Maria si avvia così in comunità, mantenendo un buon comportamento, rispettandone le regole interne, aderendo con impegno e serenità alle attività. Della Casa, sia quelle pratiche, sia quelle inerenti il lavoro psicologico personale.

L'OSSERVAZIONE CLINICA

È piuttosto comune che gli operatori osservino situazioni in cui sono poi i bambini, anche molto piccoli, a proteggere istintivamente le madri da situazioni di sofferenza. Succede per esempio che non esternino segnali di disagio, occupandosi di se stessi e dei genitori anche in modo molto adeguato, e chiedono poco (aiuto, assistenza, cibo, conforto) per proteggere l'immagine materna. Molte delle nostre valutazioni neuropsichiatriche e psicosociali, anche se accurate e precoci, non svelano facilmente il disagio sotteso, che scopriamo invece sempre molti anni dopo, quando la sofferenza dei bimbi esplode improvvisamente, o in momenti di forti depressioni e paure o, più comunemente, nella preadolescenza o adolescenza, di fronte ai primi disoccultamenti. Per i genitori tossicodipendenti la nascita di un figlio costituisce sempre un'ulteriore fonte di stress che mal si adattano alle esigenze del bambino. Le frequenti psicopatologie sottostanti, la mancanza di “basi sicure” e la carenza di modelli – rintracciati con frequenza nella loro storia infantile – rendono ancor più difficile adottare modalità affettive adeguate ai bisogni del bambino. La loro incapacità genitoriale, come ha scritto spesso Cirillo (2005), dipende soprattutto dal loro essere “bambini incompiuti”. Nei nuclei familiari in cui i genitori sono tossicodipendenti si osserva con frequenza un'inversione di ruoli che tipicamente si traduce in mancanza di adeguate relazioni con l'adulto che fornisce le cure primarie. Spesso crescendo, questi bambini sembrano diventare “i genitori dei genitori”.

L'AFFIDO COME MISURA PROTETTIVA E STRUMENTO DI VALUTAZIONE

Maria fa ingresso in una comunità e la piccola Anna, a breve distanza dalla nascita, viene affidata agli zii paterni col consenso di entrambi i genitori. L'esperienza della maternità sembra aver notevolmente accresciuto le motivazioni al cambiamento di Maria, che, terminata la fase di ambientamento, ha continuato a portare avanti con impegno costante il progetto di recupero aderendo alle regole della Casa. Sembra aver investito molto nel suo percorso terapeutico, dimostrando generalmente buone capacità introspettive e disponibilità al confronto. Risulta adeguata e collaborativa sia con le compagne che con gli operatori. Maria rispetto alla famiglia di origine, mantiene regolari contatti telefonici a cadenza settimanale con la madre, che nel frattempo si è sposata con un ragazzo molto più giovane di lei, originario del Perù. La incontra una volta al mese in comunità. Sempre in comunità, ogni 15 giorni, incontra il fratello minore, cui è molto legata. Da molti anni non ha nessun contatto con il padre. La motivazione iniziale di Maria ad intraprendere il percorso terapeutico è stata la speranza di poter avere la figlia con sé in comunità, ma di fatto il progetto non si attua e gli incontri madre-figlia si limitano ad

una volta la settimana. Maria soffre molto per la lontananza da Anna. Maria si è sempre poco coinvolta nelle dinamiche familiari del compagno, ma la perdita delle tappe evolutive fondamentali nella crescita della figlia la porta a sperimentare da subito un vissuto di rivalità e gelosia nei confronti della cognata collocataria, e naturalmente verso tutta la famiglia di Paolo, che a differenza di lei ha la possibilità di vedere e gestire la bambina costantemente. Il suo desiderio di formare una famiglia a tre è ormai un sogno svanito che fa precipitare quel minimo di complicità ed alleanza che esisteva con Paolo. La sua rabbia è velata da sofferenza e fragilità emotiva. Maria esprime una forte ambivalenza nel riconoscere l’importanza dell’aiuto degli zii affidatari. Li tollera, sapendo che altrimenti la bambina sarebbe in affidamento eterofamiliare, ma sviluppa verso di loro una forte ostilità per come la gestiscono. Maria mantiene un comportamento assai corretto, ha interrotto l’uso di sostanze, incontra puntualmente la bambina e la tiene con sé alcune ore la settimana in modo adeguato. Gli operatori della comunità e del SERD, e gli stessi affidatari, la confermano nel suo ruolo genitoriale, ma lei fatica a identificarsi a questa nuova dimensione materna, non coglie le loro valorizzazioni anzi fa emergere una sempre più forte consapevolezza delle sue difficoltà personali (passate ed attuali). Si trova spesso nell’impossibile situazione di dover contenere l’aggressività del compagno durante i colloqui con i servizi; interviene verbalmente per frenare l’eloquio di Paolo cercando di far apparire la coppia come equilibrata (ed attenta ai bisogni della figlia), ma il risultato è deludente. La coppia fa trapelare “inconciliabilità”, tensione e un forte disagio emotivo. Lo stato di affidamento al servizio e la collocazione della bambina con gli zii vengono così mantenuti anche quando i due genitori completano il percorso in comunità.

All’uscita dalla struttura iniziano entrambi a lavorare, Maria come segretaria e Paolo come manovale edile. Entrambi interagiscono con la figlia in maniera sufficientemente adeguata dal punto di vista educativo, sono attenti ai suoi bisogni affettivi, anche se visibilmente centrati sul conquistarne l’attenzione, sul farla giocare, ma anche mostrando agli educatori la loro adeguatezza. Maria si ritiene una buona madre e sente un grande feeling con Anna, sebbene lamenti il poco tempo trascorso con lei ed ammette di soffrire di gelosia per il tempo che Katia passa con la figlia (anche se sottolinea che sarebbe lo stesso con qualsiasi altra persona). Le pare che la bambina avverta l’artificialità della situazione e respiri confusività tra i diversi ruoli (chiama spesso mamma e papà gli affidatari). Si dice inoltre convinta che la bambina percepisca l’ostilità della zia paterna nei loro confronti e che questo la innervosisca, perché non riesce a capire cosa accadrà dopo. Esprime la sua convinzione che Katia ostacoli il suo progressivo avvicinamento alla bambina vivendolo come un pericolo per un possibile distacco. Più volte Maria si serve di Anna per esprimere la sua aggressività nei confronti dei servizi.

RILETTURA TEORICA DEL PROCESSO DI AFFIDO

È inevitabile, come possiamo vedere in questo passaggio, che passato il momento della gioia di tutti per l’affido intrafamiliare (in quanto mantiene il figlio in ambito familiare, fa fare fantasie di poterlo vedere e gestire con continuità, riduce la preoccupazione di perderlo verso un sine die o un’adozione) ritornino a galla i vecchi dissapori e le tensioni di sempre. I rancori dei nonni verso i figli e i generi per vicende tormentate, spesso segnate da minacce, collutazioni, furti, angosce, detenzioni, non possono facilitare l’armonia e l’ottimismo verso la recuperabilità (e di conseguenza il ricongiungimento). D’altra parte la

delega totale del bambino ai parenti, e l’esposizione continua al sospetto e alla svalutazione da parte loro, non facilita la responsabilizzazione e l’autonomia, né la costruzione di progetti futuri. L’affidamento del minore figlio di tossicodipendenti nell’ambito della famiglia allargata (ai nonni o agli zii), come misura di protezione, contiene spesso controindicazioni evidenti, perpetua nei figli l’atteggiamento deresponsabilizzante di delega totale alle famiglie d’origine, facendoli sentire doppiamente falliti, sia come figli che come genitori. Tale intervento può avvenire solo a condizione che sia affiancato da un forte appoggio psicologico alle famiglie e da una loro effettiva presa in carico, attraverso l’accettazione e la condivisione di ipotesi specifiche sulle relazioni attuali e sulla trasmissione delle sofferenze intergenerazionali. Più frequentemente, la nonna tende a considerare come “figlio” il nipote, generando quella confusione generazionale che avrà inevitabili conseguenze nel rapporto tra gli adulti e nella crescita psicologica del bambino.

Le ricerche inducono a pensare che sia preferibile un affidamento eterofamiliare, o, in alcuni casi, un inserimento del bambino e della madre in una comunità terapeutica specializzata, al lavoro congiunto. Ma si tratta di un difficile compito. L’affido intrafamiliare inizialmente accontenta i nonni e i genitori, non traumatizza il bambino, allenta il controllo dei servizi, consente, nella fantasia dei genitori, di poter disporre del bambino a piacere. In realtà si va a costituire un sistema non dissimile dal precedente, in cui le rivalità, le appropriazioni, gli affetti, i vecchi rancori, le strumentalizzazioni e i conflitti rendono difficile agli operatori il controllo del processo.

LA STORIA TRIGENERAZIONALE DI MARTA

Maria nasce dall’unione tra la madre Maria Giulia e il padre Sergio. La madre di Maria conosce l’uomo quando ancora è molto giovane. È desiderosa di svincolarsi dal ferreo controllo della famiglia d’origine per poter vivere la sua adolescenza. Il marito, seppur non riconosciuto dalla signora Maria Giulia come un “vero amore”, le viene imposto dalla famiglia per ragioni di decenza, dopo una lunga frequentazione. Il matrimonio tra i genitori di Maria dura quattro anni, di cui porta il ricordo delle furibonde liti con piatti e bicchieri che volavano e di lei bambina disperata e spaventata di fronte alla violenza del conflitto. Il padre tenterà un riavvicinamento con la figlia solo durante la sua adolescenza, ma con scarsi esiti. A detta della nonna l’uomo si irrigidì molto venendo a scoprire la condotta tossicomane della figlia, ma intervenne in maniera forse troppo dura per un padre assente durante tutta una vita. Maria riconosce di essere stata cresciuta dai nonni materni che, seppure con la propria madre erano stati duri ed inflessibili, con lei furono affettuosi e non le fecero mai mancare nulla. Nonostante ciò, Maria riconosce quale causa che considera scatenante del suo avvicinamento alle droghe l’impossibilità di sentire accanto a sé una guida che non avesse l’età e la diversità di visioni che i nonni le offrivano: parla dell’assenza della madre, che riferisce volerle un bene ricambiato ma aver sempre avvertito come fragile, infantile, superficiale, specie nella sua vita sentimentale, che lei sente di aver subito. La mamma si legherà con il padre del fratello Tiziano un uomo quando lei ha 10 anni. Maria descrive questo rapporto come importante anche per lei, e quest’uomo come un padre sostitutivo anche nei suoi confronti. Purtroppo anche questo rapporto con il tempo entra in crisi perché la madre si innamora di un altro. “Come un’adolescente”, dirà Maria, “mia madre mi ha messo al corrente dicendomi di avere incontrato il suo amore di gioventù. E

per di più imponendomi il segreto”. “Ero molto addolorata e mi sentivo in colpa nel vederlo stare male per mia madre”. Maria si ricorda come una bambina vivace ed espansiva, fino ai suoi 14 anni, età in cui diventa improvvisamente più introversa. Del suo percorso di studi ricorda di aver cambiato scuola in terza elementare perché non si trovava con la maestra, poi di aver frequentato serenamente la scuola media, mentre conviveva con il nuovo compagno della madre e con il fratellino Tiziano, di 12 anni più giovane di lei. Racconta che la giornata scorreva serena con i nonni, in campagna, e che lei amava molto stare con loro, ma sentiva costantemente la mancanza di sua mamma, fino a che non rincasava dal lavoro. Alla fine della scuola media, Maria viene iscritta dalla nonna alla scuola di parrucchieri, dove dopo due anni conseguì il diploma ed iniziò a lavorare. Durante questo periodo Maria sostiene che la frequentazione di amici un po’ sbandati, e di un bar, ebbe su di lei un’influenza forte, e del tutto negativa. Rammenta che usciva spesso e girovagava senza ideali e senza scopo, fino a quando conobbe un gruppo di disperati con i quali iniziò a far uso di droghe leggere, per poi passare di lì a breve alle droghe pesanti. Dai 18 anni, fino all’ottavo mese di gravidanza di Anna, la donna riconosce di essersi barcamenata tra momenti in cui non voleva più usare sostanze e momenti in cui ne faceva ampio uso. Sostiene che passava le giornate con il pensiero di poter morire. Maria riconosce che lo stimolo al cambiamento è arrivato da Anna; con lei riferisce di aver avuto la gioia di conoscere i sentimenti materni e afferma di essersi sentita piena d’amore, di senso di protezione e responsabilità. Sostiene che quando è con la figlia sente di essere una madre speciale, molto attenta ai bisogni della bambina.

