



QUADERNI SIRTS

N.7

Anno 2026

Incontrare la complessità:
dalla frammentazione all'ecologia della cura.

WWW.SIRTS.ORG
qredazione@sirts.org

LA REDAZIONE DEI QUADERNI SIRTS

Caporedattore: Marco Schneider

Vice-caporedattore: Chiara Bertonati

Redazione: Alice Bregoli

Patrizia Frongia

Monica Gatti

Edoardo Perini

Sara Ferraris

Ringraziamenti

Si ringraziano i Dottori

Lorenzo Rabottino, Sofia Bianchi, Gaia Scarazzini, Katerine Seveso,

Arianna Rossi Valentina Mionti e Daisy Di Stasio

per la collaborazione resa alla realizzazione

di questo numero dei Quaderni SIRTS



EDITORIALE.

Di Marco Schneider, Caporedattore Quaderni SIRTS.

Come ormai da diversi anni, sebbene quest'anno con un certo ritardo rispetto al solito vista l'importanza e la corposità di questo numero, mi accingo ad elaborare l'editoriale per il nuovo numero della rivista "Quaderni SIRTS".

Lasciatemi dire che non posso che aprire questo editoriale con l'amara considerazione che sia il 2025 che anche questa parte del 2026 continuano ad essere funestati da violente guerre che hanno portato alla perdita di migliaia di vite umane innocenti, creato gravi instabilità geopolitiche e riattivato funesti fantasmi del passato legati a guerre "totali". Tutto ciò ha reso ancora più concreto il rischio che il fondamentale sacrificio di moltissime donne e uomini che nei decenni passati ha reso possibile per noi vivere anni di pace, possa venire vanificato.

Come persone, come psicologi e come psicologi sistemici, non possiamo rimanere insensibili a tutto ciò, e nemmeno silenti.

Dico questo per dare evidenza del fatto che anche nel mondo sistemico qualcosa si sta facendo. Nel 2025 infatti è stato varato un progetto sistemico molto importante, chiamato "Manifesto Sistemico. Dieci dichiarazioni per la Pace, la Giustizia e la Responsabilità". Questo progetto riunisce diversi psicologi sistemici che non si limitano ad osservare ciò che accade ma si impegnano in prima persona costruendo alleanze, dialoghi, confronti ma anche formulando proposte per sostenere i processi di pace, di giustizia e di responsabilità nel mondo. Di questo progetto ne diamo fieramente conto in questo numero.

Questo 7° numero dei "Quaderni", importante, ricchissimo, un grande lavoro corale denso di contenuti e di voci autorevoli, si apre però con la notizia, molto triste sebbene in qualche modo attesa, della scomparsa di Edgar Morin, a 104 anni. Per gli psicologi sistemici così come per tutti i pensatori, gli intellettuali, i filosofi, i sociologi ed in generale per tutte le persone che hanno a cuore il progresso dell'umanità, la pace ed il rispetto dei diritti dell'uomo, l'eredità di Morin è e resterà un faro nella nebbia del tempo oscuro che stiamo per diversi aspetti vivendo. Lascio alle efficacissime parole del Presidente SIRTS Federico Ferrari il ricordo di Morin, che troverete in apertura di questo numero.

Venendo alla SIRTS, il 2025 è stato un anno molto importante in quanto è stato il 40° anniversario dalla sua fondazione: era infatti il 1985 quando Boscolo e Cecchin crearono la nostra Società, con, come prima Presidente, Valeria Ugazio.

Il 2025 ha visto lo svolgimento, a maggio, del Congresso Internazionale SIRTS, ad Iseo, dal titolo "Clinica sistemica e frammentazione dei contesti - Cura dei legami e nuove complessità", nel quale tra le altre cose è stato più volte ricordato questo importante anniversario.

A questo proposito questo numero ospita un saluto di Valeria Pomini, il quale sottolinea anche la collaborazione pluriennale tra la SIRTS e la Società greca di terapia familiare HE.S.T.A.F.T.A, (The Hellenic Systemic Thinking and Family Therapy Association).

Questo nuovo numero dei "Quaderni" contiene diversi contributi direttamente collegati agli interventi proposti al Congresso.

Tutti i contributi sono come di consueto impreziositi da commenti di altri colleghi, i quali portano riflessioni e punti di vista che stimolano non solo la lettura, ma anche nuovi pensieri.



Come sempre sottolineo, la formula dei commenti agli articoli è distintiva della nostra rivista ed incarna appieno lo spirito dialogico e sistemico dei Quaderni.

Questo numero dei “Quaderni”, il 7°, dal titolo “Incontrare la complessità: dalla frammentazione all'ecologia della cura” oltre alla già citata formula dei commenti conserva l'impianto a “sezioni”, che quest'anno sono: “Riflessioni epistemologiche”, “Applicazioni cliniche” e “Strumenti”, così come conferma la collaborazione con altre riviste, inaugurata nel precedente numero e continuata qui con grande passione ed ottimi risultati.

È anche mantenuta la recensione di libri. Quest'anno il testo è “*Perché la psicoterapia? Un viaggio a più voci nel cuore del cambiamento*” di G. Manfreda, E. Eisenberg, D. Tortorelli, V. Albertini, recensito da Marco Bianciardi.

Elenco con piacere i 31 autori (in ordine di apparizione nel testo) che hanno scritto su questo numero, segno di una partecipazione larga, plurale, polifonica al progetto editoriale dei “Quaderni SIRTS”: Federico Ferrari, Valeria Pomini, Iva Ursini, Francesca Balestra, Laura Fruggeri, Germana Agnetti, Franco Della Maggiora, Fabio Sbattella, Renzo Marinello, Raúl Medina Centeno, Ana Cristina Ramírez Granados, Andrea Mosconi, Barbara Trotta, Antonio Caruso, Giuliana Alquati, Francesco Caruso, Lorenzo Ferrari, Patrizia Galli, Daniela Testa, Myriam Cassen, Filippo Marconi, Fabiana Montella, Alessia Coronato, Laura Rocchietta Tofani, Gloriana Rangone, Sara Ferraris, Tamás Martos, Viola Sallay, Edoardo Perini, Marilena Tettamanzi, Marco Bianciardi.

Da ultimo segnalo che nel 2025 oltre al Congresso di Iseo la SIRTS ha organizzato diversi eventi di grande interesse: potete trovare un elenco di tali eventi nella sezione “Diario delle iniziative formative e culturali organizzate dalla SIRTS nel 2025-2026”, inclusi gli eventi già realizzati nel 2026 fino ad ora.

Tra di essi mi piace citare la “Festa dei Quaderni SIRTS”, che nella sua seconda edizione si è tenuta a Milano a novembre scorso. È stata una bella festa, un modo per incontrarci, parlare, scambiare sensazioni, idee e progetti ed è stata anche una delle occasioni nelle quali le copie cartacee dei Quaderni sono state distribuite ai soci presenti: i Quaderni, infatti, oltre alla loro forma online sono da due anni anche in formato cartaceo.

L'impegno per rendere cartacea la rivista è uno dei tanti che la SIRTS sostiene per rendere di nuovo “tangibile” lo scambio scientifico e il dialogo tra psicologi sistemici, in un'epoca, se vogliamo, di eccessiva “fluidità” ed indeterminatezza.

Auguro a tutti una proficua e stimolante esplorazione di questo importante volume, una lettura che sono certo fornirà a tutti stimoli fondamentali per la propria riflessione clinica e la pratica con i pazienti, ed invito tutti i colleghi interessati ad avvicinarsi alla Redazione dei Quaderni sia proponendo propri contenuti che proponendosi come collaboratori esterni: un'esperienza certamente arricchente e che favorisce il “fare rete” tra psicologi sistemici.

Milano, luglio 2026

Indice

Federico Ferrari	
In memoriam Edgar Morin	1
Valeria Pomini	
Buon anniversario sirts!	3
Iva Ursini	
Presentazione del manifesto sistemico per la pace	5
SEZIONE RIFLESSIONI EPISTEMOLOGICHE.....	7
Francesca Balestra e Laura Fruggeri	
La psicoterapia come pratica sociale: un approccio multiprocessuale alla terapia	8
Germana Agnetti	
Commento all'articolo di Balestra e Fruggeri: La psicoterapia come pratica sociale: un approccio multiprocessuale alla terapia	21
Franco Della Maggiora	
Depoliticizzazione della sofferenza psichica e ripoliticizzazione della psicoterapia: una proposta sistemica.....	24
Fabio Sbattella	
Commento all'articolo di Della Maggiora: "Depoliticizzazione della sofferenza psichica e ripoliticizzazione della psicoterapia: una proposta sistemica".....	41
Renzo Marinello	
Commento all'articolo di Della Maggiora: "Depoliticizzazione della sofferenza psichica e ripoliticizzazione della psicoterapia: una proposta sistemica".....	45
Raúl Medina Centeno e Ana Cristina Ramírez Granados	
Amore indignato: sentire l'ingiustizia per affrontare gli abusi. una psicoterapia di terzo ordine.....	51
SEZIONE APPLICAZIONI CLINICHE	69
Andrea Mosconi e Barbara Trotta	
Integrare le narrazioni terapeutiche: protocolli di integrazione tra terapia sistemica ed emdr".....	70
Antonio Caruso	
Commento all'articolo di Mosconi e Trotta: "Integrare le narrazioni terapeutiche: protocolli di integrazione tra terapia sistemica ed emdr"	93
Giuliana Alquati, Francesco Caruso, Lorenzo Ferrari e Patrizia Galli	
Le mappe non sono il territorio integrazione tra approcci teorico-metodologici diversi nel trattamento delle psicopatologie	95
Daniela Testa	
Commento all'articolo di Alquati, Caruso, Ferrari e Galli: "Le mappe non sono il territorio. integrazione tra approcci teorico-metodologici diversi nel trattamento delle psicopatologie"	109
Myriam Cassen	
Thérapie familiale intégrative et soutien à la parentalité	113



Filippo Marconi	
Commento all'articolo di Cassen: "Thérapie familiale intégrative et soutien à la parentalité"	133
Fabiana Montella e Alessia Coronato	
La resilienza nei sistemi aziendali: l'elaborazione del lutto collettivo nei casi di "morte bianca". un intervento sistemico-relazionale.	136
Laura Rocchietta Tofani	
Commento all'articolo di Montella e Coronato: "La resilienza nei sistemi aziendali: l'elaborazione del lutto collettivo nei casi di "morte bianca". Un intervento sistemico-relazionale"	151
Gloriana Rangone	
Era un ragazzo solare e la famiglia... era perfetta!	155
Sara Ferraris	
Commento all'articolo di Rangone: "Era un ragazzo solare e la famiglia...era perfetta!".....	165
SEZIONE STRUMENTI.....	168
Tamás Martos e Viola Sallay	
Metodo emoth (experience mapping of the home) nella terapia sistemica: esplorazione delle narrazioni legate al luogo e guarigione in un approccio informato sul trauma.....	169
Edoardo Perini	
Commento all'articolo di Martos e Sallay: "Metodo emoth (experience mapping of the home) nella terapia sistemica: esplorazione delle narrazioni legate al luogo e guarigione in un approccio informato sul trauma".	187
SEZIONE DALLE ALTRE RIVISTE.....	190
Marilena Tettamanzi	
Dalla cibernetica dell'io alla cibernetica del noi. Famiglie a transazione alcolica	191
Mara Selvini Palazzoli	
Tipi di giochi familiari (sottogiochi) che hanno a che fare con l'alimentazione	209
Christina-Konstantina Kalyva	
Therapy without commitment, change without desire?	218
SEZIONE RECENSIONE LIBRI.....	224
Recensione di marco bianciardi	225
DIARIO DELLE INIZIATIVE FORMATIVE E CULTURALI ORGANIZZATE DALLA SIRTS NEL 2025-2026:	226
INVITO ALL'ISCRIZIONE ALLA SIRTS.....	227
QUADERNI SIRTS – NORME REDAZIONALI	228

IN MEMORIAM EDGAR MORIN

Federico Ferrari¹

Sito: www.federicoferrari.info

È scomparso il 29 maggio 2026 a Parigi, all'età di 104 anni, Edgar Morin.

Con lui il pensiero umano perde uno dei suoi esploratori più coraggiosi e instancabili. Per la comunità dei pensatori sistemici e della complessità, la sua perdita ha un peso del tutto particolare. Morin non era semplicemente un filosofo o un sociologo: è stato un grande maestro, che ha fatto della *relianza* (la connessione) l'asse portante del suo pensiero e della complessità il suo metodo.

Insieme a pensatori come Gregory Bateson, Ilya Prigogine e Francisco Varela, ha posto le basi epistemologiche all'intuizione fondamentale che la vita, la conoscenza e la società sono fenomeni emergenti, non riducibili alla somma delle loro parti. Fu un soggiorno nel 1969 presso il Salk Institute for Biological Studies in California (ce lo ricorda Antonio Carioti sul Corriere della Sera del 30 maggio 2026) a far nascere il progetto di una ricomposizione multidisciplinare delle conoscenze umanistiche e scientifiche. Quel progetto trovò la sua espressione monumentale nei sei volumi de "Il Metodo" (1977-2004), nei quali Morin costruì un'alternativa epistemologica capace di tenere insieme ordine e disordine, certezza e incertezza, individuo e cosmo.

I suoi allievi e gli amici che lo hanno conosciuto lo ricordano come un essere umano straordinario, che mantenne tutta la vita il nome di battaglia assunto sotto la Resistenza al nazifascismo (Morin) accanto al cognome paterno (Nahoum).

Come scrive Mauro Ceruti sul Corriere della Sera del 31 maggio 2026, Morin aveva radici molteplici, ebraico-sefardite, italiane, spagnole, mediterranee, europee, e da queste radici aveva tratto «la vocazione per un'identità plurima» e «il rifiuto per ogni integralismo». Quella stessa pluralità che segnò la sua storia è divenuta il cuore epistemologico della sua opera: nessun sapere parziale, nessuna disciplina isolata può restituire la realtà nella sua complessità irriducibile. Il suo libro *La testa ben fatta* (1999) è un invito a tradurre questa verità in un metodo educativo. Il suo concetto di dialogica, la capacità di tenere unite logiche antagoniste senza forzarle in una sintesi, rimane uno degli strumenti concettuali più importanti ed attuali della pratica sistemica.

Sempre Ceruti ricorda che Morin, pochi giorni prima della morte, aveva condensato il nucleo del suo pensiero con queste parole: «La probabilità è a favore del peggio. Ma anche l'improbabile e l'imprevedibile sono possibili. Sembra che Thanatos debba essere vincitore.

¹ PhD, Psicologo – Psicoterapeuta, Presidente S.I.R.T.S.



Ma, qualunque cosa accada, la nostra vita può avere senso solo prendendo le parti di Eros». È un messaggio che la comunità sistemica non può ignorare: il pensiero complesso non è mai stato solo un programma teorico, ma un appello etico a «cambiare strada», come Morin non smise mai di ripetere fino alla fine. Come scrive Ceruti, Morin ci ha insegnato a riconoscere che «nel brulicare di eventi, concezioni e idee, spesso non è il probabile ma l'improbabile ad affermarsi».

In un'epoca di policrisi globale, questa lezione è forse la più necessaria.

Grazie, Edgar Morin.

**MESSAGGIO DI VALERIA POMINI ALLA SIRTS IN OCCASIONE DEL
CONGRESSO INTERNAZIONE SIRTS DI ISEO (16-17 MAGGIO 2025) DAL
TITOLO “CLINICA SISTEMICA E FRAMMENTAZIONE DEI CONTESTI -
CURA DEI LEGAMI E NUOVE COMPLESSITÀ”.
BUON ANNIVERSARIO SIRTS!**

Valeria Pomini²
Mail: vpomini@med.uoa.gr

Carissimi amici e colleghi della SIRTS,

rivolgo a tutti da Atene un caloroso saluto e i miei migliori auguri per i 40 anni dalla fondazione della SIRTS. Mi spiace non essere con voi a festeggiare in presenza e partecipare a queste giornate ricche di contenuti e della voglia di confrontarsi su temi così attuali riassunti nel titolo di questo convegno “*La frammentazione dei contesti*”. Ringrazio in particolare Iva Ursini, Patrizia Frongia, Renzo Marinello e gli altri colleghi del Board per l'invito ad essere presente seppur a distanza. Vorrei congratularmi con tutti coloro che hanno efficacemente e alacremente lavorato durante questi decenni per mantenere ed ampliare le attività di rete e scientifiche della Società. Ricordo il primo convegno nel 1986 a Riccione, quando mi iscrissi come socio allieva, con i nostri maestri Boscolo e Cecchin e la prima presidente Valeria Ugazio. In seguito, conclusa la Scuola, divenni socio ordinario mantenendo i contatti con la SIRTS anche dopo il mio trasferimento ad Atene.

Il mio saluto è anche a nome della nostra associazione HESTAFTA (Hellenic Systemic Thinking & Family Therapy Association), dell'attuale presidente Nikos Marketos e degli altri colleghi del Board. HESTAFTA fu la prima associazione di terapeuti sistemici in Grecia, fondata nel 1998 su iniziativa di Vlassis Tomaras e della sottoscritta, e dal 2010 fa parte della Federazione ETHOS. Fu durante il periodo della mia presidenza di HESTAFTA che gli scambi fra questa e la SIRTS divennero più frequenti: ricordo un simposio organizzato al convegno EFTA di Berlino nel 2007 assieme a Mauro Mariotti, allora Presidente della SIRTS, e il gemellaggio suggellato da me e Iva Ursini durante la sua presidenza nel 2008. Le attività organizzate in comune sono state da allora molteplici: presentazioni a convegni sia in Grecia che in Italia, workshops, simposi ai congressi EFTA. Didatti membri della SIRTS, a partire dalle supervisioni di Boscolo e Cecchin fin dai primi anni '90, sono periodicamente invitati ad insegnare e offrire supervisione agli allievi della Scuola di Psicoterapia Sistemica di cui sono co-responsabile, presso l'University Mental Health, Neurosciences & Precision Medicine Research Institute "Kostas Stefanis" di Atene. A mia volta, periodicamente insegno in Scuole dirette da membri della SIRTS.

Lo scambio fra le due Associazioni è continuato con i contributi a due importanti volumi, il primo pubblicato da Springer nel 2022 a cura di Mauro Mariotti, George Saba e Peter Stratton

² PhD, Psicologa – Psicoterapeuta, HESTAFTA Board Member

"*Handbook of Systemic Approaches to Psychotherapy Manuals*" e il secondo pubblicato recentemente da Franco Angeli a cura di Mauro Mariotti, Camillo Loredi, George Saba, Carlos Sluzki e Peter Stratton "*Evidenze e creatività in psicoterapia sistemica e relazionale - Dalla terapia familiare alla psicoterapia individuale, di coppia, della famiglia e dei gruppi sociali*", ai quali hanno contribuito come autori sia membri della SIRTS che di HESTAFTA. Ancora un caloroso ringraziamento agli Editors e in particolare a Mauro Mariotti per l'immenso lavoro svolto.

Non meno importante è il contributo di membri della SIRTS come autori di articoli pubblicati nel corso dei 20 anni di vita della rivista edita da HESTAFTA "*Systemic Thinking & Psychotherapy*". Si tratta di una rivista esclusivamente digitale, semestrale, bilingue, nel senso che ogni articolo viene pubblicato sia in greco che in inglese, peer reviewed, con accesso gratuito al seguente sito:

<https://hestafta.org/en/journal/systemic-thinking-psychotherapy>.

Recentemente, abbiamo inaugurato una nuova più stretta collaborazione con i *Quaderni SIRTS*, grazie a Marco Schneider, e creato una rete di riviste digitali dell'area sistemica, con caratteristiche comuni, che comprende anche *Connessioni* e *Frattali*. L'obiettivo è di dare maggiore risonanza alla produzione scientifica pubblicata in ogni rivista, avviare un dialogo più ampio fra Autori, allargare il confronto su temi teorici e pratici, ed organizzare giornate comuni di approfondimento aperte alla partecipazione di terapeuti ed allievi. Ritengo che questa iniziativa possa offrire un ambito di ancora più proficuo scambio fra le nostre due Associazioni.

Concludendo, ritengo importante menzionare un'iniziativa nata di recente, inizialmente all'interno della rete internazionale degli autori del volume edito da Franco Angeli, e poi allargatasi attraverso i contatti di ciascuno: un gruppo di riflessione su quanto stiamo vivendo in quest'epoca difficile di conflitti e guerre. Ci siamo dati un nome, *Systemic Voices for Peace*, con l'intento di fare sentire la voce dei terapeuti sistemici sui temi urgenti che riguardano le nostre società: le disuguaglianze, le ingiustizie, la povertà, la difesa dell'ambiente, le minacce alla democrazia, i conflitti e le guerre in corso. Il gruppo è nato dal bisogno di confrontarci, riflettere, ma anche trovare modi concreti per utilizzare le nostre conoscenze dei sistemi umani e la nostra esperienza di risoluzione pacifica dei conflitti anche al di fuori della sfera della salute mentale e dei servizi psicosociali. Uscire dal proprio ambito per un'azione anche politica per testimoniare che vie alternative di dialogo ed ascolto possono essere praticate. Evitare il silenzio di fronte agli orrori dei conflitti che quotidianamente perpetuano la violenza e creano traumi che segnano le attuali e le future generazioni.

Porgo l'augurio alla SIRTS, e a noi tutti amici e colleghi, di continuare a produrre conoscenza, connessione, dialogo, come in questo convegno, per promuovere anche nelle nuove generazioni il pensiero sistemico come antidoto al pensiero lineare della violenza, della prevaricazione da parte del più forte, della guerra, dello sfruttamento delle risorse naturali.

PRESENTAZIONE DEL MANIFESTO SISTEMICO PER LA PACE

Iva Ursini³

Mail: dott_ursini@yahoo.it

Care e cari colleghi,

nel contesto di una collaborazione internazionale che vede la partecipazione di soci SIRTS— anche co-autori di una pubblicazione collettiva *“Evidenza e Creatività in psicoterapia sistemico-relazionale”* (Franco Angeli, 2025) - Mauro Mariotti, Peter Stratton, Valeria Pomini, Laura Rocchietta Tofani, Iva Ursini, Lia Mastropaolo, Umberta Telfener, Cinthe Lemmens ed altri - hanno avviato un dialogo e un confronto sulle crisi globali e sociali più urgenti, da una prospettiva sistemica. Da questa iniziativa è nata una rete sempre più ampia: Systemic Voices for Peace, Voci Sistemiche per la Pace.

Il gruppo attraverso riunioni online a cadenza mensile ha prodotto riflessioni che è sembrato utile sintetizzare in un Manifesto Sistemico, non tanto come dichiarazione finale ma come occasione per orientarsi nella turbolenza di questi tempi.

³ Psicologa – Psicoterapeuta, Past President SIRTS, Direttore Scientifico Master in Terapia di coppia (Spazio Iris - Milano)



UN APPELLO ALLA PACE DALL'INTERNO DEL CAMPO DELLA PSICOTERAPIA.

La pace è un atto collettivo. In nome di questo impegno, e come comunità di terapeuti sistemici, scegliamo di sostenere la pace e tutte le azioni che alimentano relazioni pacifiche tra tutte le comunità e i popoli.

Manifesto Sistemico

Dieci Dichiarazioni per la Pace, la Giustizia e la Responsabilità

1. Siamo pensatori sistemici, con radici nei concetti di relazione, contesto, potere e significati. Il nostro pensiero non è neutrale, è impegnato.
2. Rifiutiamo il silenzio di fronte alla violenza. La neutralità diventa complicità quando il potere è distribuito in modo diseguale e la sofferenza è normalizzata.
3. Crediamo che la pace non sia solo l'assenza di conflitto, ma la presenza di giustizia, dignità e dialogo reciproco, mai imposto.
4. Rifiutiamo le narrazioni "binarie" del bene contro il male. Vediamo piuttosto cicli di traumi e disconnessione che richiedono comprensione dei fenomeni e trasformazione.
5. Accogliamo la complessità, non come una scusa per l'inazione, ma come un invito etico a un impegno responsabile, coniugato in tante sfumature.
6. Ci impegniamo a dare un nome alle situazioni di potere e di privilegio e a sfidare i sistemi che sostengono l'oppressione, anche quando questa azione è difficile o impopolare.
7. Mettiamo al centro la multi-vocalità. Ogni voce conta, soprattutto quelle cancellate, messe a tacere o inascoltate. Il dialogo è la nostra pratica.
8. Intendiamo la guarigione come una questione sia relazionale che politica. Nessun cambiamento personale è completo senza una trasformazione sistemica.
9. Vediamo tutte le crisi—guerra, ingiustizia, collasso ecologico—come interconnesse, radicate nell'illusione di separazione tra gli elementi della realtà.
10. Scegliamo di parlare e agire. Non da una posizione di superiorità morale, ma per una profonda responsabilità relazionale, perché un altro mondo è possibile e urgentemente necessario.

Il Manifesto è stato tradotto in inglese, francese, spagnolo in modo da poter rendere possibile la condivisione internazionale. Vi sono diversi siti che è possibile visitare per avere maggiori informazioni, tra cui il blog ISCRA e l'Accademia di Terapia della Famiglia. Per firmare al fine di aderire all'iniziativa è possibile visitare questo form: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeKdmQ30MVLGH1l-Zgn-9jgsfv3qTInCDn4Dx-52gpNrUsEaA/viewform>



SEZIONE RIFLESSIONI EPISTEMOLOGICHE

**LA PSICOTERAPIA COME PRATICA SOCIALE:
UN APPROCCIO MULTIPROCESSUALE ALLA TERAPIA**
*(PSYCHOTHERAPY AS A SOCIAL PRACTICE:
A MULTIPROCESS PERSPECTIVE ON THERAPEUTIC PRACTICE)*

Francesca Balestra⁴ e Laura Fruggeri⁵
Mail: f.balestra@yahoo.it, laura.fruggeri@gmail.com

SOMMARIO

L'articolo approfondisce il tema della psicoterapia intesa come pratica sociale, mettendo al centro le componenti socio-economiche, politiche e culturali che influenzano il benessere e il disagio psicologico. Attraverso una prospettiva multi processuale, viene discusso come i processi personali, interpersonali e macrosociali siano interdipendenti e come la pratica terapeutica richieda una sensibilità socio-culturale capace di riconoscere le responsabilità contestuali alla base della sofferenza dei clienti. A partire da una rassegna teorica e dall'analisi di una situazione clinica, l'articolo esplora inoltre il ruolo del terapeuta come attore sociale e il peso delle rappresentazioni implicite nel setting terapeutico, mostrando come questi elementi orientino il lavoro clinico, gli snodi del processo terapeutico e le possibilità di cambiamento. Vengono infine discusse le implicazioni di tale prospettiva, evidenziando come una mancata tematizzazione delle dimensioni sociali e politiche del disagio possa produrre letture riduttive dell'esperienza e come il terapeuta, assumendo una prospettiva multi processuale, possa orientare il lavoro clinico verso forme di consapevolezza critica e di partecipazione a processi di cambiamento sociale.

PAROLE CHIAVE: Multiprocessualità, Dimensione sociale della psicoterapia, Approcci di terzo ordine, Posizionamento del terapeuta, Pratica clinica sistemica

⁴ Psicologa e psicoterapeuta, PhD, svolge attività clinica, formativa e di ricerca. È didatta presso il Centro Bolognese di Terapia della Famiglia e coordinatrice della commissione ricerca SIPPR. Ha presentato relazioni a convegni nazionali e internazionali ed è autrice di articoli e contributi sulla ricerca in psicoterapia e sulla pratica clinica. Con Laura Fruggeri ed Elena Venturelli è coautrice del volume *Le competenze psicoterapeutiche* (Il Mulino, 2020), tradotto in inglese (Routledge, 2022) e in spagnolo (Editorial Sentir, 2023).

⁵ Psicologa e psicoterapeuta, è direttrice del Centro Bolognese di Terapia Familiare, dove svolge attività clinica, formativa e di ricerca. Ha tenuto e tiene corsi e seminari presso Università, Istituti di formazione e Centri di ricerca in Europa e nel Nord e Sud America. Ha presentato relazioni a convegni nazionali ed internazionali, ed è autrice di numerosi articoli, saggi e volumi pubblicati in italiano, inglese, francese, spagnolo e tedesco. "Le competenze psicoterapeutiche" pubblicato in italiano dal Mulino nel 2020 è stato tradotto in inglese (Routledge, 2022) e in spagnolo (Editoriale Sentir, 2023).



ABSTRACT

This article examines psychotherapy as a social practice, emphasising the socio-economic, political and cultural factors that influence psychological well-being and distress. Adopting a multiprocess perspective, the article discusses the interdependence of personal, interpersonal, and macrosocial processes. It also highlights the need for socio-cultural sensitivity in therapeutic practice to recognise the contextual responsibilities underlying clients' suffering. Drawing on a theoretical review and analysis of a clinical case, the article also explores the therapist's role as a social actor, as well as the influence of implicit representations within the therapeutic setting. It demonstrates how these elements shape clinical work, key moments in the therapeutic process and possibilities for change. Finally, the article discusses the implications of this perspective, emphasising that an absence of explicit consideration of the social and political dimensions of distress can lead to reductive interpretations of experience. It also highlights how therapists can adopt a multiprocess perspective to orient clinical work towards critical awareness and participation in broader processes of social change.