LA STORIA TRIGENERAZIONALE DI PAOLO

Paolo riferisce di sé che, sulla base di quanto appreso dalla madre, la sua nascita è stata un evento sofferto e doloroso. Nonostante mangiasse molto sembrava che il cibo non fosse mai abbastanza. In seguito, con l’aiuto del medico curante, i genitori si accorsero che il latte materno non lo saziava e che pertanto dovettero nutrirlo con il latte di mucca. Racconta di non aver avuto particolari problemi sul piano della salute fisica e di essere sempre stato un bimbo vivace, curioso, sensibile alle emozioni e con molta energia vitale. Le maestre prima, e i professori poi, dicevano di lui che era un bimbo intelligente ma troppo vivace, incapace di applicarsi e concentrarsi. La passione per il calcio fin da ragazzino e le buone capacità che lo caratterizzavano nell’esercizio fisico, lo facevano sentire valorizzato dai compagni e dai genitori degli stessi, mentre da parte della propria famiglia d’origine non vedeva riconosciuta alcuna capacità. Ricorda di avere sofferto molto per il fatto che neppure la domenica i genitori andassero a vederlo giocare. I genitori di Paolo sembrano essere stati particolarmente inadeguati al ruolo. La madre totalmente incapace di cogliere i reali bisogni dei figli, è stata una donna eccessivamente severa, costringendo i figli a lavorare molto precocemente; nei confronti di Paolo non è mai riuscita ad esprimere alcun sentimento positivo – tuttora lo dipinge, nella sua adolescenza, come mostro di aggressività e bugiardo. Il padre era un uomo mite e permissivo, che ha permesso alla donna di assumere un ruolo maschile dominante all’interno della coppia, connotato di aspetti sadici, espressi da violenze verso i figli, dal continuo disprezzo nei confronti del marito e dalla propria incapacità di esprimere appieno aspetti affettivi ed accoglienti. La madre di Paolo proveniva da una famiglia numerosissima del sud (ottava di dieci fratelli). È stata una bambina forte e vivacissima, per contenerla i genitori la punivano severamente

con botte e isolamento. Già a dieci anni era sottoposta a lavori estenuanti nei campi. Ricorda di essere svegliata alle quattro del mattino per raggiungere alle cinque, dopo un’ora di cammino, le loro proprietà, dove lavorava sodo sino a metà mattina, prima che il sole e le insopportabili temperature impedissero di lavorare. Un errore o disubbidienza poteva costarle punizioni esemplari. Scappò da adolescente in Lombardia, presso uno zio, dove inizialmente non cambiò molto il suo status. Guadagni miseri e lavoro estenuante. Il suo fisico le permetteva di reggere fatiche da uomo. Ma la sua ambizione la portò verso una parziale autonomia nel lavoro di fabbrica, dove per arrotondare lo stipendio faceva dapprima straordinari quotidiani e successivamente il doppio lavoro in una segheria di marmi. Conobbe il marito e si sposarono presto, continuando con stessi ritmi lavorativi ossessivi, la cui matrice idealizzata era la schiavitù sperimentata da bambina col padre. Trovò nel compagno mite e passivo la spalla che le permettesse la libertà di lavorare sempre come un mulo, ponendo il valore del lavoro come primario, anche rispetto alla cura dei figli. E trovò nella primogenita Katia, mite, remissiva e impeccabile a scuola, una via piuttosto facile, in quanto bambina autonoma e servizievole, pronta a collaborare in casa e coadiuvarla nell’accudimento del secondogenito Paolo, di cui sarà per molto tempo la seconda madre. Ma questo secondo figlio era di tutt’altra pasta. Esattamente come lei, oppositivo, forte, tenace, ribelle. Per domarlo usava ogni mezzo. Tra le diverse “torture” che mi raccontarono, l’averlo incatenato più volte ad un termosifone di ghisa, o avergli bucato i polpastrelli con un ago “per calmarlo”, a fronte di un Paolo bambino, o ragazzino, talmente tracotante da non mostrare il dolore, piuttosto che piegarsi ai suoi voleri.

Paolo riferisce di aver iniziato a consumare droga fra i 17 e i 18 anni, in una fase in cui si allontanava dal mondo del calcio. ed era sempre più immerso nel mondo del lavoro, cercando di soddisfare la sua necessità di indipendenza economica. All’età di 24 anni conosce Carla, che diviene la madre del figlio Ivano che oggi ha 20 anni. Il rapporto con il suo primogenito (che vive con i nonni materni) viene descritto come molto positivo: Paolo si dice convinto che il rapporto con Ivano è per lui la testimonianza del suo essere un buon padre. In realtà sottovaluta che Ivano è stato allevato da altri e non da lui, che invece ha solo contribuito a mantenerlo, in un rapporto a distanza. Paolo omette anche che Carla inizia a “bucarsi” dopo averlo conosciuto. La separazione da Carla avviene quando Ivano ha sei anni. È solo successivamente che Paolo incontra Maria. In tale unione sembra aver attraversato momenti di intensa felicità e momenti di intense crisi legata al disagio della loro situazione. Il rapporto di coppia viene presentato come di supporto al tentativo di uscire dal consumo di sostanze, anche se in realtà la coppia continua costantemente a fare uso di eroina. La nascita di Anna viene descritta da Paolo come “lo stimolo più grande, la motivazione più grande con cui ci sosteniamo”. Quando Paolo accenna alle carenze dei genitori, sembra dover operare una riparazione un po’ maniacale della loro immagine, sottolineando il suo desiderio di non colpevolizzarli. Emerge molto chiaramente nei confronti dei genitori, malgrado le loro difficoltà con i figli, il grosso senso di colpa che Paolo vive per i propri trascorsi tossicomani, che sembrano condurlo a un tentativo di risarcimento quando offre un quadro un po’ edulcorato della sua famiglia d’origine. Nel suo racconto sono assenti spunti critici rispetto ad un vissuto familiare di profonda sofferenza. Si limita a parlare di un “amore profondo e reciproco con i genitori” che li ha uniti e li unirà “finché morte non ci separi”, offrendo l’idea della sua difficoltà ad emanciparsi da una

narrazione autobiografica stereotipata e fasulla. Oscilla tra due visioni estreme della famiglia e di sé, una profondamente cattiva, da buttare via e l'altra buona, in cui tutti vengono assolti e riscattati. Solo la sorella Katia è detestata ad oltranza e può essere apertamente e costantemente attaccata. Su di lei vengono riversate tutte le responsabilità. Per ultimo è colpevole di essersi portata via la sua bambina; ed ora anche colpevole di porla al primo posto, rivolgendo ad essa maggiori attenzioni che a lui. Al di là del quadro felice che vuole rappresentare, mostra di sé l'immagine di bambino ferito e rancoroso che rende probabilmente difficile un amore altruistico e la costruzione di una base sicura per crescere la bambina, antepoendo i propri bisogni irrisolti al bene di Anna. Paolo aderisce alle indicazioni degli operatori senza tuttavia percepirne le motivazioni, manifestando difficoltà ad elaborare i propri vissuti e le letture che gli operatori cercano di restituirgli.

IL MISCONOSCIMENTO DELLA SICUREZZA: LA RICERCA

L'aspetto più patogeno nelle narrazioni dei pazienti tossicomani non è solo l'essere carenziati e traumatizzati, né soltanto la negazione degli eventi traumatici subiti, e neppure la trasmissione intergenerazionale di tali eventi traumatici e carenzianti, quanto, come abbiamo avuto modo di scrivere, la trasmissione del misconoscimento della carenza stessa e delle vicissitudini traumatiche (Cirillo, Cambiaso, Berrini, Mazza, 2017) l'incapacità assoluta di riconoscerle (mentalizzarle) come tali, operando negazioni o minimizzazioni. Nonostante anni di trattamenti presso il SERD e il periodo trascorso in comunità, Paolo si rivela come una figura totalmente incapace di un processo introspettivo, essendo ancorato ad una dimensione del “qui ed ora”, con un meccanismo di rimozione e di idealizzazione rispetto ad esperienze francamente traumatiche, e di negazione del suo passato di tossicodipendente. La sua completa deresponsabilizzazione lo ha portato da subito a non riconoscere il ruolo istituzionale del servizio. Conseguentemente, ogni tentativo da parte dei servizi volto alla valutazione della genitorialità viene vissuto in termini persecutori, rendendo difficile agli operatori attivare all'interno del contesto valutativo anche un contesto di aiuto e cambiamento finalizzato al recupero della genitorialità. Questa risulta per Paolo essere un diritto incontestabile: ogni “domanda” viene considerata a priori una messa in discussione delle sue competenze genitoriali e conseguentemente vissuta come un attacco alla propria autostima. Pertanto gli incontri sono sempre caratterizzati da comportamenti provocatori e aggressivi. Si ipotizzava che il servizio potesse svolgere un ruolo di contenimento ed elaborazione di tali meccanismi difensivi, in realtà le sue forti resistenze all'introspezione non hanno potuto permettere neanche l'attivazione di un livello minimo di riconoscimento delle problematiche passate, premessa necessaria a un processo di cambiamento. I meccanismi di difesa e le ridondanze riscontrate presentano una strutturazione talmente rigida da far supporre che il quadro psicopatologico pregresso non si sia di fatto molto modificato. Nei riferimenti di Paolo a Anna non si evidenzia una loro consapevolezza di quelli che sono i bisogni di una bambina, ma la figlia è vista quale elemento indispensabile per “sentirsi famiglia”: risoluzione esistenziale alla vita della compagna e di riflesso alla sua relazione di coppia. Tale misconoscimento si evidenzia anche nella convinzione che i figli in quanto tali debbano abituarsi alle modalità relazionali e allo stile di vita dei genitori, al di là della loro reale adeguatezza. L'illustrazione della sua esperienza di bambino illuminerà

meglio l’evoluzione e costruzione della sua personalità. La relazione conflittuale con la sorella Katia è alimentata da una situazione relazionale già presente nell’infanzia e nell’adolescenza di Paolo. Pertanto la gestione della bambina determina tra i due un rinnovamento del loro conflitto originario e una confusione dei ruoli. La sorella svolge un ruolo genitoriale che per Paolo è un riattualizzare la figura di madre che è stata per lui. Ciò provoca il ridestarsi di un conflitto Paolo/Katia, madre-sorella/figlia-fratello che Paolo non può far altro che vivere emotivamente mettendo in secondo piano l’attenzione per la figlia. Paolo appare molto determinato nel mostrare ai servizi la sua buona capacità di trasferire alla bambina norme educative valide, mentre in realtà comunica la sua disapprovazione verso la sorella, e una rivalità mai sopita. Non essere in grado di avere consapevolezza della propria esperienza emotiva vissuta è un elemento che comporta la perdita di umanità. “L’orribile realtà (che non è mai completamente una realtà psichica) che sta alla fonte di tale catastrofe può implicare il fatto che il paziente sia stato privato nell’infanzia dell’opportunità di ricevere e dare amore” (Ogden, 2005; tr. it. 2008, p. 30). Non è completamente realtà psichica e non è completamente realtà sociale, non soltanto trasmissione intergenerazionale e non soltanto transpsichica (Käes et al., 1993), certo non esclusivamente endogena. Paolo e Maria hanno caratteristiche simili come tossicodipendenti (evoluzione precoce in adolescenza e cronicità) ed anche alcuni elementi psichici assimilabili. Utilizzando la prospettiva di ricerca sulla tossicodipendenza che abbiamo delineato rintracciamo le prime ridondanze: il percorso nello sviluppo patologico della tossicodipendenza sembra collocarsi sulle componenti della deprivazione affettiva (ibidem, pp. 94-95), con componenti miste (carenze affettive non riconosciute o riconosciute solo come carenze ambientali, su una base di comportamento antisociale). I genitori di Paolo hanno costruito un legame matrimoniale coatto, entrambi obbligati a sposarsi per fuggire dalla desolazione e, nel caso della madre, dalla violenza. I due rimangono uniti ma in stallo. Passano anche mesi vivendo separati con la scusa di custodire le loro case di campagna al Sud. Alla discontinuità affettiva della madre nei confronti di Paolo si unisce l’inusitata violenza fisica, a tratti sadica, vissuta però come una “necessità educativa”. Utilizzando la tipizzazione di Cancrini, anche se in modo semplificato, la discontinuità tra cure ed abbandono nell’infanzia rinvierebbero ad un disturbo borderline, mentre la crudeltà delle punizioni e il sadismo con cui ritualmente vengono perpetrate su Paolo rimandano ad un quadro prevalentemente a rischio paranoideo (Cancrini, 2012). Paolo impara a non piangere e a non chiedere aiuto, arriva ad alterare la sua percezione e a credere che le botte siano meannate, giustificate dal suo comportamento. Il maltrattamento è misconosciuto, mentre la madre, come abbiamo visto, diverrà idealizzata nei ricordi in età adulta. Altri criteri soddisfano questa possibile ipotesi diagnostica, e sono rappresentati dal ruolo passivo e mite del padre, anch’egli sottoposto a prevaricazioni, ma incapace di proteggere il figlio. Prevalgono nella storia di Paolo e di sua madre elementi dissociativi. La narrazione è incoerente e le difese attualizzate estremamente rigide. L’uso della sostanza in Paolo riduce soprattutto la rabbia, ma evita anche la confusività. Cerca disperatamente di essere apprezzato dai genitori per ciò che sta facendo: lavora, non consuma sostanze, si occupa della bambina..., ma nessuno dei familiari ha più energie per valorizzarlo. La storia di Maria oscilla tra i due poli, tendendo verso il terzo percorso (abbandono oggettivo da parte dei genitori, rispetto all’abbandono misconosciuto di Paolo). Maria è lasciata in mano alla nonna con cui vivrà fino alla preadolescenza ed alla morte della quale sarà abbandonata a se stessa. La madre di Maria ha con buona probabilità una

depressione non riconosciuta o sentita come reattiva ad eventi deludenti con gli uomini (periodicamente fa cure psicofarmacologiche); accumula matrimoni inesistenti e fasulli, incolpa Maria delle sue desolazioni. Maria usa sostanze per lenire la rabbia. Ancora nel momento in cui la vedo ha una rabbia esplosiva verso la madre, ma, come sempre accade, con un desiderio enorme di essere riconosciuta.

Genitorialità e relazione di coppia I problemi personali di ciascuno (i traumi e le psicopatologie) filtrano nelle dinamiche personali e di coppia aggravando l’incapacità a strutturare una relazione genitoriale adeguata, e a sostenere l’impegno emotivo e pratico connesso all’accudimento completo di un bambino. Entrambi sono convinti che i servizi stiano usurpando il loro diritto naturale ad essere genitori e di subire quindi una forte ingiustizia. Tematica che rende impossibile riconoscere il bisogno di essere aiutati ed accompagnati a rivestire con responsabilità il loro ruolo genitoriale, identificato solo nel misurare il “tempo trascorso con la figlia”. Entrambi sono così talmente coinvolti dai loro bisogni emotivi personali da non riuscire a proteggere neppure lo spazio e il tempo concesso per stare con la bambina. Più volte infatti si verificano episodi in cui la bambina viene esposta alle conflittualità, agite soprattutto da Paolo nei confronti dei collocatari e degli educatori, ma anche da Maria con le manifestazioni di rabbia e di dolore al momento della loro separazione, alla fine degli incontri protetti. Paolo e Maria sembrano fieri della loro bambina, la trovano intelligente, sveglia e affettuosa. Ma sono preoccupati per come il figlio si relaziona con altri bambini, per la difficoltà che manifesta ad accettare delle regole e credono che il risultato del comportamento della figlia sia da imputare alle condotte errate che gli zii pongono in atto. Il disagio che gli operatori possono rilevare con facilità osservando la coppia tossicodipendente ma anche la grande tensione e conflittualità presente in coppie con uno solo dei due genitori tossicodipendente contribuiscono spesso al pericoloso fraintendimento secondo cui la sofferenza coniugale sia all’origine (e non l’esito) delle difficoltà individuali di ciascuno. Tale convinzione può indurre l’équipe curante ad investire terapeuticamente sulla diade coniugale (per lo più con esiti fallimentari). Occorre invece imparare a pensare ai singoli genitori in quanto persone carenziate e incompiute, coinvolte primariamente in giochi disfunzionali con le proprie famiglie di origine, dalle quali, al di là delle apparenze e convinzioni, ricercano costantemente conferme, attenzioni e risarcimenti rispetto ai loro bisogni infantili insoddisfatti. La coppia, di cui uno o entrambi tossicodipendenti, si costituisce perlopiù nel tentativo di dare soluzione ai conflitti non risolti e alle aspettative deluse verso le rispettive famiglie d’origine. Sono qui in atto due ben distinti processi evolutivi familiari (che a sua volta coinvolgono più generazioni) che confluiscono in un nuovo problematicissimo sistema dove le tensioni irrisolte si trasmettono necessariamente ai figli. L’operatore dovrà quindi, più opportunamente, prendere in carico non la coppia, ma il sistema composto dal singolo genitore con la propria famiglia d’origine. È all’interno di tali famiglie infatti che questi “futuri genitori” hanno maturato l’incapacità di riconoscere i bisogni e le necessità affettive dei propri figli. Dal punto di vista emotivo e relazionale i problemi della coppia si evidenziano già durante la gravidanza e appena dopo il parto. Le vicende traumatiche talvolta si sostanziano in ambivalenze verso il bambino, con difficoltà a fare spazio al nuovo arrivato, oppure con aspettative irrealistiche, pensando che il bambino possa aiutare a risolvere vecchi conflitti. L’esito più comune di tutte le situazioni che ho visto, nella mia esperienza professionale, è l’entrata in scena dirompente delle famiglie d’origine. L’incompetenza genitoriale diventa un messaggio relazionale, una

richiesta di aiuto, oppure in molti casi una delega liberatoria ai nonni, per un figlio non sentito o poco pensato.

LE FAMIGLIE D’ORIGINE E LA BAMBINA

Le famiglie d’origine inizialmente sopprimeranno alle carenze dei genitori facendosi carico delle loro responsabilità, contribuendo in tal modo a dare una situazione di relativa e apparente tranquillità al minore. Quasi sempre assistiamo ad un alto grado di confusione genitoriale e generazionale tra nonni, genitori e zii: competizione, ambivalenza, attribuzioni di colpe, ricatti reciproci, rabbia e confusività, sono questi i fenomeni più facilmente riscontrabili. Ad essa si accompagnano perlopiù specifiche e fatali conseguenze sulla struttura psicologica e sullo sviluppo affettivo dei bambini – dando luogo a fenomeni di vulnerabilità e di fragilità dell’organizzazione del Sé. I nonni, sentendosi inadeguati verso i figli, vivono la relazione con il nipote all’interno di una dimensione riparativa e compensatoria. Se il Tribunale affida loro il bambino, vivono questa delega con grande preoccupazione e ambivalenza. Devono farlo in condizioni non facili, sopportando le tensioni interne alle famiglie, gli ostacoli posti dai genitori, i controlli dei servizi, ponendo regole ai figli, costruendo alleanze coi servizi, cercando insomma di conciliare essi stessi cura e protezione: facilitare la cura dei genitori-figli mantenendo saldo il timone sulla sicurezza dei minori. In queste condizioni i conflitti intergenerazionali emergono apertamente con tutta la loro forza, producendo circoli viziosi: se il genitore tossicodipendente accenna ad un movimento di autonomizzazione/guarigione, subentra per i nonni/zii la paura di perdere il nipote. Viceversa, se il tossicodipendente non affronta seriamente un progetto di cura, anche l’affido ai parenti può essere in pericolo. La rivalità tra genitori, zii e nonni è spesso inevitabile, poiché i nonni si sentono di solito investiti del ruolo genitoriale, mentre il padre e la madre “veri” vengono relegati nella posizione di “fratelli maggiori” del bambino (Mazza, 2011a).

La bambina e gli zii La bambina ha trovato nell’ambiente degli zii un riferimento idoneo ai suoi bisogni di crescita. Gli zii paterni hanno un atteggiamento collaborativo e costruttivo nei confronti del progetto di intervento. La relazione che si è instaurata tra la bambina e i collocatari è ricca di scambi emotivi e di gioco. Dopo gli iniziali atteggiamenti conflittuali da parte dei genitori naturali nei confronti degli “affidatari”, nei quali Maria ha dimostrato atteggiamenti di gelosia e rivalità verso Katia, Maria ha iniziato a esprimere un atteggiamento di maggior fiducia e collaborazione auspicando una crescita serena della figlia all’interno del nuovo contesto intrafamiliare. La bambina dimostra competenze cognitive superiori all’età anagrafica, capacità di controllo, attenzione e sensibilità emotiva rispetto a quanto gli accade intorno. L’impegno emotivo richiesto a Anna durante i loro incontri risulta stressante per la bambina e sembra indurla in uno stato di eccitabilità e agitazione. Anna appare come una bambina che ha bisogno di essere contenuta per la sua esuberanza e per il suo tentativo di porsi sempre al centro dell’attenzione, impedendo agli adulti di scambiarsi parole, iniziando a gettare oggetti fintanto che l’attenzione degli adulti non sia più concentrata su di lei. In questi bambini sono frequenti i disturbi legati a una fragilità dell’immagine di sé, disturbi dell’attaccamento con inversione di ruoli, acquiescenza e iperadeguatezza (contrassegni che possono farli apparire, ad un primo impatto, come bambini autonomi e sufficientemente adattati) e carenza di identificazioni salde e strutturanti – come

pure si riscontra assai spesso un oscillare tra il bisogno-desiderio di fare il figlio della propria madre e il bisogno di essere accudito e rassicurato dai nonni, perché i genitori sono sentiti come inaffidabili. Accade talvolta che, in ambito scolastico, appaiano più adeguati e tranquilli degli altri. Mentre è facile che successivamente si evidenzino disturbi dell’area psicopatologica (depressioni maggiori, disturbi della condotta). L’aggressività, l’eccitazione, l’iperattività, l’iperadattamento osservati altre volte costituiscano dei meccanismi difensivi di fronte ad una realtà che il bambino tenta di negare come appartenente a sé, ma da cui non riesce a staccarsi. Si avverte, nel comportamento del bambino, il conflitto tra la paura di essere abbandonato, di essere allontanato dalle figure di attaccamento e di rimanere del tutto solo – paura che si riallaccia alla sua difficoltà di rompere con l’esperienza fusionale vissuta con la madre e l’emergere di una tendenza oppositiva, mirante a stabilire la distanza e l’autonomia personale, necessarie alla crescita e all’individuazione psicologica. I figli di tossicodipendenti tendono già in tenera età ad instaurare una sorta di controllo sulla propria situazione relazionale adultizzandosi precocemente. Sviluppano, così, capacità di adattamento sorprendenti, dimostrando, ad esempio, di essere già “esperti” su che cosa sia la tossicodipendenza dei genitori, la sofferenza di una crisi di astinenza, l’entrata in terapia per abbandonare la droga. Talvolta svolgono un “ruolo paterno” e “terapeutico” insieme e sanno distinguere molto bene quando è il momento di giocare il ruolo di bambino e quando invece è necessario sostituirlo con quello di guida e di controllo dei genitori stessi. È necessario che l’operatività, perché sia efficace promuova una cultura in grado di allargare le competenze e le responsabilità, che stimoli la collaborazione dei vari servizi (SERD e Materno infantili, Comunità, Tribunali dei minori) e quindi la realizzazione di efficienti reti operative.

LE ÉQUIPE

Quando il giudice ci dà il compito di occuparci del caso era praticamente già accaduto tutto. Nei soli sei anni precedenti Paolo e Maria avevano già incontrato undici operatori di diversi servizi: due psicologhe, due assistenti sociali, una neuropsichiatra infantile del Servizio materno infantile, psichiatra, psicologo e assistente sociale del SERD, assistente sociale del comune di residenza, colleghe del Centro affidi. Avevano in piedi un ricorso in corte d’appello e una CTU in fase di definizione. Gli incontri avvenivano in un servizio pubblico, col mandato di riuscire ad armonizzare coppia genitoriale e zii affidatari, tenendo anche conto delle famiglie d’origine e del loro ruolo. Una sorta di cuscinetto tra i sistemi per ammortizzare i danni: sia quelli originari (che hanno a che fare con i processi evolutivi familiari), sia quelli secondari, determinati dall’incapacità di controllare e mediare le relazioni tra servizi, famiglia naturale, famiglia affidataria, famiglie d’origine. La condizione pregressa dei due genitori, la loro storia estremamente problematica, i tratti delinquenziali/antisociali, lo scarso controllo degli impulsi (Maria al termine di un colloquio prese a calci l’auto dell’assistente sociale. Paolo dal canto suo picchiò un corteggiatore di Maria con una barra di ferro) non hanno certamente facilitato la “compliance” con gli operatori che di loro si sono occupati. L’atteggiamento arrogante/sfidante di entrambi ha messo in crisi molte équipe. Le diverse valutazioni fatte nei loro confronti venivano modulate su ciò che di buono stavano facendo per se stessi (comunità e trattamento), per poi terminare rovinosamente in giudizi durissimi sul loro comportamento, tanto da inficiarne i progressi. Paolo e Maria reagivano con logica

dicendo: “siamo usciti dalla tossicodipendenza, ridateci la nostra bambina rubata”; ma la tracotanza irragionevole con cui protestavano li faceva inesorabilmente finire perdenti. Intanto Anna cresceva con gli zii da cui prendeva amore e sicurezza e con i quali costruiva un sempre più solido legame di attaccamento che diventava però un argine di separazione dai genitori sempre più grande. Paolo e Anna sono arrabbiati e delusi. Inferociti con i servizi da cui “si sentono traditi”, dai nonni paterni che “preferiscono che Anna sia a casa della figlia”, dagli zii affidatari che “se ne sono appropriati”, dai giudici “che non fanno rispettare i diritti loro e della bambina”. Hanno perduto il ruolo di genitori e allo stesso tempo vivono la delusione per non essere riconosciuti come figli, dopo i molti sforzi per meritarselo. Nella battaglia contro tutti irrobustiscono la solidarietà e l’unione, ma nella realtà di coppia i legami ambigui che per anni li hanno tenuti insieme sono sciolti. Mi pare stiano andando lentamente verso una separazione emotiva. Si accontentano di incontrare Anna di frequente, con la grande disponibilità degli zii, ma ormai rassegnati a doverla vedere crescere con loro.

Il lavoro di mediazione si limita a sedute con loro e con gli affidatari (alcune volte congiuntamente) per cercare di ottenere il meglio da una situazione paradossale, ed in attesa di un provvedimento definitivo. Raggiungere una maggior armonia comunicativa, una migliore chiarezza dei ruoli, una minor confusione per la bambina, una ricostruzione dei passaggi evolutivi che diano senso agli eventi, la maggior consapevolezza di una corresponsabilità allargata, ma niente di più. Costruiscono un discreto legame di fiducia che evito accuratamente si trasformi in “coalizione contro i curanti e i giudici”, beneficino di un ascolto senza pregiudizi che li aiuti a dare senso alla sofferenza, arrivano in qualche momento a pensare di interrompere la sfida per il bene di Anna, lasciandola con gli zii ma continuando a mantenere una relazione continuativa.