KEY WORDS: Multiprocessuality, Social dimension of psychotherapy, Third-order approaches, Therapist positioning, Systemic clinical practice

LE DIMENSIONI SOCIALI DEL DISAGIO PSICOLOGICO E DELLA PRATICA PSICOTERAPEUTICA

Gli individui e i sistemi relazionali crescono all'interno di una rete complessa di processi che connettono le caratteristiche personali alle dinamiche interpersonali e, al tempo stesso, alle strutture socio-economiche, politiche, culturali e istituzionali. Le esperienze soggettive, le modalità relazionali e le traiettorie di sviluppo delle famiglie e degli individui prendono forma all'interno di contesti sociali storicamente situati che offrono opportunità, pongono vincoli e attribuiscono significati alle esperienze vissute. Le caratteristiche personali – come le emozioni, le credenze su di sé, le aspettative relazionali e i comportamenti – emergono e si consolidano attraverso interazioni ripetute con i sistemi di appartenenza. Tali interazioni sono però sempre mediate da condizioni materiali e simboliche più ampie: la posizione socioeconomica, l'accesso alle risorse, le norme culturali, le politiche sociali, i dispositivi istituzionali e le relazioni di potere che attraversano la vita quotidiana. Le dinamiche interpersonali, a loro volta, rappresentano uno spazio in cui i processi macrosociali vengono tradotti, riprodotti o talvolta messi in discussione. Le disuguaglianze economiche, le aspettative di genere, le gerarchie razziali o culturali e le ideologie dominanti trovano espressione concreta nelle pratiche relazionali quotidiane, influenzando la distribuzione di ruoli, responsabilità, riconoscimento e possibilità di azione all'interno delle famiglie, delle coppie e dei contesti sociali. Questa interconnessione trova riscontro anche nella ricerca scientifica, che negli ultimi

decenni ha documentato in modo sempre più solido come il benessere e il disagio psicologico personale e interpersonale possano avere le loro radici in condizioni macrosociali. Uno dei risultati più consolidati in letteratura riguarda ad esempio l'impatto negativo delle difficoltà economiche sulle reazioni emotive degli individui, sulla qualità delle relazioni familiari e sul benessere psicologico complessivo (Minuchin, Colapinto e Minuchin, 2000; Conger, Conger e Martin, 2010). Nei contesti di povertà, le pressioni finanziarie quotidiane generano uno stato di tensione costante nei genitori, legato all'incertezza rispetto alla possibilità di far fronte ai bisogni fondamentali della famiglia. Tale tensione si traduce spesso in distress emotivo, conflittualità di coppia, insoddisfazione relazionale e distanza emotiva, con ricadute significative sulla qualità delle relazioni genitori-figli e sul benessere dei bambini (Cui, Donnellan e Conger, 2007). Alcuni autori hanno inoltre evidenziato come le difficoltà economiche possano innescare reazioni depressive nei genitori, riducendo il senso di autoefficacia e generando vissuti di inutilità e fallimento personale (Nievar e Luster, 2006). In tali condizioni, il disagio psicologico tende a essere letto come problema individuale, mentre le sue radici strutturali restano invisibili, con il rischio di rinforzare processi di auto-colpevolizzazione e di occultamento delle responsabilità sociali. Condizioni di vita caratterizzate da isolamento, povertà, marginalizzazione, precarietà abitativa e impossibilità di rispondere adeguatamente ai bisogni dei figli, tuttavia, non sono naturali né inevitabili, ma il prodotto di processi sociali e politici che generano disuguaglianze strutturali (McCarthy, 2001). Il disagio psicologico può inoltre affondare le sue radici nel razzismo e nelle diverse forme di discriminazione, che si manifestano attraverso esclusione sociale, discriminazioni lavorative, stigmatizzazione, minacce fisiche, molestie e violenza. Numerosi studi hanno documentato gli effetti profondamente negativi del razzismo sulla salute psicologica e fisica, anche quando le persone non attribuiscono consapevolmente il maltrattamento subito a pratiche discriminatorie (Brondolo et al., 2008; Williams e Mohammed, 2009). Condizioni estreme, come quelle vissute in contesti di guerra, persecuzione o violazioni sistematiche dei diritti umani, producono forme di sofferenza che possono essere comprese solo all'interno di una trama complessa di esperienze politiche, culturali, relazionali e psicologiche. In questi casi, il significato del disagio non può essere ridotto a una dimensione intrapsichica, ma richiede di essere riconosciuto e validato nel suo legame con processi di de-umanizzazione, de-culturazione e violenza strutturale (Sironi, 2007). Un ulteriore livello riguarda le assunzioni culturali che regolano la vita quotidiana delle comunità. Con il termine cultura si fa riferimento all'insieme di credenze, valori e norme che validano e mantengono l'ordine sociale. Queste assunzioni – spesso implicite, date per scontate e vissute come “verità naturali” – organizzano le pratiche individuali e collettive e contribuiscono a costruire identità personali e sociali. Patriarcato, razzismo, classismo, neoliberismo e ideologie meritocratiche rappresentano esempi di strutture simboliche che, pur essendo storicamente e politicamente costruite, vengono interiorizzate sia da chi esercita il potere sia da chi ne subisce gli effetti. Proprio per questa loro natura invisibile e condivisa, esse possono avere un impatto particolarmente dannoso sul benessere psicologico delle persone che vivono in posizioni di marginalità (Fruggeri, Balestra e Venturelli, 2020). In questa prospettiva, il disagio psicologico non può essere ricondotto esclusivamente a vulnerabilità individuali o a dinamiche relazionali disfunzionali, ma deve essere inteso come il

prodotto di un'interazione complessa e circolare tra livelli diversi di processo. Già nel 1990 Marianne Walters scriveva "Se continuiamo a concepire i sintomi primariamente per la loro funzione nel sistema familiare, non saremo mai in grado di capire come l'esperienza dell'immigrazione, l'impatto della povertà, l'effetto del convivere in condizioni di sovraffollamento, le situazioni punitive scolastiche, la discriminazione razziale, lo stereotipo sessuale o di genere siano determinanti nelle transazioni interpersonali o familiari disfunzionali" (1990, p.26). La ricerca le ha dato ragione.

Riconoscere l'interdipendenza tra processi personali, interpersonali e macrosociali non riguarda soltanto il modo in cui viene concettualizzato il disagio dei clienti, ma chiama in causa direttamente anche il ruolo e il posizionamento dello psicoterapeuta. Il terapeuta, infatti, non è un osservatore esterno o neutrale rispetto ai contesti sociali che contribuiscono a generare benessere o sofferenza, ma è egli stesso un attore sociale, inserito nei medesimi sistemi simbolici, culturali e di potere che attraversano l'esperienza delle persone che incontra in terapia (Walters, 1990; McDowell et al., 2019). Come ogni altro attore sociale, anche lo psicoterapeuta condivide con la comunità di appartenenza rappresentazioni sociali, pregiudizi, stereotipi, teorie implicite e sistemi di credenze che costituiscono una forma di conoscenza di senso comune. Tale conoscenza, proprio perché data per scontata, tende a operare in modo invisibile, orientando le modalità attraverso cui vengono interpretati i problemi, attribuite responsabilità e costruite ipotesi cliniche. Il senso comune non si limita a riflettere l'ordine sociale, ma contribuisce attivamente a sostenerlo e a riprodurlo, rendendo particolarmente difficile mettere in discussione lo status quo. Poiché il senso comune si fonda su una verità dominante, esso rischia di rendere invisibili altre possibili letture dell'esperienza, limitando lo spazio per narrazioni alternative del disagio e del benessere. Anche il terapeuta, se non impegnato in un lavoro riflessivo, può utilizzare queste categorie interpretative nella pratica clinica senza riconoscerne il carattere normativo e politico.

In questo quadro, la riflessività del terapeuta assume un ruolo centrale. Riflettere sul proprio posizionamento sociale implica interrogare criticamente le teorie implicite, le premesse socio-culturali e le rappresentazioni che orientano il proprio sguardo clinico (Roysircar, 2004). Tale riflessività riguarda anche il linguaggio utilizzato nel contesto terapeutico, poiché pregiudizi, stereotipi e disuguaglianze vengono costruiti e mantenuti attraverso pratiche discorsive quotidiane, verbali e non verbali. Discorsi relativi al genere, all'etnia o alla sessualità possono essere costruiti nella conversazione terapeutica senza una consapevolezza esplicita, rendendo invisibili le relazioni di potere connesse alle differenze sociali e sottraendole alla possibilità di essere affrontate nel dialogo clinico (Janusz, Józefik, & Peräkylä, 2018). Assumere il terapeuta come attore sociale significa quindi riconoscere che la costruzione del senso del disagio avviene sempre all'interno di una relazione asimmetrica, attraversata da posizioni di potere differenziate. Il terapeuta partecipa attivamente alla costruzione delle ipotesi e dei significati e non può sottrarsi alla responsabilità di interrogare i bias connessi alla propria collocazione sociale. Il posizionamento del terapeuta può, talvolta, silenziare le voci di persone appartenenti a gruppi minoritari o a contesti di oppressione, rendendo meno dicibili le dimensioni sociali della sofferenza. Quando guidati da modelli teorici che ignorano le differenze prodotte dalle

relazioni sociali, i terapeuti rischiano di contribuire, in modo involontario, alla ricostruzione delle stesse disuguaglianze che generano il disagio (James & McIntyre, 1983). In questo senso concetti come quello di *social graces* (Burnham, 2012) consentono di mettere a fuoco come dimensioni quali genere, classe sociale, etnia, orientamento sessuale, età e status professionale contribuiscano a strutturare l'incontro terapeutico e le possibilità di riconoscimento reciproco, operando anche in modo intersezionale, ovvero producendo posizioni sociali complesse che intrecciano simultaneamente privilegi e vulnerabilità (Crenshaw, 1989). Collocare il terapeuta come attore sociale all'interno di una prospettiva multiprocessuale consente dunque di ampliare il campo della responsabilità clinica, includendo non solo l'attenzione ai processi intrapsichici e relazionali, ma anche alla dimensione politica e culturale della pratica terapeutica. Significa riconoscere che la pratica clinica partecipa inevitabilmente alla riproduzione o alla trasformazione dell'ordine sociale. Ogni intervento contribuisce a legittimare determinate letture del disagio e a delegittimarne altre; può rafforzare narrazioni di responsabilità individuale oppure aprire spazi di riconoscimento delle responsabilità collettive e istituzionali (Afuape, 2016). Anche l'assenza di una tematizzazione esplicita delle dimensioni sociali costituisce una presa di posizione implicita. Tale consapevolezza non trasforma la terapia in un intervento ideologico, ma ne rafforza il rigore etico ed epistemologico, rendendo possibile un lavoro clinico più attento alle condizioni che organizzano l'esperienza dei clienti e alle dinamiche di potere che attraversano la relazione terapeutica stessa.

PSICOTERAPIA E PROCESSI SOCIALI: CONVERGENZE TEORICHE E SVILUPPI CLINICI

Le evidenze empiriche e le riflessioni teoriche sopra richiamate hanno progressivamente sollecitato una revisione dei modelli sistemici tradizionali, storicamente centrati prevalentemente sulla dimensione interpersonale. Negli ultimi anni, diversi autori e approcci hanno messo in discussione le letture che isolano i processi relazionali dal contesto più ampio, cercando di integrare in modo esplicito l'influenza dei processi istituzionali, culturali, socioeconomici e politici sul benessere e sul disagio psicologico (Walters, 1990; McDowell, Knudson-Martin, & Bermudez, 2019).

In questo quadro si collocano diversi orientamenti che, pur con accenti teorici differenti, condividono l'obiettivo di rendere visibili le strutture sociali e culturali che attraversano l'esperienza quotidiana delle persone. La Third Order Family Therapy, ad esempio, esplora l'impatto dei sistemi sociali, delle dinamiche di potere e dei processi collettivi di costruzione del significato sui processi personali e relazionali, proponendo un lavoro clinico orientato all'equità sociale e relazionale e attento alle condizioni materiali di vita dei clienti (McDowell et al., 2019; Knudson-Martin, McDowell, & Bermudez, 2019). Analogamente, le pratiche psicoterapeutiche decolonizzanti mirano a riconoscere e smantellare le eredità del colonialismo come strutture storiche e contemporanee di oppressione, sfruttamento e marginalizzazione, valorizzando al contempo le strategie di resistenza sviluppate dalle persone in contesti segnati da relazioni di potere asimmetriche (Chin et al., 2022).



La psicologia della liberazione e la terapia femminista condividono l'assunto secondo cui la sofferenza individuale non può essere separata dalle condizioni di oppressione sociale in cui essa prende forma. Entrambe concepiscono la terapia come uno spazio di consapevolezza critica e di possibile trasformazione, in cui vengono resi espliciti i legami tra vissuti personali, relazioni significative e sistemi di potere quali capitalismo, patriarcato, razzismo e disuguaglianze di genere (Martín-Baró, 1996; Brown, 2008; Miller, 2012). In modo affine, il modello di Psicologia Clinica Geopolitica sottolinea come ambienti politici, identità nazionali, conflitti armati, migrazioni forzate, violenza collettiva e disuguaglianze sistemiche influenzino profondamente sia gli stati psicologici individuali sia quelli collettivi (Sironi, 2007).

Nonostante le differenze teoriche e metodologiche, questi approcci convergono nel sottolineare la necessità di una competenza terapeutica improntata alla multiprocessualità, fondata su una sensibilità socio-culturale che integri conoscenze provenienti da discipline diverse – quali sociologia, filosofia, economia, scienze politiche e antropologia – e che consenta di riconoscere l'interdipendenza tra processi personali, interpersonali e macrosociali (Roysircar, 2004; McDowell et al., 2019).

Va precisato che la relazione tra i processi personali, interpersonali e sociali non è gerarchica, né isomorfica, né deterministica; cioè non è lineare. Si tratta di processi distinti ma interdipendenti. L'idea non è che il sistema sociale influenzi quello interpersonale, che a sua volta influenza quello personale, né che ogni livello rispecchi quello superiore. Questi tre livelli di processi sono diversi ma interdipendenti: le esperienze delle persone emergono all'interno delle dinamiche interpersonali, che sono plasmate dalle differenze individuali. Le radici di queste differenze possono essere ricondotte a processi macrosociali più ampi. A loro volta, questi processi macrosociali sono mantenuti - o trasformati - attraverso le interazioni interpersonali quotidiane che sostengono o modificano le posizioni individuali. Questo ciclo continuo può rafforzare l'ordine sociale esistente o generare un cambiamento trasformativo.

In questa prospettiva, la psicoterapia opera principalmente a livello interpersonale, ma con la consapevolezza e l'intenzione di partecipare a processi di cambiamento che possono coinvolgere anche il livello sociale più ampio. Pur non potendo modificare direttamente le condizioni strutturali, l'intervento terapeutico può favorire processi di consapevolezza che i clienti possono poi agire nei propri contesti di vita, rendendo la pratica clinica un atto implicitamente politico (Afuape, 2016). È per queste affinità, pur nella pluralità degli approcci, che risulta utile riferirsi a tali prospettive come a una metodologia psicoterapeutica multiprocessuale, capace di affrontare l'intreccio tra dimensioni sociali, relazionali e personali nella comprensione del benessere e della sofferenza (Fruggeri, Balestra, & Venturelli, 2020).

IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

Le evidenze di ricerca e le riflessioni teoriche discusse nei paragrafi precedenti non riguardano soltanto la comprensione del disagio, ma chiamano in causa il modo in cui i terapeuti costruiscono il senso della sofferenza insieme ai clienti e attuano gli interventi di aiuto (Walters, 1990; McDowell et al., 2019). Quando la sofferenza delle persone è strettamente intrecciata a condizioni sociali, economiche e politiche, il lavoro clinico richiede di tenere

simultaneamente in considerazione i processi personali, le dinamiche relazionali e le responsabilità strutturali che contribuiscono alla produzione del malessere. Tale posizione terapeutica non implica soltanto un diverso modo di concettualizzare il disagio psicologico, ma orienta in modo sostanziale le ipotesi formulate, le scelte terapeutiche, il tipo di domande poste e le direzioni dell'intervento.

In queste circostanze, un primo compito terapeutico consiste nell'accompagnare i clienti a riconoscere che l'origine del proprio disagio non risiede esclusivamente in caratteristiche individuali o in presunte fragilità personali, ma si colloca all'interno di processi più ampi che hanno progressivamente limitato le loro possibilità di azione, di riconoscimento e di legittimazione. La ricostruzione condivisa del processo che ha generato la sofferenza consente di rendere visibili tali responsabilità contestuali, riducendo i vissuti di auto-colpevolizzazione e aprendo lo spazio per nuove letture dell'esperienza (Jones, 1994; McCarthy, 2001).

Un secondo obiettivo dell'intervento terapeutico riguarda la valorizzazione delle competenze e delle risorse che le persone hanno sviluppato nel fronteggiare condizioni avverse. Anche in situazioni di forte vulnerabilità sociale, la sofferenza è accompagnata da strategie di adattamento, resistenza e sopravvivenza che spesso restano invisibili sia ai clienti sia ai contesti di appartenenza. Il dialogo terapeutico può promuovere il riconoscimento di tali strategie, sostenendo processi di resilienza e di riappropriazione del senso di efficacia personale e relazionale.

Un ulteriore elemento riguarda l'identificazione del contesto collettivo entro cui i clienti possono collocare la propria esperienza e la propria possibilità di azione. Aiutare le persone a riconoscersi come soggetti legittimi all'interno di cornici sociali più ampie – gruppi, reti, comunità, movimenti, istituzioni – può favorire il passaggio da una lettura privata del disagio a una comprensione socialmente situata, aprendo la possibilità a forme di azione che non si limitano al cambiamento individuale o relazionale, ma che possono estendersi anche al piano sociale (Martín-Baró, 1996).

Questo tipo di lavoro clinico può includere conversazioni esplicite sulle dimensioni sociali e politiche della sofferenza, nonché la condivisione di informazioni, riflessioni e analisi che aiutino i clienti a comprendere meglio i contesti in cui sono inseriti. L'obiettivo non è quello di trasformare la terapia in uno spazio di intervento sociale diretto, ma di sostenere processi di consapevolezza che i clienti possono poi tradurre in azioni significative nei propri contesti di vita.

In tal senso, le competenze terapeutiche si arricchiscono di una sensibilità socio-culturale che diventa una componente essenziale della pratica clinica, e che richiede ai terapeuti di integrare le loro conoscenze psicoterapeutiche con una conoscenza dei contesti politici, storici, economici e giuridici – locali e internazionali – che possono costituire la matrice della sofferenza dei clienti (Roysircar, 2004; Sironi, 2007). Accompagnare le persone nella ricostruzione dei processi che hanno generato il disagio e nell'identificazione dei contesti collettivi di riferimento non rappresenta un'aggiunta accessoria al lavoro clinico, ma una parte integrante di un intervento terapeutico orientato al cambiamento multiprocessuale (Fruggeri, Balestra, & Venturelli, 2020).

Il caso che segue offre un esempio⁶ di come tali considerazioni possano essere tradotte nella pratica terapeutica quotidiana.

MULTIPROCESSUALITÀ E POSIZIONAMENTO DELLA TERAPEUTA: UN CASO CLINICO

Andrea e Elena, entrambi sui quarant'anni, si rivolgono a una psicoterapeuta a causa di conflitti di coppia sempre più frequenti e intensi. Andrea descrive la partner come facilmente irritabile e incline a scoppi di rabbia che lui fatica a comprendere; Elena conferma di sentirsi spesso travolta da emozioni sproporzionate, di cui successivamente si pente. La richiesta di aiuto segue un litigio particolarmente acceso, durante il quale Elena arriva a mettere in discussione la relazione.

La storia della coppia si sviluppa successivamente al percorso migratorio di Elena. Donna originaria dell'Europa dell'Est, è madre di due figli avuti in giovane età da una precedente relazione. Dopo essere stata abbandonata dal marito ed essere precipitata in una condizione di grave precarietà economica nel suo paese di origine, Elena si è vista costretta a emigrare in Italia per cercare un lavoro quando i bambini erano molto piccoli, lasciandoli nel paese d'origine con la nonna materna. Il progetto migratorio era inizialmente pensato come temporaneo e orientato a una successiva riunificazione familiare; tuttavia, le condizioni di irregolarità lavorativa e giuridica hanno prolungato nel tempo la separazione, trasformando quella che doveva essere una distanza transitoria in una lunga esperienza di maternità a distanza.

Nel racconto di Andrea emerge un forte investimento affettivo nella relazione e un sincero desiderio di costruire una famiglia insieme, ma anche una difficoltà a comprendere l'esperienza della partner. I conflitti più accesi riguardano infatti l'educazione dei figli di Elena: Andrea valuta il comportamento della compagna con i ragazzi come eccessivamente permissivo e sostiene che, essendo ormai giovani adulti, i figli dovrebbero essere incoraggiati all'autonomia. Elena, al contrario, fatica a dire dei no ai figli e vive come dolorosa ogni ulteriore distanza da loro, soprattutto considerando che ha perso gran parte della loro crescita quotidiana a causa della migrazione. Per lei, la separazione forzata ha comportato un rovesciamento della sequenza familiare generalmente data per scontata nel contesto culturale italiano, in cui i figli crescono inizialmente in una relazione di vicinanza e dipendenza dai genitori per poi conquistare progressivamente autonomia. Nel suo caso, le circostanze hanno imposto una forte autonomia dei figli quando erano piccoli, cui ha fatto seguito il desiderio di una maggiore vicinanza negli anni successivi. Questa esperienza fatica, tuttavia, a trovare parole condivisibili all'interno della coppia, al punto che le differenze vengono vissute da Andrea non solo come un disaccordo educativo, ma anche come una forma di esclusione dal ruolo genitoriale, che lo porta a insistere nel proporre soluzioni e a sentirsi rifiutato proprio nel momento in cui cerca di essere coinvolto.

⁶ Il caso qui presentato è già stato discusso in altra sede (vedi Balestra et al., 2025). Qui viene tuttavia presentato per mettere in evidenza un aspetto non affrontato prima: il posizionamento epistemologico e sociale della terapeuta e il processo autoriflessivo che l'ha guidata nell'interazione terapeutica

Nel dialogo terapeutico diventa progressivamente evidente come le posizioni dei partner siano orientate da assunzioni culturalmente situate. Andrea propone soluzioni coerenti con il modello di una famiglia ricomposta tipica del contesto italiano, dando per scontata una evoluzione di presenza genitoriale che non appartiene alla storia di Elena. Quest'ultima, a sua volta, fatica a nominare la specificità della propria esperienza di maternità a distanza, avendo interiorizzato l'idea, largamente condivisa nel contesto di arrivo, che una "buona madre" debba necessariamente essere presente fisicamente nella vita quotidiana dei figli.

Dopo alcune sedute, la terapeuta si rende conto che il conflitto portato da questa coppia non può essere compreso né affrontato esclusivamente sul piano interpersonale, ma è attraversato da livelli più ampi – culturali, sociali e simbolici – che orientano i significati attribuiti alla genitorialità e alla famiglia e i comportamenti ritenuti appropriati. Questa consapevolezza la porta ad interrogare anche il proprio posizionamento all'interno di tale trama. Donna italiana, madre di due bambini piccoli, con un'esperienza di maternità costruita lungo una traiettoria di cura e vicinanza considerate normative nel contesto culturale di riferimento, condivide con Andrea non solo l'appartenenza nazionale, ma anche un insieme di rappresentazioni implicite sulla famiglia e sulla genitorialità. In un contesto, come quello italiano, caratterizzato da aspettative assimilazioniste nei confronti delle famiglie migranti (Bouhris et al., 1997; Sabatier & Berry, 1994), il rischio è quello di utilizzare tali punti di contatto come base implicita di lettura della loro situazione, con una conseguente normalizzazione del modello familiare dominante che potrebbe mettere in ombra le specificità dell'esperienza di Elena. La terapeuta osserva inoltre che il tentativo di comprendere le diverse posizioni in una conversazione di coppia, dove entrambi i partner trovano uno spazio di espressione e di ascolto, rischia di irrigidirle ulteriormente, lasciando Elena sempre più sola con emozioni difficili da nominare e Andrea sempre più frustrato nel suo desiderio di essere riconosciuto come parte della famiglia. Rendendo progressivamente esplicito, anche nella conversazione con Andrea, il possibile legame tra la sofferenza emotiva di Elena, il processo migratorio e la costruzione della sua identità materna, la terapeuta propone uno spazio individuale per Elena, inteso non come alternativa alla terapia di coppia, ma come parte integrante del processo terapeutico.

Alla luce di queste osservazioni e in prospettiva degli incontri individuali con Elena, la terapeuta decide di operare uno spostamento intenzionale nel proprio intervento: non lavorare sulle somiglianze per confermarle, ma utilizzarle come occasione per interrogarle criticamente e aprire uno spazio di ascolto delle differenze. Essa inizia quindi con il riconoscere, attraverso un processo autoriflessivo, come la propria esperienza di maternità, costruita all'interno di una traiettoria di cura continua e di vicinanza quotidiana, possa facilmente fungere da sfondo implicito condiviso con Andrea, rafforzando una lettura normativa della genitorialità. Assumendo consapevolmente tale esperienza come parametro di riferimento, decide di utilizzarla nel colloquio con Elena come punto di partenza per renderne visibili ed espliciti i presupposti culturali e per dare parola a ciò che, nell'esperienza di Elena, non trova facilmente riconoscimento: una maternità segnata dalla distanza, dalla delega forzata e da forme di cura non immediatamente leggibili all'interno della concezione dominante.

Questo spazio consente a Elena di ricostruire la propria storia, dare parola al senso di colpa, alla paura di perdere il legame con i figli e al dolore per le separazioni forzate. Le permette al

contempo, però, anche di riconoscere le competenze e le forme di cura esercitate nel tempo in condizioni non tradizionali. Attraverso questo lavoro, la maternità di Elena può essere sottratta a una lettura deficitaria e ricollocata all'interno di una traiettoria segnata da vincoli strutturali, ma anche da scelte responsabili e da pratiche di cura esercitate a distanza. Può emergere il suo essere stata "buona madre" in un modo differente. La possibilità di nominare e legittimare tale specificità consente di rendere visibili differenze che, se appiattite su un modello normativo condiviso dalla terapeuta e dal partner, sarebbero rimaste implicite e potenzialmente svalutanti. La successiva condivisione di questi vissuti nel contesto della coppia permette ad Andrea di comprendere l'origine della rabbia della partner e di riconsiderare il proprio ruolo, non più come portatore di una competenza educativa migliore, ma come alleato in una storia familiare attraversata da esperienze migratorie e da modelli genitoriali non sovrapponibili. In questo modo la convinzione inizialmente condivisa di essere "una famiglia come le altre" ha potuto lasciare progressivamente spazio al riconoscimento della specificità della loro esperienza, rendendo possibile integrare le differenze nella costruzione di un progetto comune.

Il caso clinico presentato è esemplificativo di come una modalità di lavoro clinico orientata alla multiprocessualità consenta di comprendere e intervenire sul disagio psicologico andando oltre una lettura esclusivamente individuale o interpersonale. Il conflitto di coppia portato da Elena e Andrea, inizialmente formulato come problema relazionale e come difficoltà nella gestione delle emozioni, si rivela progressivamente intrecciato a condizioni sociali e culturali che hanno limitato, nel tempo, le possibilità di riconoscimento, di legittimazione e di azione della cliente. Il processo migratorio, le norme culturali sulla maternità e le aspettative implicite sul come "è fatta" e "come ci si comporta" in una buona famiglia costituiscono lo sfondo entro cui le esperienze soggettive e le dinamiche di coppia hanno preso forma.

Dal punto di vista metodologico, il lavoro terapeutico si caratterizza come un processo che aiuta i clienti a riposizionarsi nell'intreccio tra elementi individuali, interpersonali e sociali ritrovando nei nuovi significati dell'interdipendenza di essi un posizionamento che riconosce le specificità e le risorse di ognuno nel contesto sociale in cui la loro storia relazionale si sviluppa.

Il terapeuta non spiega ai clienti come il contesto sociale influisca sul loro disagio, ma li invita a una conversazione che esplora tale connessione, rendendo pensabile ciò che fino a quel momento era rimasto implicito (Balestra, Fruggeri e Venturelli, 2025). Questo movimento consente di rendere visibili responsabilità contestuali e strutturali che, se lasciate implicite, rischiano di tradursi in vissuti di colpa, in auto-svalutazione o in conflitti relazionali apparentemente irrisolvibili. La sofferenza di Elena non viene negata né minimizzata, ma ricollocata all'interno di una trama di vincoli socio-culturali e simbolici che ne restituisce intelligibilità e dignità. La conversazione apre infatti anche la possibilità di riconoscere le competenze e le forme di resistenza sviluppate dalla cliente nel fronteggiare condizioni avverse. In questo caso la maternità a distanza, inizialmente vissuta e letta come mancanza o fallimento, può essere riformulata come una pratica di cura esercitata in condizioni non tradizionali, segnata da rinunce, responsabilità e scelte complesse (Balestra, 2018), ma anche da risorse e strategie di adattamento che si sono rivelate essenziali per la sopravvivenza e il

benessere dei figli. La terapia diventa così uno spazio in cui è possibile pensare il legame tra storia personale e condizioni sociali, sostenendo processi di consapevolezza che possono tradursi in nuove modalità di stare in relazione e di abitare i propri contesti di vita.

Il caso mostra inoltre come il lavoro clinico non possa prescindere da una riflessione sul posizionamento del terapeuta e sulle rappresentazioni implicite che attraversano la conversazione e il setting terapeutico. La relazione terapeutica non si svolge infatti in uno spazio neutro, ma è inscritta in un contesto sociale e culturale all'interno del quale terapeuta e clienti occupano posizioni differenti e portano con sé premesse, esperienze e cornici di senso che orientano il modo in cui il disagio viene compreso e nominato. La riflessività sul proprio posizionamento consente al terapeuta di riconoscere come le proprie esperienze e rappresentazioni possano entrare nel processo terapeutico non solo come risorse, ma anche come potenziali punti ciechi. La possibilità di "vedere" tali premesse e di essere consapevole delle diverse identità che, come terapeuti, portiamo nell'incontro con l'altro diventa il punto di partenza per interrogare criticamente ciò che viene dato per scontato. È proprio attraverso questo movimento che diventa possibile aprire uno spazio di ascolto delle differenze e accedere a dimensioni dell'esperienza che, se appiattite su un quadro normativo condiviso, resterebbero invisibili o svalutate. In questo senso, la riflessione sul proprio ruolo e sulle proprie appartenenze non ha solo una valenza etica, ma anche clinica ed epistemologica, poiché orienta le domande poste, le ipotesi formulate e le possibilità di trasformazione che il setting terapeutico rende disponibili.

CONCLUSIONI

Le riflessioni teoriche e cliniche proposte mettono in evidenza come il disagio psicologico non possa essere compreso adeguatamente senza considerare la collocazione sociale delle persone e i contesti storici, culturali, economici e politici entro cui le loro esperienze prendono forma. Il lavoro clinico orientato alla multiprocessualità richiede un cambiamento di sguardo su ciò che viene considerato rilevante nel processo terapeutico: non significa ampliare indefinitamente il campo dell'intervento, ma assumere la responsabilità di non ridurre la sofferenza a ciò che è più facilmente trattabile sul piano intrapsichico o interpersonale. Il cambiamento può così emergere quando il terapeuta riesce a individuare, caso per caso, il punto di connessione tra i diversi livelli di processo e a intervenire su tale snodo. In questi passaggi, il lavoro clinico non produce semplicemente una riorganizzazione del significato personale o relazionale, ma attiva una consapevolezza che modifica il modo in cui le persone si collocano nei propri contesti di vita, nei rapporti di potere che li attraversano e nelle possibilità di azione che riconoscono come legittime. Da questa prospettiva, la psicoterapia può essere intesa come una pratica sociale che, pur operando nello spazio dell'incontro interpersonale, partecipa a processi di trasformazione più ampi. Non perché il terapeuta assuma il ruolo di agente di cambiamento sociale diretto, ma perché il dialogo clinico contribuisce a rendere visibili le condizioni che organizzano l'esperienza, a distinguere responsabilità individuali e strutturali e a restituire alle persone una posizione soggettiva meno vincolata da narrazioni di deficit e colpa. In tale senso, la psicoterapia può essere considerata un atto politicamente rilevante e

implica per il terapeuta una responsabilità epistemologica ed etica: interrogare continuamente ciò che viene reso visibile e ciò che resta implicito nel lavoro clinico, riconoscendo che anche l'assenza di una tematizzazione delle dimensioni sociali costituisce una presa di posizione. La pratica clinica partecipa così, inevitabilmente, alla riproduzione o alla trasformazione dell'ordine sociale, rendendo la riflessività del terapeuta e l'attenzione alle dimensioni macrosociali elementi centrali di una psicoterapia eticamente ed epistemologicamente responsabile.

BIBLIOGRAFIA

- Afuape, T. (2016). *Power, resistance and liberation in therapy with survivors of trauma*. Routledge.
- Balestra, F. (2018). "Ci sono, ma non qui. Vivere le relazioni familiari a distanza". In Fruggeri, L. (a cura di), *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*. Carocci.
- Balestra, F., Fruggeri, L., & Venturelli, E. (2025). "Families and therapists facing familistic prejudices in Italy: Developing context-sensitive therapeutic practices". *Journal of Marital and Family Therapy*, 51(4), e70060.
- Bourhis, R. Y., Moïse, L. C., Perreault, S., & Senécal, S. (1997). "Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach". *International Journal of Psychology*, 32(6): 369–386.
- Brondolo, E., Brady, N., Thompson, S., Tobin, J. N., Cassells, A., Sweeney, M., & Contrada, R. J. (2008). "Perceived racism and negative affect: Analyses of trait and state measures of affect in a community sample". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(2): 150–173.
- Brown, L.S. (2008). "Feminist therapy". In Lebow, J. (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies*: 277–306. Wiley.
- Burnham, J. (2012). "Developments in social GRRRAACCEEESSS: Visible–invisible and voiced–unvoiced". *Journal of Family Therapy*, 34(2): 139–160. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00563.x>
- Chin, J., Hughes, G., & Miller, A. (2022). "Examining our own relationships to racism as the foundation of decolonising systemic practices: "No time like the present"". *Journal of Family Therapy*, 44(1): 76–90.
- Conger, R. D., Conger, K. J., & Martin, M. J. (2010). "Socioeconomic status, family processes, and individual development". *Journal of Marriage and Family*, 72(3): 685–704.
- Crenshaw, K. (1989). "Demarginalizing the intersection of race and sex". *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1): 139–167.
- Cui, M., Donnellan, M. B., & Conger, R. D. (2007). "Reciprocal influences between parents' marital problems and adolescent internalizing and externalizing behavior". *Developmental Psychology*, 43(6): 1544–1552.