INDICAZIONI DI METODO

Il caso presentato non è esemplare di una buona prassi, ma è frequente nei servizi a causa di alcuni dilemmi. Il primo riguarda il disturbo di base dei genitori che non ammette scorciatoie terapeutiche. I tempi delle terapie sono sempre lunghi e non sempre peraltro efficaci. La valutazione, come si è detto, deve essere fotografica e non è semplice poiché riguarda, due individui, affetti da un disturbo. Non è sempre facile rintracciare una attinenza tra il disagio o i sintomi del bambino e la patologia genitoriale. Gli operatori dei servizi sono posti di fronte ad un dilemma riguardante la misura protettiva: la scelta di allontanare il minore cautelativamente ma provvisoriamente tentando di potenziare la motivazione dei genitori, oppure di allontanarlo definitivamente proponendo l’adozione del bambino. Oggi più che mai i genitori tendono a reagire cercando di proteggere il legame anche attraverso azioni legali che in ogni caso incidono sulle scelte dei servizi e dei giudici, anche solo procrastinando i processi d’intervento e lasciando per lunghi periodi il minore in situazioni di passaggio presso terzi (strutture o affido). Essenziale correggere le prime fasi delle prese in carico, facilitare i percorsi rendendo il nostro intervento più efficace e i tempi più ridotti e adottare come prassi abituale, un approccio interdisciplinare, in cui già dalle prime osservazioni e valutazioni ci si possa incontrare in gruppo per formulare ipotesi e progettare interventi in équipe (il SERD, il Servizio sociale, i servizi di area minori in particolare) che comprenda una prima valutazione sanitaria e psicosociale della famiglia, e porre le basi per il progetto

di intervento in un contesto collaborativo. Utilizzare tempestivamente le rilevazioni e i referti concreti legati a fatti documentati ed accertati, relativamente a danni organici sui minori (incidenti, crisi d’astinenza neonatali, ingestione di sostanze, ecc.) che abbiano una loro attinenza coi comportamenti genitoriali, o danni sociali rilevabili, connessi ad incuria, scarsa attenzione all’igiene, all’alimentazione, all’educazione, ecc. Ancor più delle difficoltose psicodiagnosi, essi consentono di avere materiali informativi non contestabili; documentazioni certe. Tempestivamente significa “accelerare” per poter prevenire, evitare che un fattore importante di rischio diventi un grave danno o un pericolo di vita. Procrastinare significa spesso ritrovarsi con bambini cronicizzati attorno al problema dei genitori.

BIBLIOGRAFIA

Bowlby J., (1996) Una base sicura, Raffaello Cortina Milano.

Cancrini L., (2012), La cura delle infanzie infelici, Raffaello Cortina, Milano.

Cirillo S., Cattivi genitori, (2005), Raffaello Cortina Editore, Milano.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., (2017), La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca. Raffaello Cortina Editore, Milano.

De Palo, F., Capra, N., Simonelli, A., Salcuni, S., and Di Riso, D., (2014), “Parenting quality in drug-addicted mothers in a therapeutic mother–child community: the contribution of attachment and personality assessment”, *Frontiers in Psychology*, Articolo 1009, Vol.5, settembre 2014.

Emcdda, (2014), Relazione europea sulla droga. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. Unione Europea, Lisbona.

Fava Vizziello G., Simonelli A., Petenà I., (2000) Attaccamento e psicopatologia tra clinica e ricerca: applicazione dell'Adult attachment interview ad un gruppo di donne tossicodipendenti, *Personalità/dipendenze*, A. 6, n. 1, pp. 9-28,

Fonagy, P., Allison, E. (2012), “Cos’è la mentalizzazione?”. Tr. it. in

Migday, N., Vrouva, I. (a cura di), La mentalizzazione nel ciclo di vita. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. 21-48.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R., & Bianchi, I. (2009), “Il legame tra disorganizzazione dell’attaccamento e dissociazione in età adulta”. In R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni* (pp.313-343), Milano, Raffaello Cortina Editore.

Mazza R., (2011), “Come coniugare la protezione dei minori e il trattamento dei genitori tossicodipendenti”. In *Terapia familiare*, 95, pp. 21-43.

Mazza R., (2016) *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici*. Raffaello Cortina Editore. Milano.

- Mazza R., (2021), “Proteccion de menores con progenitores drogodependientes y modelo trigeracional: un estudio de caso unico”. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. Vol 28, n.2; 2021.
- Molinaro, S., Siciliano, V., Curzio, O., Denoth, F., Salvadori, S., Mariani, F. (2011), “Illegal substance use among italian high school students: Trends over 11 years (1999-2009)”. In PLOS One, 6.
- Ogden (2005), L'arte della psicoanalisi. Raffaello Cortina Editore. Milano, 2008.
- Riva Crugnola C. (a cura di) (1999), La comunicazione affettiva tra il bambino e I suoi partner, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rosenbaum, M., (1979) “Difficulties in Taking Care of Business: Women Addicts and Mothers”, in Americal Journal of Drug and Alcohol Abuse, 6, 4.
- Stanton M. D. & Todd T. (1982), The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction, Guilford Press, New York.
- Stern D. N., (1998) Le interazioni madre bambino. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Winnicott D. W., (1967) Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, Roma 1972.
- Zeanah C. H., (1997) “Valutazione e trattamento di bambini figli di tossicodipendenti”, in Fava Viziello, Stocc

IL CORPO POETICO NELLA PSICOTERAPIA⁶²di WOLFGANG H. ULLRICH⁶³

Lo sviluppo e l’emancipazione sono due concetti chiave che appartengono a una determinata visione antropologica dell’auto-comprensione degli esseri umani moderni. Alla domanda su che cosa significa essere umano risponde il poeta Walt Whitman con una bellissima poesia:

Io sono il poeta del Corpo, io sono il poeta dell’Anima, I piaceri del cielo sono con me e le sofferenze dell’inferno sono con me, I primi li innesto e li faccio crescere su me stesso, questi ultimi li traduco una nuova lingua... Io canto la canzone dell’espansione e dell’orgoglio, abbiamo avuto abbastanza inchini e deprecazioni, io mostro che la grandezza è soltanto sviluppo. Hai superato tutti gli altri? Sei il presidente? È una sciocchezza, si arriverà anche più in là, si andrà oltre. (Whitman, 2021)

Per l’Individuo sviluppo significa emancipazione da condizionamenti e da costrizioni, vuol dire poter scegliere chi si vuole essere e chi si vuole diventare. Lo stesso pensiero lo esprime Italo Calvino nelle sue Lezioni americane quando sottolinea l’opposizione fra la “levitazione desiderata”, la leggerezza, e la “privazione sofferta”, cioè il peso: due valori opposti ma complementari. La leggerezza non esiste senza la gravità, perché non sarebbe possibile saltare in alto, così come non esiste l’emancipazione senza che vi siano anche fattori limitanti e restrittivi nel mondo della vita delle persone. Dunque, da una parte l’uomo moderno è avviluppato nelle sue pratiche di vita, nel suo mondo di vita che condivide con gli altri e nell’orizzonte comune della propria lingua. Il mondo della vita delle persone è composto da tradizioni, istituzioni, pratiche di socializzazione, che hanno nel loro tessuto aspetti che favoriscono lo sviluppo dell’individuo e quelli che lo ostacolano. Dall’altra parte, la persona, nell’orizzonte della propria biografia, può scegliere quale di questi elementi vuole usare per proporre il proprio unico modello di buona vita. Queste scelte l’individuo le elabora in un faticoso dialogo con le persone

⁶² Articolo originariamente pubblicato sulla rivista "Connessioni web". Link: <https://connessioni.cmtf.it/il-corpo-poetico-nella-psicoterapia/>

⁶³ Psicologo e psicoterapeuta, specialista in terapia sistemica, della Gestalt, ipnoterapia e terapia mirata.

significative che condividono la sua prassi di vita; tale dialogo io lo chiamo “una conversazione etica esistenziale”.

La psicoterapia si può tratteggiare come una conversazione etica esistenziale che possiede una sua forma specifica del dialogo. Anche il paziente, nel contesto di una psicoterapia, è alla ricerca del suo modello di buona vita.

Il compito della filosofia consiste, da una parte, nel chiarire i tratti generali di questo tipo di autoriflessione etica e, dall'altra parte, nel disegnare il profilo più adatto della comunicazione per realizzare un dialogo terapeutico. I tratti generali della autoriflessione etica li ho descritti in modo dettagliato in un altro luogo (Ullrich, 2023, p.65-91). Una forma efficace di comunicazione invece che si presta a essere applicata in un dialogo terapeutico la possiamo trovare nel medium del gioco. Il gioco non è vincolato a scopi di utilità nella vita quotidiana delle persone: il suo scopo si trova in sé stesso; esso rappresenta un campo di divertimento, in cui le persone giocano sé stesse in prima persona, si “mettono in gioco”. Il gioco non comporta una creazione, ma consiste in un processo di attuazione, d'imprevedibilità e d'invenzione: è un percorso nel suo divenire, così come il dialogo. Nel gioco le persone si autorealizzano esprimendosi come potrebbero essere o come sono. Il gioco è fondamentalmente composto da due aspetti: il primo è la mimesi, il secondo l'espressività autentica della persona.

La mimesi è un processo di esperienza dell'individuo, che gli permette di scoprire degli elementi essenziali e profondi della propria vita, imitando situazioni vissute o immaginate; il gioco mimedynamico – come io lo chiamo – non consiste in una semplice imitazione di situazioni reali o immaginate, ma è una messinscena condensata che esprime l'essenziale di queste esperienze. Nella mimesi la persona vive la gioia di riconoscere qualcosa di familiare nel suo modo di essere, di rilevare nella propria esperienza elementi profondi di sé stessa che finora forse non avevano un nome, e dunque non entravano nel suo raggio di consapevolezza; in tale modo si allarga l'auto-comprensione del paziente, i tanti colori della sua biografia trovano un ordine e, di conseguenza, egli elabora un significativo approfondimento del senso della sua vita.

L'altro elemento utile del gioco consiste nella ricerca dell'espressività della persona: esso permette di giocare con la propria espressività, ovvero inventare e provare delle forme di azioni, gesti, espressioni del volto e modulazioni della voce che esprimono la propria autenticità. Il gioco è sempre costruzione, interpretazione e contemporaneamente esperienza, sentire: entrambi gli elementi si penetrano l'uno nell'altro, ovvero quello più passivo del sentire e dello sperimentare e quello attivo del costruire e dell'anticipare le possibili esperienze.

Il giocare presenta per l'essere umano la gioia di vivere la propria vitalità nel muoversi. Il gioco è soprattutto il divertimento dell'agire, basato sull'esperienza corporea.

Il movimento nel gioco è un'azione intenzionale, ovvero consiste in un comportamento che è regolato da norme e/o orientato a regole il cui significato è riconosciuto e condiviso da tutti i partecipanti della comunicazione. L'individuo, per fare un'azione, deve prendere un'iniziativa e per prendere un'iniziativa deve identificarsi con il suo corpo secondo il precetto: “non abbiamo un corpo, invece siamo noi il nostro corpo”. Il filosofo canadese Evan Thompson (2010, pp. 246-247) enfatizza questa idea affermando:

“I am the body, (it) does not mean that I as a subject am simply my body considered as an object. Rather, I am my body is a way not unlike the way an artwork is what it expresses. My body is an expressive being and what it expresses is my subjectivity [...] the link between these senses in which I am a body and I have a body is precisely the expressive relation between my bodily being and my subjectivity”.

Il movimento, “l’action”, rappresenta il flusso della sperimentazione corporea e plasma la base per dare forma alla soggettività dell’essere umano. La conseguenza di questa visione è che l’esperienza umana rivela una spazialità primordiale nella quale “essere corpo significa essere legato a un certo mondo, il nostro corpo non è, originariamente, nello spazio, ma inerisce allo spazio [...] la spazialità del corpo è il dispiegarsi nel suo essere di corpo, Il modo in cui esso si realizza come corpo” (Merleau-Ponty, 2003). Dunque, il corpo ha un potere di significazione.

L’esperienza corporea è strettamente connessa, è “ingarbugliata” nella vita quotidiana delle persone, nel loro mondo di vita condivisa, nel loro vissuto di spazio e tempo, nell’orizzonte dei loro desideri, emozioni e azioni che formano la cornice del loro apprendimento, cioè del loro sviluppo. Ogni movimento intenzionale è composto da segni ed espressioni simboliche che indicano, secondo la loro natura, un possibile loro uso comunicativo. Anche le azioni non verbali agite dalle persone si muovono in un campo intersoggettivo di significati condivisi, in un orizzonte del common sense che mostra a loro stesse e agli altri la loro esperienza corporea.

Alla comunicazione che si svolge nelle rappresentazioni giocose, cioè nel gioco, ho dato una struttura in “quattro impalcature”:

1. la consapevolezza delle sensazioni (“io sento in questo momento...”),
2. l’identificazione (“Io posso”),
3. la drammatizzazione (“io mi esprimo, agisco”),
4. il dialogo (io comunico per sviluppare una autentica intesa”) (Ullrich, 2023, p. 143).

L’inizio di questo “sentiero della creazione”, come lo chiamo, è caratterizzato da un ri-gioco, in cui il paziente mette in scena esperienze passate o presenti o immaginate, attraverso il suo corpo mimante. Il ri-gioco dà al paziente la possibilità di percepire, sentire e dare forma con le parole ai suoi movimenti interni. Questo percorso rappresenta una sensibilizzazione del corpo del paziente agli spazi ai quali appartiene, cioè azione/movimento danno modo alla persona di creare la propria spazialità, un modo per scoprire e manifestare l’intenzione che abitano dentro i movimenti interni, finora non espressi.

Ogni movimento interno ha bisogno, per essere espresso, di un punto di appoggio fisico e di un punto di arrivo fisico. Faccio un esempio: il movimento interno di un paziente partiva dal suo desiderio, esplicitato, di essere più attivo nella propria vita. A questo punto esploravo insieme a lui, mentre parlava di questo desiderio, le sue sensazioni corporee, soprattutto nel suo modo di stare seduto. Questa esplorazione rilevava che egli sentiva una forte tensione nei suoi piedi, che si trasformava pian piano in un impulso ad alzarsi, ovvero a trovare un punto d’appoggio fisico reale. Indagavamo insieme anche sul possibile punto di arrivo di questo movimento, che secondo il paziente si trovava nello spazio davanti a lui, che immaginava come uno spazio vuoto, ma caldo, non minaccioso, pieno di possibili scoperte;

dunque, il punto fisso di arrivo era visto come un punto in movimento nello spazio fisico, posto davanti alla persona. Acquisiti alla sua consapevolezza sia il punto di appoggio sia quello di arrivo, in seguito il paziente si assumeva la responsabilità di arrischiarsi ad eseguire il movimento ed esaminare la potenziale spazialità dell'azione, scoprendo nuovi modi di agire e di possibilità di movimento: si metteva a camminare con movimenti scattanti, vissuti piacevolmente; l'indagine successiva si concentrava allora sull'aspetto del movimento che scatta: che cosa nella vita reale del paziente sarebbe cambiato se lui avesse introdotto più azioni scattanti?

La mia esperienza di lavoro mi ha insegnato che tutti i movimenti interni, cioè sensazioni, emozioni, immagini, devono trovare la loro manifestazione nel corpo dell'individuo, attraverso movimenti/azioni, gesti e mimica, per poter essere riconosciuti del soggetto. Questi movimenti interni – una volta focalizzati dal paziente nella sua “awareness” – si raggruppano, si mettono in spirale, esplodono, calano, si presentano in una coreografia intima nel loro divenire, senza sosta, in un ballo tra parole e sensazioni/emozioni; senza le parole i movimenti interni non trovano le loro forme, il loro abito di potenziali intenzioni, la loro risonanza nel campo intersoggettivo; le parole sono come il letto di un fiume che conduce l'acqua delle sensazioni e delle emozioni che hanno bisogno di un alveo che dia loro la direzione e la forma.

Quando il movimento del paziente prende forma in un'azione, esso entra in un campo intersoggettivo; la spazialità del suo movimento si localizza sempre in una relazione con un altro individuo o con delle persone, si trova in uno spazio pubblico, mai in uno spazio solo privato.

Non c'è azione senza una reazione che si ripercuota sull'azione, la plasmi. Se in un rapporto interpersonale il paziente realizzasse la sua intenzione attraverso un'azione, immediatamente avrebbe delle reazioni che avrebbero un impatto sull'ecologia delle sue azioni in un determinato contesto. La quarta impalcatura del mio metodo sopracitato, quella della comunicazione, serve appunto a mettere in scena il campo intersoggettivo in cui il paziente inserisce le sue azioni e le modella, finché si trova a suo agio con esse.

Nel gioco non esiste solo la dimensione della mimesi ma anche quella della ricerca delle forme di espressività autentica, l'apertura a sempre nuovi modi di stare nel mondo, ad assaggiare il potere creativo della vita.

Per l'individuo moderno sperimentare il piacere di scegliere chi egli vuole essere e chi vuole diventare significa mettere in scena la poesia della propria vita senza una rete di sicurezza. In questa ricerca entra esplicitamente “il corpo poetico” delle persone, ovvero un potere creativo che io chiamo “il fondo poetico comune”. Questo concetto si basa su un'ispirazione ricavata dalle teorie di un grande regista e pedagogo, Jacques Lecoq (1997). Il fondo poetico comune rappresenta una dimensione astratta del nostro modo di fare esperienza: è fatto di spazi, colori, materiali, suoni e sapori, ritmi e figure, e descrive una modalità di percezione globale e astratta, caratterizzata dalla capacità della persona di captare le forme, il grado d'intensità e gli schemi delle azioni nel tempo; per dirlo sinteticamente, esso è composto dalle peculiarità globali della nostra esperienza. Le sue peculiarità le vediamo nelle coreografie dei nostri movimenti e nei nostri modi di esprimere le nostre emozioni; le vediamo nel come esprimiamo e viviamo un'emozione, il suo divenire; nel modo in cui mostra un certo ritmo, prende una determinata figura, ha un certo svolgimento dinamico: lento, crescente e poi calante o piano e poi esplosivo. E così via.

Attraverso il fondo poetico comune noi mettiamo in relazione diversi eventi percepiti e questi assumono una qualità di esperienza emotiva soprattutto nella dimensione della percezione del nostro modo di sentire. Il fondo poetico comune è nutrito dagli impulsi e dai desideri creativi. Questa fonte di creatività la si trova in noi stessi grazie alla nostra esperienza di vita, alle sensazioni ed emozioni vissute. Secondo lo psicologo David Stern (1992) questa qualità creativa, questa prospettiva nel percepire il mondo, si trova già nei bambini piccoli, addirittura appena nati, quando leggono il loro ambiente nella dimensione degli affetti vitali, che per Stern non sono altro che la coreografia dei movimenti e delle emozioni delle persone circostanti. Secondo Stern questa qualità di sperimentazione, questa modalità di sentire il mondo da parte del bambino rappresenta la base della nostra esperienza di soggettività, la sorgente originaria della nostra esperienza creativa, che sta al punto di partenza di qualsiasi apprendimento ed agire creativo. Il “fondo poetico comune” prende corpo soprattutto nell’impalcatura della drammatizzazione (Ullrich, cit., p.143-148). Quando abbiamo trovato insieme al paziente il punto di appoggio e il punto di arrivo di un movimento/azione possiamo incoraggiarlo a drammatizzare l’azione, per trovare una forma autentica di espressione. Il linguaggio del gesto o dell’azione diventa importante. Ma come si può sviluppare e inventare un linguaggio del gesto autentico sfruttando il fondo poetico comune?

Partiamo dal presupposto che “nell’espressione del sé ogni movimento è anche emozione, così come ogni emozione ha bisogno di esprimersi in un movimento per essere sperimentata pienamente. L’etimologia stessa della parola emozione (dal latino *emovere* ovvero *ex*, “fuori” e *movere*, “muovere”) letteralmente “portare fuori, scuotere, agitare”. Emozione e movimenti fanno dunque parte di un unico tessuto dell’esperienza. È grazie all’espressività dei suoi movimenti emotivi che la persona manifesta chiaramente agli altri cioè di cui ha bisogno” (Ullrich, 2019, p. 86-87).

Usare il fondo poetico comune vuol dire rendere visibili le emozioni nel loro movimento, le emozioni che la persona prova per esempio quando vede un oggetto, vede una scena, sente un pezzo di musica; il terapeuta incoraggia la persona a mettere in movimento quello che sente dentro di sé vivendo una certa esperienza. La lingua poetica ci offre lo strumento adatto per esprimere la qualità di un’esperienza che non dà importanza primariamente al contenuto del sentimento ma al modo di sentire, al suo profilo di attivazione. Nelle poesie troviamo infatti un frequente uso di espressioni come “l’esplosione di un sentimento”, “lo sbiadire di un amore”, “gli assalti della mia gelosia”, ecc.

La danza moderna e la musica sono esempi eccellenti di uso del fondo poetico: nella danza moderna il coreografo mette in scena il modo di sentire delle persone e non un sentimento specifico. Il fondo poetico comune dimostra la connessione stretta fra arte e vita, perché nell’arte il gioco del corpo poetico rappresenta il fondamento per qualsiasi creazione.

La differenza fra l’uso del gioco nell’arte e la sua applicazione nella terapia mette a confronto due prospettive diverse: nella terapia è sempre il paziente che si mette in gioco, con la sua vita, con le sue emozioni, con i suoi desideri; la personalità dell’individuo, strutturata nella sua socializzazione dalla lingua, si attualizza dunque nel gioco; il livello del coinvolgimento dell’individuo è in questo caso diverso. Il terapeuta nell’accompagnare il paziente deve dedicarsi alla continua costruzione dei luoghi sicuri che gli permettano di partecipare con un senso di sicurezza alla rappresentazione giocosa.

Ci sono diversi modi per usare il fondo poetico comune nel contesto del metodo della rappresentazione giocosa:

1. La figurazione mimata di un certo oggetto. Voglio dare ora un esempio concreto di questa variante d'applicazione. Un paziente, Mario, cinquant'anni, nella prima seduta con me parlava di una grande pesantezza che lo opprimeva e che sentiva localizzata nell'intestino. L'esplorazione delle possibili intenzioni nascoste ospitate in questa pesantezza non portava a nessuna scoperta. Il terapeuta chiedeva allora a Mario a trasformare, nella sua immaginazione, questa pesantezza in un oggetto che avrebbe dovuto tenere in mano. Mario descrisse un sasso nero della dimensione di una palla, liscio e pesante. Il passo successivo consistette nell'esplorare insieme a Mario i possibili movimenti/emozioni che abitavano dentro questo oggetto. In seguito, il terapeuta poneva una domanda a Mario: qual è l'effetto che suscita in lei il sasso, tenendolo in mano e guardandolo? Il paziente manifestava una tristezza che sfociava nell'impulso a gettare via il sasso. In seguito, Mario doveva esplorare questo movimento: alzava il braccio per buttare il sasso e mentre lo faceva percepiva un certo ritmo e una certa intensità del movimento; poi, per complementare l'esperienza, doveva dare un colore e un suono a questo movimento. All'improvviso Mario si ricordava la partenza imminente di suo figlio che andava a studiare in America. Attraverso l'attivazione del fondo poetico comune scoprivamo quindi come Mario viveva la dinamica dell'addio dal figlio; per Mario rappresentava l'addio una separazione fra due corpi, quello suo da quello di suo figlio, due corpi che prima sentiva molto connessi. L'altro corpo, il corpo di suo figlio, se ne andava e Mario provava a trattenerlo e mentre succedeva questo Mario conservava nel suo corpo una tristezza profonda, espressa dai suoni e dai colori della sua immaginazione; la sensazione del male nel suo corpo aiutava alla fine Mario ad accettare l'addio. Come espressione di questa dinamica emotiva Mario ha trovato “il suo vero gesto”, un gesto non codificato, non didascalico: era un gesto molto personale, il gesto dell'addio che il paziente voleva fare all'aeroporto per salutare suo figlio, che andava per un anno in America a studiare; era un gesto pieno di emozioni strazianti, che prima Mario non osava a manifestare neanche a sentire.
2. Movimenti astratti. Nel lavoro con i musicisti che soffrono di ansia da prestazione o di disturbi del movimento, ho scoperto un nuovo modo particolare nell'uso del “fondo poetico comune”. Io parto dal presupposto che la musica non è solo ascoltare i suoni e le melodie, ma consiste in una esperienza olistica, sia da parte del musicista sia da parte dell'ascoltatore. Il musicista, mentre suona, si muove in una “camera di risonanza”, ovvero fa vibrare le persone, le tocca quasi corporeamente, cioè crea dei movimenti emotivi che, ad esempio, “spingono” o “tirano” gli ascoltatori. Se il musicista suona, “vibra” con tutto il suo corpo, con i suoi organi e arti, mette in scena nella sua camera di risonanza dei colori, ritmi, odori e sapori, dei movimenti che esprimono diverse intensità dunque anche gli ascoltatori non sentono solo toni ma suoni, percepiscono colori, odori, immagini. In conclusione, per così dire, il musicista tocca con i suoi movimenti le persone e viene toccato da loro. In una seduta di coaching effettuata con un pianista che soffriva di un serio blocco della sua espressività (non riusciva più suonare in pubblico), ho scelto un pezzo dal concerto che aveva in programma di eseguire a breve, un Impromptu di Debussy, e l'ho fatto entrare nello spazio della sua camera di risonanza e gli ho fatto visualizzare tutto ciò

che non si vede nella musica come se fosse una materia; ho chiesto quale fosse l’impatto emotivo che aveva questa musica su di lui; partendo dai suoi movimenti interni emotivi l’ho invitato a trasformare questi movimenti, immaginando paesaggi colorati che si evolvevano secondo l’andamento della musica. In un momento seguente abbiamo analizzato la sua visualizzazione dei paesaggi, individuando le forme, il ritmo del cambiamento dei colori, la loro intensità e i movimenti delle linee del disegno nel tempo. Poi l’ho incoraggiato a trovare dei movimenti corporei; per realizzare questo l’ho invitato a immaginare di camminare in questi paesaggi immaginati, ovvero a diventare un corpo che vive quello spazio immaginario. L’ho incoraggiato quindi a osservare la dinamica della sua esperienza mentre camminava e a sentire le passioni/emozioni, dalla gelosia all’orgoglio, mentre attraversava quel paesaggio, con riferimento alle dinamiche dei colori, alla loro estensione e forza. Questa ideale esplorazione creava all’interno della sua camera di risonanza una sorta di recitazione, che avrebbe in seguito potuto mettere in pratica nel concerto, davanti il pubblico. La ricerca del “gesto musicale giusto” formava per il pianista un ideale palcoscenico per simulare, alla fine della seduta, il concerto vero e proprio e sperimentare la sua “camera di risonanza”, cioè la sua espressività autentica come musicista.