- Fruggeri, L., Balestra, F., & Venturelli, E. (2020). *Le competenze psicoterapeutiche*. Il Mulino.
- James, K., & McIntyre, D. (1983). "The reproduction of families: The social role of family therapy?" *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2): 119–129.
- Janusz, B., Józefik, B., & Peräkylä, A. (2018). "Gender-related issues in couple therapists' internal voices and interactional practices". *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 39(4): 436–449.
- Jones, E. (1994). "Gender and poverty: A context for depression". *Human Systems*, 5: 169–183.
- Knudson-Martin, C., McDowell, T., & Bermudez, J. M. (2019). "From knowing to doing: Guidelines for socioculturally attuned family therapy". *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(1): 47–60.
- Martín-Baró, I. (1996). *Writings for a liberation psychology*. Harvard University Press.
- McCarthy, I. C. (2001). "Fifth Province re-versings: The social construction of women lone parents' inequality and poverty". *Journal of Family Therapy*, 23(3): 253–277.
- 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.
- Miller, J. B. (2012). *Toward a new psychology of women*. Beacon Press.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución y familia*. Amorrortu.
- Nievar, M. A., & Luster, T. (2006). "Developmental processes in African American families: An application of McLoyd's theoretical model". *Journal of Marriage and Family*, 68(2): 320–331.
- Roysircar, G. (2004). "Cultural self-awareness assessment: Practice examples from psychology training". *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6): 658–666.
- Sabatier, C., & Berry, J. W. (1994). "Immigration et acculturation". In Bourhis, R.J. & Pleyens, J. (Eds.), *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes*: 261–291. Mardaga.
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives: Essai de psychologie géopolitique clinique*. Odile Jacob.
- Walters, M. (1990). "A feminist perspective in family therapy". In Perelberg, R.J. & Miller, A.C. (Eds.), *Gender and power in families*: 13–33. Routledge.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). "Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research". *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1): 20–47.

**Commento all'articolo di Balestra e Fruggeri:
LA PSICOTERAPIA COME PRATICA SOCIALE:
UN APPROCCIO MULTIPROCESSUALE ALLA TERAPIA**

Germana Agnetti⁷

Mail: agnettig@gmail.com

Ho scritto con vero piacere questo commento al margine dell'articolo di Francesca Balestra e Laura Fruggeri dal significativo titolo "La psicoterapia come pratica sociale: un approccio multi-processuale alla terapia".

Questo per più ragioni. La prima, più generale e forse anche generica, è che troppo spesso la terapia si è rinchiusa dentro dinamiche individuali o sistemiche familiari senza alzare lo sguardo verso il contesto sociale, economico, politico e culturale che pure ha un ruolo fondante sia rispetto alla famiglia che all'individuo. Ciò ha spesso precluso e preclude una comprensione più profonda e tridimensionale del disagio.

È forse superfluo qui ricordare come questi aspetti, spesso ignorati quando facciamo terapia, possano di fatto essere, a seconda delle condizioni, agenti di oppressione e anche violenza. In realtà tutti sappiamo, ce lo ricordano le autrici, come le diseguaglianze, le migrazioni, i conflitti sociali, l'ordine culturale costituito, abbiano un peso sulle nostre dinamiche relazionali, personali e identitarie, ma l'abitudine di pratiche tecniche che per tradizione non contemplano aspetti sociali, ci induce a sottovalutarli. Per questo motivo l'articolo di Balestra e Fruggeri è molto importante.

La questione della sottovalutazione è complessa e parlare di abitudine è forse un alibi. Non è facile introdurre questi temi. Possono sembrare generici o anche ideologici se non siamo in grado di connetterli con quanto vediamo nella stanza della terapia.

Balestra e Fruggeri propongono come importante antidoto rispetto a questa difficoltà la consapevolezza del ruolo e del posizionamento del terapeuta come attore sociale che condivide il senso comune della propria comunità di appartenenza. Un senso comune che, come ben sottolineano, contribuisce a mantenere lo status quo dominante e impedisce altre possibili letture dell'esperienza. Questo elemento, che nel caso clinico proposto si rivela capace di sbloccare una situazione conflittuale e di stallo, è qualcosa su cui la didattica e quindi le scuole, e a cascata le società scientifiche dovrebbero riflettere. La questione di come attrezzare gli allievi a riconoscere la propria appartenenza ideologica che inevitabilmente informa il modo di fare terapia dovrebbe essere messa all'ordine del giorno. Sicuramente non basta parlare in generale dei pregiudizi, questo ormai lo sappiamo, ci sono. Sarebbe comunque importante capire il loro impatto all'interno della terapia in modo specifico e attivare percorsi di consapevolezza che indubbiamente richiedono una sensibilità educata a intercettare questioni

⁷ Medico specialista in psichiatria e psicologia, psicoterapeuta. Co-direttrice e docente della scuola di specializzazione IRIS



relative al potere nelle sue varie declinazioni economiche, culturali, politiche. Si apre quindi un “che fare” che ha bisogno di un pensiero su questi temi e sulla loro integrazione all’interno della terapia.

Il momento storico è particolarmente caldo: bussano alle porte delle stanze della psicoterapia temi che esulano dai manuali di patologia eppure sono lì, chiedono un intervento. Balestra e Fruggeri ci hanno parlato del differente modo di vivere la maternità sottoposta alla violenza delle condizioni economiche, alle difficoltà dell’emigrazione e alla lontananza e vicinanza che si ripercuotono sui legami più importanti. Ci hanno parlato di come una terapia attenta all’impatto di questi fenomeni e alle differenze sia fondamentale. Ma, al di là del caso clinico, l’articolo ci suggerisce come sia necessario aprire la porta, far entrare e guardare poi insieme, terapeuti e pazienti, quegli aspetti di violenza politica, economica e/o culturale che impattano a livello individuale e collettivo.

Questo vale per la persona che ha perso il lavoro, per le persone che subiscono uno sfratto e non sanno dove sbattere la testa. Per gli immigrati, ma non solo loro, sappiamo che i loro figli, le cosiddette seconde generazioni, sono ancora più a rischio dei loro genitori. Si trovano in mezzo al guado, sottoposti a stimoli sociali contrapposti e spesso anche a una violenza economica non riconosciuta che lascia un amaro sapore di esclusione.

Vale ovviamente per le problematiche di genere, in particolare per quella minoranza, non per questo poco importante, di persone che sentono di essere nate nel corpo sbagliato. Per loro la violenza sociale è intrinseca e ha a che fare con l’ordine costituito e la divisione in genere femminile e maschile considerata, a livello culturale, come l’unica naturale.

I terapeuti fanno spesso fatica ad alzare lo sguardo e guardare oltre l’individuo e la famiglia. A tal proposito è interessante raccontare un episodio verificatosi in Canada, al Congresso mondiale di riabilitazione psicosociale, che mette in luce come sia difficile a volte, quando le costrizioni socioculturali e politiche sono presenti in maniera forte, inquadrare i fenomeni con una lente ad ampio spettro, socio-ecologica, che prenda in considerazione le determinanti strutturali, ambientali e politiche. È utile menzionare un elemento di contesto: l’Associazione mondiale di Riabilitazione Psicosociale (WAPR) ha tra i suoi principi fondatori la lotta contro le discriminazioni e la promozione dei diritti umani. Al congresso mondiale del 2025 la dr. Mc Mahon, neuropsichiatra infantile della McGill University che lavora a Gaza con i bambini che si trovano nel territorio di guerra, presenta una relazione sul lavoro con i bambini di Gaza, ispirata alla Psicologia della Liberazione dello psicologo sociale Ignacio Martín Baró (già citato da Balestri e Fruggeri), che considera il disagio e la sofferenza come una risposta non a un trauma specifico ma alla violenza e oppressione sistemica e richiede per lo più interventi basati su strategie collettive e il rafforzamento dei legami comunitari. Questo approccio che non si lascia relegare in un ristretto inquadramento nosografico, neppure in quello del disturbo post-traumatico da stress, ha avuto notevoli difficoltà a essere accettato a tal punto che in un primo momento, poi superato, fu persino rifiutato.

Indipendentemente dall’esito della vicenda, poi risoltosi felicemente, questo episodio apre moltissime questioni che hanno a che fare con la sofferenza, la patologia, le determinanti sociali e politiche, l’oppressione e la violenza a livello macro-sociale, ma soprattutto interroga il ruolo

dello psicoterapeuta, la sua capacità e libertà di intercettare questi fenomeni e integrarli in una pratica che è solo in parte strettamente clinica.

In questo momento storico, i cui sono in atto grandi trasformazioni e la violenza è sdoganata a vari livelli, considerare l'impatto sociale su un ampio spettro di problematiche è improrogabile e diventa quindi cruciale il ruolo dello psicoterapeuta come attore sociale capace, a seconda della sua posizione, di intercettare e dare senso a istanze repressive oppure altre volte liberatorie.

Allora, su questo tema, diventa imprescindibile il “che fare” per la formazione delle nuove generazioni di psicoterapeuti.

DEPOLITICIZZAZIONE DELLA SOFFERENZA PSICHICA E RIPOLITICIZZAZIONE DELLA PSICOTERAPIA: UNA PROPOSTA SISTEMICA⁸

(DEPOLITICIZATION OF PSYCHOLOGICAL SUFFERING AND REPOLITICIZATION OF PSYCHOTHERAPY: A SYSTEMIC PROPOSAL)

Franco Della Maggiora⁹

mail: francodellamaggiora.fdm@gmail.com

SOMMARIO

Il presente contributo esplora il fenomeno della "depoliticizzazione" nella psicologia clinica, definito come il processo di oscuramento delle dimensioni pubbliche e socio-economiche della sofferenza psicica. L'autore sostiene che la tendenza a individualizzare e medicalizzare il disagio, propria del modello neoliberale dominante, rischi di produrre una lettura riduzionista e lineare della psiche. Attraverso una prospettiva epistemologica sistemica, l'articolo propone una "ripoliticizzazione" della psicoterapia: un'operazione metodologica volta a reintegrare nel dialogo clinico i vissuti connessi al contesto sociale e alle dinamiche di potere.

Particolare attenzione è rivolta all'impatto delle premesse neoliberali — quali l'iper-responsabilizzazione dell'individuo, il sé imprenditoriale e l'imperativo della crescita — sulla salute mentale collettiva. L'analisi si focalizza specificamente sul tema del lavoro, esaminando come la precarizzazione, l'alienazione, i "bullshit jobs" e il fenomeno delle "grandi dimissioni" siano temi d'interesse psicoterapeutico. Concludendo con un richiamo all'etica di Gregory Bateson e alla lezione di Franco Basaglia, l'autore invita i clinici a una pratica riflessiva che riconosca la circolarità tra premesse personali, teorie scientifiche e modelli socio-politici per prefigurare nuove possibilità di benessere collettivo.

PAROLE CHIAVE: Depoliticizzazione, Ripoliticizzazione, Neoliberalismo, Lavoro, Multiprocessualità

⁸ Il presente articolo è una rielaborazione della presentazione fatta al congresso SIRTS 2025 "Clinica sistemica e frammentazione dei contesti - Cura dei legami e nuove complessità".

Ringrazio la professoressa Luciana Brandi, già professoressa associata di Psicolinguistica all'Università degli Studi di Firenze, per le sue riflessioni su quanto ho scritto, ennesima occasione che mi ha dato per ricordare la necessità del rigore metodologico, senza il quale ogni immaginazione diventa confusione.

⁹ Psicologo Psicoterapeuta, formato al Centro Bolognese di Terapia della Famiglia. Allievo didatta presso L'Istituto di Psicoterapia Relazione "Corrado Bogliolo" di Pisa. Dopo dieci anni di libera professione, dal 2012 lavora nell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Zona Distretto Valle del Serchio - Azienda USL Toscana Nord Ovest, dove si occupa di psicologia clinica e psicoterapia sistemica, con particolare attenzione alla salute mentale di comunità, ai disturbi del neurosviluppo (è referente di zona dell'équipe autismo adulti) e all'etnopsicologia clinica. I suoi interessi di ricerca sono situati all'intersezione tra epistemologia, teoria della clinica e dimensione politica.



ABSTRACT

This article explores the phenomenon of ‘depoliticisation’ in clinical psychology, defined as the process of obscuring the public and socio-economic dimensions of psychological suffering. The author argues that the tendency to individualise and medicalise distress, characteristic of the dominant neoliberal model, risks producing a reductionist and linear interpretation of the psyche. Through a systemic epistemological perspective, the article proposes a “repoliticisation” of psychotherapy: a methodological operation aimed at reintegrating experiences related to the social context and power dynamics into clinical dialogue.

Particular attention is paid to the impact of neoliberal premises — such as the hyper-responsibility of the individual, the entrepreneurial self and the imperative of growth — on collective mental health. The analysis focuses specifically on the theme of work, examining how precariousness, alienation, “bullshit jobs” and the phenomenon of “the great resignation” are topics of psychotherapeutic interest. Concluding with a reference to the ethics of Gregory Bateson and the lessons of Franco Basaglia, the author invites clinicians to engage in reflective practice that recognises the circularity between personal assumptions, scientific theories and socio-political models in order to envisage new possibilities for collective well-being.

KEYWORDS: Depoliticisation, Repoliticisation, Neoliberalism, Labour, Multiprocessuality

UNA STORIA (E INTRODUZIONE)

Marina è un’assicuratrice di quarant’anni. Ha un marito e un bambino di cinque anni. Arriva alla consultazione per uno stato ansioso condito di tristezza e disforia. Marina connette la sua sofferenza alle difficoltà di avere un secondo figlio. Con un’esplorazione temporale centrifuga (Boscolo e Bertrando, 1993) delineiamo il suo presente, le sue relazioni, il suo passato, il futuro, rappresentato dal desiderio condiviso col marito del secondo figlio. Poi il colloquio si sposta sul suo lavoro. Lo fa da quindici anni, le piace aiutare le persone a fare scelte che le possono tutelare.

Lei che spesso è polemica e diretta invece parla dei clienti con gentilezza, rispetto e senso di protezione. Però mi dice che è diventata incapace, debole, non si sente più all’altezza neanche lì. Mette l’accento su una sua presunta inadeguatezza. Mi faccio descrivere meglio il suo lavoro, da quando non si sente più capace... Ci pensa un attimo e dice che è stato un passaggio progressivo, poi connette:

“Da alcuni anni il lavoro è diventato gradualmente uno schifo...Ci vorrebbero far vendere robe indecenti, sono fregature... E io non ne sono CAPACE”.

Le dico che forse la sua incapacità è invece una qualità etica, di attenzione e rispetto per gli altri.

Lei lo riconosce e mi dice: “E’ vero, io sono così, io ragiono così... Ma il mondo del lavoro che ho attorno no... Quando avrò il bimbo almeno starò un po’ lontana da questo schifo”.

Ovviamente Marina non voleva il bambino per scappare dal lavoro (c’erano ben altre motivazioni personali e relazionali), ma la vita di Marina, le sue relazioni, la sua identità, la sua sofferenza, s’iscrivono in una cornice culturale più ampia, quella di un modello socio-economico ben preciso, che in questo caso credo abbia avuto un influsso sulla sua sofferenza psichica, ma anche su quella di diverse altre persone che ho avuto modo d’incontrare in questi anni di pratica clinica: operai, liberi professionisti, insegnanti, precari...

L’ipotesi che voglio qui sviluppare è che la dimensione “politica” della vita talvolta non sia mai considerata consapevolmente e attentamente in psicoterapia e che ciò abbia effetti potenzialmente negativi. Mi riferisco a tale tendenza col termine di “depoliticizzazione”, costruito già studiato in altre discipline, ma che ritengo rilevante anche per la clinica psicologica.

La dimensione “politica” ritengo sia inevitabilmente connaturata all’approccio sistemico. Questo lavoro non viene certo per primo né come tema né come sforzo di sistematizzazione (vedi Wampler, Rastogi e Singh, 2020), ma è un tentativo di definire alcuni processi impliciti di natura epistemologica (e di conseguenza operativamente clinici) rilevanti nel nostro operare.

DEPOLITICIZZAZIONE E SOFFERENZA PSICHICA

Depoliticizzazione e politica

Il costrutto di depoliticizzazione nasce all’interno della filosofia e della sociologia politica e viene definito – in questi ambiti – come una forma di ritiro della classe politica (e quindi dello Stato) dall’intervento in un certo settore, coerentemente con un’ideologia politica liberale (Flinders e Buller, 2006; Ryan, 2017).

Ho pensato perciò che per utilizzare il termine “depoliticizzazione” applicato alla psicologia clinica e alla psicoterapia si debba partire da una riflessione sulle parole.

Il dizionario Treccani riporta due significati della parola “politicizzare”¹⁰: il primo è il seguente: “Attribuire carattere politico, portare su un piano politico ciò che dovrebbe per sua natura esserne estraneo”.

Spesso si attribuisce un valore negativo a termini come “politicizzare” e suoi derivati e infatti ciò si rispecchia neanche troppo velatamente anche nella definizione sopra riportata.

È utile inoltre chiedersi chi e in base a quali parametri stabilisce cosa dovrebbe o non dovrebbe avere carattere di estraneità rispetto a una dimensione politica e anche il sintagma “per sua natura” meriterebbe un’ulteriore riflessione di tipo epistemologico, perché implica la premessa

¹⁰ <https://www.treccani.it/vocabolario/politicizzare/>

che alcuni eventi o prodotti culturali abbiano una NATURA, ossia un'essenza intrinseca staccata dal contesto entro cui si danno.

In compenso – sempre nel dizionario Treccani – abbiamo anche un secondo significato, alternativo al primo: “Rendere interessato e partecipe dei problemi politici e sociali che caratterizzano l'epoca in cui si vive”, dotato di una sfumatura invece positiva.

A questo punto dovremmo ricordare il significato della parola fondamentale, ossia “Politica”. Sempre dal dizionario Treccani deriviamo che il primo significato di “politica”¹¹ è “La scienza e l'arte di governare, cioè la teoria e la pratica che hanno per oggetto la costituzione, l'organizzazione, l'amministrazione dello stato e la direzione della vita pubblica”.

Una prima riflessione è che questa definizione di “politica” ricorda nel suo aspetto essenziale il significato di un altro termine che ci riguarda molto in quanto sistemici, ossia quella di cibernetica: “cibernetica deriva dal greco *kybernetike* (*téchne*): arte di governare le navi, derivato di *kiberno*, <<io guido la nave>>, timoniere, colui/colei che definisce, dirige e controlla la direzione” (Telfener, 2003, p. 163).

Sia la politica che la cibernetica riguardano l'arte di governare, che nella visione di Wiener è caratterizzata dalla metafora della nave, ossia una guida che non può che essere interna al sistema governato e che non possiede il controllo totale sulle conseguenze delle proprie azioni.

Depoliticizzazione e psicoterapia: alcuni spunti

Mark Fisher (1968 – 2017) è stato un poliedrico studioso britannico, morto suicida dopo aver vissuto a lungo una condizione depressiva.

Il suo libro più noto è *“Realismo capitalista”*, che esce nel 2009, nel pieno della crisi economica iniziata nel 2006. Fisher si riferisce a come il capitalismo sia diventato non più solo un modo di organizzare l'economia, ma anche un modo di pensare il mondo e di immaginare il futuro, rendendo difficile concepire alternative praticabili e rimanda a una frase (attribuita talora a Frederick Jameson, talora a Slavoj Žižek) che sintetizza: *“E' più facile immaginare la fine del mondo che la fine del capitalismo”*.

In *Realismo capitalista* Fisher articola anche un abbozzo di relazione tra modello neoliberista, sofferenza psicica e medicalizzazione: “La chimico-biologizzazione dei disturbi mentali è strettamente proporzionale alla loro depoliticizzazione: considerarli alla stregua di problemi chimico-biologici individuali, per il capitalismo è un vantaggio enorme. Innanzitutto, rinforza la spinta del Capitale in direzione di un'individualizzazione atomizzata (sei malato per colpa della chimica del tuo cervello); e poi crea un mercato enormemente redditizio per le multinazionali farmaceutiche e i loro prodotti (...) ripoliticizzare la malattia mentale è un compito urgente per qualsiasi sinistra che voglia lanciare una sfida al realismo capitalista” (Fisher, 2009, p. 84-85).

Fisher considera la biologizzazione e individualizzazione dei disturbi psichici come un *correlato* del modello socio-politico-economico capitalista neoliberista, senza necessariamente

¹¹ <https://www.treccani.it/vocabolario/politica/>



ipotizzare una relazione di causa-effetto tra i due, credo però che sia utile focalizzarsi su tutte quelle descrizioni che *non* consentono di mettere in discussione la relazione (qualunque essa sia) tra modello socio-politico-economico e sofferenza psicica, che potremmo inquadrare sommariamente nelle seguenti categorie:

- negazione attiva di una qualsiasi relazione (con eventuale – ma non necessaria - iper-responsabilizzazione del singolo);
- minimizzazione degli eventuali effetti del modello socio-politico-economico sulla sofferenza psicica;
- evitamento (più o meno attivo) della questione.

Depoliticizzazione, psicologia clinica e psicoterapia: note di metodo

Nell'ambito psicologico-clinico e psicoterapeutico, Degerman (2020) connette la depoliticizzazione prevalentemente alla medicalizzazione della sofferenza psichiatrica: “Da tempo gli studiosi avvertono che inquadrare la sofferenza in termini psichiatrici può depoliticizzare i problemi, individualizzando e scollegando la sofferenza dai contesti in cui è nata e si è mantenuta” (Degerman, 2020, p. 1010). Qui l'autore coglie una sfumatura diversa rispetto a Fisher, poiché attribuisce un ruolo attivo al modello biomedico nella depoliticizzazione della sofferenza psicica.

Intendo allargare la definizione di “depoliticizzazione” fino a includere tutte le operazioni cliniche e terapeutiche connesse a qualsiasi forma di sofferenza psicica e proporre l'applicabilità del costrutto a qualsiasi modello socio-politico-economico, sull'onda dell'idea evocata dal testo di Fisher.

Propongo quindi la seguente definizione:

La depoliticizzazione in psicologia clinica e in psicoterapia è un processo costituito da operazioni cognitive che consistono nel tentare di oscurare o sottrarre alla discussione teorico-clinica gli aspetti dell'esistenza connessi alla sua dimensione pubblica, ossia a tutto ciò (teorie e prassi) che riguarda la convivenza di soggetti in una società.

Escludere la politica dalla clinica ha come conseguenza una lettura riduzionista e lineare della sofferenza; ritengo inoltre che la sistemica sia l'approccio più utile per leggere gli effetti della dimensione politica sulla psiche individuale e collettiva, proprio grazie alla sua peculiarità epistemologica, che le consente di evitare un riduzionismo sociologico o economicista.

La dimensione politica va articolata all'interno di un'epistemologia sistemica e di un approccio biopsicosociale, per cui “non significa sostituire il riduzionismo biologico con quello psicosociale: nei suoi termini, il treppiede biopsicosociale che sostiene i pazienti¹² e la scienza

¹² In passato si è ritenuto che il termine “paziente” medicalizzasse la sofferenza, mentre si pensava che la parola “cliente” fosse più neutra. Oggi ritengo che la parola “cliente” possa a sua volta portare premesse specifiche, proprio quelle del modello neoliberista e non sia quindi così neutra. Userò perciò ogni qualvolta sia possibile la



della psicopatologia ha bisogno di tutte e tre le gambe per rimanere saldo” (Fanali, Giorgi e Tramonti, 2024, p. 2). Inoltre, a livello di metodo si precisa: “Ogni livello di analisi di un sistema complesso ha quindi caratteristiche specifiche, che spesso richiedono metodi di analisi e di intervento specifici, ma allo stesso tempo è costantemente collegato e coesistente con gli altri livelli” (p. 4).

NEOLIBERISMO E SOFFERENZA PSICHICA

Modelli economici, sociale e cultura

Possiamo intendere un modello economico non solo come dottrina pertinente a quest’area del sapere, ma anche come idea di sociale. Riguardo a ciò trovo utile la seguente definizione di Kirmayer (2025): “Il «sociale» indica tutte le configurazioni della vita di gruppo progettate e generate dagli esseri umani, che coinvolgono reti su più scale (...) Queste reti creano contesti sociali, nicchie, identità e forme di appartenenza e interazione con sistemi dinamici che modellano le cause, l’espressione, il decorso e l’esito dei disturbi mentali” (p. 771).

In una prospettiva antropologica la cultura è qualcosa di più di qualcosa di esteriore a noi, poiché diventa parte inscindibile delle nostre corporeità, le produce e da esse viene prodotta, secondo un processo antropopoietico¹³ descritto da Remotti (2013).

Coppo (2003) a sua volta intende la cultura come “la dimensione collettiva in cui i singoli si immettono per diventare umani (...) non solo come l’insieme dei prodotti immateriali (lingue, religioni, miti, sistemi matrimoniali ecc.) ma anche degli oggetti, degli artefatti, delle strategie di sopravvivenza, dei modi di produzione, propri di un determinato gruppo in una determinata fase della sua storia e in relazione con uno specifico ambiente” (p. 82).

In prospettiva etnopsichiatrica la cultura ha una funzione patoplastica e patogenetica (Devereux, 1980) rispetto alla sofferenza psichica¹⁴; a tal proposito Bettache (2024) considera il capitalismo come fonte di sindromi culturali connesse alle sue premesse, quali competitività, la valorizzazione di sé, l’individualismo e il materialismo.

parola “persona” (a significare la dimensione puramente umana e agentiva), mentre qualora quest’ultimo termine risulti testualmente problematico userò “paziente”, attribuendogli il valore di persona portatrice di una sofferenza, mettendo tra parentesi la dimensione ontologica ed eziologica attribuibile.

¹³ L’antropoiesi è un processo attraverso cui tutti i gruppi umani mettono in forma (plasmano, danno una riconoscibilità e una funzione) corpo, mente e modalità comportamentali dei loro membri. Ciò accade continuamente (per tutta la vita), quasi sempre in modo implicito, sia attraverso le prassi quotidiane, sia esplicitamente in alcuni momenti rituali di tipo iniziatico. L’antropoiesi ha il fine di rendere i membri di un gruppo umano in grado di vivere nel contesto storico e geografico specifico dove esistono. È quindi un processo fortemente politico, perché nella sua declinazione concreta deriva dalla risposta alla domanda: che tipo di umano vogliamo (costruire) per la nostra società? Ma - circolarmente - anche alla domanda: che società vogliamo?

¹⁴ Devereux (1980) distingue tra funzione patoplastica e funzione patogenetica delle culture. La prima riguarda il modo in cui la cultura dà forma all’espressione dei disturbi psichici (la loro fenomenologia, potremmo dire), la seconda invece si riferisce a come una cultura “attiva” un disturbo psichico, in conseguenza della relazione tra azioni, cognizioni ed emozioni dei soggetti e valori e norme culturali di riferimento (riguarda in un certo qual modo principalmente la dimensione eziologica).



Modello neoliberale e società

Mi concentrerò sulla forma di società caratterizzata dal modello neoliberale (nelle sue molteplici varianti), poiché noi e i nostri pazienti in essa viviamo; quindi, è quella più rilevante, ma la mia proposta analitica può essere applicata a qualsiasi altro modello di società, poiché aspira a essere uno strumento metodologico.

Scegliere di evidenziare nel colloquio clinico gli elementi connessi al livello socio-politico-economico (nel pieno rispetto deontologico dell'autonomia del paziente) non è un'operazione "ideologica" o "manipolatoria", bensì sicuramente "politica", nel senso ampio che alla parola abbiamo fin qui attribuito (e quindi legittimamente clinica).

Infine, includere nella conversazione terapeutica il livello socio-politico-economico può non essere rilevante o non essenziale per il paziente o per il nostro giudizio clinico, ad esempio perché i valori del paziente rispecchiano e si adattano al modello neoliberale o perché altre tematiche sono prioritarie in quel momento (è perciò fondamentale un approccio di tipo multi processuale: Fruggeri, Balestra e Venturelli, 2020). Tale valutazione è lasciata chiaramente al giudizio e alla responsabilità dello psicoterapeuta.

Altro interrogativo (non meno importante, ma connesso ad altro livello di significato e ad altra sede approfondimento) è invece chiedersi se e in che misura le premesse neoliberali siano comunque foriere di sofferenza globale a livello individuale, collettivo, ambientale...

Neoliberalismo ed egemonia culturale

Riguardo al neoliberalismo, possiamo affermare che è la dottrina socio-politico-economica dominante degli ultimi cinquant'anni (Heywood, 2013).

Sinteticamente, le politiche neoliberiste attuali hanno come dogmi la libera iniziativa, il libero mercato e relativi corollari, ma in modo ancora più spinto rispetto al capitalismo classico: in esse l'unico ruolo auspicato dello Stato è quello d'imporli in ogni modo, l'individuo è lasciato totalmente alla sua capacità autoimprenditoriale, in una logica dove la cooperazione è un impaccio.

Da qui in avanti (seguendo Ciccarelli, 2022) userò il termine "neoliberalismo" quando intenderò indicare prevalentemente la dimensione sociopolitica, mentre "neoliberismo" quando mi riferirò allo specifico della dimensione economica.

Thatcher viene spesso ricordata per la frase: "Non esiste la società. Esistono solo gli individui". Il passaggio completo dell'intervista però afferma: "(...) e chi è la società? Non esiste una cosa del genere! Ci sono singoli uomini e donne e ci sono famiglie e nessun governo può fare nulla se non attraverso le persone, e le persone guardano prima a sé stesse. È nostro dovere prenderci cura di noi stessi e poi anche di aiutare a prenderci cura del prossimo" (Thatcher, 1987; p.10).

Si può desumere una visione di una società composta di persone (uomini e donne, in una logica binaria) ma anche da famiglie, mosse prima di tutto da un interesse personale competitivo (“le persone guardano prima a sé stessi”).

Infine, si evidenzia l’idea di una società dove i vincoli di solidarietà extrafamiliari si riducono alla sfera della compassione: Thatcher (1992) non tollerava che si usasse il termine “classe sociale”, poiché avrebbe significato portare l’attenzione su queste ultime due dimensioni.

Infine, non si è accontentata di realizzare politiche su un piano concreto, ma aveva capito che l’egemonia culturale¹⁵ era necessaria: “L’economia è il mezzo, l’obiettivo è cambiare il cuore e l’anima” (Thatcher, 1981).

Thatcher era una liberale in economia, ma anche una conservatrice da un punto di vista sociale, fautrice della famiglia nucleare “tradizionale”, la quale può - questa sì, non certo la Società – negare la libertà individuale in nome del potere della famiglia¹⁶.

Per questi motivi il neoliberalismo è considerato una sintesi potente tra liberalismo e conservatorismo (Ciccarelli, 2022), ma è anche depositario delle contraddizioni conseguenti alle incongruenze tra le due ideologie, fino a un’incoerenza tra i dichiarati valori di meritocrazia e sviluppo individuale/progresso (livello esplicito) e le riscontrabili dinamiche (implicite ma pervasive) del familismo.

Società degli individui: cosa potrebbe mai andare storto...

Ritengo significativo ricordare un fatto di cronaca politica inglese.

Sembra che la società degli individui (e delle famiglie) auspicata dalla Thatcher abbia avuto come esito (non necessario né deterministico, ma immaginabile come possibilità da qualunque sistemico) l’esigenza dell’istituzione nel gennaio 2018 di un ministero della Solitudine¹⁷ (Walker, 2018), proprio a opera di un governo conservatore, incaricato di risolvere i problemi sociali legati al fenomeno.

Tale iniziativa si fondava sul rapporto della commissione parlamentare voluta dalla deputata laburista Jo Cox¹⁸. In seguito a ciò, un governo conservatore, erede delle idee thatcheriane, ha introdotto iniziative ispirate a una visione della società alquanto diversa, come si legge nel primo policy paper dal titolo “*A connected society*” (United Kingdom Government, 2018), dove già le due parole (società connessa) avrebbero fatto sobbalzare Thatcher.

In chiave sistemica verrebbe da ipotizzare che le idee del neoliberalismo abbiano attivato un’escalation simmetrica distruttiva, un feedback positivo tra premesse e azioni, che anche i

¹⁵ Così come definita da Antonio Gramsci nei “Quaderni del carcere”, editati per la prima volta tra il 1948 e il 1951, ma di cui si segnala l’ultima edizione critica del 1975.

¹⁶ Ad esempio, come ben rappresentato nel film di Ken Loach “Family life” (1971).

¹⁷ In realtà si tratta di un Sottosegretario di Stato per lo sport, la società civile e la solitudine, ma è stato popolarmente definito come Ministero.

¹⁸ Helen Joanne Cox, detta Jo (22 giugno 1974 – 16 giugno 2016) è stata una parlamentare laburista uccisa da un estremista di destra. Il suo lavoro per la commissione trasversale sulla solitudine da lei voluta è stato portato avanti dalla deputata tory Seema Kennedy e dalla laburista Rachel Reeves, fino alla stesura del report conclusivo del dicembre 2017 (Jo Cox Commission on Loneliness, 2017).



neoliberali se ne siano accorti e abbiano cercato un correttivo a un processo iniziato da loro stessi con una finalità cosciente ma avente ben altri obiettivi, senza però la capacità di prevederne alcuni esiti. Lungi dal pensare che le idee neoliberali della Thatcher abbiano causato i problemi della solitudine in terra inglese in modo lineare, meccanicistico e deterministico (sarebbe un pensiero assolutamente poco sistemico), è però suggestivo cercare di connettere premesse culturali condivise e conseguenze pragmatiche.

Forse, da qualche parte Gregory Bateson si chiede sornione: «Allora? Come va con questa società degli individui?» e ci ricordava già nel 1972 (nel capitolo *“Le radici della crisi ecologica”* contenuto in *“Verso un’ecologia della mente”*) la potenziale distruttività di alcune delle idee centrali della società neoliberale, originatesi con la rivoluzione industriale, tra cui la contrapposizione individuo/ambiente, l’individualismo e altre: “Noi sosteniamo che queste idee si sono semplicemente dimostrate false alla luce delle grandi, ma in definitiva distruttive, conquiste della nostra tecnica” (Bateson, 1972, p. 537).

Nello specifico del capitalismo neoliberista, un altro aspetto da considerare è condensato nel motto “There is no alternative” (in italiano: “Non c’è alternativa”; acronimo: TINA), uno slogan politico secondo cui il capitalismo è l’unico sistema economico possibile. Usato da Margaret Thatcher fin da inizio anni Ottanta del Novecento e successivamente anche da leader non propriamente conservatori¹⁹, tale motto condensa in sé le seguenti premesse:

- delegittima e scredita qualsiasi alternativa già presente (possiamo dire che è una visione suprematista);
- sostiene che non ce ne possono essere altre future di equivalenti e perché no, migliori (toglie perciò ogni principio di speranza e di possibilità di cambiamento).

Sottende quindi un’idea che chiude al futuro e al cambiamento.

Ma veniamo alle premesse neoliberali e come si possono connettere alla sofferenza psicica attuale.

Premesse neoliberali e sofferenza psicica

Adams, Estrada-Villalta, Sullivan e Markus (2019) evidenziano quali siano le tendenze psicologiche prevalenti sottese all’ideologia neoliberale e allo stesso tempo sottolineano come le stesse premesse neoliberali abbiano impregnato la psicologia stessa (anche clinica: Smoliak, Rice, Rudder, Tseliou, LaMarre, LeCouteur, Gaete, Davies ed Henshaw, 2025) e le sue conseguenze pratiche, sottolineando come tale rischio si corra “studiando i processi psicologici indipendentemente dal contesto culturale-ecologico o storico” (p. 2) e definiscono “il neoliberalismo come un modello culturale che comprende sia (a) un programma politico-economico che enfatizza il governo limitato e la deregolamentazione dei mercati, sia (b) un’ideologia culturale che enfatizza la libertà rispetto ad altri valori liberali (ad esempio, l’uguaglianza)” (p. 4).

¹⁹ Tra i quali Gerhard Schröder, ex primo ministro socialdemocratico della Germania a inizio anni Duemila.



Tornando alle premesse psicologiche tipiche del neoliberalismo, gli autori propongono i seguenti temi:

- un senso di libertà dai vincoli che offre un'esperienza di radicale astrazione dal contesto, ossia un perfetto esempio d'insensibilità al batesoniano pattern che connette;
- la creazione di un sé imprenditoriale, come un brand che si espone in modo individualistico al rischio del fallimento²⁰;
- un imperativo di crescita individuale e realizzazione personale come chiave per il benessere²¹;
- un'enfasi sulla regolazione emotiva come chiave per il successo personale: l'attivazione necessaria a raggiungere questi obiettivi richiede un arousal adeguato a fronteggiare i rischi ed energizzare il sé imprenditore.

Secondo gli autori tali temi – sviluppatasi originariamente all'interno dell'individualismo liberale (a partire da Locke e dall'Illuminismo) – sono diventati sempre più influenti con l'egemonia neoliberale.

Gli autori esplorano come ognuna di queste premesse si espliciti al livello socio-economico e al livello psicologico-culturale, evidenziandone potenzialità e rischi.

I rischi insiti in queste premesse possono essere sommariamente riassunti nei seguenti:

- iper-responsabilizzazione dell'individuo;
- scotomizzazione delle possibilità reali consentite dal contesto;
- sottovalutazione (quando non svalutazione) dei legami e delle appartenenze (come evidenziato - tra gli altri - da Latour, 2000);
- implicita imposizione di un modello unico di costruzione della propria identità, basato sull'espansione e sull'adattamento acritico al contesto piuttosto che – ad esempio – sull'approfondimento degli aspetti di sé che non si adattano a un modello di vita neoliberale.

A tal proposito il concetto di “meritocrazia” va sottoposto anch'esso ad analisi. In questa sede non è possibile farlo, ma è curioso rilevare che tale termine nasce con una connotazione negativa e a ben vedere profetica (Young, 1958), intendendo con esso un'ideologia che porterebbe all'amplificarsi delle differenze di partenza tra gli individui, proprio a causa della mancata considerazione del privilegio iniziale di alcuni. Non manca comunque una fiorente letteratura critica recente su questo argomento (tra gli altri Boarelli, 2019; Littler, 2018; Sandel, 2020).

Ripoliticizzare la sofferenza psicica

²⁰ Una concezione imprenditoriale di sé è ipotizzabile ogni qualvolta si utilizzi un lessico economista/aziendalista per descrivere sé, le proprie relazioni, i propri sistemi significativi, i propri obiettivi, i propri valori.

²¹ Il costrutto di “crescita personale” meriterebbe già da solo un'indagine approfondita, perlopiù che nella sociologia è già stato esplorato da autori come Richard Sennett (1998) e più recentemente Eva Illouz (2007).

Ripoliticizzare la psicoterapia è restituire al pensiero e al dialogo psicoterapeutico temi politici che hanno anche rilevanza personale come il lavoro, la scuola, la sanità... esplorando non solo quello che accade concretamente nelle relazioni entro questi contesti, ma anche le premesse (delle persone, le proprie, quelle della propria disciplina, del proprio contesto sociale, ristretto e ampio, specialmente quelle di natura economicista) che si ritengono – congiuntamente alla persona – rilevanti e di come ad avviso della persona influiscano negativamente o positivamente (o per nulla) sulla propria sofferenza.

Rispetto alle proprie premesse politiche personali, rimandiamo alla cibernetica dei pregiudizi di Cecchin, Lane e Ray (1997), alla necessaria consapevolezza dei propri pregiudizi politici e di come interagiscono con la realtà e con quelli del paziente, utilizzando la curiosità (Cecchin, 1987), per aiutare la persona ad ampliare il proprio punto di vista.

Inoltre, ripoliticizzare prescinde dal sistema socio-economico-politico, poiché è un'operazione epistemologica e metodologica, che può essere applicata a qualsiasi sistema socio-economico-politico (che sia questo un'autocrazia, una dittatura ecc...).

In questo senso il principio di multiprocessualità proposto da Fruggeri, Venturelli e Balestra (2022) ritengo che sia uno dei tentativi più fruttuosi e metodologicamente solidi di ripoliticizzare la psicoterapia e da un punto di vista strettamente metodologico la raccomandazione per i clinici è la seguente: "I tre livelli dei processi individuali, interpersonali e sociali sono tra loro interconnessi; tuttavia, per l'intervento terapeutico è necessario individuare, caso per caso, quale livello dà senso all'intero intreccio" (Fruggeri, Balestra e Venturelli, 2020, p. 222).

Al fine di ripoliticizzare la clinica possono essere utili altri spunti che arrivano dal nostro stesso campo, come un pensiero di terzo ordine che ci possa aiutare a descrivere le relazioni al livello del sociale, della cultura e delle dinamiche di potere (McDowell, Knudson-Martin e Bermudez, 2019).

Inoltre può essere opportuno considerare quello politico come un livello che ha una significativa rilevanza extraterapeutica²² sulla vita dei nostri pazienti, che può quindi essere incluso nel pensiero e nel dialogo clinico condiviso: "Da una prospettiva sistemica, possiamo dire che nulla a priori (...) ricade fuori dall'ambito della psicoterapia (...) Gregory Bateson ha informato una concezione della terapia come parte di un processo mentale esteso - non confinato alla mente individuale" (Tramonti, Saviozzi, Ferrante, Saliani, Galeazzi, Vatteroni, Genovesi, Di Vecchio, Možina, 2024, p. 6).

Infine, vanno presi in considerazione i contributi dell'etnopsichiatria, in particolare quando si misura con gli esiti dei traumi collettivi conseguenti alle violenze inflitte da gruppi umani ad altri gruppi umani, ove il costrutto di PTSD rischia di oscurare la dimensione storico-politica

²² La letteratura sui fattori extraterapeutici include in essi sia fattori soggettivi (per esempio, la personalità) che ambientali (eventi di vita, risorse sociali...), che possono influire positivamente o negativamente sul decorso del processo terapeutico ma che non pertengono direttamente a esso, anche se in una prospettiva sistemica non è possibile separare ciò che accade in terapia da ciò che accade nella vita quotidiana (Tramonti, Saviozzi, Ferrante, Saliani, Galeazzi, Vatteroni, Genovesi, Di Vecchio e Možina, 2024).



della violenza, individualizzando e decontestualizzando la sofferenza conseguente (vedi Sironi, 2007).

Ecco alcune possibili domande da porci in quanto clinici, utili per favorire una pratica riflessiva attenta alla ripoliticizzazione (Telfener e Bianciardi, 2014; Fruggeri, Balestra e Venturelli, 2020):

- Quanto poniamo attenzione alla dimensione politica specifica della vita delle persone (e delle loro relative premesse)? E della nostra?
- Quanto alla dimensione politica del vivere collettivo che riverbera sulla vita delle persone? E sulla nostra? Quanto alla dinamica tra premesse politiche personali e ideologie (talora esse stesse gravide di paradossi e contraddizioni)?
- Quanto riflettiamo sulla circolarità tra premesse personali, teorie, pratiche cliniche adottate e dimensione politica che ci troviamo a vivere?
- Che riflessioni facciamo sulle conseguenze dell'elusione della dimensione politica dai nostri colloqui clinici?
- Siamo consapevoli di come le nostre prassi siano imbevute di visioni politiche personali o eteronome (più o meno consapevoli, più o meno subite o non messe in discussione)? Di come impattino sulla vita delle persone attraverso il nostro agire clinico? E che conseguenze abbiano le retroazioni reciproche tra noi e le persone?

E via dicendo...

IL LAVORO, LA SOFFERENZA PSICHICA, LA VITA...

Repubbliche fondate sul lavoro...

Ho scelto il tema del lavoro per provare a fornire un esempio concreto di ripoliticizzazione della psicologia clinica poiché si tratta di un tema di grande impatto sulla vita delle persone, spesso portato da queste ultime in terapia.

Una prima lente è quella giuridica: qual è il valore riconosciuto formalmente da uno stato al lavoro? La risposta a tale domanda fornisce informazioni sugli atteggiamenti culturali e sulle condizioni materiali a esso connesse.

Per quanto ci riguarda la risposta è nella Costituzione della Repubblica Italiana, nata dopo il tragico ventennio fascista ed entrata in vigore il 1° gennaio 1948, che immediatamente afferma: “Articolo 1 – L'Italia è una repubblica, democratica, fondata sul lavoro”.

Dalla Costituzione si desume anche quale fosse l'idea di lavoro nell'Italia degli anni immediatamente successivi alla Seconda Guerra Mondiale (vedi Zagrebelsky, 2013).

Sono passati decenni, le premesse racchiuse nella nostra Carta fondativa hanno caratterizzato l'approccio al lavoro di almeno una/due generazioni di lavoratori, condensato nelle seguenti citazioni di due tra i maggiori scrittori italiani del secondo Novecento.

Primo Levi, in un suo romanzo, *“La chiave a stella”* (1978), dedicato proprio al tema del lavoro, così scriveva: “se si escludono istanti prodigiosi e singoli che il destino ci può donare, l’amare il proprio lavoro (che purtroppo è privilegio di pochi) costituisce la migliore approssimazione concreta alla felicità sulla terra” (p. 81).

Mario Rigoni Stern, amico dello stesso Levi, in un’intervista video del 1999 afferma: “Non c’è maggiore soddisfazione di un lavoro ben fatto. Un lavoro ben fatto, qualsiasi lavoro, fatto dall’uomo che non si prefigge solo il guadagno, ma anche un arricchimento, un lavoro manuale, un lavoro intellettuale che sia, un lavoro ben fatto è quello che appaga l’uomo (...) E allora dico anche questo, no: una catasta di legno ben fatta, ben allineata, ben in squadra, che non cade, è bella” (Rigoni Stern, in Mazzacurati e Paolini, 2006).

Levi e Rigoni Stern esprimono in pieno le premesse insite nella Costituzione, figli essi stessi del medesimo contesto: lavoro come fonte di dignità, di soddisfazione e gratificazione al di là dell’aspetto economico, di creatività, di crescita personale (intesa ovviamente non in senso neoliberista). Infine, e soprattutto, lavoro come attività significativa subordinata alla persona e non viceversa.

Tali premesse hanno impregnato per decenni l’idea di lavoro in Italia. Ma oggi?

...precarizzazione, bullshit jobs and great resignations

Il lavoro – anche quello più stimolante e amato – rimane comunque un’occupazione finalizzata al procacciamento delle risorse necessarie a vivere.

Dagli anni Settanta dello scorso secolo, che hanno visto l’apice dei diritti e del potere per i lavoratori dipendenti, gli stati e le imprese hanno ripreso a perseguire una maggiore libertà nella gestione dei rapporti di lavoro, una “flessibilità” (Sennett, 1998) che ha coinciso con la perdita del potere dei lavoratori. Negli anni Ottanta la rivoluzione neoliberista ha perseguito una deregolamentazione selvaggia delle norme in materia di lavoro, fino ad arrivare ad oggi dove il lavoratore della gig economy rappresenta un mondo di soggetti disconnessi tra loro, senza potere di rivendicazione e di tutela. In particolare, la precarietà comporta l’annullamento della progettualità futura (Sennett, 1998). Standing (2011) evidenzia inoltre che la precarietà non è solo caratterizzata da condizioni materiali e psicosociali specifiche, ma è anche l’attributo principale di una nuova classe sociale che ha sostituito il proletariato, ossia il precariato.

Oggi possiamo riesumare anche il concetto marxista di alienazione (Marx, 1844) aggiornandolo e arricchendolo con le descrizioni dei cosiddetti “bullshit jobs” (“lavori senza senso”), teorizzati da David Graeber (2016), per cui tale lavoro è caratterizzato da un grado così forte d’inutilità che nemmeno chi ne è incaricato è in grado di trovare alcuna ragione per svolgerlo. Un esempio consiste nel dilagare della dimensione burocratica, che sottrae sempre più tempo allo svolgimento del “core” della propria mansione.

Francesca Coin (2023) esplora poi il fenomeno delle “great resignations” (grandi dimissioni), in cui un numero rilevante di lavoratori ha lasciato il posto di lavoro a partire dall’estate 2021,



prima negli Stati Uniti e successivamente anche in Europa, quasi sempre senza avere un'alternativa.

Un aspetto che l'autrice approfondisce è il problema della descrizione di un luogo di lavoro usando le metafore di famiglia, matrimonio o passione. Tali metafore riescono ad alterare le regole che normano il rapporto lavorativo e comportano un deterioramento delle condizioni di impiego, perché non vengono considerati aspetti essenziali (dimensioni dei diritti e dei doveri normati per legge e della retribuzione, per fare un paio d'esempi) che caratterizzano il contesto lavorativo.

La tentazione diventa quindi la fuga, ma anch'essa è una salvezza per pochi.

Le grandi dimissioni possono essere lette in ottica sistemica come un tentativo di soluzione che rimane entro le premesse del sistema neoliberale: è spesso – bene che vada – un apprendimento uno (Bateson, 1972). Premettendo il rispetto per qualsiasi tentativo di cambiamento delle persone, possiamo sperimentare un'analisi di questo tipo, riprendendo la griglia concettuale di Adams, Estrada-Villalta, Sullivan e Markus (2019):

- nelle «grandi dimissioni» di solito permane l'astrazione radicale del sé dal contesto, poiché la fuga è senza consapevolezza del contesto ed è individuale, senza legami (i legami sono un peso), si fugge da soli, in una logica del “si salvi chi può”;
- fuggire è un fuggire in cui ci si salva col proprio ingegno e le proprie risorse, altrimenti è la fine (concezione imprenditoriale del sé);
- persiste anche una logica di crescita continua (progetto di sviluppo continuo) in cui l'idea di sviluppo spesso è definita come mero «qualcosa di più» (di cui non si discute la qualità), come in economia. Le persone fuggono spesso nella speranza di ottenere un miglioramento professionale, senza mettere in discussione le premesse neoliberali sottostanti alla maggior parte delle occupazioni lavorative;
- infine, c'è anche qui un'enfasi sulla gestione degli affetti per l'autoregolazione, intendendo con «autoregolazione» spesso qualcosa che ha a che fare con un'idea meccanicista lineare determinista del controllo, non certo con un'idea cibernetica wieneriana: si deve riuscire a controllare le proprie emozioni per direzionarle verso il nuovo obiettivo lavorativo.

CONCLUSIONI

“La nostra società attuale preferisce definirsi <<malata>> anziché riconoscere nelle proprie contraddizioni il prodotto del sistema su cui si fonda. In un certo senso, la malattia deresponsabilizza sia la società che il singolo [...] La faccia sociale della malattia mentale potrà forse incominciare a mutare attraverso la nuova cultura che verrà creandosi e, forse, sarà possibile incominciare ad occuparci della malattia in quanto tale”
(Franco Basaglia, 1982, p. 45-46).

La citazione di Basaglia è un doveroso omaggio a chi per primo – dal mio punto di vista – ha ripoliticizzato la salute mentale in Italia.

La presente proposta è un abbozzo di mappa per esplorare, assieme ai nostri pazienti, magari non solo e non tanto nello spazio psicoterapeutico duale, ma anche in spazi di gruppo connotati in modo non clinico, in modo rispettoso (secondo la lezione di Gianfranco Cecchin: Ganda e Canova, 2023), alternative che creino benessere psichico (senza pretendere che debbano essere risolutive né tantomeno esclusive) e che possano prefigurare un diverso futuro, non solo individuale ma anche collettivo, ricordando sempre il messaggio etico e poetico di Gregory Bateson: “Non il mondo com'è/né come dovrebbe essere” (Bateson e Bateson, 1987, p. 18).

BIBLIOGRAFIA

Adams, G., Estrada-Villalta, S., Sullivan, D., & Markus, H. R. (2019). “The psychology of neoliberalism and the neoliberalism of psychology”. *Journal of Social Issues*, 75(1): 189–216.
<https://doi.org/10.1111/josi.12305>

Basaglia, F. (1982). *Scritti – II*. Einaudi.

Bateson, G. (1972). *Steps toward an ecology of mind*. Chandler Publishing Company. (Trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, 1976)

Bateson, G., & Bateson, M. C. (1987). *Angels fear*. Macmillan.

Bettache, K. (2024). “Where is capitalism? Unmasking its hidden role in psychology”. *Personality and Social Psychology Review* 29(3): 215-249.
<https://doi.org/10.1177/10888683241287570>

Boarelli, M. (2019). *Contro l'ideologia del merito*. Laterza.

Boscolo, L., & Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo: Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Bollati Boringhieri. (Eng. ed. *The times of time*, W. W. Norton, 1993)

Cecchin, G. (1987). “Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity”. *Family Process*, 26(4): 405–413.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00405.x>

Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (1997). *Verità e pregiudizi*. Raffaello Cortina.

Ciccarelli, R. (2022). *Una vita liberata: Oltre l'apocalisse capitalista*. DeriveApprodi.

Coin, F. (2023). *Le grandi dimissioni: Il nuovo rifiuto del lavoro e il tempo di riprenderci la vita*. Einaudi.

Coppo, P. (2003). *Tra psiche e culture: Elementi di etnopsichiatria*. Bollati Boringhieri.

Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion. (Trad. it. *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 1984)

- Fanali, A., Giorgi, F., & Tramonti, F. (2024). “Thick description and systems thinking: Reiterating the importance of a biopsychosocial approach to mental health”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 30(2): 309-315. <https://doi.org/10.1111/jep.13800>
- Fisher, M. (2009). *Capitalist realism: Is there no alternative?* Zero Books. (Trad. it. *Realismo capitalista*, Produzioni Nero, 2018)
- Flinders, M., & Buller, J. (2006). “Depoliticisation: Principles, tactics and tools”. *British Politics*, 1(3): 293–318. <https://doi.org/10.1057/palgrave.bp.4200016>
- Fruggeri, L., Balestra, F., & Venturelli, E. (2022). *Psychotherapeutic competencies: Techniques, relationships, and epistemology in systemic practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003278092> (Trad. it. *Le competenze psicoterapeutiche*, Il Mulino, 2020)
- Ganda, G., & Canova, R. (2023). *Il mistero del rispetto: Il pensiero di Cecchin e la terapia inclusiva*. Alpes Italia.
- Graeber, D. (2016). *Bullshit jobs: A theory*. Simon & Schuster. (Trad. it. *Bullshit jobs*, Garzanti, 2018)
- Gramsci, A. (1975). *Quaderni del carcere*. Einaudi.
- Heywood, A. (2013). *Politics* (4th ed.). Palgrave.
- Jo Cox Commission on Loneliness. (2017). *Combatting loneliness one conversation at a time: A call to action*. https://www.ageuk.org.uk/siteassets/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/active-communities/rb_dec17_jocox_commission_finalreport.pdf
- Kirmayer, L. (2025). “The place of the social in psychiatry: From structural determinants to the ecology of mind”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 60: 771–783. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02772-5>
- Latour, B. (2000). “Factures/fractures: De la notion de réseau à celle d’attachement”. In Micoud, A. & Pironi, M. (Eds.), *Ce qui nous relie* (pp. 189–208). Éditions de l’Aube.
- Levi, P. (1978). *La chiave a stella*. Einaudi.
- Littler, J. (2018). *Against meritocracy: Culture, power and myths of mobility*. Routledge.
- Marx, K. (1932/1980). *Manoscritti economico-filosofici del 1844*. Einaudi.
- Mazzacurati, C., & Paolini, M. (2006). *Ritratti – Mario Rigoni Stern* [DVD]. Fandango.
- McDowell, T., Knudson-Martin, C., & Bermudez, J. M. (2019). “Third-order thinking in family therapy: Addressing social justice across family therapy”. *Family Process*, 58: 9–22. <https://doi.org/10.1111/famp.12383>
- Remotti, F. (2013). *Fare umanità: I drammi dell’antropo-poiesi*. Laterza.

- Ryan, M. D. J. (2017). *Authoritarian neoliberalism: Crisis, the state, and the challenge of periodization* [Doctoral dissertation, University of Sydney]. https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/handle/2123/17276/2017_Matthew_Ryan_Thesis.pdf
- Sandel, M. J. (2020). *The tyranny of merit: What's become of the common good?* Penguin.
- Sennett, R. (1998). *The corrosion of character: The personal consequences of work in the new capitalism*. Norton. (Trad. it. *L'uomo flessibile: Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, 1999)
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives: Essai de psychologie géopolitique clinique*. Odile Jacob. (Trad. it. *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, 2010)
- Smoliak, O., Rice, C., Rudder, D., Tseliou, E., LaMarre, A., LeCouteur, A., Gaete, J., Davies, A., & Henshaw, S. (2025). "Emotion regulation as affective neoliberal governmentality". *Family Process*, 64(1): e13064. <https://doi.org/10.1111/famp.13064>
- Standing, G. (2011). *The precariat: The new dangerous class*. Bloomsbury Academic.
- Telfener, U. (2003). Voce "Cibernetica". In Telfener, U. & Casadio, L. (Eds.), *Sistemica: Voci e percorsi nella complessità*: 163–165. Bollati Boringhieri.
- Telfener, U., & Bianciardi, M. (2014). *Ricorsività in psicoterapia*. Bollati Boringhieri.
- Thatcher, M. (1987). Interview for *Woman's Own*. <https://www.margareththatcher.org/document/106689>
- Thatcher, M. (1992, [mese giorno se disponibile]). "Don't undo my work". *Newsweek*. <https://www.margareththatcher.org/document/111359>
- Tramonti, F., Saviozzi, V., Ferrante, B., Salianni, S., Galeazzi, E., Vatteroni, S., Genovesi, I., Di Vecchio, I., & Možina, M. (2024). "Life, complexity, and psychotherapy: A systemic perspective on the elusive construct of extra-therapeutic factors". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 30(7). <https://doi.org/10.1111/jep.14039>
- United Kingdom Government. (2018). *A connected society: A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change*. <https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness>
- Walker, P. (2018, January 16). "May appoints minister to tackle loneliness issues raised by Jo Cox". *The Guardian*.
- Wampler, K. S., Rastogi, M., & Singh, R. (Eds.). (2020). *The handbook of systemic family therapy* (Vol. 4: Systemic family therapy and global health issues). Wiley

**Commento all'articolo di Della Maggiora:
“DEPOLITICIZZAZIONE DELLA SOFFERENZA PSICHICA E
RIPOLITICIZZAZIONE DELLA PSICOTERAPIA: UNA PROPOSTA SISTEMICA”**

Fabio Sbattella²³

Mail: fabio.sbattella@unicatt.it

Il contributo di Franco Della Maggiora si presenta come un lavoro teoricamente ben articolato e coerente con l'epistemologia sistemica batesoniana.

L'autore propone una lettura della depoliticizzazione della sofferenza psicica come processo di natura epistemica prima ancora che ideologica, mostrando come l'esclusione delle dimensioni sociali, economiche e politiche dalla clinica produca una lettura riduzionista e individualizzante della sofferenza personale. Questa tesi è sviluppata attraverso un dialogo esteso tra antropologia, etnopsichiatria, critica socio-economica e tradizione sistemica che, a partire da Bateson (1972) e Keeney (1985), ha sottolineato come le teorie non siano descrizioni neutre della realtà, ma pratiche che costruiscono mondi.

Un primo passaggio fondamentale dell'articolo è il tentativo di chiarire il concetto di “politica”, a cui si fa riferimento nella discussione successiva.

Scegliendo un significato ampio di “politica”, intesa come “riflessione sulle forme della convivenza e del governo dei processi umani”, l'autore evita il facile rischio di una riduzione militante o ideologica della discussione.

L'analisi delle dimensioni di iper-responsabilizzazione, sé imprenditoriale e imperativo della crescita connesse al neoliberismo, rimanda a letture sociologiche e circolari, in linea con quanto proposto da Fruggeri (1998) e poi elaborato nel concetto di multiprocessualità (Fruggeri, Balestra & Venturelli, 2020). Allo stesso tempo, il riferimento agli effetti patogenetici della cultura richiama la tradizione etnopsichiatrica (Devereux, 1984; Coppo, 2003), ampliando ulteriormente l'orizzonte dell'analisi.

La riflessione si concentra sull'esperienza lavorativa e sulle dinamiche economiche che le influenzano: fenomeni come precarizzazione, bullshit jobs e grandi dimissioni vengono letti come configurazioni di significato, che incidono sull'identità, sulla progettualità e sulla possibilità di immaginare il futuro delle persone e non come semplici “fattori di stress”.

Accanto a questi punti di forza, il lavoro solleva una serie di questioni critiche.

In primo luogo, se la ripoliticizzazione è definita come operazione epistemologica e non ideologica, dobbiamo chiederci come il clinico possa distinguere, nella pratica, tra esplorazione condivisa delle premesse e condizionamento strumentale delle convinzioni del paziente.

²³ Psicologo e Psicoterapeuta Didatta. Responsabile dell'Unità di ricerca in Psicologia dell'emergenza e intervento Umanitario, Università Cattolica SC di Milano.



Autori come Hoffman (1984) e Anderson (1997) hanno messo in guardia rispetto alle forme sottili di asimmetria che possono emergere quando il terapeuta introduce, anche indirettamente, cornici interpretative autorevoli ed alternative a quelle del paziente.

Concretamente, è dunque necessario chiedersi: in che modo il terapeuta monitora l'uso del proprio potere nella relazione, quando le proprie premesse politiche divergono da quelle della persona in sofferenza? Quali criteri consentono di evitare una validazione selettiva di alcune narrazioni a scapito di altre?

Questi interrogativi aprono direttamente alla questione etica del potere terapeutico e del rischio di influenza politica. La letteratura ricorda come la relazione terapeutica sia strutturalmente attraversata da asimmetrie di potere – professionale, simbolico e culturale – che non possono essere eliminate, ma rese oggetto di riflessività (Winter, 2021; Abrams, 2022; Finlay, 2023). Studi recenti sul potere professionale e culturale nella relazione terapeutica (Levitt & Whelton, 2024; Fors, 2021) sottolineano come il rischio principale non risieda tanto nell'esplicitazione delle dimensioni sociali e politiche, quanto nel loro uso non riflessivo, ossia nella mancata tematizzazione del potere che il terapeuta esercita nel selezionare, validare o rendere marginali determinati significati.

In assenza di vigilanza riflessiva, la legittima attenzione alle condizioni strutturali può trasformarsi in una forma sottile di indottrinamento nel mondo dei significati, in cui il paziente finisce per adottare letture del proprio disagio più coerenti con la cornice valoriale del terapeuta che con la propria esperienza vissuta.

Il rischio di manipolazione non va inteso in senso coercitivo o intenzionale. Più verosimilmente, l'influenza può operare tramite micro-processi quali: formulazione delle domande, scelta delle metafore, uso della validazione morale, gestione dei silenzi o auto-rivelazioni politiche non sufficientemente meditate. In questi casi, il potere del terapeuta non orienta esplicitamente il contenuto, ma delimita implicitamente il campo delle possibilità narrative, riducendo lo spazio di agency del paziente.

Un ulteriore nodo critico riguarda l'equilibrio tra riconoscimento dei vincoli di contesto e rispetto della responsabilità soggettiva. Come sottolineava già Minuchin (1978), ogni terapia implica una qualche forma di attribuzione di potere e responsabilità. Come evitare allora che un'azione di ripoliticizzazione produca forme di deresponsabilizzazione, dove la sofferenza viene letta prevalentemente come effetto del contesto? In altri termini, quali dispositivi clinici permettono di tenere insieme agency e vincoli socio-economici di contesto, senza scivolare in letture vittimizzanti e de-responsabilizzanti della sofferenza personale?

Un nodo ulteriore riguarda il rapporto tra psicoterapia e intervento sociale. Il testo suggerisce la possibilità di spazi di gruppo e contesti non clinici come luoghi di ripoliticizzazione. Tuttavia, come hanno mostrato gli sviluppi della terapia familiare sensibile al contesto (McGoldrick, Giordano & Pearce, 1996; Knudson-Martin, 2013), lo spostamento dal setting

terapeutico a spazi ibridi comporta una ridefinizione profonda del ruolo professionale. Quali competenze specifiche vengono richieste al terapeuta in questi contesti? E come si ridefiniscono i confini tra cura, advocacy e intervento politico?