3. L’immagine mimata. Per drammatizzare un’esperienza vissuta da un paziente si può chiedergli di creare dentro di sé un’immagine simbolica, reale o anche astratta, fatta solo di colori o di forme geometriche, che rappresenti il vissuto, e visualizzarla su un foglio con dei colori. (Per fare un bilancio del lavoro terapeutico, qualche volta invito la persona, dopo una serie di sedute, a ricordare insieme, in una meditazione, il percorso della terapia e di creare un’immagine che rappresenti questa esperienza). Di un’immagine, una volta messa sul foglio, si possono analizzare l’intensità dei colori, i movimenti espressi, le figure, la composizione intera del quadro: spazi vuoti, spazi pieni ecc... Di fronte all’immagine si scelgono, con il paziente, alcune delle figure rappresentate o alcune caratteristiche del quadro che si staccano dal suo sfondo; a questo punto, il terapeuta invita il paziente a trasformarli in movimenti fisici, espressioni corporee, allo scopo di esplorare la profondità del loro significato emotivo. Questo modo di lavorare consiste nell’usare il potere del corpo poetico per ricercare dinamiche interne, coglierle, e trovare delle manifestazioni immaginative, eventualmente anche dei suoni e dei sapori, per trasformali in manifestazioni fisiche d’azione.
4. Gli animali mimati. Per comprendere questa variante nell’uso del fondo poetico comune è importante trovare prima una risposta alla seguente domanda: quale è il linguaggio più appropriato per lavorare con delle esperienze del fondo poetico? La leggerezza, secondo Calvino, è un approccio peculiare per guardare il mondo con un’altra ottica, un’altra logica, altri metodi di conoscenza e di verifica. La “leggerezza” rappresenta un metodo impiegato nella letteratura, un’infrastruttura linguistica. Se partiamo dal presupposto che solo nella comunicazione pubblica, nella lingua come medium condiviso tra le persone, nella lingua simbolica verbale e non verbale,

L'individuo ha un accesso alla sua coscienza “privata”, ovvero alle sue esperienze intime, ai suoi pensieri, ne ricaviamo che la persona ha bisogno di comunicare in modo simbolico i suoi pensieri e sentimenti, per comprenderli e esprimerli al meglio. L'individuo può pensare solo attraverso le parole, i simboli; le parole/simboli si rivolgono a noi e ci dicono che cosa dobbiamo dire ed esprimere. A nostra volta possiamo dire e insegnare alle parole/simboli che cosa devono significare per noi. Le parole sono interpreti del nostro pensiero, dei nostri sentimenti e della nostra esperienza corporea: gli uomini e i simboli si educano reciprocamente. Se le parole educano noi e noi educiamo le parole è importante decidere di puntare più sulle parole “leggere” che non su quelle del “peso”, dello spessore, della concretezza delle cose, dei corpi.

Perché ciò? È il sentiero della levitazione desiderata e non quella della privazione sofferta che porta allo sviluppo delle persone e alla loro emancipazione da costrizioni e condizionamenti negativi. Nel suo libro *Lezioni americane* Italo Calvino propone una strategia che permette di esemplificare la leggerezza: “un alleggerimento del linguaggio, e quei significati vengono convogliati sul tessuto verbale come senza peso, fino a assumere la stessa rarefatta consistenza”. Un buon esempio di questa strategia Calvino la fornisce citando una poesia Emily Dickinson:

Un sepalo ed un petalo e una spina in un comune mattino d'estate, un fiasco di rugiada, un'ape o due, una brezza, un frullo in mezzo agli alberi – Ed io sono una rosa.

La forma di questa poesia ci dimostra che si possono collegare delle frasi, o frammenti di frasi su una linea orizzontale con altri pezzi di frasi e metterli in relazione fra di loro per creare una tessitura significativa. L'organizzazione dell'esperienza corporea nell'individuo può anche essere concettualizzata in questo modo: come una struttura poetica, che permette di mettere in relazione elementi molteplici in un mondo orizzontale delle combinazioni infinite; l'esperienza corporea può diventare allora un mondo delle deviazioni imprevedibili dalla linea retta, per garantire la libertà agli esseri umani. La concretezza e compattezza della esperienza tangibile del corpo vengono dissolte da versi leggeri che si mettono in fila come si possono mettere in fila le espressioni corporee nel loro flusso dinamico: il corpo poetico, nel suo divenire, diventa visibile, ascoltabile e assaporabile. Lo stesso meccanismo lo troviamo nella costruzione delle metafore, nelle quali vengono messi in relazione aspetti della vita più astratta con aspetti della vita più concreta e i primi vengono sottoposti a una rilettura attraverso i secondi: per esempio nell'affermazione “Il mondo è come un teatro”. Se mettiamo in una struttura metaforica elementi leggeri che ci permettono di rileggere quelli più pesanti, alla fine tutti gli elementi acquisiscono leggerezza.

Prendiamo il caso di un paziente, Alfredo, il quale raccontava che nella sua vita si era comportato sempre molto passivamente; aveva scelto il lavoro paterno (avvocato) perché non voleva sbagliare agli occhi del padre; era stato scelto dalla moglie perché non voleva sbagliare, ma non la amava; si voleva sempre trovare in una sua zona confort, nella quale non doveva rischiare niente. Era da 20 anni con la moglie anche se lei, dopo la nascita del figlio, aveva deciso di non fare più l'amore con lui; aveva diverse amanti ma non si decideva mai a separarsi dalla moglie. La sua ultima amante era per lui un grande amore ma l'aveva persa perché non si decideva a lasciare la moglie fino al momento che lei non si fosse separata da lui.

Nel lavoro terapeutico, scopriamo che Alfredo possiede una parte di sé che vive dentro una zona d'ombra profonda; questa parte esprime però tanta voglia di uscire e giocare un ruolo attivo nella vita di Alfredo. Mi viene in mente una storia, che decido a raccontare ad Alfredo, una storia metaforica: c'era una volta un branco di leoni che viene ucciso dai cacciatori; solo un piccolo leoncino si è nascosto dentro a un cespuglio, sopravvive e viene trovato da un pastore. Il leoncino cresce dunque insieme ai cani del pastore e finisce per assumere la convinzione di essere lui stesso un cane-pastore. Un giorno il gregge viene attaccato e distrutto da un gruppo di leoni e il leone capobranco offre al leone-cane una pecora da sbranare. Il leone-cane nega però di essere un leone e rifiuta la preda, affermando che non poteva mangiare pecore perché era un cane-pastore; il capobranco, dopo alcuni tentativi di convincerlo del contrario, alla fine invita il leone-cane a provare a ruggire, per aiutarlo a scoprire la sua vera identità. Alla fine, il leone-cane emette un tonante ruggito (l'istinto prevale) e incomincia ad accettare la sua nuova “vecchia” identità.

Dopo aver raccontato la storia ad Alfredo gli dissi che avevo l'impressione che lui pensasse di essere cresciuto in una famiglia di pecore e cani-pastore; purtroppo per lui, questo era stato un grande malinteso della sua vita: in verità lui era sempre appartenuto a una razza di felini. Alfredo rispose istintivamente che lui si sentiva come se fosse un giaguaro. Allora invitai Alfredo a sperimentare il ruggito di un giaguaro che, dopo qualche tentativo, gli riuscì anche molto bene. Oltre a ciò, Alfredo sperimentava fisicamente altre caratteristiche di questo animale: il suo modo a muoversi nel terreno, di usare i suoi sensi, di applicare il suo istinto strategico ecc. Tutti questi comportamenti e qualità Alfredo li metteva in scena, in un gioco serio, come se lui fosse realmente un giaguaro. L'esperienza di mimare il giaguaro portò Alfredo a scoprire una gamma di caratteristiche che abitavano nel suo personaggio nascosto. Sperimentando il suo ‘essere giaguaro’ anche nella sua realtà quotidiana, provando questo abito innovativo, portò Alfredo a intraprendere grandi trasformazioni nella sua vita. Dunque, la poesia leggera della storia di Alfredo potrebbe essere la seguente:

Un piccolo cucciolo felino, un cespuglio, un nascondiglio in un comune mattino d'estate
Un pastore e un gregge, un cane o due, una fioritura piena un vento forte che pettina l'erba, un piatto profumato tipico
un ruggito di gioia e io sono un giaguaro.

Tutte le quattro varianti sopra descritte fanno vedere come l'innesto dello sfondo poetico comune, lo sguardo del corpo, sulla pratica di quella che ho chiamato “mimidinamica”, porta le persone a compiere processi di apprendimento nei quali essi acquistano un nuovo sapere riguardo al sentire, all'agire e allo stare nella vita. Le azioni espressive possono essere messe in scena come un atto drammaturgico, come un monologo, e/o si possono svolgere in una relazione con altre persone, cioè diventano comportamenti sociali, avviluppati nella comunicazione, per trovare un orizzonte comune, per capirsi e costruire delle esperienze condivise. Quando le persone usano il loro fondo poetico comune, incontrandosi, creano con i loro sguardi, con l'intensità dei loro gesti, con il loro modo di muoversi, con la forza delle loro azioni, con la coreografia del tocco delle loro mani, un vissuto comune partecipato. La maggior parte delle cose che sappiamo sul mondo e su di noi, le impariamo dagli altri e le scopriamo nelle relazioni, in un processo di dialogo che rappresenta un infinito divenire delle interpretazioni; vi sono delle idee o delle azioni che si oppongono tra di loro, vi sono delle contraddizioni poste a confronto tra gli individui e la disponibilità dei partecipanti a modificare le proprie prospettive porta alla costruzione di un orizzonte

comune fra di loro. Le azioni e i movimenti non rappresentano un percorso lineare ma sono dinamiche: in essi, cioè, ciò che conta è come avviene lo spostamento, il suo ritmo, la sua coreografia nello spazio. La forza e l'intensità del movimento esprimono il flusso dell'interpretazione verbale e non verbale delle persone, le quali attraversano in questo modo momenti di equilibrio, disequilibrio, opposizione, alternanza e compensazione; il ballo fra azione e reazione rispecchia il nostro modo di stare nel mondo della nostra vita. In questo senso esiste una sorta di corpo collettivo, un corpo costituito dai tanti “mimi” nascosti in ciascuno di noi. Accade così anche nell'arte, in cui ogni artista è anche profondamente permeato dalla mimesis, dalla capacità cioè di interiorizzare immagini provenienti dal suo vissuto e poterle restituire nella forma artistica, senza neppure aver bisogno di averle davanti agli occhi fisicamente; Picasso dipingeva un toro dopo aver visto talmente tanti tori in azione al punto di avere profondamente dentro di sé l'idea stessa di toro, prima ancora che il toro prendesse forma sulla tela, con poche linee, grazie al suo gesto artistico. Questo processo descrive bene il potere della mimodinamica. Anche tutti noi, in questo senso, siamo artisti, così come lo intendeva Bertold Brecht, il quale affermava che l'arte più sviluppata e più alta è l'arte del vivere. Possiamo trovare i nostri gesti di espressività autentica, il nostro modello di buona vita, affidandoci alla nostra forza creativa e alla potenza del verbo “potere”, dell'affermazione “io posso”, che contiene la chiave di libertà e di possibilità infinite.

BIBLIOGRAFIA

Lecoq, J. (1997), *Le Corps poetique*, Actes sud, Parigi.

Merleau-Ponty, M. (2003), *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Firenze.

Stern, D. (1992), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Milano.

Thompson, E. (2010), *Mind in Life*, The Belknap Press of Harvard University Press, London. Ullrich, W.H. (2019), *Posso essere felice*, Guerini e Associati, Milano. Ullrich, W.H. (2023), *La leggerezza creativa*, Guerini e Associati, Milano.

Whitman, W. (2021), *Foglie d'erba*, Mondadori, Milano

IL REFLECTIVE TEAM NEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE PER L’INFANZIA E L’ADOLESCENZA: SFIDE, RISORSE E DILEMMI
(THE REFLECTIVE TEAM IN MENTAL HEALTH COMMUNITY SETTINGS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: CHALLENGES, BENEFITS AND DILEMMAS)⁶⁴

ALEXANDRA PERIMENI⁶⁵



SOMMARIO

L’autore intende promuovere una riflessione sull’esperienza queer, focalizzando l’attenzione su alcune specifiche dinamiche che rappresentano una sfida sia per i soggetti direttamente coinvolti, che per i professionisti della relazione d’aiuto, in primis psicologi e psicoterapeuti, che lavorano con loro. Si evidenzierà, in particolare, l’importanza di mantenere attivo un dialogo costante tra i processi intraindividuali, interpersonali e sociali, sia per le persone queer stesse che per i clinici che li supportano in un percorso di sostegno psicologico e/o psicoterapia.

PAROLE CHIAVE: Queer, fluido, categoria, identità, relazioni.

ABSTRACT

⁶⁴ Articolo originariamente pubblicato in inglese sulla rivista "Journal of HE.S.T.A.F.T.A. - Systemic Thinking & Psychotherapy", N° 25, ottobre 2024. Link: <https://hestafta.org/en/journal/systemic-thinking-psychotherapy/issue/25/the-reflective-team-in-mental-health-community-settings-for-children-and-adolescents-challenges-benefits-and-dilemmas> (Trad. It. a cura di Valeria Pomini)

⁶⁵ Clinical Psychologist Msc, Family and Couple Psychotherapist, Coordinator of the Family Clinic “P. Georgitsis”, Mental Health Community Center for Children and Adolescents in Nea Smyrni, General Hospital “Asklepeion Voula”.

The author intends to foster a reflection on the queer experience, focusing on some specific dynamics that represent a challenge both for the subjects directly involved and for the professionals of the helping relationship, primarily psychologists and psychotherapists, who work with them. In particular, the importance of maintaining an active constant dialogue between intra-individual, interpersonal and social processes will be highlighted, both for the queer people themselves and for the clinicians who support them in a path of psychological support and/or psychotherapy.

KEYWORDS: Queer, Fluid, Category, Identity, Relationships.