Infine, se la ripoliticizzazione viene proposta come operazione metodologicamente applicabile a qualsiasi sistema socio-politico, resta aperta la questione della sua declinazione in contesti non democratici o fortemente repressivi. La letteratura sulla terapia in contesti di violenza politica e traumi collettivi (Herman, 1992; Sironi, 2010) suggerisce che l'esplicitazione del politico può assumere significati e rischi molto diversi.

Come si riconfigura, in questi scenari, la responsabilità etica del terapeuta?

Queste considerazioni permettono di raccordare il tema etico direttamente con le conclusioni dell'articolo. Se, come insegna Bateson, ogni intervento modifica il sistema di significati in cui è inserito, allora ripoliticizzare la psicoterapia significa, per il terapeuta, assumersi la responsabilità delle retroazioni che tale atto produce. Per questo, il richiamo conclusivo ai principi di curiosità e di rispetto, di Cecchin, diviene cruciale: la ripoliticizzazione non può essere la sostituzione di una cornice dominante con un'altra, ma una pratica di aumento della complessità, capace di includere ambivalenza e dissenso.

BIBLIOGRAFIA

Abrams, Z. (2022). "Navigating thorny topics in therapy". *Monitor on Psychology*, 53(2): 80–85. American Psychological Association.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books.

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

Brietzke, E. (2023). "Understanding and navigating the repercussions of the politically polarized climate in mental health". *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 45, e20210350. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0350>

Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (1997). *Verità e pregiudizi*. Raffaello Cortina.

Coppo, P. (2003). *Tra psiche e culture: Elementi di etnopsichiatria*. Bollati Boringhieri.

Devereux, G. (1984). *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*. Enciclopedia Italiana.

Fors, M. (2021). *Power issues in psychotherapy: Reflections on psychoanalytic theory and clinical cases* (Doctoral dissertation). University of Oslo.

Fruggeri, L. (1998). *Famiglie in terapia: Processi di coevoluzione e differenziazione*. Raffaello Cortina.

Fruggeri, L., Balestra, F., & Venturelli, E. (2020). *Le competenze psicoterapeutiche: Tecniche, relazione ed epistemologia nella pratica sistemica*. Il Mulino.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.

Hoffman, L. (1984). *Principi di terapia della famiglia*. Astrolabio.

Keeney, B. (1985). *Estetica del cambiamento*. Astrolabio.

Knudson-Martin, C. (2013). "Why power matters: Creating a foundation of mutual support in couple relationships". *Family Process*, 52(1): 5–18. <https://doi.org/10.1111/famp.12011>

McDowell, T., Knudson-Martin, C., & Bermudez, J. M. (2019). "Third-order thinking in family therapy: Addressing social justice across family therapy". *Family Process*, 58(1): 9–22. <https://doi.org/10.1111/famp.12383>

McGoldrick, M., Giordano, J., & Pearce, J. K. (1996). *Ethnicity and family therapy* (2nd ed.). Guilford Press.

Minuchin, S. (1978). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio.

Morrison, T., Ferris Wayne, M., Harrison, T., Palmgren, E., & Knudson-Martin, C. (2022). "Learning to embody a social justice perspective in couple and family therapy". *Contemporary Family Therapy*, 44: 408–421. <https://doi.org/10.1007/s10591-022-09635-8>

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

Winter, L. A. (2021). "Swimming against the tide: Therapists' accounts of the relationship between p/Politics and therapy". *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(4): 834–845. <https://doi.org/10.1002/capr.12401>

**Commento all'articolo di Della Maggiora:
“DEPOLITICIZZAZIONE DELLA SOFFERENZA PSICHICA E
RIPOLITICIZZAZIONE DELLA PSICOTERAPIA: UNA PROPOSTA SISTEMICA”**

Renzo Marinello²⁴

Mail: renzomarinello17@gmail.com

Nell'intraprendere un commento all'articolo *Depoliticizzazione della sofferenza psichica e ripoliticizzazione della psicoterapia: una proposta sistemica*, di Franco Della Maggiora, vorrei iniziare anch'io da due storie. La prima ha per protagonista Gianni, che accedeva al Consultorio Familiare, dove operavo come psicologo, esibendomi l'impegnativa dello psichiatra del Centro Psicosociale di zona, redatta due settimane prima del nostro appuntamento. La diagnosi annunciava un disturbo ansioso depressivo, che richiedeva una cura farmacologica e sollecitava un supporto psicologico. Gianni, circa due mesi prima del nostro incontro, in seguito al processo di reingegnerizzazione che aveva coinvolto l'azienda in cui lavorava, aveva subito un pesante demansionamento, percepito come infausto presagio di un possibile vicino licenziamento. Gianni viveva questa condizione di espulsione ed esilio come immagine riflessa del proprio fallimento, attribuendosi un'insufficienza personale che si inabissava nel senso di colpa. Colpa per non essere stato sufficientemente performante sul luogo di lavoro, per non aver saputo prevedere e governare gli esiti del processo riorganizzativo, colpa per la propria supposta incompetenza.

Risignificato, nel corso della nostra conversazione, il suo disturbo come forte e appropriata preoccupazione per il presente ed il futuro suo e della propria famiglia, ricordo che alla fine del nostro incontro, protrattosi ben oltre il canonico orario, gli dissi che, se voleva, un prossimo appuntamento glielo avrei fissato volentieri, ma anche che la sua richiesta di supporto psichico mi lasciava un po' disorientato, perché una volta, quando emergevano questioni legate al lavoro, non si andava dagli psicologi ma dal Sindacato.

La seconda ha per protagonista Ernesto, un amico che ha vissuto una condizione simile a quella rappresentata nel film *Palazzina Laf*²⁵. Ernesto, sindacalizzato e politicizzato, confinato in un capannone insieme ad un piccolo gruppo di altre persone, viveva la sua condizione non come condanna ma liberazione, riconquista di un proprio tempo sottratto al lavoro, vittoria su un sistema capitalista costretto a pagare la sua forza lavoro senza il lavoro. Il capannone era stato soprannominato “La fagianella”, per via della fagianella flambé che aveva incendiato i cuori e gli stomaci dei liberi confinati. Dato che l'attività lavorativa richiedeva pochissimo impegno,

²⁴ Psicologo e psicoterapeuta sistemico relazionale, past president SIRTS

²⁵ *Palazzina Laf* (2023), esordio alla regia di Michel Riandino, coprotagonista della pellicola con Elio Germano, è un edificio in disarmo dell'ILVA di Taranto, una sorta di crocevia fra una riserva indiana, un manicomio e una prigione, dove sono rinchiusi in orario di lavoro i dipendenti sindacalizzati. Per questa ragione sono invitati a licenziarsi o costretti ad accettare un incarico demansionato e, spesso, del tutto privo di senso.

gran parte del tempo era dedicato allo studio, alla lettura, alla conversazione e, perché no, alla pennichella pomeridiana.

Come si può evincere due situazioni simili, significate in modo opposto - da una parte la metafora della colpa per la giusta condanna, dall'altra quella della conquista della libertà - da collocare, ed è forse questo a fare la differenza, in un orizzonte di tempo completamente diverso: la storia di Ernesto si svolge negli anni Ottanta del secolo scorso, quella di Gianni negli anni Duemila del nostro.

L'articolo di Franco Della Maggiora mi ha fatto venire in mente il discorso pronunciato da David Foster Wallace per la cerimonia delle lauree al Kenyon college, nel maggio del 2005. L'inizio, come molto spesso accade negli scritti di Foster Wallace, è folgorante: "Ci sono due giovani pesci che nuotano uno vicino all'altro e incontrano un pesce più anziano che, nuotando in direzione opposta, fa loro un cenno di saluto e poi dice "Buongiorno ragazzi. Com'è l'acqua?" I due giovani pesci continuano a nuotare per un po', e poi uno dei due guarda l'altro e gli chiede "ma cosa diavolo è l'acqua?"

Lungi da me, seguendo il suggerimento di DFW, attribuirmi la figura del pesce saggio, come non è mia intenzione conferirla alla categoria delle professioni sanitarie a cui, con mio rammarico, si è iscritta la psicologia. Ma mi sembra di poter dire che Della Maggiora ci inviti ad annusare, ascoltare, assaggiare e toccare l'acqua.

Mi permetto una piccola divagazione personale: è da un po' di tempo - in ambito SIRTS ricordo i Congressi Internazionali *La coppia: fascinazione delusione, adattamento e Sistemi sociali e sistemi familiari tra crisi e sviluppo: l'approccio sistemico alle povertà* - che, con dubbi e passione, incertezze e paure, sto tentando di immergermi in quell'acqua per cercare di comprendere, per quello che mi è concesso, qualcosa del nostro tempo. Mi è cosa lieta pensare, in modo assolutamente autoreferenziale, che proprio per questa ragione la Redazione dei Quaderni SIRTS mi abbia chiesto di scrivere un commento.

Ma torniamo all'articolo di Franco Della Maggiora, che ho avuto modo di ascoltare e conoscere al Congresso SITS *Clinica sistemica e frammentazione dei contesti – Cura dei legami e nuove complessità*. L'autore, proponendo di eludere una lettura lineare e riduzionista del disagio psichico, rileva un processo in atto nella società occidentale che definisce *depoliticizzazione della sofferenza psichica*. La sofferenza, attribuita da buona parte della terapeutica a caratteristiche personologiche individuali, si iscrive anche in una cornice sociale e culturale, delimitata dal modello socio-economico neoliberista, che fonda una serie di premesse psicologiche relative ai progetti biografici dei singoli individui. In questa prospettiva, politicizzare la sofferenza psichica significa ripoliticizzare la psicoterapia, disvelando nella conversazione terapeutica gli aspetti dell'esistenza connessi alla dimensione pubblica e sociale dell'essere umano, inteso aristotelicamente come *zōon politikón*.

Vi è quindi, in primo luogo, una dimensione che attiene alla teoria, che come sistemici potremmo ascrivere al pensiero di terzo ordine, un cui riferimento è rappresentato dal principio di multiprocessualità proposto da Fruggeri, Balestra e Venturelli (2022). Gli autori, evitando

di sostituire al determinismo biologico un altrettanto lineare determinismo sociale, propongono un modello in cui l'interdipendenza tra semantiche individuali, relazionali e sociali è fondata sulla discontinuità dei processi. E, in secondo luogo, una dimensione che attiene alla pratica, al modo in cui un discorso politico varca la soglia della stanza di terapia istituendosi come discorso clinico. Esiste, inoltre a mio avviso, una dimensione ermeneutica intrecciata con quella epistemologica, vale a dire un modo di concepire la sofferenza in riferimento all'ordine simbolico di cui ogni cultura si è dotata per affrontarla, attribuendole un significato.

Salvatore Natoli in *L'esperienza del dolore* (1986) rintraccia due forme tipiche del patire nella cultura occidentale che corrispondono alle nostre radici che hanno sede rispettivamente ad Atene e Gerusalemme. La concezione greca, inscritta nella metafisica del tragico, concepisce il dolore come indissolubile dalla vita e come ineluttabile contrasto tra la volontà delle singole determinazioni di sopravvivere e la necessità del tutto di rigenerarsi. Il dolore nella visione greca è innocente e una volta esperito va sopportato con coraggio e affrontato con forza.

Se nella concezione tragica il dolore si impianta nell'incessante dipanarsi della natura, nel suo continuo rimando d'innocenza e crudeltà, e, in quanto esperienza evidente dell'esistenza, non ha bisogno di alcuna giustificazione, nella prospettiva giudaico-cristiana, al contrario, il dolore viene giustificato e assume un senso. La tradizione giudaico-cristiana concepisce il dolore operando uno spostamento dal registro della natura al registro della trasgressione, dall'ordine ontologico all'ordine etico: il dolore deriva dalla colpa ed è l'esito del peccato. In questo scenario il dolore è, al tempo stesso, punizione e riscatto: moneta sonante con cui il peccatore paga la propria colpa e calvario di redenzione per essere reintegrato nell'alleanza con Dio. Il buon credente, quindi, accoglie il dolore con gioia, poiché esso rappresenta sia l'impronta della presenza di Dio nel mondo e il contrassegno del suo amore, che l'opportunità offerta al peccatore per redimersi dalla colpa e approdare alla salvezza.

La nostra epoca segna il passaggio da una concezione esistenziale della sofferenza ad una concezione tecnica della sofferenza. La tecnica sottrae la sofferenza all'ordine simbolico, dove la concezione greca e giudaico-cristiana l'avevano collocata, per ridurla a semplice accadimento oggetto di una procedura²⁶. La rivoluzione antropologica introdotta dalla concezione giudaico-cristiana consegna, infatti, un nuovo tipo di uomo, che vede nel dolore e nella morte non più una legge immutabile di natura ma una condizione contingente dalla quale è possibile emendarsi, non più attraverso l'opera e la preghiera ma grazie agli sviluppi della scienza e della tecnica. Se, come suggerisce Natoli, l'orizzonte mitico in cui si iscrive la tecnica è quello del dominio, allora il dolore, nell'età della tecnica, viene inteso come qualcosa che non solo è possibile ma necessario dominare. Non più l'uomo che regge il dolore, ma la tecnica che rimuove il dolore. Nel nostro tempo, infatti, il dolore non è più concepito

²⁶ In questo orizzonte di senso, la morte di Dio non ha lasciato solo orfani ma anche eredi; la clinica medica, che prende avvio come particolare derivazione dal progetto scientifico inaugurato nel Cinquecento, rinnova le figure della tradizione giudaico-cristiana lasciandone inalterato il significato. La triade temporale inaugurata dalla tradizione giudaico-cristiana, per la quale il passato corrisponde al tempo contraddistinto dalla colpa, il presente al tempo della redenzione e il futuro a quello della salvezza, segnala un'equivalente rilettura nel paradigma sotteso alla clinica, che pensa al passato come contrassegnato dalla figura della malattia, al presente come azione terapeutica rivolta al suo superamento e al futuro come guarigione.

inscindibile dalla vita, né come rivelazione dell'amore di Dio per i suoi figli, ma come evento disturbante e negativo che deve essere nascosto o rimosso in quanto incompatibile con la performance che ognuno si è dato come misura di se stesso.

Questa digressione sull'ermeneutica del dolore dischiude la strada ad un costrutto sfiorato nel contributo di Della Maggiora, quello di medicalizzazione. Nella sintetica definizione di Antonio Maturo (2024), "la medicalizzazione è un processo attraverso il quale condizioni umane vengono trasformate in problemi medici". In questo scenario, medicalizzazione e depoliticizzazione della sofferenza psicica appaiono, ma il discorso andrebbe in altra sede approfondito, come processi che si riflettono l'uno nell'altro. La medicalizzazione, come Ivan Illich (1976) aveva sottolineato, è inoltre perfettamente coerente con le premesse della cultura neoliberista in quanto non solo sollecita l'individuo a diventare passivo consumatore di cure mediche, ma pregiudica la capacità del singolo e della comunità di affrontare con le proprie risorse la fragilità e la vulnerabilità che contraddistinguono la condizione umana. Dal mio punto di vista, occorre evidenziare la contraddittorietà delle prescrizioni, perché nel momento in cui si esalta l'autonomia del soggetto e il suo affrancamento dai vincoli che, sino alla prima modernità industriale, canalizzavano la vita degli individui in itinerari biografici standardizzati, lo si vuole dipendente dalla cultura terapeutica che progressivamente espande la propria egemonia, passando dalla cura della malattia alla cura della salute.

Ma, giunti a questo punto, ritengo sia utile introdurre un nuovo costrutto, quello di *psicologizzazione*, che sembra tratteggiare il senso di inadeguatezza della psicologia costretta a inseguire la medicina per essere legittimata ad enunciare discorsi di verità. Non abbiamo tempo e spazio per approfondire nel nostro commento questa vicenda, ma qualcosa va detto. Dal punto di vista fenomenologico, assistiamo al fiorire di nuove diagnosi e alla raffigurazione, ad esempio, della tristezza e della timidezza come malattie dell'anima che la cultura terapeutica promette di bonificare. Da quello culturale, alla rappresentazione di un individuo sempre più fragile, che solo attraverso la gestione controllata e professionale delle proprie emozioni può conseguire il pieno dispiegamento di sé. Il tutto in un'epoca in cui la rappresentazione del futuro, come sottolineato da Benasayag e Schmit (2003), ha mutato radicalmente segno, trasformandosi da promessa a minaccia²⁷.

²⁷ Va tuttavia evidenziato come alcuni autori interpretino in chiave antropologica il disagio psichico. Così Han (2012), nel descrivere l'amore nel tempo della società della stanchezza, utilizza la metafora di un eros in agonia per descrivere la progressiva scomparsa dell'altro da Sé in seguito ai processi di individualizzazione. Per l'autore la società della prestazione condanna l'individuo all'autosfruttamento, rendendolo contemporaneamente servo e padrone. Ehrenberg (1998), nel descrivere l'eclissi della società della disciplina, oggi rimpiazzata dalla società della prestazione, sottolinea come la forma dell'individuo ideale non è più data dalla docile obbedienza alle regole ma dalla capacità di iniziativa, dall'intraprendenza nel costruire progetti e ottenere risultati come massimo dispiegamento di sé. In questo quadro sociale anche il disagio psichico ha cambiato forma: "non più il "conflitto nevrotico tra norma e trasgressione" con conseguente senso di colpa ma, in uno scenario sociale dove non c'è più norma perché tutto è possibile, la sofferenza origina da un "senso di insufficienza" per ciò che si potrebbe fare e non si è in grado di fare, o non si riesce a fare secondo le attese altrui, a partire dalle quali, ciascuno misura il valore di se stesso" (Galimberti, 2010). A questo proposito vedasi anche Bonomi e Borgna (2011).



Ma allora, potremmo chiederci, Della Maggiora con la proposta di ripoliticizzare la psicoterapia, aggiungendo ai vertici dell'individuale e del relazionale quello del socio-culturale, ci invita a fondare quella che, con un linguaggio desueto tratto dal vocabolario degli anni Settanta, potremmo chiamare una Psicologia Democratica? Può essere definita in questo modo una psicologia clinica che, come evidenziato dall'autore, non oscura ma disvela "gli aspetti dell'esistenza connessi alla sua dimensione pubblica, ossia a tutto ciò (teorie e prassi) che riguarda la convivenza di soggetti in una società"? E se così fosse non si correrebbe il rischio di percorrere un pensiero tipicamente occidentale, ingenuo e binario, e di fondare per contrapposizione una Psicologia, passatemi il termine, Antidemocratica, avviluppata alle premesse individualistiche del discorso neoliberista?

Non credo che Della Maggiora abbia questa intenzione nel proporre un processo di politicizzazione della psicoterapia. Credo, al contrario, che il suo contributo vada situato all'orizzonte di un discorso epistemologico, all'interno del quale la psicologia possa interrogarsi sulle proprie interrogazioni, cogliere le connessioni del suo essere situata nel tempo, scorgersi con un ruolo attivo nel processo di costruzione di una norma che, creando un mondo, misura lo scarto tra normalità e devianza, irregolarità e corretto funzionamento, ordine e disordine. A mio avviso, è a questo orizzonte di senso a cui dobbiamo guardare, tenendoci in braccio l'eredità di Bateson quando sosteneva che chi non sa di possedere un'epistemologia ha solo una cattiva epistemologia.

Della Maggiora conclude il suo intervento citando due giganti, Bateson e Basaglia. Lo faccio anch'io, non per simmetrico desiderio di emulazione, ma per desiderio estetico.

L'esperienza di Basaglia, come ben sappiamo e come riportato da Della Maggiora in epigrafe nella parte dedicata alle conclusioni – "[...] la faccia sociale della malattia mentale potrà incominciare a mutare attraverso la nuova cultura che verrà creandosi..." - non si proponeva di disconoscere la medicina, quanto piuttosto di contaminarla, promuovendo pratiche di cura che anteponevano la conoscenza del soggetto al sapere sull'oggetto. La clinica che Basaglia aveva concretamente proposto, nel rifiutare la segregazione dei malati, è sempre stata rivolta in una duplice direzione: da una parte, guardava ai pazienti, sostenendo la ricostruzione dei legami sociali ed esistenziali spezzati in seguito all'internamento, dall'altra alla comunità, che, proprio attraverso la relazione con i malati, avrebbe potuto essere perturbata e, forse almeno un po', salvata dai suoi sogni ossessivi di normalità. Si potrebbe dire che per Basaglia ripoliticizzare la salute mentale significasse anche ripoliticizzare la società, mettendola a confronto, attraverso il confronto con il "diverso", con i suoi dogmi, le sue premesse, le sue ossessioni.

Infine, per non prenderci troppo sul serio e mitizzare il nostro lavoro di psicoterapeuti, vorrei ricordare la risposta che Bateson diede ad una lettera inviatagli da un collega psichiatra, sconvolto dal suicidio di una sua paziente: "[...] Ciò che un essere umano può fare per un altro non è proprio il nulla: probabilmente qualche volta può dare una mano, se colui che aiuta ha la consapevolezza di quanto poco aiuto possa dare. Qualche protezione temporanea dai venti

freddi della folle civilizzazione, qualche pianto e qualche risata insieme. E questo è quanto”.
La sottolineatura è mia.

BIBLIOGRAFIA

Benasayag, M., Schmit, G. (2003). *Les passion tristes. Souffrance psychique et crise social*, La Découverte, Paris (Trad. it. *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, 2005).

Bonomi, A., Borgna, E. (2011). *Elogio della depressione*, Einaudi.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris (Trad. it. *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Einaudi, 1999).

Foster Wallace, D. (2009). *This Is Water*. Little, Brown and Company, Boston. (Trad. it. *Questa è l'acqua*, Einaudi, 2009).

Fruggeri, L., Balestra, F., Venturelli, E. (2022). *Le competenze psicoterapeutiche*, Il Mulino.

Han, B-C. (2012). *Agonie des Eros*, Berlin, Matthes & Seitz (*Eros in agonia*, Nottetempo, 2013).

Illich, I. (1976). *Limits to medicine- Medical Nemesis: the expropriation of health*, Marion Boyars Publishers, London, (trad. it., *Nemesi Medica - l'espropriazione della salute*, Mondadori, 1977).

Maturo, A. (2024). *Il primo libro di sociologia della salute*, Einaudi.

Natoli, S. (1986). *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli.

“AMORE INDIGNATO: SENTIRE L'INGIUSTIZIA PER AFFRONTARE GLI ABUSI. UNA PSICOTERAPIA DI TERZO ORDINE”²⁸

*(INDIGNANT LOVE: FEELING INJUSTICE TO CONFRONT ABUSE.
A THIRD-ORDER PSYCHOTHERAPY)*

Raúl Medina Centeno²⁹, Ana Cristina Ramírez Granados³⁰
Mail: Topraul2002@yahoo.co.uk, anaram81@gmail.com

SOMMARIO

Questo articolo presenta il concetto di "amore indignato" come categoria socio-emotiva e politica che permette di ridefinire il disagio psicologico come problema di ingiustizia sociale. L'amore indignato mette in discussione il ruolo che la struttura sociale gioca nei modelli di abuso domestico e di autoinganno. Inteso come risorsa psicoterapeutica, l'amore indignato ripristina un dialogo aperto e di supporto all'interno delle famiglie, favorendo la collaborazione per il benessere comune e promuovendo la libertà individuale a partire da una consapevolezza ecologica.

PAROLE CHIAVE: amore, potere, giustizia sociale, indignazione, amore indignato

ABSTRACT

²⁸ Questo lavoro di ricerca clinica si basa sul libro: Medina, R. (2025) *Dall'amore indignato al dialogo solidale. Per una terapia familiare di terzo ordine*. Alpe. È una versione aggiornata di quella pubblicata sulla rivista Mosaico (2024) 88 settembre: 52-68.

²⁹ Dottore in Psicologia sociale e master in Terapia familiare. È professore ricercatore presso l'Università di Guadalajara e fondatore dell'Istituto Tzapopan in Messico. È membro fondatore della Rete Europea e Latino-americana delle Scuole Sistemiche (RELATES).

Il suo contributo più significativo è rappresentato dalla terapia familiare critica e dalla terapia relazionale di terzo ordine. Medina Centeno coniuga le scienze sociali con la psicoterapia relazionale per proporre una psicoterapia sociale che considera la psicopatologia come una forma di resistenza politica al maltrattamento, all'esclusione e alla violenza. Riformula la diagnosi come un processo collaborativo e attivo tra terapeuta e consultanti basato su ipotesi. Ripensa la famiglia come un'organizzazione sociale di scelta e considera la comunità come la migliore risorsa clinica per affrontare il malessere e il maltrattamento strutturale.

³⁰ Ha conseguito la laurea in Psicologia presso l'Università di Guadalajara. Ha conseguito un master in Terapia familiare presso l'Istituto Tzapopan e una specializzazione in Terapia di coppia sempre presso lo stesso istituto. Attualmente esercita la professione di terapeuta familiare e di coppia. Collabora con l'Istituto Tzapopan di Zapopan, Jalisco, in qualità di docente e coordinatrice accademica.

Dal 2019 ad oggi, ha partecipato in qualità di relatrice e conduttrice di workshop a diversi congressi nazionali e internazionali nel campo dell'intervento psicoterapeutico, in particolare nell'ambito della terapia familiare sistemica, affrontando tematiche quali la prospettiva di genere, il terzo ordine, l'intersezionalità e la giustizia sociale.



This article introduces the concept of indignant love as a socio-emotional and political category, offering a new perspective on psychological distress as a form of social injustice. Indignant love challenges the role of structure in patterns of domestic abuse and self-deception. When viewed as a psychotherapeutic tool, it facilitates open and supportive dialogue within families, enabling them to work together for their own well-being and promoting individual freedom based on ecological awareness.

KEYWORDS: love, power, social justice, indignation, indignant love

INTRODUZIONE

L'amore non può prescindere dai rapporti di potere. Anche se si cerca di isolare le variabili all'interno di una sorta di "scatola di Skinner", tale tentativo risulta irrealistico. Entrambe le dimensioni, l'amore e il potere, sono interconnesse nei modelli relazionali. In questo lavoro ci concentreremo sull'amore complesso e sulla sua relazione con i sottosistemi coniugale e genitoriale, con l'obiettivo di identificare i modelli di benessere e maltrattamento che ne derivano. In particolare, proponiamo l'amore indignato come categoria teorica ed empirica di terzo ordine per mettere in luce la natura emotiva e politica delle relazioni umane e le risorse utili a un lavoro psicoterapeutico profondo.

Bateson (1991) propone di integrare natura e cultura in un'unica dimensione che definisce "ecologia". In questo modo, qualsiasi fenomeno da analizzare dal punto di vista biologico, dell'identità o delle psicopatologie è un fenomeno ecologico. Egli afferma che «ogni dettaglio dell'universo è visto come una proposta di visione del tutto» (p. 336). Ciò significa che i fattori strutturali di tipo socioculturale non sono esterni ai modelli emotivi e di potere che si verificano nella sfera intima familiare, probabilmente riprodotti nel corso delle generazioni. Questo è ciò che Bateson definisce "terzo ordine".

Per questo motivo, consideriamo l'amore e il potere come dimensioni ecologiche di terzo ordine (McDowell, Knudson-Martin, Bermúdez, 2019; Medina, 2025). In un'indagine clinica di questo tipo, ci concentriamo sull'origine del conflitto e della rottura e probabilmente scopriremo la dimensione strutturale che sostiene l'abuso, nella quale amore e potere si intrecciano in modo ambiguo.

L'AMORE: DALLA BIOLOGIA ALLA COMPLESSITÀ

Nel corso della storia, diverse discipline e gruppi di molte culture hanno cercato di rispondere alla domanda: che cos'è l'amore? Già nell'antica Grecia, l'amore era un tema di interesse nella mitologia, sebbene venisse descritto come un'esperienza dolorosa con esiti tragici. Nel XI

secolo fa la sua comparsa l'amore cortese, caratterizzato dal corteggiamento della donna da parte dell'uomo attraverso la parola e la poesia. Successivamente, si è evoluto nell'amore borghese e vittoriano. In quest'ultimo, la formalizzazione della relazione attraverso il matrimonio assume un'importanza fondamentale. La procreazione diventa un elemento fondamentale della relazione, introducendo una nuova dimensione nel rapporto amoroso: i figli (Cuetos, 2016).

Nel XVIII secolo si afferma il modello dell'amore romantico che valorizza le esperienze emotive e fa sì che la relazione ruoti attorno a esse, mettendo in secondo piano la dimensione sessuale (Cuestes, 2016). Lo stesso Cuestes (2016) afferma che il fenomeno dell'amore ha subito diverse trasformazioni nel corso del XX secolo. Questo cambiamento è principalmente dovuto all'estensione dei diritti alle minoranze, in particolare a quelli delle donne. Nel contesto della terza rivoluzione industriale e dell'emancipazione femminile si sono affermate due nuove forme di amore: l'amore confluyente (Giddens, 1995) e l'amore liquido (Bauman, 2005). L'evoluzione storica del concetto di amore nella cultura occidentale ci porta a formulare la nostra prima ipotesi: l'amore è anzitutto un fenomeno culturale e solo in secondo luogo psicologico.

Maturana (1997) propone un'altra ipotesi. Secondo lui, nessuna azione umana può prescindere dall'emozione, perché è l'emozione che ci spinge all'azione. Questa prospettiva va oltre, sottolineando che l'emozione che rende possibili gli scenari sociali è l'amore, che Maturana definisce come l'accettazione legittimante dell'altro. Senza questa accettazione, non è possibile una storia relazionale simbolica. In sintesi, Maturana sostiene che l'amore sia la base dell'intimità relazionale, intesa come sostegno affettivo, dialogo solidale, capacità di condividere aspetti personali e profondi, fiducia e sicurezza con l'altra persona (Maureira, 2011).

In altre parole, l'amore prevale sulla razionalità e favorisce la costruzione di relazioni significative e durature. Questo principio emerge chiaramente in diverse situazioni: un padre che, mosso da angoscia, urla al figlio adolescente che bere alcolici è incompatibile con la guida di un'auto, e il figlio interpreta tale reazione come una forma di rifiuto; un insegnante demotivato che non ama il proprio lavoro e i cui insegnamenti non avranno alcun impatto sugli studenti che lo ascoltano; un'istituzione sanitaria che non ascolta i bisogni e le paure dei propri pazienti e li tratta come semplici dati statistici non raggiungerà l'efficacia terapeutica che si propone. La ragione e i discorsi richiedono un'emozione che dia forza alla narrazione e renda possibile il dialogo.

Per Artz (1994), i processi emotivi sono estremamente potenti e coinvolgono diversi ambiti, come la percezione, la memoria e l'apprendimento. Pertanto, gli aspetti espressivi delle emozioni sono importanti per la comunicazione e per i processi fondamentali del legame interpersonale (p. 16). L'autore conclude che il modo in cui viviamo i nostri sentimenti fa parte dello sviluppo del senso di sé e che entrambi i processi avvengono simultaneamente. Vygotskij (2010) aggiunge che è in questo gioco socio-emotivo-simbolico che nasce la coscienza. I

sociologi, dal canto loro, sottolineano che le emozioni sono una sorta di epistemologia sensoriale che permette alle persone di collocarsi e riconoscersi nel mondo in cui interagiscono (Hochschild, 1975, 1979, 1983, 1998).

L'AMORE COME EPISTEMOLOGIA CLINICA

In ambito clinico, ricordiamo il maestro Whitaker (1991), secondo il quale i membri delle famiglie sono fortemente interconnessi. Per questo motivo, nutre scarsa fiducia nell'idea che le informazioni o le idee possano favorire la crescita: "Affinché si produca un vero cambiamento, i membri della famiglia devono impegnarsi emotivamente gli uni con gli altri. Hanno bisogno di esperienze reali, non di intuizioni puramente cognitive"... "Il mio stile consiste nell'insistere sulle esperienze emotive, non sugli insegnamenti educativi" (Whitaker, 1991, p. 60).

Linares (2016) afferma che «siamo animali affettivi, al punto che ci ammaliamo se rimaniamo senza amore» (p. 16). Per lui, l'amore è un fenomeno relazionale bidirezionale, non lineare e non individuale. Lo definisce come un nutrimento relazionale, costituito da una dimensione cognitiva (percepirsi amati), una dimensione emotiva (sentirsi amati) e una dimensione pragmatica (essere oggetto d'amore). Il riconoscimento, la valorizzazione e l'affetto-tenerezza rappresentano gli assi su cui si fonda tale nutrimento. Da questa prospettiva complessa, Linares (2016) distingue due sottosistemi fondamentali che costituiscono il legame amoroso: l'amore coniugale e l'amore genitoriale. Il primo include il desiderio/sex, il secondo la socializzazione/cura, che si traduce nel dare regole e protezione. A partire da queste premesse, prendiamo in considerazione i due sottosistemi familiari proposti da Linares (2016): coniugale e genitoriale, come assi di riferimento per la diagnosi e l'intervento clinico.

COSA OSTACOLA L'AMORE?

Linares (2016) afferma che «l'essere umano mette in atto comportamenti di maltrattamento quando non si sente amato e quando è più orientato a dominare che ad amare... Il maltrattamento è un fenomeno presente nella vita quotidiana, così come il potere e la mancanza d'amore, che si manifestano in modi e contesti molto diversi (p. 17). Linares conclude: «Siamo animali amorevoli, sì, ma siamo anche diventati animali maltrattanti» (p. 18). Potremmo avanzare un'altra ipotesi: finora, nell'evoluzione umana, amore e potere hanno costituito un'unità indissolubile e potrebbero persino essere confusi. Nella pratica clinica emergono spesso spiegazioni paradossali che giustificano il possesso dell'altro come un atto d'amore: esercitare controllo e maltrattamento come forma di sacrificio in una relazione che dura tutta

la vita, per amore dei figli o per fedeltà alla famiglia d'origine; uccidere l'altra persona per amore; morire d'amore. Tutte queste espressioni mostrano il potere simbolico che ha origine nelle mitologie culturali, ciò che qui chiamiamo "terzo ordine".

IL PENSIERO DI TERZO ORDINE

Il pensiero di terzo ordine è un quadro epistemico derivato dall'opera di Gregory Bateson (1991, 1993). Si riferisce a un tipo di apprendimento che contestualizza il comportamento umano per riconoscerne la natura ecologica. In questa prospettiva, si considera l'unità di riferimento — famiglia, identità, psicopatologia, ecc. — in termini meta-contestuali (contesti di contesti). In pratica, si riconosce che ogni fenomeno umano è inscritto in una vasta rete di sistemi che costituiscono l'ecologia a cui appartiene.

A questo livello di analisi, la persona non è più l'unità di riferimento per comprendere l'esperienza. Ciò che conta non sono gli individui presi singolarmente, ma i sistemi di sistemi che organizzano identità, legami, significati, relazioni di potere, ruoli e regole. Questi sistemi includono, ma non si limitano, alla famiglia, e comprendono anche l'economia, la politica, la cultura, la classe sociale, il genere, l'etnia e altre categorie strutturali che determinano ciò che un soggetto può o non può fare, dire o provare.

L'INTIMITÀ COME PARTE DELLA STRUTTURA

Il terzo ordine non è esterno alla vita quotidiana o all'identità personale, ma si incarna nella sfera più intima dell'esperienza individuale. Un esempio è la mitologia patriarcale che, per generazioni, ha assegnato ruoli e gerarchie all'interno delle famiglie: maggiore libertà per gli uomini, maggiore controllo per le donne, gli uomini provvedono, le donne si occupano della cura, e così via. Queste micropolitiche consistono in schemi relazionali intergenerazionali dati per scontati, che contribuiscono a strutturare i modi di essere.

Queste pratiche sono caratterizzate da forti asimmetrie e ingiustizie, ma risultano così naturalizzate da apparire come "buon senso". Allo stesso modo, altre forme di maltrattamento e ingiustizia, associate allo status socioeconomico, alla razzializzazione, alle aspettative dei genitori legate al rendimento scolastico o alla conformità di genere, si intrecciano con la storia personale e con i vissuti che emergono nel contesto terapeutico.

CONSAPEVOLEZZA STRUTTURALE DEL DISAGIO

In pratica, l'apprendimento di terzo ordine invita i terapeuti e i loro pazienti a riconoscere gli impatti strutturali e sociali che entrano in gioco in ogni dilemma, modello di abuso, pensiero, emozione e comportamento nel setting terapeutico. Quando il terapeuta e il paziente prendono coscienza di queste forze strutturali, possono evitare che le spiegazioni del disagio ricadano esclusivamente sulle persone o sui loro legami più stretti. Come affermano McDowell et al. (2018), questa consapevolezza ecologica "amplia le possibilità di scelta oltre quelle previste dal secondo ordine" e apre la porta a trasformazioni più profonde (McDowell et al., 2018, p. 23, in McDowell, Knudson e Bermúdez, 2019, p. 13).

Il pensiero di terzo ordine invita quindi a superare una visione isolata del paziente e del terapeuta, considerandoli come soggetti inseriti in una rete ricorsiva di sistemi multipli. Questa prospettiva amplia l'analisi della famiglia e vi include la dimensione sociale, culturale e politica del sé.

L'USO DEL POTERE ATTRAVERSO LA RETORICA DELL'AMORE COME FORMA DI MALTRATTAMENTO

Il potere è un rapporto di forza di terzo ordine, fondato su credenze e pratiche che gli attori impongono o interiorizzano acriticamente, contribuendo a organizzare una realtà sociale data e a costruire un contesto percepito come evidente e inevitabile (Bourdieu, 1991, 1999, 2006). Ad esempio, in ambito clinico, troviamo spiegazioni o giustificazioni che gli stessi attori danno ai loro comportamenti: "Ho dovuto rinchiudere mia figlia per impedirle di uscire con quell'uomo che può farle del male!", "Solo quando la picchio sta zitta!", "Non avevo altra risorsa, se non i miei figli, per affrontare mio marito!", "Sono consapevole di aver sbagliato, ma sono in pace con Dio e con la mia coscienza!", "Ho sacrificato tutta la mia vita per amore dei miei figli!". Ciò ci porta a collocare le relazioni emotive e di potere, in particolare gli abusi, nella dimensione culturale. Da ciò derivano implicazioni epistemiche fondamentali per la diagnosi e l'intervento clinico: la psicopatologia, ovvero l'interferenza nei processi d'amore attraverso l'abuso ricorsivo, non ha origine biologica, ma sociale. Come la psicopatologia, anche le emozioni lo sono, pertanto è necessario esplorare il simbolismo dell'abuso e il meccanismo che lo produce. In altre parole, l'amore e l'abuso non esistono al di fuori di una forma di vita e non sono naturali, ma reali e di origine socio-politica. Pertanto, è opportuno ipotizzare che il malessere personale, manifestato attraverso una psicopatologia, sia una forma di resistenza al maltrattamento di natura sociale e che sia probabilmente correlato a un problema di ingiustizia.

L'INGIUSTIZIA SOCIALE

Se la giustizia consiste nel garantire un'equa distribuzione dei beni materiali e nell'assicurare a tutti i cittadini pari diritti e opportunità, l'ingiustizia sociale sarebbe lo squilibrio di beni, diritti e opportunità. In questo articolo, esamineremo l'ingiustizia sociale come variabile del malessere personale. Secondo Santiago (2018), le tre dimensioni che compongono l'ingiustizia sociale sono la distribuzione iniqua di beni e servizi, l'esclusione e la perdita di potere. La seconda e la terza dimensione dell'ingiustizia sociale, collegate alla prima, sono legate a un sistema di mancato riconoscimento e, di conseguenza, di esclusione strutturale. Il mancato riconoscimento di alcuni gruppi della società come soggetti di diritto legittimo li rende invisibili e li esclude dalla cittadinanza, generando ciò che oggi è noto come minoranze. Questo crea una frattura nella coesione sociale.

Questo scenario rappresenta un tipo di soggettività normalizzata (Acevedo, 2021; Castro-Gómez, 2010), in cui le persone sono disattivate a livello socio-psicologico. In altre parole, le vittime non si riconoscono come tali e giustificano la propria sfortuna nella vita come qualcosa che hanno dovuto subire, il che le porta a reagire in modo autodistruttivo, a provare disprezzo per sé stesse, a rassegnarsi e, potenzialmente, a perdonare (Santiago, 2018). In questo senso, l'ingiustizia come forma di potere non è qualcosa di esterno ai soggetti, ma opera nella loro vita intima. La società stessa, compresi i contesti relazionali prossimi come la famiglia e gli amici, diventa un dispositivo attivo di riproduzione dell'ordine costituito. Questi contesti utilizzano strategie micro-politiche ed emotive di sottomissione, come ignorare, escludere, rifiutare, maltrattare e reprimere (Han, 2016, 2017; Foucault, 2020). Questa micro-politica relazionale porta a un'interferenza nei processi d'amore e quindi alla rottura del dialogo solidale. È in questi scenari socio-emotivi che emerge il potere dell'ingiustizia e le resistenze vengono progressivamente indebolite. Tutto ciò genera un universo di sentimenti personali e collettivi.

L'INGIUSTIZIA DIETRO LA PSICOPATOLOGIA

Sulla base di questa argomentazione, si ipotizza che molti dei sentimenti di vergogna, apatia, paura, delusione verso sé stessi, disperazione, tristezza e rassegnazione, che vengono espressi con i nomi di depressione, ansia e psicosi, siano di natura sociale e strutturale, e che l'ingiustizia giochi un ruolo fondamentale. Ciò è rilevante per il lavoro clinico. L'ingiustizia sociale si manifesta all'interno della famiglia e delle comunità e, in caso di disobbedienza, verranno richiamati il codice, la lealtà, le regole o il patto. Se la prima richiesta non viene soddisfatta, si genera un'intera strategia socio-emotiva basata su ricatti, maltrattamenti ed esclusione da parte di coloro che, paradossalmente, sono i più amati e con cui si condivide l'identità. La cosa preoccupante è che si usa un linguaggio emotivo e poco chiaro. Per esercitare un potere maggiore, si giustificheranno le convinzioni percepite come indiscutibili e il maltrattamento, appellandosi all'amore. Questo gioco tra amore e potere, guidato da un simbolismo strutturale



di terzo ordine (Medina, 2025), porta spesso all'autoinganno e all'auto sottomissione, che rappresentano uno dei livelli più profondi in cui il potere strutturale si esprime.

Ci sono diverse situazioni che possono fare da esempio: il sacrificio e la perdita della libertà e dell'autonomia personale per cieca lealtà alla famiglia d'origine probabilmente derivano dai pregiudizi legati allo status o alla famiglia tradizionale. Le esigenze di alcune donne di sposarsi e avere figli per sentirsi complete assumono significato all'interno della cultura patriarcale. Una madre che si sente in colpa per non avere tempo da dedicare ai propri figli è influenzata dal sovraccarico che comporta un doppio turno di lavoro, dalla mancanza di tempo sufficiente, e dall'assenza o marginalità del padre. Questo si radica nella mitologia della famiglia tradizionale e dalla precarietà lavorativa. Un giovane triste e deluso da sé stesso per non aver avuto successo nella vita come suo padre può essere influenzato da credenze legate al merito e al classismo. Un uomo che uccide la sua ex moglie perché non poteva dividerla con nessuno e aveva giurato davanti a Dio che sarebbero stati insieme fino alla morte: una narrativa radicata nel patriarcato e nel romanticismo. Una coppia che vive una relazione priva di amore e benessere coniugale può rimanere insieme nel tempo, sostenuta dalla ricerca di tranquillità per i figli e per la famiglia d'origine, cosa che risulta coerente con il modello della famiglia nucleare eterosessuale.

Se continuano a verificarsi situazioni di ingiustizia come quelle sopra menzionate, il corpo può manifestare malessere come forma di resistenza. Il rischio è che ciò venga interpretato come una malattia biologica o psichica, e che il malessere venga privatizzato. Ciò che sottende il maltrattamento è il simbolismo con cui viene giustificato e che Bourdieu (2006) definisce "potere simbolico". Pertanto, possiamo concludere che nulla è naturale. La natura è un'invenzione del potere. Si costruiscono delle realtà che pretendono di essere al di fuori di ogni discussione o critica, semplicemente perché sono naturali. Non c'è nulla di naturale nell'essere umano: tutto è cultura (Manrique, 1994). Tuttavia, tale origine culturale non esclude la possibilità di un intervento clinico.

SENTIRE L'INGIUSTIZIA SOCIALE PER INDIGNARSI

Il lavoro clinico qui proposto mira innanzitutto a rendere consapevoli dei processi che agiscono nella sfera intima e delle giustificazioni che sostengono l'autoinganno. L'obiettivo è ridefinire la psicopatologia come un problema di ingiustizia sociale che sopprime l'espressione dei corpi e paralizza la capacità di agire. Da questa prospettiva, il modello relazionale di maltrattamento viene ridefinito in ambito socioculturale. Questa è una buona notizia, perché la soluzione si sposta dalla biologia al sociale, dai farmaci all'autodeterminazione, dal vittimismo alla corresponsabilità, dal controllo o dall'adattamento alla resistenza e dal silenzio al dialogo. A tal fine, proponiamo l'amore indignato come strumento clinico di terzo ordine che permette di affrontare il malessere facendo appello alle risorse e alla coscienza ecologica delle persone, per acquisire potere di fronte alle circostanze sociali che lo generano.

Tutto è socialmente organizzato, in particolare il maltrattamento, che è accompagnato dall'ingiustizia sociale e ha un impatto sulla biologia e sulla psicologia delle persone. Santiago (2018) sostiene che, affinché una vittima non consideri la propria condizione come frutto della sfortuna o del destino, «deve sentirsi offesa e percepire il disagio che la affligge non come qualcosa di naturale e individuale, bensì come un fenomeno di natura socio-culturale. Una volta che la vittima è consapevole di questo meccanismo, può reagire con indignazione». Secondo questa autrice, il senso di ingiustizia sociale deriva da una grave ferita alla dignità personale, di natura morale e politica. «A differenza del desiderio di vendetta o di rivalsa, il senso di ingiustizia non è una reazione puramente emotiva, ma implica la consapevolezza che qualcosa nella società è profondamente sbagliato e richiede un cambiamento» (p. 63). L'indignazione è un'emozione che si traduce in una risorsa psicoterapeutica. In questo modo, il paziente viene trattato come una persona dignitosa e non come il depositario di un sintomo o di un comportamento atipico.

IL POTERE DELL'INDIGNAZIONE AMOREVOLE

Se la psicopatologia è il risultato di un'ingiustizia sociale, è necessario riconoscerla e collocarla nella sua natura socio-emotiva e politica, non considerandola come un problema individuale, ma collettivo. Ad esempio, l'abuso sessuale di una bambina da parte di un parente adulto non solo ha ferito e violentato la bambina, ma ha anche tradito l'intera famiglia e la comunità di appartenenza. Pertanto, «la ricerca della giustizia è un compito collettivo, non individuale» (Santiago, 2018, p. 64). Tradotto in ambito clinico, l'indignazione permette di riorganizzare la famiglia per acquisire potere e affrontare insieme l'ingiustizia causata dall'abuso. L'indignazione implica uno sguardo di solidarietà verso chi subisce un'ingiustizia, ovvero fare proprio il dolore altrui.

Questa apertura verso l'altro costituisce un elemento fondamentale dell'indignazione e dà origine a una forma di indignazione collettiva e solidale, capace di trasformare i rapporti di potere in pratiche di cura dell'altro, vissuto come parte di sé. Si tratta di un'indignazione che si trasforma in una resistenza efficace, poiché si rafforza quando ci si unisce. Indignarsi insieme apre il dialogo solidale e critico e potenzia la capacità di trasformazione. Ed è qui che si affronta l'ingiustizia, mettendo in discussione e trasformando i modelli relazionali che riproducono il maltrattamento. Si tratta di esorcizzare il proprio malessere personale per trasformarlo in un problema sociale. Occorre passare dalla tristezza, dalla paura, dalla disperazione, dalla rabbia, dal dolore, dai litigi, dalle rivendicazioni, dai maltrattamenti e dal desiderio di vendetta, sintomi dell'ingiustizia subita, alla solidarietà, al rispetto e all'amore per l'altro e per sé stessi, insieme, passando alla resistenza.

L'amore indignato è una categoria emotivo-politica che rende possibile una riflessione autocritica e affrontare insieme sia le sfide imposte dal contesto sociale sia quelle che vengono

vissute a livello personale, al fine di ristabilire il rispetto, la cura e l'amore. Di seguito, presentiamo una breve vignetta con l'intento di esemplificare quanto sopra menzionato.

Caso: "Javier e Ana: il lavoro invisibile"³¹

La famiglia è composta da Ana, 51 anni, stilista e casalinga, e Javier, 51 anni, contabile e insegnante di scuola secondaria di primo e secondo grado. Hanno quattro figli: Daniela, 27 anni, laureata in lingue straniere; Ernesto, 25 anni, studente di ingegneria meccatronica; Felipe, 20 anni, studente di medicina; e Carolina, 18 anni, studentessa di liceo. Dei figli, solo Carolina vive con la coppia, mentre gli altri studiano in altri comuni. Sono una famiglia conservatrice del nord di Jalisco (Messico) che vive in un contesto semiurbano. Le prime quattro sedute del percorso terapeutico si svolgono con entrambi i coniugi, che parlano apertamente delle difficoltà che stanno affrontando. Seguono poi due sedute individuali: una con Ana e l'altra con Javier. La descrizione del caso è presentata in tre fasi: la prima comprende la prima, la seconda e la terza seduta; la seconda riguarda la quarta seduta; la terza include la quinta e la sesta seduta.

Primo momento: il genere, i micro-machismi e la smentita, ovvero negare ripetutamente i bisogni legittimi di Ana

Durante la prima seduta, si conosce la coppia e si svolge il primo colloquio secondo il modello della terapia familiare critica e di terzo ordine. In questa fase, si costruisce il genogramma, si indaga sulla vita quotidiana della famiglia, si esplorano le reti di sostegno e si stabilisce la richiesta (Medina, 2025). Il motivo della consultazione è la terapia per difficoltà genitoriali nella relazione con Carolina, la figlia minore. Riferiscono che la ragazza non collabora nelle attività domestiche che le vengono assegnate e non rispetta le regole. Fin dalla prima seduta, la richiesta si sposta sul rapporto di coppia tra Ana e Javier. In realtà, si trattava di insoddisfazione coniugale. La dinamica di coppia era cambiata in modo significativo da quando i tre figli maggiori avevano lasciato casa per frequentare l'università e Ana aveva iniziato a presentare problemi di salute.

Ana ha ricevuto diverse diagnosi mediche: ipotiroidismo, ernia allo stomaco e, più recentemente, lupus. Queste malattie le hanno impedito di svolgere le normali attività quotidiane, come fare esercizio fisico, tenere la casa pulita e in ordine, preparare i pasti nei tempi necessari, lavare e stirare i vestiti di Javier e lavorare nel salone di bellezza che si trova nella stessa casa. Per Javier è stato difficile, perché da quando Ana si è ammalata, non c'è più nessuno che si occupi delle faccende che lei svolgeva ogni giorno. Questo ha creato un conflitto con Carolina, a cui ha chiesto di collaborare nelle faccende domestiche e di rispettare le

³¹ I casi sono seguiti dagli studenti del master in terapia familiare, utilizzando la metodologia della co-terapia Ana Cristina (terapista 1), Susana (terapista 2) e (Raúl) supervisione. I consultanti qui analizzati hanno firmato il consenso alla pubblicazione del caso, proteggendo la loro identità. Sono stati modificati i nomi, le età e altri dati che consentono la loro identificazione.

regole. Javier spera anche che Ana si impegni di più, poiché non interpreta il suo comportamento come espressione di un reale malessere fisico ed emotivo, ma come una forma di pigrizia.

Lenti di genere e squalifica. Iniziano a emergere i ruoli prestabiliti di ciascun membro della coppia, che sono stati normalizzati: ad esempio, il lavoro di Ana come casalinga e quello di Javier come capofamiglia. Quando questi ruoli non vengono rispettati, la relazione ne risente. Dal punto di vista della parità di genere, è necessario identificare le ingiustizie della vita quotidiana per neutralizzare e disattivare i rapporti di potere tra uomini e donne, favorendo così relazioni più oneste ed egualitarie (Bonino, 1996). In questa relazione asimmetrica, si identifica la svalutazione da parte di Javier dell'esperienza di Ana. La svalutazione è intesa come forma di delegittimazione dei compiti coniugali o genitoriali (Linares, 1996).

I micro-machismi come modello relazionale. Nella relazione possiamo individuare i micro-machismi, definiti da Bonino (1996) come pratiche di dominio e violenza maschile quasi impercettibili nella vita di tutti i giorni. Tra questi, spiccano quelli coercitivi e occulti (p. 3). Javier è disperato perché spera che la salute di Ana migliori. Non c'è più nessuno che si occupi delle sue attività, in particolare delle faccende domestiche che normalmente svolgeva Ana. D'altra parte, Ana è sovraccarica e depressa perché non può condurre una vita normale ed è pervasa da un senso di delusione verso sé stessa.

Uno dei micro-machismi coercitivi che possiamo osservare è la mancanza di partecipazione dell'uomo alle faccende domestiche. Javier sottolinea che è urgente che Ana si riprenda, così che possa occuparsi delle faccende domestiche, mentre lui trascorre la maggior parte del tempo fuori casa per lavorare. Questo atteggiamento utilitaristico fa sentire Ana meno importante. D'altra parte, un altro micro-machismo nascosto che si può osservare è lo sfruttamento del ruolo di cura attribuito alle donne. Qui si può osservare come Javier abbia beneficiato per anni delle cure di Ana, dando per scontata la sua disponibilità e godendo di una buona qualità della vita senza riconoscere il lavoro della moglie. Un altro elemento sottile di maltrattamento è che Ana sentiva che Javier si arrabbiava quando era malata, il che dimostra una mancanza di empatia e di cure. Quando lei stava male, lui non la ascoltava né le credeva quando le diceva di sentirsi stanca e malata. La faceva sentire in colpa per essere malata e invalidava la sua esperienza, cosa nota come gaslighting (Santoro, 1994).

All'interno della classificazione dei micro-machismi nascosti, vediamo come, all'interno della relazione, si verifichi una mancanza di intimità e, di conseguenza, si scelga il silenzio (Bonino, 1996). Javier antepone il proprio benessere a quello di Ana. Si occupa di sé stesso e dei propri bisogni, mettendo da parte i desideri e i sentimenti della moglie, per cui la connessione emotiva è secondaria. Questa è un'idea centrale del patriarcato: dare la priorità ai bisogni degli uomini rispetto a quelli delle donne. Nella relazione, hanno smesso di dialogare in modo solidale e il silenzio ha preso il sopravvento. Secondo la terapia familiare critica di terzo ordine, i sintomi compaiono e si aggravano quando la persona o i membri della famiglia interrompono il dialogo con sé stessi, con la rete di sostegno e con gli altri; in altre parole, non comunicano più (Medina,



2025). Dopo diverse sedute, Javier e Ana giungono alla conclusione che le loro vite sono cambiate e che ciò di cui hanno bisogno è parlare, comunicare e mettersi d'accordo sulle attività da svolgere.

Secondo momento: il dialogo solidale

La coppia riferisce di aver messo in pratica le conversazioni e l'attenzione ai dettagli come forma di riconoscimento. Javier viene indotto a immaginare di non avere una moglie, e questo è legato a quanto detto da lei: è probabile che la malattia possa evolvere verso una disabilità permanente o addirittura la morte. Javier si commuove e ammette di non riuscire a immaginare la propria vita senza di lei. Questo momento è stato fondamentale per Javier, che ha così preso coscienza del fatto che sua moglie è una persona a tutti gli effetti. Javier riflette anche criticamente sulla sua mancanza di azione e inizia a proporre idee su come possa aiutare a migliorare la salute di Ana. Ana riesce anche a esprimere il suo bisogno di pazienza da parte di Javier: «Che non si disperi». Come afferma Medina (2025), quando si iniziano a riconoscere le esigenze particolari dell'altro, si crea uno spazio di ascolto basato su un'attenzione genuina, si riconosce il proprio ruolo nella situazione, si espande la consapevolezza e si favoriscono azioni cooperative.

Terzo momento: riflessione critica, amore indignato e cambiamento

Javier inizia a riflettere in modo critico e a mettere in discussione le convinzioni sui ruoli di genere e i micro-machismi che aveva interiorizzato, il che gli permette di assumere una prospettiva di terzo ordine. Questa nuova prospettiva gli permette di rendersi conto di come le convinzioni socialmente consolidate stessero influenzando in modo significativo la sua relazione familiare e di coppia. Si sottolineano anche i molteplici compiti che Ana svolgeva quotidianamente, senza ricevere alcun sostegno e senza che nessuno mettesse in discussione la sua scelta di svolgerli in qualità di madre e moglie. Javier sviluppa una maggiore sensibilità verso la situazione e riconosce di non averla mai considerata da quella prospettiva prima d'ora e di cominciare ora a percepirla con maggiore chiarezza.

Uno degli elementi che Javier integra nella sua riflessione critica è l'amore indignato, citato da Medina nel 2025. Di fronte alla situazione descritta in precedenza, Javier si indigna per non essere riuscito a riconoscere i bisogni di Ana e per il timore di perderla o che le sue condizioni di salute possano peggiorare. Indignarsi in modo amorevole significa solidarizzare con sua moglie e accettare i suoi bisogni come qualcosa di legittimo e degno di essere espresso, spingendo Javier ad ascoltarla con sincerità. Allo stesso modo, questa indignazione emerge quando Javier riflette sul fatto che i ruoli tradizionali, generalmente non messi in discussione, stavano causando un sovraccarico di lavoro ad Ana. Javier è ora consapevole dell'ingiustizia subita da Ana e questo lo spinge a impegnarsi per legittimarla e prendersi cura del suo benessere. Questo avvicinamento emotivo è fondamentale per dialogare in modo solidale: l'amore indignato.

Infine, attraverso la riflessione, la coppia si avvicina al cambiamento terapeutico, esplorando modi più funzionali di relazionarsi e convivere. Una volta ristabilito il dialogo, iniziano a mettersi d'accordo e a sperimentare nuove regole e nuovi ruoli. Questa novità nella configurazione relazionale rappresenta un cambiamento di secondo ordine. A medio e lungo termine, questo li porta a ripensare e ad appropriarsi di nuovi modi di essere nel mondo (Medina, 2025), proprio come stanno facendo Javier e Ana.

Risultati dell'intervento

Alla fine, abbiamo potuto osservare un cambiamento di secondo ordine di tipo qualitativo, con la riconsiderazione dei ruoli e delle regole coniugali e genitoriali. Questo cambiamento è stato possibile grazie a una consapevolezza di terzo ordine che ha portato i coniugi a indignarsi amorevolmente di fronte all'ingiustizia che subivano, in particolare Ana. Questa situazione ha favorito nella coppia l'avvio di un dialogo solidale finalizzato alla ridefinizione delle regole familiari e alla promozione del benessere.

La coppia ha partecipato a sei sedute di terapia, durante le quali si è potuto osservare un cambiamento qualitativo che ha portato a un'evoluzione coniugale e familiare.

Si sono aperti spazi di dialogo e di ascolto dei bisogni all'interno della coppia.

Javier ha riconosciuto i ruoli prestabiliti, dati per scontati e mai messi in discussione.

Javier si è avvicinato ad Ana in modo sincero e amorevole, riconoscendo che i suoi disturbi erano reali e non una scusa per la sua pigrizia.

Javier si è sentito indignato, il che gli ha permesso, da un lato, di legittimare le esigenze di Ana e, dall'altro, di rendere più flessibili le azioni che poteva mettere in pratica per prendersi cura di lei.

Javier riflette criticamente su sé stesso e sulle proprie risorse nella relazione. Tra queste, ci sono la capacità di accompagnare Ana, esprimere chiaramente i propri sentimenti, mostrarle sostegno e cura emotiva e fisica quando necessario.

CONCLUSIONI

La psicopatologia è una forma di resistenza politica al maltrattamento

Il corpo è un'unità ecologica che contiene una saggezza relazionale che risponde al maltrattamento attraverso la manifestazione del sintomo, nonostante la persona si rassegni o giustifichi il maltrattamento stesso. Ad esempio, rimanere in una relazione coniugale

insoddisfacente per una convinzione, per i figli, per lo status, fino a che morte non li separi, ecc. Il corpo si ribellerà, perché è un'entità relazionale saggia che manifesta il suo dissenso. La follia è reale, ma non naturale: è una manifestazione che si ribella all'ingiustizia.

Rendere visibile l'ingiustizia è territorio del terzo ordine

L'esplorazione clinica di terzo ordine mostra che i modelli di abuso intrafamiliare che si perpetuano e si giustificano sono sostenuti da un sistema di significati culturali che si presenta come verità. La coscienza di terzo ordine demistifica le spiegazioni neurocentriche e individualistiche e colloca il problema sul piano strutturale, il che porta all'indignazione (Medina, 2025). In altre parole, affinché una persona non consideri la propria condizione come il risultato di una personalità o di una biologia patologica, deve sentirsi offesa. Deve percepire il disagio che la affligge come qualcosa di non naturale o individuale, ma di natura socio-culturale. Questo le fa percepire l'ingiustizia sociale sulla propria pelle, la indigna e le permette di riconoscere la natura morale e politica del suo disagio.

L'ingiustizia si annida nell'intimità delle relazioni

L'ingiustizia, intesa come forma di potere, non è qualcosa di esterno alle persone, ma opera nella loro vita più intima. La società stessa, compresi i contesti relazionali più vicini come la famiglia e gli amici, è diventata un attivo guardiano dell'ordine costituito. Questi gruppi utilizzano strategie micro-politiche ed emotive di sottomissione, come ignorare, zittire, escludere, rifiutare, reprimere, negare o controllare. Questa micro-politica relazionale interferisce con l'amore e, quindi, con il dialogo solidale, preludio della psicopatologia.

La coscienza di terzo ordine porta all'indignazione amorevole

In ambito clinico, provocare un'indignazione amorevole permette di riconoscere l'altro come persona legittima, di instaurare un dialogo e di avvicinarsi. L'amore indignato spinge a una riflessione critica su sé stessi e sulle persone con cui si vive, per poi passare alla resistenza congiunta contro il maltrattamento strutturale che essi stessi esercitano nel loro microcosmo. L'amore indignato è una categoria socio-emotiva e politica che consente di rivendicare la corresponsabilità autocritica e di promuovere un cambiamento profondo per il benessere familiare e comunitario. Pertanto, l'amore indignato è una risorsa psicoterapeutica che esorcizza il malessere, dalla biologia o dall'individuo alle condizioni sociali che lo hanno prodotto.

Dall'amore indignato alla libertà personale

Questo ripensamento dell'amore come emozione di riconoscimento della dignità dell'altro implica il riconoscimento della sua unicità, a prescindere dalle credenze o dalle mitologie

personali che si traducono in aspettative. L'amore coniugale e genitoriale è il luogo in cui è possibile esercitare il potere dell'amore per sperimentare la libertà, perché, di fatto, senza libertà l'amore non può radicarsi (Bakunin in Lehning, 1999, p. 35).

L'amore è desiderare la libertà e la totale indipendenza dell'altro: questo è il primo atto d'amore vero, la completa emancipazione dell'oggetto amato. Si può amare solo un essere libero e indipendente, non solo dagli altri, ma anche da chi ci ama e che amiamo.