Il termine *queer* rimanda ad una esperienza fenomenologica ampia e complessa; tale termine, di origine inglese, è andato incontro ad una significativa evoluzione dal punto di vista semantico e della sua rappresentazione sociale: da aggettivo dispregiativo volto a identificare le persone “bizzarre” in generale e, quindi, anche le persone omosessuali (bizzarre per antonomasia), ad aggettivo sostantivato affermativo, utilizzato da tutte quelle persone che non si sentono rappresentate dalle categorie tradizionali (Selmi, 2016). Oggi possiamo affermare che il termine queer definisce, nell’ambito dell’*identità sessuale*, l’esperienza di tutte quelle persone che non si ritrovano nelle categorie tradizionali (cis-gender ed eterosessuali), ma contemporaneamente sentono che quelle non tradizionali (lgbt) non sono sufficientemente ampie e dinamiche da descrivere la propria specificità. Questo promuove una sorta di ampliamento di tale posizionamento ed introduce una dimensione caratterizzata da un processo dinamico di interlocuzione identitaria, il cosiddetto *questioning*. Il verbo inglese *to question* significa interrogare, domandare, mettere in discussione - anche nella sua forma riflessiva - e le persone che si definiscono queer rendono tale processo autoriflessivo come un elemento fondante della propria identità, che assume un carattere *fluid*. Tale fluidità non va però confusa con l’idea che la propria identità di genere o il proprio orientamento sessuale possano cambiare da un giorno all’altro, ma va intesa come un elemento che pone il soggetto nella possibilità di arricchire l’eterogeneità della propria identità sessuale. In altre parole, possiamo affermare che le persone queer promuovono un’immagine di identità sessuale che non si focalizza sull’orientamento sessuale o sull’identità di genere, ma sul rapporto unico e irripetibile tra i diversi elementi che compongono l’identità sessuale stessa - sesso biologico, identità di genere, orientamento sessuale, ruolo di genere, espressione di genere, identità di orientamento sessuale - (Ferrari, 2019), scardinando l’idea che possano esserci “modelli” identitari di riferimento e, quindi, l’idea stessa di prevedibilità. Potremmo dire che definirsi queer significa dunque invitare l’altro a non dare per scontato che le proprie premesse relative all’identità sessuale possano valere anche per l’interlocutore.

Contemporaneamente, a partire da tali premesse e facendo riferimento alla psicologia sociale, possiamo riferirci al termine queer come una *categoria* che, per definizione, rappresenta un mezzo che consente alle persone di muoversi nella complessità. Sentirsi parte di una categoria implica il capire se determinati criteri sono presenti o meno e, nel momento in cui questo avviene, tale appartenenza permette di riconoscersi una specificità (Tajfel, 1999). Tale consapevolezza rappresenta uno dei pilastri su cui

poggia l’*identità* o, più precisamente, la capacità di strutturare un processo identitario; in altre parole, potremmo dire che l’appartenenza ad una categoria aiuta gli individui a rispondere alle seguenti domande: “*Chi sono io? Che cosa mi permette di riconoscermi e di farmi riconoscere, al di là dei cambiamenti che posso incontrare nel corso della vita?*”.

Poco sopra è stato evidenziato come i processi categoriali permettano agli individui di trovare una collocazione che garantisce loro il riconoscimento delle proprie specificità, ma è importante sottolineare che, in alcuni casi, tali processi possono esitare in casi di *iper-categorizzazione*, ovvero dinamiche caratterizzate dall’individuazione di categorie via via più specifiche, nel tentativo di rispondere in modo sempre più preciso alla definizione di sé. La consapevolezza di questa dinamica è fondamentale, se da una parte può aiutare i soggetti ad aumentare la consapevolezza di sé, dall’altra può favorire una situazione paradossale, all’interno della quale, nel tentativo di affrancarsi dai “limiti” delle categorie, ci si può ritrovare in categorie ancora più “chiuse”.

Nel caso specifico delle persone queer, già da queste prime riflessioni sul rapporto tra auto-categorizzazione e strutturazione dell’identità, emerge un potenziale aspetto critico di cui bisogna tenere conto: l’esperienza queer “rifiuta” i vincoli intrinseci alle categorie e, contemporaneamente, rivendica le specificità della propria appartenenza categoriale, che è testimoniata anche dall’aggiunta della lettera *q* allo storico acronimo *lgbt* (diventato *lgbtqia+* negli ultimi venti anni). Vedremo più avanti come sia importante che gli psicologi e gli psicoterapeuti abbiano in mente le caratteristiche di tale dinamica, nel lavoro con clienti che si definiscono queer.

Oltre alla categorizzazione sociale, però, la costruzione dell’identità si fonda su altri due processi fondamentali, il *rispecchiamento* e il *riconoscimento sociale*, che permettono alle persone di vedersi riconosciute e, in particolare, di constatare se l’altro ha un’immagine di sé corrispondente a quella che il soggetto ha di sé stesso (Mancini, 2001). Nello specifico, il rispecchiamento permette al soggetto di capire meglio chi è, attraverso il modo in cui viene percepito dagli altri, mentre il riconoscimento sociale evidenzia la capacità del “mondo esterno” di riconoscere e validare le caratteristiche di un determinato soggetto. In altre parole, l’(auto)categorizzazione e il rispecchiamento promuovono l’emersione dell’unicità dell’individuo, mentre il riconoscimento sociale conferisce valore a tale unicità, promuovendo nel soggetto la capacità di investire su quest’ultima, che diventa quindi promotrice di benessere ed evoluzione.

Nel caso delle persone che si definiscono queer, è necessario avere in mente alcune dinamiche specifiche, che possono creare dei nodi critici durante il processo di strutturazione ed esplorazione identitaria, in primis per il soggetto, ma anche per chi eventualmente dovesse trovarsi a supportarlo in un percorso di consulenza o psicoterapia. Ci troviamo di fronte ad una situazione in cui una persona sente che le categorie esistenti non sono in grado di cogliere la propria specificità e, contemporaneamente, deve fare i conti con un sociale eterogeneo che invece utilizza tali categorie per “leggere” il mondo e muoversi in quella stessa complessità. Da una parte, la persona queer che non riconosce, ad esempio, il rapporto lineare tra sesso biologico, genere e orientamento sessuale, oppure tra sesso biologico, espressione di genere e ruolo di genere e, dall’altra, un sociale composto ancora da

molte persone che hanno un’idea di identità sessuale normativa, all’interno della quale il rapporto tra le diverse dimensioni che la compongono (sesso biologico, identità di genere, orientamento sessuale, ruolo di genere, espressione di genere, identità di orientamento sessuale) è lineare, secondo cui gli essere umani sono (e devono essere) evolutivamente prevedibili.

Nel tentativo di definire meglio se stessi, ma anche di aiutare l’altro a comprenderli ed avere un’immagine che corrisponda il più possibile alla loro, le persone queer intraprendono quella ipercategorizzazione di cui si parlava sopra. Nell’esperienza clinica di chi scrive, tale dinamica spesso funge da strumento attraverso cui la persona queer tenta, a livello interpersonale, di aiutare l’altro a vedere e riconoscere la propria specificità, in qualche modo sposando l’idea che il non riconoscimento della propria specificità dipenda soprattutto dalla “non conoscenza”. Contemporaneamente, può accadere che, nella persona queer, si rinforzi l’idea che sarà in grado di investire pienamente sulla propria identità solo dopo aver riscontrato all’esterno un riconoscimento sociale completo. È come se la persona dicesse: “più informazioni ti fornisco su come devi relazionarti a me, più sarai capace di adeguarti all’immagine che ho di me, e più sarai in grado di restituirmi tale immagine, più io sarò in grado di investire su di essa”. Fornire informazioni per aiutare l’altro a conoscerci e sapere cosa può aiutarci a sentirci visti in maniera autentica sono processi fondamentali dal punto di vista evolutivo, e non solo per quanto riguarda l’ambito dell’identità sessuale, ma rischiano di trasformarsi in un limite se si irrigidiscono. Infatti, tale dinamica può esitare, da una parte, nel ritrovarsi in una categoria ancora più “limitante” di quella dalla quale ci si vorrebbe affrancare e, dall’altra, nello scontrarsi con il persistere dell’incapacità dell’altro di cogliere le proprie specificità. Questo processo, circolare, rischia di attivare una dinamica simmetrica all’interno della quale la persona queer si sente sempre più sola e impotente, rinforzando l’idea che il proprio malessere, o comunque la propria impossibilità di viverci appieno, dipenda dall’incapacità del suddetto sociale di rispecchiare le stesse categorie che la persona utilizza per definirsi.

Se pensiamo alle dinamiche sopraccitate, emergono quindi alcune sfide particolarmente significative, che il clinico dovrà tenere in considerazione, nel lavoro di supporto psicologico e/o di psicoterapia. *Quale spazio può esserci per accogliere la possibilità che non tutti i propri interlocutori – siano essi persone significative, conoscenti o incontri casuali – possano rimandare un’immagine di sé altrettanto precisa, senza che tale evenienza metta in discussione in maniera significativa la propria identità? Quale sarà l’impatto a livello relazionale, nella sua dimensione più prettamente interattiva?*

All’interno di tale cornice, il clinico può aiutare le persone queer a stare in questa tensione in modo sufficientemente sicuro e generativo, tra dinamiche intraindividuali, interpersonali e sociali. Questo significa, da una parte, aiutare il soggetto ad esplorare, individuare e condividere le proprie premesse e i propri caratteri definitivi e, dall’altra, accompagnarlo in un percorso di esplorazione delle premesse sociali diverse dalle proprie, aiutandolo a non far coincidere il proprio benessere con la capacità dell’esterno di rimandargli un’immagine di sé coincidente con la propria. Lavorare in una direzione che aiuti la persona a stare in questa tensione, vuol dire allora promuovere un dialogo tra comunicazione

simmetrica e complementare e accompagnare la persona ad accogliere un’epistemologia non dualistica, fondata sull’*e-e* piuttosto che sull’*o-o* (Bateson, 1972). Nell’analizzare la comunicazione umana e i suoi effetti pragmatici a livello interpersonale e sociale, Gregory Bateson sottolinea come questa possa essere distinta in simmetrica o complementare, a seconda di come i partecipanti si percepiscono e gestiscono l’interazione: sullo stesso piano nel caso di quella simmetrica, su piani diversi nel caso di quella complementare. A livello sociale, gli esseri umani tendono ad oscillare tra interazioni simmetriche e complementari, a seconda del contesto, e tale oscillazione promuove benessere ed evoluzione: si passa, ad esempio, da relazioni con i genitori, gli insegnanti, i datori di lavoro – in cui la differenza di ruolo è riconosciuta e valorizzata – a relazioni con i fratelli, gli amici, i colleghi – in cui è invece l’equità ad emergere -. Non esiste una comunicazione migliore dell’altra, ma entrambe possono condurre, se polarizzate, a dinamiche di sofferenza. Nello specifico, una comunicazione simmetrica ipertrofica può portare ad uno scontro volto a convincere l’altro che ha torto e che deve cambiare le proprie premesse (si pensi ad esempio ad alcune separazioni di coppia altamente conflittuali), mentre una interazione rigidamente complementare può condurre ad una situazione in cui uno dei due interlocutori non è in grado di reclamare la propria differenza, fino ad accettare passivamente le premesse dell’altro e ad annullarsi (si pensi in questo caso al fenomeno dell’ interiorizzazione dello stigma). Accogliere una epistemologia non dualistica significa dunque: a) esplorare e riconoscere le proprie specificità, b) descriverle a coloro che, per diversi motivi, non sono in grado di vederle, c) accogliere la possibilità che tra questi possano esserci persone che hanno premesse talmente diverse, da non avere la possibilità concreta di dare un senso alle specificità descritte e d) tutelare l’investimento emotivo sulla propria identità anche di fronte a condizioni di un rispecchiamento negativo e/o di un non riconoscimento sociale.