Contro l'illusione della neutralità terapeutica: la riflessività critica di terzo ordine

Il pensiero di terzo ordine porta inevitabilmente a mettere in discussione l'idea di neutralità nella psicoterapia. Il contesto terapeutico non è uno spazio passivo o asettico, ma un quadro sociale attivo, co-costruito da chi vi partecipa (Shotter, 1989). Il terapeuta non osserva dall'esterno, ma fa parte del sistema che osserva, pertanto i suoi valori, le sue convinzioni e le sue posizioni sono in gioco nel processo terapeutico.

Assumere una posizione di terzo ordine implica riconoscere che tutta la psicoterapia è politica, anche quando pretende di non esserlo. Come avverte Manrique (1994), la neutralità non è una posizione innocua; al contrario, spesso implica un'accettazione implicita dell'ordine sociale dominante. Non mettere in discussione i sistemi che producono sofferenza (disuguaglianza, violenza strutturale, esclusione) significa adottare una forma di silenzio che ne legittima la persistenza.

La psicoterapia di terzo ordine si interroga sulle condizioni sociali che rendono possibile tale sofferenza. Pertanto, la riflessività critica di terzo ordine non mira a instaurare una psicoterapia ideologica o dogmatica, ma a riconoscere esplicitamente il contesto in cui si esercita la pratica clinica, evitando la riproduzione acritica di narrazioni che individualizzano la sofferenza e nascondono l'ingiustizia strutturale.

L'impegno etico del terapeuta: ospitalità, dignità e responsabilità

L'adozione di uno sguardo di terzo ordine implica necessariamente una profonda riflessione etica. Come sottolineano Foerster (1974, 1981, 1991), e Morales e Gálvez (2012), l'etica non si riduce a codici deontologici, ma attraversa ogni atto clinico in quanto produttore di effetti nella vita dell'altro.

In questa posizione, il terapeuta assume una responsabilità etica che va oltre la semplice facilitazione delle conversazioni. Il suo compito consiste nell'accompagnare le persone ad affrontare i loro dilemmi morali, le loro ferite e le loro possibilità di azione, senza imporre narrazioni o soluzioni prefabbricate.

Morales e Gálvez (2012) introducono il concetto di ospitalità come asse etico dell'incontro terapeutico: accogliere l'altro richiede un'attenzione costante alla relazione. Il terapeuta deve

essere pronto a non dimenticare la presenza del paziente e la sua dignità. Tale ospitalità non è ingenua né compiacente, ma si tratta di un atteggiamento amorevole che, allo stesso tempo, può indignarsi di fronte all'ingiustizia (Medina, 2025).

È importante sottolineare che questo impegno etico non implica stabilire relazioni di attaccamento con i pazienti. Il terapeuta non sostituisce le reti affettive né occupa posti che non gli competono. La sua funzione è quella di collaborare affinché le persone possano riconnettersi criticamente con le persone che fanno parte della loro ecologia relazionale, come la famiglia d'origine, la famiglia di elezione e la comunità, e rafforzare i legami che permettono di affrontare le avversità con maggiore dignità.

BIBLIOGRAFIA

Acevedo, H.D. (2021). “Neoliberalismo como gubernamentalidad: un análisis crítico de la subjetivación contemporánea”. *El banquete de los Dioses Neoliberalismo*, 9: 91-111.

Artz, S. (1994). *Feeling as a Way of knowing, A Practical Guide for Working with Emotional Experiencie*. Trifolium Books Inc.

Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2016). *Vida Líquida*. Paidós.

Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la comprensión del hombre*. Planeta-Carlos Lohle.

Bateson, G. (1993). *Una unidad sagrada*. Gedisa.

Bonino Méndez, L. (1996). *Micromachismos. La violencia invisible en la pareja*. http://laciutatinvisible.coop/wp-content/uploads/2014/05/micromachismos_0.pdf

Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Taurus.

Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Anagrama.

Bourdieu, P. (2006). *La dominación masculina*. Anagrama.

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Paidós.

Castro-Gómez, Sergio (2010). *Historia de la gubernamentalidad I: razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo*. Siglo XXI editores.

Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. (2002). *Irreverencia: Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Paidós.

Cuetos, G. (2016). "El amor a lo largo de la historia". *XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*: 1-18.

Foerster, H. von. (1974). *Cybernetics of cybernetics, or the control of control and the communication of communication*. Future Systems.

Foerster, H. von. (1981). *Observing systems*. Intersystems Publications.

Foerster, H. von. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Gedisa.

Foucault, M. (2020). *El sujeto y el poder*. Bloghemia.
<https://www.bloghemia.com/2020/11/el-sujeto-y-el-poder-por-michel-foucault.html?m=1>.

Giddens, A. (1995). *Sociología*. Alianza Editorial.

Han, B.C. (2016). *Sobre el poder*. Herder.

Han, B. C. (2017). *La expulsión de lo distinto*. Herder.

Hill, P. y Bilge, S. (2019) *Interseccionalidad*. Morata.

Hochschild, A. R. (1975). "The sociology of feeling and emotion: selected possibilities". In Hochschild, A.R., *The commercialization of intimate life. Notes from home and work*: 75-86. University of California Press.

Hochschild, A. R. (1979). "Emotion work, feeling rules, and social structure". In Hochschild, A. R., *The commercialization of intimate life. Notes from home and work*: 87-103. University of California Press.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. University of California Press.

Hochschild, A. R. (1998). "Sociology of emotion as a way of seeing". In Bendelow, G. y Williams, S. J. (eds.), *Emotions in social life. Critical themes and contemporary issues*: 3-15. Routledge.

Hoffman, L. (1990). *Fundamentos de la terapia familiar*. Fondo de Cultura Económica.

Lagarde, M. (2020). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Siglo XXI.

Lehning, A. (1999). *Conversaciones con Bakunin*. Anagrama.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós.

Linares, J. L. (2016). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Paidós.

Manrique, R. (1994). *La psicoterapia como conversación crítica*. Libertarias/Prodhufi.

Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Dolmen y Granica

Maureira, F. (2011). “Los cuatro componentes de la relación de pareja”. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1).
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art18.pdf>

McDowell, T., Knudson-Martin, C., & Bermúdez, J. M. (2018). *Socioculturally attuned family therapy: Guidelines for equitable theory and practice*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315227090>

McDowel, T., Knudson-Martin, C. y Bermudez, J. (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, R. (2025). *Dall'amore indignato al dialogo solidale. Per una terapia familiare di terzo ordine*. Alpe.

Morales, R., & Gálvez, F. (2012). “Ética de la responsabilidad en psicoterapia desde una aproximación posmoderna”. In Bianciardi, M. & Gálvez, F. (Eds.), *Psicoterapia como ética*: 35–57. Universidad de Chile.

Pakman, M. (2020). “Un giro crítico-poético para la Práctica Sistémica”. *Redes*, 42: 19-23.

Santiago, T. (2018). *Repensar la injusticia. Una aproximación filosófica*. *Isonomía* versión impresa, Isonomía no. 49.

Santoro, V. (1994). *Gaslighting: How to Drive Your Enemies Crazy*. Loompanics Unlimited.

Shotter, J. (1989). “El papel de lo imaginario en la construcción de la vida social”. In Ibáñez, T. (Ed.), *El conocimiento de la realidad social*: 135–156. Sandai.

Vigotsky, L. S. (2010). *Teoría de las emociones. Estudio histórico-psicológico*. Akal.

Whitaker, C. (1991). *Danzando con la familia: una experiencia simbólica*. Paidós.

SEZIONE APPLICAZIONI CLINICHE

INTEGRARE LE NARRAZIONI TERAPEUTICHE: PROTOCOLLI DI INTEGRAZIONE TRA TERAPIA SISTEMICA ED EMDR

(“INTEGRATING THERAPEUTIC STORIES: PROTOCOLS FOR INTEGRATION BETWEEN SYSTEMIC THERAPY AND EMDR”)

Andrea Mosconi³², Barbara Trotta³³

Mail: mosconial@gmail.com, barbara.trotta74@gmail.com

SOMMARIO

Si inizierà con l'illustrare brevemente il concetto di integrazione in psicoterapia, i tentativi fatti, le premesse e le ipotesi su cui si è sviluppato. Oggi le Neuroscienze offrono la possibilità di avere una teoria unificante per comprendere quanto avviene in psicoterapia. Il passaggio successivo è comprendere approfonditamente gli effetti dei traumi, soprattutto se in età precoce, sul cervello alla luce delle ultime evidenze neuroscientifiche ed ancora di più comprendere le procedure necessarie alla loro elaborazione. Tali aspetti sono strettamente correlati al ricreare durante una seduta terapeutica le migliori condizioni possibili per favorire la capacità di rielaborazione sulla base delle proprietà della mente/cervello. Proprio questo risulta particolarmente rilevante se il terapeuta sceglie di integrare l'intervento sistemico con altri approcci, come l'EMDR, che già tengono in particolare considerazione le basi neurobiologiche della regolazione emotiva e dei processi di cambiamento.

Verrà illustrato come Terapia Sistemica ed EMDR si possano integrare avendo un comune punto di incontro sulle comunicazioni traumatiche come genesi della sofferenza psichica.

Si approfondiranno, quindi, i protocolli di integrazione tra Terapia Sistemica ed EMDR per mostrare dove, come e con quali indicazioni, integrare le due metodologie. Il tutto verrà completato dalla presentazione di un caso clinico esemplificativo.

PAROLE CHIAVE: Integrazione terapia sistemica-Emdr, deconsolidamento memorie traumatiche.

ABSTRACT

³² Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Co-fondatore e Direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia, Master in Ipnosi, Supervisore in EMDR.

³³ Psicologa Psicoterapeuta, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Docente del Centro Padovano di Terapia della Famiglia, Master in Ipnosi, EMDR Practitioner.

We will begin by briefly illustrating the concept of integration in psychotherapy and the premises and hypotheses on which it was developed. Today, neuroscience offers the possibility of a unifying theory to understand what happens in psychotherapy. The next step is to gain an in-depth understanding of the effects of trauma, especially in early childhood, on the brain in light of the latest neuroscientific evidence and, even more importantly, to understand the procedures necessary for processing it. These aspects are closely related to recreating the best possible conditions during a therapy session to promote the ability to reprocess based on the properties of the mind/brain. This is relevant if the therapist chooses to integrate systemic intervention with other approaches, such as EMDR, which already take into particular consideration the neurobiological bases of emotional regulation and change processes.

We will illustrate how Systemic Therapy and EMDR can be integrated, given their common ground on traumatic communications as the genesis of psychological suffering.

We will then explore the protocols for integrating Systemic Therapy and EMDR to show where, how, and with what indications, the two methodologies can be integrated. All this will be complemented by the presentation of a clinical example.

KEYWORDS: Integration Systemic Therapy-EMDR deconsolidation traumatic memories.

PREMESSA

Ogni psicoterapia ha: un modello di mente, un'ipotesi di come si creano i problemi e un'ipotesi sulle soluzioni. Tuttavia, come sottolineano diversi autori (Balbo, 2006, Sacco, 2006, Alberti, 2020) la ricerca riguardo all'integrazione delle Psicoterapie ha evidenziato la necessità di fondarsi su un modello teorico abbastanza condivisibile e generalizzabile. Integrare, a nostro avviso, non è usare strumenti differenti a seconda delle problematiche incontrate e/o giustapporre interventi, ma fare interagire gli interventi in modo armonioso e reciprocamente complementare. Una strada maestra ci è proposta da Bateson (1979) quando scrive "I vantaggi che derivano da vedere le cose da due punti di vista differenti". Questo offre la possibilità di fare ipotesi ad un livello logico differente, quello dei processi. Da Bateson, inoltre, come vedremo meglio più avanti, ci viene una concezione sistemica della Mente come funzione emergente da un sistema di parti interagenti, a loro volta sottomententi o sottosistemi (Bateson, 1979) in un continuum tra corpo/mente/ambiente, tra Mente Sistemica Individuale e Mente Sistemica Collettiva, tra Intrapsichico e Relazionale. Questo, ci sembra un buon punto di partenza per integrare, in quanto, pone le basi per una concezione unitaria sia di ciò che genera sofferenza psichica che di ciò che la può curare vale a dire la Psicoterapia. In questo senso l'Ottica Sistemica si pone come meta-teoria in grado di analizzare le varie forme di psicoterapia sia dal punto di vista dei processi interattivi, vale a dire "cosa si fa interagire e come", sia dal punto di vista dei livelli logici a cui una psicoterapia interviene: dentro la persona (sensazioni, emozioni, cognizioni, azioni), nella relazione tra la persona ed il suo contesto (parole chiave, azioni tipiche, regole di relazione), sul sistema-contesto (struttura del sistema, confini,

gerarchie, alleanze), sul sistema sociale (miti, premesse culturali, condizioni sociali, ecc...). Per questo ci sembra l'ottica giusta per integrare. A nostro avviso, inoltre, giova anche alla Terapia Sistemica integrare i propri interventi con altri provenienti da altre metodologie in una cornice coerente. Infatti, gli interventi sistemici che mirano a collegare i problemi portati dal paziente alle relazioni, alla loro storia, ai conflitti irrisolti e alla funzione occupata dal paziente nel gioco familiare, in pratica fanno un'Ipotesi Sistemica, a volte si pongono ad un livello troppo di sintesi o meta per il paziente, specie se esiste dissociazione o egodistonia o forte attivazione emozionale, così da rendersi necessario un approfondimento che vada a toccare le emozioni e le idee di Sé attivate nelle situazioni relazionali, ovviamente traumatiche, generatrici del problema. Da qui l'ipotesi di integrazione con l'EMDR. Questo tema è già stato oggetto di altri contributi sia da parte nostra che di altri autori (Rocchietta Tofani, 2006; Pedone, 2010; Mosconi, 2011; Mosconi, Pezzolo & Trotta, 2013, 2014; Pedone, Casco, 2022; Mosconi, Trotta, 2025). In questo lavoro vorremmo fare alcuni ulteriori approfondimenti.

INTERVENTI DI APPROFONDIMENTO SUL SE' E COERENZA NELLA VISIONE SISTEMICA DELLA MENTE

Nella recente pubblicazione dal titolo *“SE RIESCI A DESCRIVERE CIÒ CHE FAI...PUOI ANCHE CAMBIARLO!”: I vantaggi della manualizzazione: un protocollo di integrazione tra Terapia Sistemica ed Emdr* (Mosconi, Trotta, 2025) abbiamo descritto i passaggi utili ad una manualizzazione dei protocolli di integrazione con particolare riferimento all'integrazione tra Terapia Sistemica ed EMDR. Tuttavia, nel riprendere a parlare di questo argomento, riteniamo utile sottolineare alcuni aspetti onde non venire fraintesi. Integrare l'ipotesi del Trauma come generatore di sofferenza psicologica o le ipotesi derivanti dalle Neuroscienze sui cambiamenti cerebrali che ne derivano, e/o le tecniche di approfondimento sul Sé come l'EMDR, non vuol dire ridurre il concetto di mente batesoniana al solo funzionamento del cervello anatomico. Vero è che le neuroscienze classiche tendono ad essere localizzazioniste, cercano di spiegare il funzionamento della mente solamente indagando ciò che avviene dentro il cranio. Esse sostengono l'idea che i processi mentali sono riducibili a scambi elettrochimici tra neuroni e, pertanto, l'unità di analisi sono i singoli neuroni, le sinapsi o le aree cerebrali. In questa visione tra il “dentro” e il “fuori” esiste un confine netto. Bateson (1972), al contrario, propone una visione “ecologica”, dove la Mente non è una cosa contenuta nel corpo, ma un processo cibernetico. Pertanto, nella visione batesoniana la Mente è immanente nel sistema organismo-ambiente. Gli esempi sono noti: «Se un uomo taglia un albero con un'ascia, la "mente" che guida l'azione non è solo nel cervello dell'uomo, ma nel circuito: *albero → occhi → cervello → muscoli → ascia → legno → colpo → albero*». E' esattamente nell'esempio del cieco: «Dove finisce la sua mente? Alla punta delle dita? All'impugnatura del bastone? O alla punta del bastone che tocca il marciapiede?» (Bateson, 1972, pp. 349-350, pp. 476-477). Per Bateson, l'ascia ed il bastone sono parte integrante del sistema mentale del boscaiolo e del cieco perché trasmettono informazioni (differenze) fondamentali per processo mentale del sistema. In tutti questi casi l'unità di analisi è la differenza che si produce nella relazione a guidare il processo mentale.

Anche la forma e le caratteristiche dell'ascia o del bastone, per inanimati che possano sembrare, si costruiranno e modificheranno nell'interazione con gli altri elementi del sistema secondo una causalità circolare fatta di differenze e feedback tra le parti. In *Mente e Natura* Bateson pone come primo criterio del funzionamento mentale quanto segue: «Una Mente è un aggregato di parti o componenti interagenti [...] alcune parti di tale aggregato possono a loro volta soddisfare tutti i criteri: in tal caso anch'esse debbono essere considerate come menti o sottomententi» (Bateson, 1979, p. 127). Mente come Sistema, quindi, funzione emergente dell'interazione tra sistemi o sottosistemi. A nostro avviso, quindi, aderire alle ipotesi proposte dalle Neuroscienze e applicare interventi basati su di esse è fare ipotesi sul cervello inteso come sistema, sottomente o sottosistema a sua volta di menti più vaste in un continuum di interazione tra parti, sottomententi, in relazione tra loro (corpo/individuo/famiglia/ecosistema/ biosfera) che seguono le stesse regole circolari di un sistema mentale. Su tutte queste parti, cervello compreso, e sulla relazione tra loro, a nostro avviso, è utile fare e avere Ipotesi esattamente come sui Sistemi Familiari. Del resto, è ancora Bateson che ci ricorda che «la descrizione del cervello deve partire dal carattere di tutto o niente del neurone» (Bateson, 1979, p.151) ed i suoi scritti sono densi di riferimenti alle neuroscienze dell'epoca. Riportiamo queste distinzioni non tanto per definire dove si colloca la mente, cosa ovvia per noi sistemici, ma per sottolineare come le moderne "Neuroscienze 4E" (Embodied, Embedded, Enacted, Extended) siano in linea con Bateson, riconoscendo che il cervello non lavora mai isolato dal corpo e dal contesto. L'ipotesi proposta da Damasio sulla costruzione del Sé nei suoi tre stadi: Proto-sé, Sé nucleare, Sé autobiografico (Damasio, 2012, p. 119, p. 231) e quella proposta da Siegel di una Mente sia incarnata che relazionale che emerge esattamente dai flussi di informazioni tra gli elementi del sistema corpo/cervello/ambiente nonché il concetto di Finestra di Tolleranza (Siegel, 2021, pp. 433-473) inteso come intervallo entro cui il sistema cervello funziona in modo integrato, cioè circolare e coerente sono tutte ipotesi basate su questa concezione sistemica della Mente. Ed è dentro questa premessa che proponiamo l'integrazione di tecniche che originariamente lavorano sul "sistema cervello", ma dal canto nostro, come risulterà chiaro da tutto quanto segue, non dimentichiamo l'importanza dell'interazione più ampia, del feedback e dell'impatto sugli altri del lavoro individuale. Il nostro focus rimane il pattern, le strutture e le relazioni; il lavoro sul corpo-cervello è direttamente correlato al processo di ipotizzazione sistemica.

L'INTEGRAZIONE TRA OTTICA SISTEMICA ED EMDR: IPOTESI DI PROTOCOLLI

Chiarita la suddetta importante premessa nell'inquadramento dell'integrazione tra Ottica sistemica e EMDR, di seguito ne indichiamo i principali passaggi che esporremo molto sinteticamente rinviando il lettore che voglia approfondire alla bibliografia citata:

1. il Quadrilatero Sistemico e i Livelli di costruzione del Sé come strumento di Integrazione;
2. il trauma come punto centrale su cui ogni psicoterapia è opportuno che lavori;

3. il contributo delle Neuroscienze ed il Deconsolidamento e Riconsolidamento delle memorie traumatiche;
4. le 5 FASI del Processo Terapeutico Sistemico (PTS) che abbiamo chiamato anche, più in generale, Conversazione Sistemica per la Soluzione dei Problemi (CSPSP) ed i loro protocolli;
5. l'integrazione tra il PTS/CSPS e l'EMDR ed i possibili protocolli.

Ne facciamo una disamina sintetica rinviando il lettore che voglia approfondire ai riferimenti bibliografici citati.

1) Il Quadrilatero Sistemico e i 4 livelli di descrizione dell'Interazione Umana come strumento di Integrazione per le psicoterapie.

Ci fanno da guida nell'integrazione i quattro livelli logici interconnessi:

- Fenomenologico Individuale (la Narrazione del problema)
- Generatore Individuale (la Persona ed il suo Funzionamento Individuale)
- Fenomenologico Relazionale (le Modalità Comunicative del sistema)
- Generatore Relazionale (l'evoluzione delle Relazioni, la Storia e le evoluzioni del Sistema)

Illustriamo tutto questo nella Figura 1.

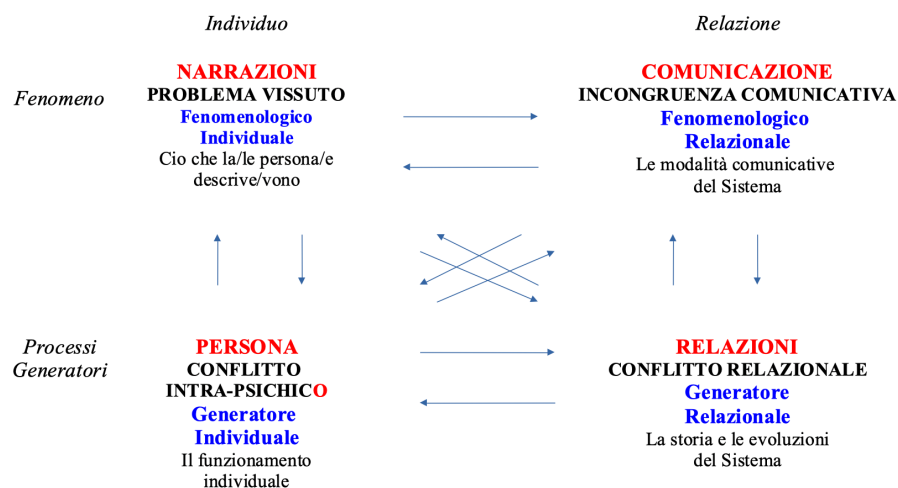


Fig. 1 – Il Quadrilatero Sistemico e i 4 livelli di descrizione dell'Interazione Umana

Questo costrutto ci permette di distribuire osservazioni cliniche ed interventi sulle quattro polarità mantenendo una visione circolare utile ad integrare (Mosconi, 2004, 2008; Mosconi et al., 2013).

2) I Livelli di costruzione del Sé.

È un concetto correlato al Quadrilatero e che permette di integrare le diverse teorie. Come descritto più ampiamente in altri lavori (Mosconi, 2014; Mosconi, Trotta, 2022; Mosconi, Trotta, 2025) vi è, a nostro avviso, una possibile continuità tra le descrizioni psicoanalitiche dell'Io, delle sue Funzioni e dei Meccanismi di Difesa, quelle cognitive relative ai Modelli Operativi Interni e quelle sistemiche riguardanti il Modo di Definirsi nelle Relazioni. Esse

possono venire articolate, senza interruzione di continuum, in una scala, di Livelli di costruzione del Sé, alternandole tra “Forma” e “Processo”, in modo simile a quanto proposto da Bateson in *Mente e Natura* (1979) Figura 2.

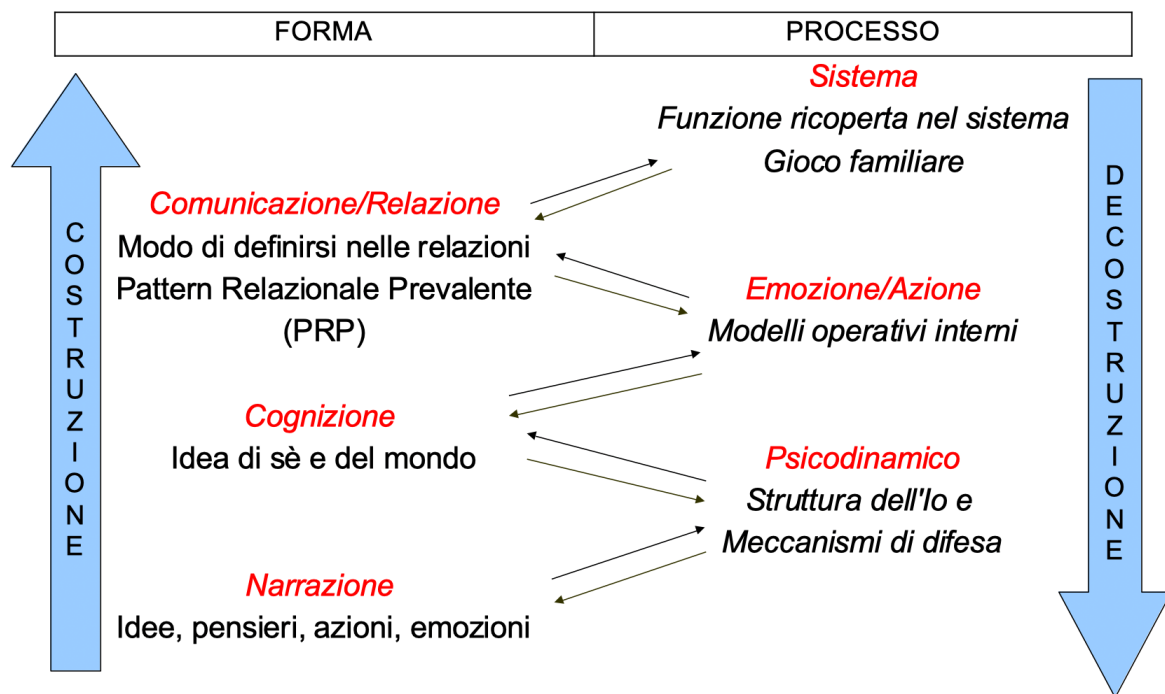


Figura 2. I Livelli di costruzione del Sé

La Narrazione è il primo livello fenomenologico sul piano della **forma** in cui ci rappresentiamo. Sul piano del **processo** possiamo riconoscere il modo di operare di tutte le funzioni dell'Io che sceglierà i vocaboli, la semantica, rimuoverà le parti del discorso, trasformerà, sposterà, opererà proiezioni, secondo quelle dinamiche che la psicoanalisi ha approfondito. Il tutto prenderà la **forma** dell'idea di Sé e della propria relazione con il mondo. A sua volta tale livello sarà rivelatore, sul piano del **processo**, dei Modelli Operativi Interni, di matrice cognitivista, utilizzati dal soggetto. L'idea di Sé e del mondo prende a sua volta **forma** nel modo di definirsi nella relazione, categoria di matrice sistemica. Ma, sul piano del **processo**, cioè del modo di agire nel mondo, questo è connesso alla funzione che il soggetto assume nel sistema. Così connessi i differenti Livelli di costruzione del Sé potrebbero collegarsi l'uno all'altro (Mosconi et al., 2013; Mosconi, 2014). Inoltre, Quadrilatero e Livelli di costruzione del Sé, si correlano: il secondo si pone al centro del primo e rende più chiaro come si passi dal livello individuale a quello relazionale e viceversa (Figura 3).

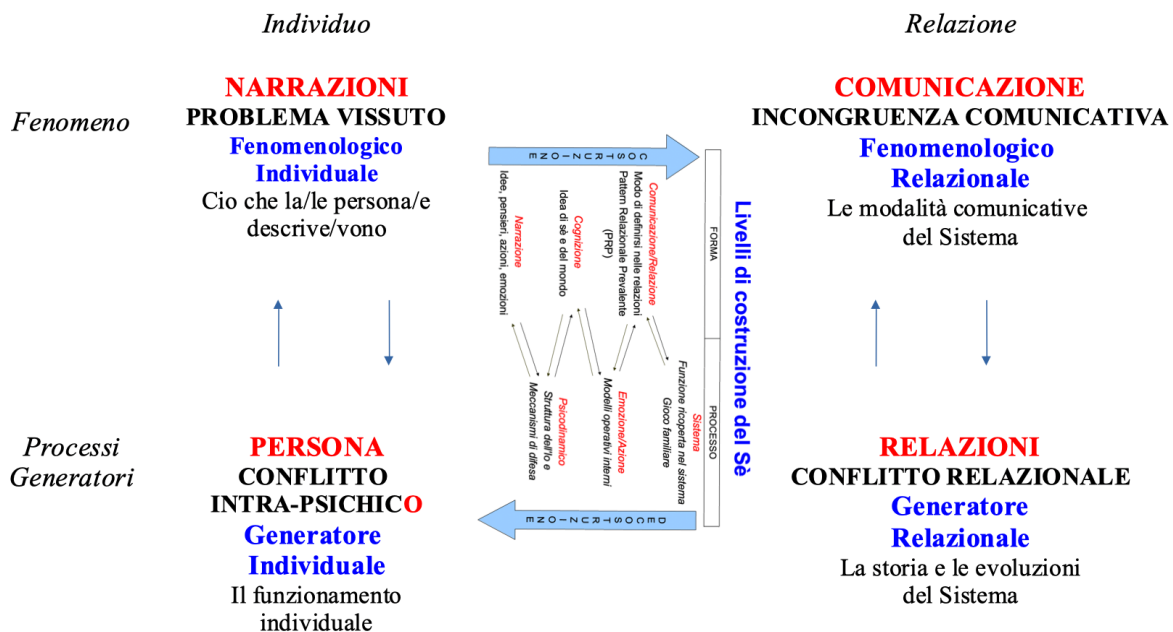


Figura 3. Correlazione tra Quadrilatero e Livelli di costruzione del Sé

Per i terapeuti e per l'integrazione degli interventi, inoltre, sono importanti i concetti di Costruzione e Decostruzione. Salendo, nella scala dal basso verso l'alto si lavora a "costruire ed integrare", scendendo si lavora a "decostruire". Questo ci permette di dare un senso alla direzione che vogliamo dare agli interventi decostruendo e ricostruendo a seconda di ciò che sembra più utile al paziente.

3) Il trauma come punto centrale su cui ogni psicoterapia deve lavorare.

La ricerca sul trauma ha evidenziato in modo inequivocabile i danni cerebrali dei traumi relazionali ed è attualmente l'ipotesi più accreditata che permette una concezione unitaria di ciò che genera la sofferenza psichica (American Psychiatric Association, 2013; Pagani & Carletto, 2019; World Health Organization, 2022). Per la nostra sopravvivenza, un certo numero di input traumatici sono già pre-interpretati dal sistema nervoso ed altri nel tempo impariamo ad interpretarli come traumatici, in base alle conferme e disconferme ricevute. La permanenza, a lungo termine, di uno stato di allerta determina: un danno della temporalizzazione e contestualizzazione dell'esperienza e delle memorie autobiografiche e delle funzioni cognitive superiori (Pagani & Carletto, 2019; Siegel, 2021); compromissione della Funzione Riflessiva e, quindi, della capacità di **mentalizzazione** del soggetto (Fonagy, Target, 2001; Bologna, Mosconi, 2010, 2013).

4) Il contributo delle Neuroscienze ed il Deconsolidamento e Riconsolidamento delle memorie traumatiche.