Un esempio chiaro deriva dal lavoro con le persone che non si identificano nel genere corrispondente al proprio sesso biologico, soprattutto rispetto all’importanza dei pronomi e degli aggettivi: chi lavora con persone non cis-gender sa quanto sia importante per loro adottare nomi, pronomi e aggettivi che rispecchino la propria immagine di sé, così come constatare che l’altro lo riconosca e si adegui a tale utilizzo. Se facciamo riferimento alla lingua italiana, genere connotata e quindi sprovvista del neutro, questo comporterà dinamiche molto diverse a seconda che lavoriamo con persone che intraprendono un percorso di riaffermazione di genere, che quindi continuano a riconoscere una polarità m/f, oppure con persone non binarie, che invece si collocano al di fuori di tale polarità. Adottare una prospettiva non dualistica significa lavorare con la persona queer per creare una struttura interna sufficientemente solida, fondata sul dialogo tra processi intraindividuali e dinamiche interpersonali e sociali (che non sempre confermano e nutrono l’immagine e il valore di sé), tale da reggere l’urto di un rispecchiamento sociale squalificante o disconfermante. Nell’esperienza clinica di chi scrive, questo processo richiede una particolare attenzione con le persone che si definiscono non binarie, e che sentono più appropriati aggettivi neutri, ma in un contesto linguistico genere connotato come quello italiano. Nel lavoro con questi clienti, soprattutto quando sono giovani e vivono ancora in famiglia e vanno a scuola, ci si imbatte spesso nella difficoltà degli adulti di riferimento a parlare e/o scrivere utilizzando la cosiddetta “*schwa*”, e una parte fondamentale del lavoro consiste proprio nell’esplorare le premesse alla base di tale

difficoltà, possibilmente con il coinvolgimento diretto degli adulti di riferimento. Laddove è possibile ampliare anche solo periodicamente e temporaneamente il setting individuale, la condivisione delle premesse di ciascun interlocutore può aiutare la persona queer (ma anche i famigliari) a creare una cornice più ampia, all’interno della quale c’è spazio sia per la somiglianza che per la differenza. In altre parole, lo scopo principale è quello di aiutare la persona non binaria ad accogliere l’idea che, a volte, l’altro utilizza delle lenti per muoversi nel mondo che non sono sostituibili con le proprie, ma che questo non può e non deve minacciare la percezione e il valore di sé. Spesso faccio fare un esercizio molto semplice, a partire dalla distribuzione di alcuni elementi di arredo presenti nel mio studio, che include quattro poltrone disposte attorno ad un tavolino sul quale sono disposti un orologio, un porta fazzoletti di carta e un porta caramelle. Chiedo alle persone sedute sulle diverse poltrone di descrivere il più minuziosamente possibile il tavolo e gli oggetti sopra il tavolo, oppure, nel caso in cui sia solo con il cliente, di descrivere gli stessi oggetti posizionandosi su tre poltrone diverse a turno. L’idea alla base, che nella sua semplicità risulta sempre molto efficace, è di verificare come una stessa realtà possa essere descritta in maniera molto diversa a seconda della posizione in cui ci si trova, senza che questo invalidi alcuna di queste percezioni. Questa semplice attivazione favorisce un processo autoriflessivo sull’idea di inclusione e su come questa non sia sovrapponibile al giustificare punti di vista distanti dai propri, ma rappresenti invece la capacità accogliere l’idea che esistano, senza entrare in una dinamica simmetrica volta a cambiarli, che in qualche modo alimenta l’idea che il soggetto non possa raggiungere la piena realizzazione se l’altro non si sarà allineato alle proprie premesse.

CONCLUSIONE

Il ruolo del clinico può essere dunque letto come quello di un facilitatore del dialogo tra identità e relazioni, tra dinamiche intraindividuali e processi psicosociali, avendo bene in mente che tali definizioni non corrispondono a fenomeni distinti, ma a processi complessi e connessi in maniera *embricata*. Questo significa avere in mente che, nella vita delle persone, i processi descritti nelle pagine precedenti non avvengono in maniera lineare, come se ci fosse una sequenza predeterminata, ma piuttosto in modo *spiraliforme*. Gli esseri umani hanno caratteristiche innate che, nel dialogo con l’ambiente circostante (nell’accezione più ampia del termine) si modificano e, circolarmente, rientrano in dialogo e si rimodificano. Il professionista, nell’avere in mente il grado di complessità dei contesti all’interno dei quali ciascuno di noi è inserito, può aiutare il cliente ad uscire da una modalità esplicativa degli eventi lineare e dualistica, che prevede un oggettivamente giusto e un oggettivamente sbagliato, e che può ingabbiare l’individuo in una spirale di frustrazione e sofferenza. Il dialogo interno tra identità e relazioni è un dialogo “incarnato”, che può aiutare gli individui, in questo caso specifico le persone queer, a nutrire il valore di sé e a “dare senso” (Fruggeri, 2005) anche a quelle premesse altrui che non li riconoscono o che non agiscono esattamente come si vorrebbe che facessero, per rimandare un’immagine di sé rispettosa della propria specificità. Dare senso alla storia e alle ragioni dell’altro, per quanto incomprensibile possa apparire, significa uscire da una dinamica simmetrica che, se esacerbata, può rinforzare l’idea che il proprio benessere dipenda esclusivamente da un cambio di posizione del proprio interlocutore. In questo momento storico più che mai, che vede alcune nazioni mettere in atto scelte volte

alla negazione del diritto delle persone queer ad esistere, questo lavoro diventa essenziale e una responsabilità sociale degli operatori della relazione d’aiuto.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1972). *Verso un’ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1979). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi.
- Ferrari, F. (2019). “Navigare le categorie infinite: Distinguere le dimensioni processuali nel lavoro con le identità sessuali”. *Riflessioni Sistemiche*, 21: 99-112.
- Fruggeri, L. (2005). “Making sense: Lessons from Gianfranco Cecchin’s work”. *Human Systems*, 16: 27-30.
- Mancini, T. (2001). *Sé e identità. Modelli, metodi e problemi in psicologia sociale*. Roma: Carocci.
- Selmi, G. (a cura di) (2016). *Di cosa parliamo quando parliamo di queer? Conversazione con Cristian Lo Iacono*. In portalenazionalelgbt.it (attivo al giugno 2025)
- Tajfel, H. (1999). *Gruppi umani e categorie sociali*. Bologna: Il Mulino

RECENSIONE DI “L’ESPACE EN THÉRAPIE, UNE VISION SYSTÉMIQUE” DI MAURIZIO FRISINA

DARIO TOFFANETTI

mail: dario.toffanetti@gmail.com

Maurizio Frisina non è alla sua prima esperienza di saggista. In “Il bordo del Caos” (Frisina, 2020), ha dato buona prova di saper descrivere la complessità clinica nel lavoro con le dipendenze. In questo lavoro propone il modello delle “tre colline”, metafora dei punti di vista con i quali si può affrontare un problema complesso in modo complesso (Perini, 2021). Uno stralcio: “la collina narrativa si focalizza sul linguaggio, il modo in cui attraverso esso costruiamo la realtà e su come la perdita della libertà [nelle patologie di dipendenza da sostanze, n.d.r.] si rifletta sull’impoverimento del discorso.”

“L’espace en thérapie. Une vision systémique” è un lavoro più estetico. Nel senso che si occupa della forma delle relazioni considerandole come elementi nello spazio: “quel est le rapport entre l’architecture et la psychothérapie? L’organisation de l’espace peut-elle faciliter ou entraver le processus de soins?” (Frisina, 2025, p. 7) domanda spiazzante, anche perché difficilmente qualche collega ci ha proposto il confronto con una disciplina tanto differente come l’architettura – tranne forse Donald Schön (1993) ne “Il Professionista Riflessivo” – e la dimensione degli spazi nella psicoterapia non è argomento corrente.

Ma la posizione di Frisina è dura e pura: considerare lo spazio come qualcosa di separato da noi è *hybris* di controllo e di possesso e non si rende conto della complessità e della natura delle relazioni che, invece, vanno considerate come interattive e appartenenti a una prospettiva ecologica. Lo spazio è insieme l’altro, la natura, la complessità del mondo e dei rapporti umani, una dichiarazione *wake* di assoluta fermezza. Ci sarebbe piaciuto, già da questo punto, che l’autore introducesse qualche approfondimento sulla differenza tra lo spazio fuori di noi e quello dentro di noi, quello che non si vede, quello che ha a che fare con le rappresentazioni, la memoria, le emozioni e i sentimenti. La struttura del libro si organizza in cinque capitoli: nel primo, “Lo spazio è un linguaggio”, introduce le sue linee guida per la considerazione dello spazio come elemento fondante della clinica: una persona con un problema di dipendenza che debba viaggiare in altra città si soffermerà con curiosità e interesse a visitare luoghi di cultura e di bellezza o cercherà i luoghi dove poter bere, o comprare farmaci o sostanze psicotrope? Lo spazio viene perciò ad essere un organizzatore della patologia.

Nel secondo capitolo “Appropriarsi dello spazio: la Stigmergia”, Frisina definisce l’appropriazione dello spazio come il riconoscimento, per le nostre pratiche, della nostra relazione a uno spazio. Lo spazio, qui, diventa un elemento della nostra identità, un luogo che riconosciamo e che sentiamo nostro, investito delle nostre esperienze, dei nostri desideri. Al recensore viene in mente il freudiano *unheimlich* (Freud, 1919), il perturbante che è esattamente il contrario dell’idea di appropriazione dello spazio. La stigmergia viene invece definita come un processo per cui una traccia lasciata da un’azione nell’ambiente influenza le azioni successive.

La terza parte, “Altri modi di appropriazione: movimento, funzionalità aperta, transcontestualità”, ci consente di definire i concetti di movimento – conosciamo lo spazio e le relazioni solo attraverso l’aprirsi

di possibilità di movimento e non attraverso la semplice mappa del territorio – funzionalità aperta – la trasgressione alle imposizioni di funzionalità dei luoghi per trasformarli in luoghi creativamente differenti, come l’architetto Van Eyck che trasforma macerie belliche in parchi gioco per bambini olandesi – e la transcontestualità – l’utilizzo, ad esempio, di metodiche altre in psicoterapia come la scrittura o la fotografia, che costituiscono contesti differenti per lavorare con i pazienti. In questi modi, sostiene l’autore, possiamo appropriarci dello spazio in maniera creativa e non standardizzata.

Il quarto capitolo si apre (“L’appropriazione, di nuovo: equilibrio pietostatico, architettura biofilica e *care*”) con il nuovo concetto e neologismo di equilibrio pietostatico, che rappresenta la dinamica tra il bisogno di stabilità e il bisogno di esplorazione - concetto già ampiamente trattato da tutti i modelli di attaccamento da Bowlby in poi – per domandarsi se nel contesto di cura sia possibile fornire al paziente entrambe le risposte a questi bisogni. L’architettura biofilica, inoltre viene descritta come una corrente attuale nella pratica costruttiva che mantiene e implementa le relazioni tra individuo e ambiente, qui citata come esempio di presa in carico che mantenga la circolarità nella pratica clinica.

“Un elogio del divario, del vuoto e della transizione” è il capitolo finale. Qui la traduzione tentenna: *écart* significa spaccatura, divario, ma anche distanza, differenza. Lasciamo aperta la possibilità al lettore di operare secondo scienza e coscienza. Così come lasciamo al lettore approfondimenti sull’estetica giapponese riguardo alle potenzialità del vuoto, inteso come “une espace propice à la rencontre, au désir et au lien” (Frisina, 2025). È pur vero che un proverbio beduino recita: “allontana le tende, avvicina i cuori”, ma forse non abbiamo bisogno di stimoli esotici per comprendere che il desiderio si alimenta di mancanza: desidero ciò che non c’è (o che non ho) e possiamo tornare a sfogliare “Des choses cachées depuis la fondation du monde” (Girard, 1978) per ritrovare un precursore del desiderio *in absentia*.

L’opera si configura come un interessante tentativo di coniugare la cultura “altra”, giapponese, turca, greca e le altre discipline, architettura soprattutto, con la psicoterapia. La gradevolezza della lettura, la piacevolezza delle argomentazioni e la chiarezza espositiva non possono farci dimenticare che *Pluralitas non est ponenda sine necessitate*, e che non occorre moltiplicare gli argomenti per sostenere una tesi (o un’ipotesi, come siamo sistemicamente abituati a pensare).

Lo spazio in terapia è un libro che mantiene alta la tensione riflessiva, come pochi purtroppo negli ultimi tempi. Compratelo.

BIBLIOGRAFIA

Freud, S. (1919). *Das Unheimliche*. *Imago*, 5(5–6), 297–324.

Frisina, M. (2020). *Sul bordo del caos: complessità, terapia sistemica e dipendenze*. Mimesis
Girard, R. (1978). *Des choses cachées depuis la fondation du monde*. Grasset.

Perini, E. (2021, marzo 26). *Dipendenze patologiche e il modello delle “tre colline” – Intervista a Dott. Maurizio Frisina*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2021/03/dipendenze-intervista-frisina/>

Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo: Per una nuova epistemologia della pratica* (F. Codello, Trad.). Dedalo. (Opera originale pubblicata nel 1983)

DIARIO DELLE INIZIATIVE FORMATIVE E CULTURALI ORGANIZZATE DALLA SIRTS NEL 2024-2025:

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.

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

Giornate di studio e convegni

"L'uso dell'immagini nella clinica e nelle relazioni d'aiuto" con Conny Leporatti e Francesco Bruni (09/03/2024)

"Le Emozioni e i sé del terapeuta nei processi di cura e terapia" con Laura Coloangelo e Paolo Sacchetti (11/04/2024)

"Nuovi Generi e Nuove Generazioni - Soggettività e Varianze di Genere tra infanzia, Adolescenza e Adulthood" con Federico Ferrari, Federico Sandri, Lorena Maltempi, Francesca Fadda, Fau Rosati e Jimmy Ciliberto (05.10.2024).

Presentazione di libri

"Il mistero del Rispetto. Il pensiero di Cecchin e la terapia inclusiva" di Gianluca Ganda e Riccardo Canova (17.1.2024)

"Era una brava persona. Sguardi sulla violenza maschile contro le donne" di Emanuele Corn, Leandro Malgesini e Ivan Pezzota (10.6.2024)

"Il maltrattamento istituzionale dei minorenni. Storie per non dormire" di Juan Luis Linares, Pier Giorgio Semboloni, Jorge Colapinto (23.10.2024)

"Le regole della bellezza. Pedagogia sistemica in azione", a cura di Laura Formenti (31.3.2025)

Congressi internazionali

Congresso SIRTS "Clinica sistemica e frammentazione dei contesti - cura dei legami e nuove complessità" (Iseo, BS, 16-17.5.2025)

Workshop Post-Congresso - Integrazione, Neuroscienze, Terapia Sistemica, EMDR - con Andrea Mosconi e Laura Rocchietta Tofani (18.5.2025)

INVITO ALL'ISCRIZIONE ALLA SIRTS

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 SIRTIS sono online sul sito www.sirts.org