Cinque scoperte fondamentali delle Neuroscienze ci sembrano importanti per comprendere la presente trattazione:

a) Rapporto reciproco tra Corteccia prefrontale (PFC) (specialmente quella ventromediale) ed amigdala. Esse si controllano reciprocamente con effetto inibente. In condizioni normali, la corteccia prefrontale funge da "freno", analizzando la situazione e dicendo all'amigdala cose del tipo: *"Tranquilla, è solo un tuono, non un'esplosione"*. Nelle esperienze traumatiche, invece, l'attività della PFC diminuisce sensibilmente (Ipoattivazione) in quanto è l'amigdala ad attivarsi e funzionare da "freno". L'amigdala, infatti, è la sentinella del cervello incaricata di rilevare minacce ed è estremamente sensibile e reattiva a tutti gli stimoli, ma in particolare a quelli pericolosi per la sopravvivenza. Ciò che è importante capire è che le reti neurali che codificano le memorie traumatiche subiscono un'attivazione massiccia che genererà una iperdepolarizzazione delle stesse. Questa ha forti caratteri di stabilità tanto che normalmente lo stato di queste reti neurali rimane immutato, consolidato, a livello amigdala senza integrazione contestuale. Infatti, le informazioni in esse contenute non vengono trasferite alle aree corticali dove ha luogo l'integrazione con le reti semantiche autobiografiche e la conseguente contestualizzazione delle esperienze, come avviene per le altre esperienze non traumatiche. L'integrazione della memoria, infatti, necessita la codifica nella corteccia associativa per assegnarle un ruolo in un contesto più ampio. Questo sistema di reti iperdepolarizzate resterà predisposto per identificare gli stimoli spaventanti e pericolosi e difendersene attivando le reazioni salvavita: *iperarousal* (attacco e fuga) o *ipoarousal* (freezing) (Pagani & Carletto, 2019). Un po' come un "salvavita" con la soglia molto bassa nella rete elettrica di casa.

b) La finestra di tolleranza (Siegel, 2021, pp. 433-473), è un concetto che descrive i margini entro i quali stati emozionali di diversa intensità possono essere processati senza che ciò comprometta il funzionamento del sistema nervoso nel suo complesso. Come detto è un concetto che descrive il funzionamento del cervello come sistema.

c) Carico e sovraccarico allostatico è un nuovo modo per descrivere il peso biologico (energetico) che si accumula nel corpo nel processo continuo di adattamento all'ambiente, costantemente tendente all'equilibrio tra richieste e risorse a disposizione.

d) La dissociazione. Quando le suddette reti iperdepolarizzate restano attivate per un lungo periodo, viene superata la finestra di tolleranza e si va in sovraccarico allostatico, allora come estrema difesa si attivano i meccanismi dissociativi. Tale attivazione è favorita da un insieme di fenomeni: a) dissociazione tra memoria implicita ed esplicita con una compromissione della memoria autobiografica (Siegel, 2021), b) le funzioni cognitive superiori e del pensiero astratto sono compromesse, c) i circuiti che collegano i processi corticali ai centri del Sistema Limbico sono bloccati dalla iperattivazione dell'amigdala, d) si ha una simultanea attivazione dei Sistemi Simpatico e Parasimpatico, f) in casi estremi si ha uno scollegamento dagli stimoli esterni con uno stato parasimpatico dominante. L'attivarsi della dissociazione favorisce la nascita dei sintomi. Ovviamente le memorie traumatiche peggiori sono quelle che incidono su aspetti identitari della persona che sostengono il suo Pattern Relazionale Prevalente (PRP) (Mosconi, 2014). L'attività dissociativa appare, perciò, un estremo tentativo di difendersi da esperienze traumatiche molto gravi e/o di lunga durata.

e) Il Consolidamento e Deconsolidamento delle memorie traumatiche. La buona notizia è che dalla fine del XX° secolo è iniziato il filone di ricerche che ha reso evidente la possibilità di deconsolidare e rielaborare queste memorie a patto che le si rievochi con tutto il loro corredo emozionale. Cosa ancora più importante è che tali risultati sono stati possibili sia con interventi di tipo chimico che cognitivo (Pedreira, Pérez-Cuesta & Maldonado, 2002; Högberg, Nardo, Hällström & Pagani, 2011). Pertanto, da allora, il Deconsolidamento ed il Riconsolidamento delle memorie traumatiche sembra possa essere considerato il meccanismo centrale di ogni forma di psicoterapia (Mosconi, 2018). Nella clinica finora lo avevamo chiamato in tanti modi differenti: interpretazione, ridefinizione, reframe, ristrutturazione, nuove storie, ma dal punto di vista del processo neuronale attivato, l'operazione pare essere la medesima: il Deconsolidamento e Riconsolidamento delle memorie traumatiche.

LE 5 FASI DEL PROCESSO TERAPEUTICO SISTEMICO (PTS) E/O DELLA CONSERVAZIONE SISTEMICA PER LA SOLUZIONE DEI PROBLEMI

Tornando al tema dell'Integrazione degli Interventi riassumiamo i passaggi che ci hanno condotto fino a qui:

- ogni forma di sofferenza psichica deriva da esperienze traumatiche vissute e non elaborate in modo adattivo;
- il punto di arrivo del lavoro terapeutico è riattivare il Deconsolidamento e Riconsolidamento di queste memorie traumatiche, senza del quale una profonda ristrutturazione del Sé non può avvenire;
- un Intervento Sistemico "classico" può necessitare di un lavoro a livelli più profondi del Sé per ottenere tale riattivazione;
- l'essere umano è "UNO" e le varie forme di psicoterapia hanno descritto differenti livelli di costruzione del Sé non in contrasto gli uni con gli altri, ma che descrivono diversi livelli di funzionamento che richiedono strumenti di intervento differenti;
- interventi Sistemici ed interventi Individuali si possono comporre in modo sequenziale ed armonico avendo presente come correlarli;
- per tale obiettivo è utile tenere presente i concetti di Costruzione e Decostruzione illustrati più sopra;
- la Manualizzazione dei protocolli terapeutici permette di evidenziare come comporre piani di intervento integrati.

Confrontiamo i due processi terapeutici. Nel lavoro di Manualizzazione del Processo Terapeutico Sistemico (PTS/CSPSP) (Mosconi, Trotta, 2022) avevamo evidenziato tre fasi del processo terapeutico e 5 obiettivi caratterizzati ognuno da azioni e sotto-obiettivi specifici. Lo rappresentiamo in Tavola 1.

1) Fase di CONTATTO	Obbiettivo A: Connessione con il/i cliente/i: Azioni: accoglienza e ascolto, relazione terapeutica/rapport, definizione del problema, osservazione del livello di sofferenza (N.B. egosintonica, egodistonica, dissociazione) individuazione delle “parole chiave”, osservazione del non-verbale e gesti tipici
2) Fase di ALLARGAMENTO DEL CAMPO PERCETTIVO E DI INFERENZA, DECONSOLIDAMENTO DELLE MEMORIE e COSTRUZIONE AREE DI CONSENSO	Obbiettivi: B-C-D Azioni: Utilizzo della Cartella Relaz. B) Decostruzione del problema: Azioni e sotto-obbiettivi: storia, situaz. tipiche, effetti pragmatici, effetti soluzioni tentate, relazione Sè/problema (distanza da ipotesi relazionale) C) Contestualizzazione più ampia: Azioni e sotto-obbiettivi: storia trigerazionale, fatti precedenti il problema, premesse, miti, caratteri e relazioni, identificazione sequenze relazionali connesse al problema, loro ipotesi, non-verbale. Uso del Quadrilatero Sistemico per la costruzione di un’Ipotesi Sistemica plausibile D) Inclusione di elementi non visti dal/i cliente/i, Azioni e sotto-obbiettivi: evidenziare situazioni non viste del gioco familiare (simmetrie, conflitti irrisolti, fatti precedenti, effetti pragmatici), rievocare emozioni, scelta sintomo, attivare posizione riflessiva
3) Fase di RIDEFINIZIONE DEL PROBLEMA o di RISTRUTTURAZIONE e RICONSDOLIDAMENTO DELLE MEMORIE	Obbiettivo E: nuova ipotesi o descrizione dei fatti Azioni e sotto-obbiettivi: Ridefinizione di premesse del cliente Descrizione condivisibile ma fondata su premesse incompatibili, Fare differenza, Chiusura della seduta<<<

Tavola 1. Le “Fasi” del PTS/CSPSP (modificato da Mosconi & Trotta, 2022)

Il metodo EMDR, messo a punto da Francine Shapiro a partire dal 1987 (Shapiro, 1995, 2018). Si avvale di un Protocollo Standard di trattamento scandito in 8 Fasi:

1. raccolta Anamnestica: storia dei traumi, “T” e “t”, che si sono verificati nella vita del paziente ed immediatamente prima della nascita del problema, relazioni familiari, relazioni d’Attaccamento del paziente e dei genitori, concettualizzazione del problema, piano terapeutico;



2. preparazione e stabilizzazione del cliente (descrizione del metodo di intervento ed installazione del “Posto Sicuro”);
3. assessment e scelta dei traumi da trattare e loro decostruzione con la scala T.I.C.E.S. (descritta in seguito);
4. desensibilizzazione, rievocazione e rielaborazione dei ricordi associati fino a SUD (Scala di disturbo) 0;
5. installazione Cognizione Positiva fino a Valore della Cognizione (VOC) 7;
6. scansione Corporea fino a sentire il corpo libero da tensioni;
7. chiusura;
8. rivalutazione nella seduta successiva del disturbo associato (SUD) al trauma trattato.

Dalla fase 3 in poi si utilizzano due componenti principali:

1) il Modello T.I.C.E.S

2) le Tecniche di stimolazione bilaterale degli emisferi cerebrali.

1) Il Modello T.I.C.E.S. è utile per Decostruire l'esperienza traumatica si compone di:

- Individuazione del ricordo Target (esperienza traumatica);
- Individuazione dell'Immagine peggiore del Target;
- Individuazione della Cognizione Negativa (CN) associata all'Immagine;
- Individuazione della Cognizione Positiva (CP) desiderata, e valutazione del suo valore attuale espresso su una Scala da 1 a 7 (VOC) mentre si richiama alla mente l'Immagine peggiore del Target unita alla CN;
- Individuazione della Emozione associata all'esperienza traumatica, mentre si richiama alla mente l'Immagine peggiore del Target unita alla CN;
- Valutazione del disturbo avvertito su una Scala da 0 a 10 (SUD);
- Individuazione della Sensazione Fisica associata.

2) Le Tecniche di stimolazione bilaterale degli emisferi cerebrali (movimenti oculari, tapping, ecc.) (SBL) sono utili a favorire l'Elaborazione Accelerata delle Informazioni. Esse vengono somministrate durante la rievocazione dei ricordi associati, l'installazione della Cognizione Positiva e tutte le azioni successive che fanno parte delle fasi 3 – 5 (le fasi 6 – 7 – 8 non richiedono SBL).

Confrontiamo ora i due processi per individuare le complementarità. Nella Tavola 2. abbiamo evidenziato in grassetto le parti del PTS/CSPSP che vanno approfondite per l'integrazione con l'EMDR.

PTS/CSPSP	EMDR
1) Fase di CONTATTO Obbiettivo A): Connessione con il/i cliente/i: Azioni: accoglienza e ascolto relazione terapeutica/rapport definizione del problema <u>dosservazione del livello di sofferenza (N.B. egosint., egodist., dissociazione)</u> individuazione delle “parole chiave”, non-verbale e gesti tipici	Fase 2 STABILIZZAZIONE DEL CLIENTE Obbiettivo: Stabilizzazione Azioni: Preparazione e stabilizzazione del cliente (Descrizione del metodo di intervento ed Installazione del “Posto Sicuro”)
2) Fase di ALLARGAMENTO DEL CAMPO PERCETTIVO E DI INFERENZA, DECONSOLIDAMENTO DELLE MEMORIE e COSTRUZ. AREE DI CONSENSO Obbiettivi: B-C-D Azioni: Utilizzo della Cartella Relazionale	Fase 1 CONCETTUALIZZAZIONE DEL PROBLEMA
Obbiettivo B : Decostruzione del problema: Azioni e sotto-obbiettivi: <u>storia, situaz. tipiche, effetti pragmatici</u>, effetti soluzioni tentate, relazione Sè/problema (distanza da ipotesi relazionale)	Obbiettivo; Concettualizzazione Azioni: Raccolta Anamnestica, descrizione del problema, raccolta dei traumi “T” e “t” immediatamente precedenti il sintomo, situazioni peggiorative e migliorative
Obbiettivo C: Contestualizzazione più ampia: Azioni e sotto-obbiettivi: <u>storia trigeneraz., caratteri e relazioni, fatti precedenti il problema, premesse, miti., identif.</u> sequenze rel. connesse al problema, loro ipotesi, non-verbale. Utilizzare del Quadrilatero Sistemico per costruzione Ipotesi Sistemica plausibile	Fase 1 Contestualizzazione più ampia Azioni: Raccolta Anamnestica, sulla storia dei traumi, “T” e “t”, che si sono verificati, relazioni familiari, relazioni d’Attaccamento del paziente e dei genitori. Assessment dei traumi, “top ten” e concettualizzazione del problema, valutazione della adattabilità del paziente al trattamento e del piano terapeutico
Obbiettivo D: Inclusione di elementi non visti dal/i cliente/i, Azioni e sotto-obbiettivi: <u>evidenziare situazioni non viste del gioco fam.(sim., conflitti irr., fatti prec., eff.pragn.,)</u> <u>rievocare emoz.,</u> scelta sintomo, attivare posizione riflessiva	Fase 3 Assessment Azioni: Assessment: scelta dei traumi da trattare e loro decostruzione con il Modello T.I.C.E.S., Fase 4 Desensibilizzazione Azioni: <u>Desensibilizzazione</u>, rievocazione e rielaborazione dei ricordi associati fino a SUD 0
3) Fase di RIDEFINIZIONE DEL PROBLEMA o di RISTRUTTURAZIONE e RICONSolidAMENTO DELLE MEMORIE	Fase di RICOSTRUZIONE e RICONSolidAMENTO DELLE MEMORIE
Obbiettivo E): nuova ipotesi o descrizione dei fatti Azioni e sotto-obbiettivi: Ridefinizione di premesse del cliente Descrizione condivisibile ma fondata su premesse incompatibili Fare differenza Chiusura della seduta	Fasi 4 Desensibilizzazione Azioni: <u>Desensibilizzazione</u> (v. sopra) Fase 5 Installazione Cognizione Positiva Azioni: Installazione della Cognizione Positiva fino a Valore della Cognizione (VOC) 7 Fase 6 Scansione Corporea Azioni: Scansione Corporea fino a sentire il corpo libero da tensioni Fase 7 Chiusura della seduta Azioni: Chiusura della seduta Fase 8 Rivalutazione Azioni: Rivalutazione nella seduta successiva del disturbo associato (SUD) al trauma trattato

Tavola 2. Sintesi confronto tra PTS/CSPSP ed EMDR



Vediamo, ora, le complementarità. L'EMDR, basandosi sull'AIP ed il concetto di “Reti Mnestiche”, è, come detto, un metodo specificamente studiato per la Elaborazione Accelerata ed Adattiva delle Informazioni relative ai traumi. Essa ne affronta la rielaborazione e ne facilita la desensibilizzazione attraverso la sollecitazione dei ricordi associati presenti in tali reti. Questi si indirizzeranno, inevitabilmente, verso i contesti relazionali che li hanno provocati e permessi.

L'Ottica Sistemica con l'Ipotesi Sistemica ed il PTS/CSPSP concentra la propria attenzione sul Gioco del Sistema e la sequenza circolare esistente tra: Conflitti Relazionali Irrisolti, Comportamenti poco Integrati, Traumi per uno o più componenti del Sistema e Disagio Psicologico generato. Quindi, lavora sui contesti relazionali generatori dei traumi per rievocarli, evidenziarli, analizzando e rielaborando le dinamiche che li hanno permessi (Mosconi, 2011, 2015). La Fase 2, infatti, negli Obiettivi B), C) e D), del PTS/CSPSP è specificamente strutturata per il Deconsolidamento delle Memorie Traumatiche.

I due approcci, quindi, sembrano incrociarsi le loro strade su di un punto comune: **“elaborare il trauma”** attraverso la connessione con altri ricordi che permettano di affrontarlo, esprimerlo, contestualizzarlo e storicizzarlo. È importante sottolineare come utilizzando il protocollo EMDR, dalla situazione traumatica verso i ricordi associati, la persona arrivi a rievocare le medesime situazioni che vengono evidenziate nella costruzione dell'Ipotesi Sistemica (Fase 2). La nostra supposizione è, quindi, che la costruzione dell'Ipotesi Sistemica prepari “in forma mirata” il materiale mnestico che successivamente potrà venire elaborato con l'EMDR. L'Ipotesi Sistemica e la Concettualizzazione del problema dal punto di vista EMDR sarebbero, quindi, complementari (Figura 4).

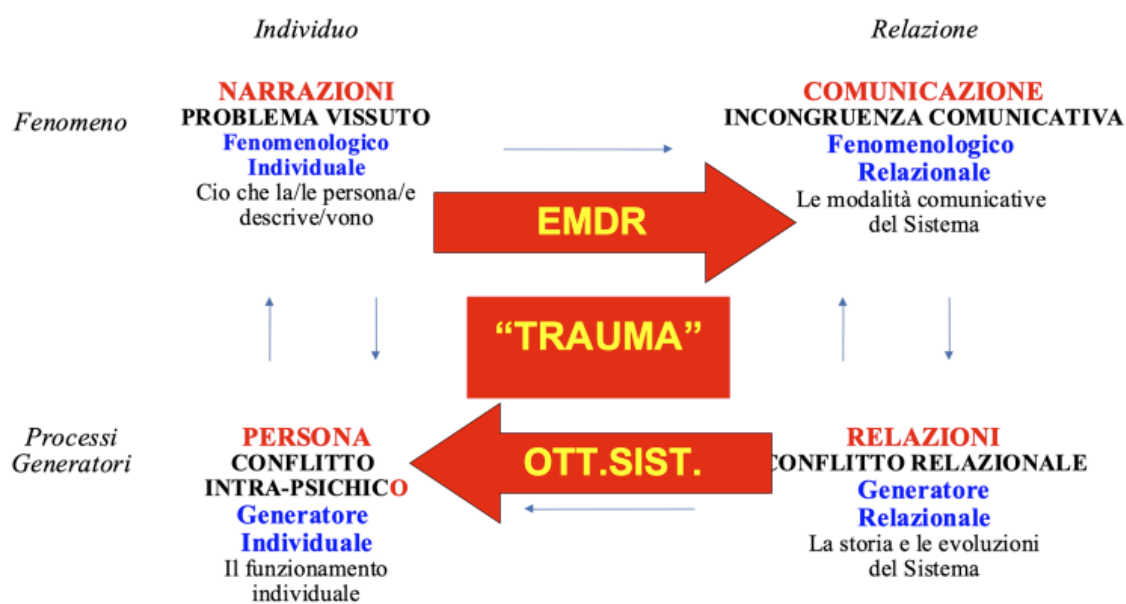


Figura 4. Complementarietà tra PTS/CSPSP ed EMDR

Nello specifico abbiamo ipotizzato e sperimentato due protocolli di integrazione, denominati come segue a) Protocollo Sequenziale b) Protocollo Conversazionale.

a) Protocollo Sequenziale:

- 1) costruzione dell'Ipotesi Sistemica seguendo le procedure indicate sopra;
- 2) approfondire i temi relativi ai conflitti irrisolti evidenziando soprattutto gli episodi traumatici. Nei paragrafi D, D.1, D.2 e nelle figure 5 e 7 abbiamo evidenziato in grassetto tutti i temi del PTS/CSPSP e le domande relative alle polarità del Quadrilatero utili a connettersi per evidenziare questi episodi ed integrare con il protocollo EMDR. Come già evidenziato le procedure di costruzione dell'Ipotesi Sistemica correlano con la Fase 1 dell'EMDR;
- 3) focalizzare le situazioni traumatiche maggiormente connesse al problema ed integrare con la Concettualizzazione EMDR;
- 4) trattare tali situazioni con il Protocollo Standard in 8 Fasi;
- 5) rielaborare successivamente il materiale emerso esaminando la compatibilità con l'Ipotesi Sistemica ed integrandolo nella stessa.

In questo modo i due Processi Terapeutici si connettono in modo armonico e si rinforzano reciprocamente. Riassumiamo in Figura 5 il Protocollo Sequenziale.

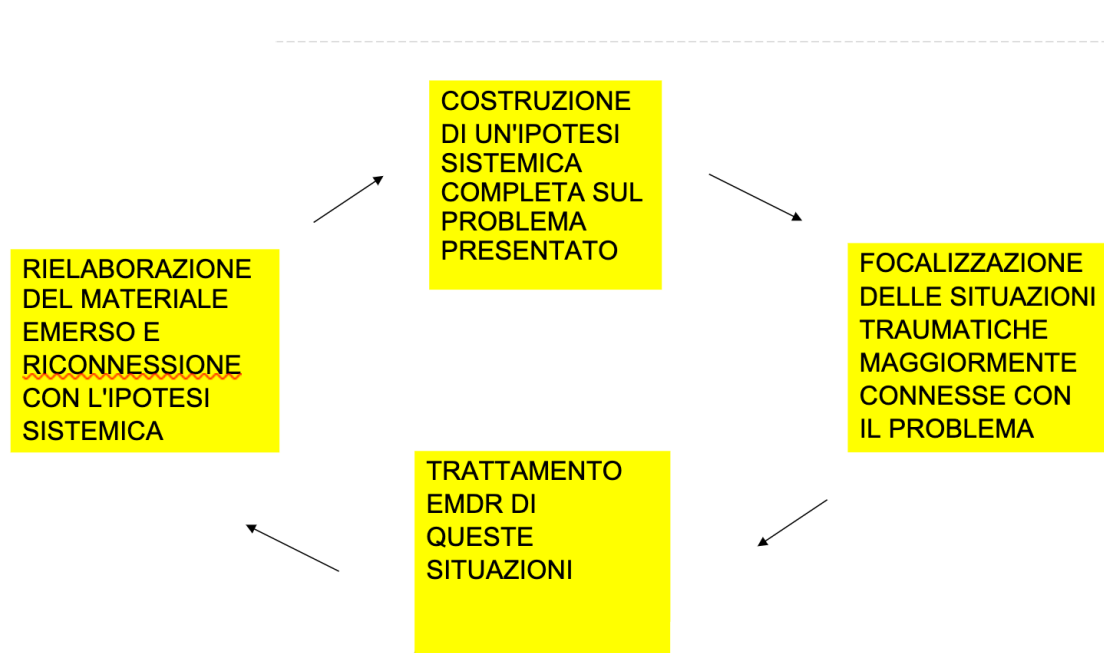


Figura 5. Protocollo Sequenziale

b) Protocollo Conversazionale

Questo utilizza il Modello T.I.C.E.S. senza Stimolazione Bilaterale integrandolo nella conversazione sistemica del PTS/CSPSP. Il Modello T.I.C.E.S. si dimostra un'ottima sequenza di decostruzione a livelli più profondi del Sé utile a deconsolidare le memorie traumatiche con

tutto il loro corredo emozionale e/o per la ristrutturazione della Fase 3 del PTS/CSPSP. La sua progressione utilizzata a partire dalla Cognizione Positiva permette al paziente di ipotizzare le azioni ristrutturanti coerenti con tale Cognizione proiettandole nel futuro. Il Protocollo Conversazionale, quindi, può seguire questa sequenza:

- 1) costruzione dell’Ipotesi Sistemica;
- 2) approfondire i temi relativi ai conflitti irrisolti evidenziando soprattutto gli episodi traumatici;
- 3) focalizzare le situazioni traumatiche maggiormente connesse al problema;
- 4) utilizzare il Modello T.I.C.E.S. per approfondire tali situazioni con particolare attenzione per la peggiora;
- 5) esaminare la compatibilità del materiale emerso con l’Ipotesi Sistemica ed integrarlo;
- 6) focalizzando la situazione traumatica in esame utilizzare la Cognizione Positiva come punto di partenza per ipotizzare una ristrutturazione immaginando cosa cambierebbe se si utilizzasse:
 - a) una nuova idea di Sè, b) nuove decisioni, c) nuove azioni, d) immaginare tutto ciò facendo rilevare le emozioni e sensazioni che accompagnano tale nuovo cambiamento, e) applicare a situazioni future secondo una procedura copia/incolla. Riassumiamo in Figura 6 il Protocollo Conversazionale.

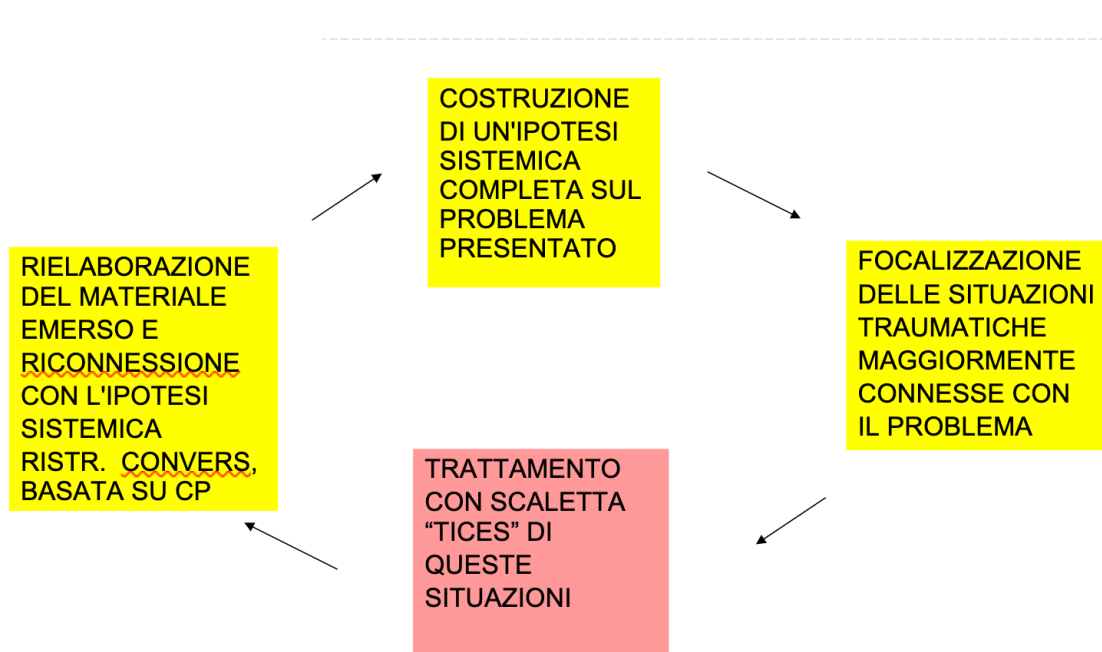


Figura 6. Protocollo Conversazionale

UN CASO CLINICO:

Riportiamo a titolo di esempio, un caso clinico. Modificheremo alcune informazioni ed i nomi per motivi di privacy.

G. è una ragazza che presenta una situazione di vaginismo per la quale viene a chiedere Terapia insieme a suo marito. Il problema sembra essere insorto fin dall'inizio del loro rapporto. Sono sposati da parecchi anni, ma ancora non sono riusciti ad avere un rapporto completo in quanto al primo inizio di un approccio sessuale la paura della penetrazione paralizza la ragazza. Il marito, dal canto suo, le vuole troppo bene per insistere con il rischio di farle del male.

La raccolta delle informazioni porta a proporre questa Ipotesi Sistemica:

La paziente era parte di una famiglia composta da Padre, Madre, Lei ed una sorella più giovane. Il Padre era un uomo molto buono e tendenzialmente remissivo mentre la madre era di carattere molto più combattivo ed aggressivo. Il loro rapporto di coppia era nato da un quid pro quo nel quale la bontà di lui piaceva molto a lei e la combattività di lei portava colore ed energia nella vita di lui. Nello sviluppo del rapporto di coppia, tuttavia, nella fase in cui si affrontano le varie difficoltà del mettere su famiglia, figli, lavoro, rapporti con le famiglie di origine, eccetera...queste due caratteristiche, inizialmente complementari, avevano generato una interazione fortemente simmetrica. La bontà di lui e la sua remissività era progressivamente sembrata lei ignavia ed incapacità di prendere posizione, e la vivacità di lei era progressivamente sembrata lui eccesso di aggressività. La paziente, come detto, era la primogenita ed era stata triangolata in questo conflitto in posizione di alleata e consolatrice del Padre. Essendo lui professore, spesso, dopo i litigi con la moglie, si rinchiudeva nel suo studio a leggere e la figlia lo raggiungeva e passava lunghe ore con lui a leggere, a sua volta, i suoi libri di bambina o a studiare, a disegnare, o a dialogare col papà che le raccontava storie molto affascinanti. Si era quindi costruita, come detto, una grande alleanza tra loro nella quale lei sentiva di consolarlo delle aggressioni della Madre. Naturalmente questo aveva come conseguenza un conflitto tra lei e la Madre. Crescendo questa situazione si era progressivamente esasperata. Un quadro quindi del tutto classico è ben conosciuto da noi sistemici. Ciò che tuttavia era risultato fortemente traumatico per la ragazza era che i genitori non erano molto accorti nel proteggere i loro momenti di intimità. La paziente in particolare ricorda più volte che quando d'estate andavano in campeggio con una roulotte durante la notte aveva assistito ai rapporti intimi tra papà e mamma. Riportava il ricordo di sé stessa con il cuscino sulla testa nel tentativo di non sentire. Ciò che pesava di più in questo tipo di situazione era che si sentiva profondamente tradita dal papà che, come detto più sopra, Lei riteneva suo alleato e di cui si immaginava di essere la consolatrice.

Via via che diventava grande aveva sviluppato una certa difficoltà ad avere rapporto con gli uomini.

Si era sposata con suo marito perché ne aveva apprezzato la bontà e la disponibilità e l'essere protettivo.

Il marito, dal canto suo, aveva maturato questo stile relazionale in una famiglia di cui era primogenito con un padre alcolista violento ed una madre da proteggere.

Ed ecco quindi che li ritroviamo con la loro difficoltà nei rapporti intimi descritta più sopra. La Terapia ha previsto ovviamente la costruzione di tutta l'ipotesi Sistemica esposta che è stata da loro condivisa ed all'interno della quale il sintomo era stato ridefinito come un sacrificio fatto per il papà, per restare ancora in una condizione di figlia cuscinetto tra i genitori.

Questa ipotesi aveva parzialmente ridotto la sintomatologia fino al contatto esterno dei genitali, ma la paziente ancora non si sbloccava. La decisione è stata, quindi, di utilizzare l'intervento con Emdr. La scelta è stata suggerita non solo dal fatto che vi era un'origine chiaramente traumatica nel sintomo, ma anche che fosse indicato data l'egodistonia del sintomo.

Di seguito la trascrizione della seduta:

Legenda: Scaletta TICES: T. Target, I. Immagine peggiore, CN. Cognizione Negativa, CP. Cognizione Positiva, E. Emozione, S. Sensazione, SUD: Scala di disturbo (0 – 10). VOC: Valore della Cognizione Positiva. T. Terapeuta, P. Paziente, SBL. Stimolazione bilaterale (in questo caso il tapping).

Il Target traumatico da cui si parte è il rapporto sessuale.

Immagine peggiore: il pene di Lui che si avvicina per la penetrazione.

CN: “Sono in pericolo”.

CP: “Posso accettarlo”

VOC: 2

Emozione: Paura

SUD 10

S. Tensione al basso ventre e contrazione vaginale.

Si inizia la seduta con la prima SBL.

T. Come noti ora?

P. Come se la mia paura di farlo entrare si associasse ad un'altra paura di aver fatto entrare qualcos'altro che mi ha fatto male.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Ho immaginato che come se mio papà e mia mamma fossero veramente come fantasmi che si possono modificare ed entravano dentro di me.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Entrano dentro per il buco della vagina. entrano nella zona dell'utero e fanno le loro cose, la loro vita, le loro cose là dentro.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Ad un certo punto mi chino su me stessa c'è un'idea di farli uscire dalla pancia e dico “ehi, voglio farvi uscire da là”. Ma niente da fare loro stanno là.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Allora mi viene in mente di cacciarli fuori mi viene in mente di stringere la pancia.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. C'è come l'idea di buttarli fuori. Ho preso la decisione di buttarli fuori, ma c'è qualcosa che me lo impedisce.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Mi viene in mente la parola tradimento. Il tradimento di mio padre se li butto fuori.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Mi vengono in mente due cose la prima è che è come se per l'eternità, per sempre, non vorrei più provare il tradimento di cui parlavamo la volta scorsa, il tradimento di una volta che sentivo con i suoi silenzi, oppure quando si chiudeva in studio e chiudeva tutto e non voleva parlare con nessuno, l'altra cosa è che non vorrei far provare a lui quello che ho provato io.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Mi viene in mente se li butto fuori penso (rivolto a suo padre) “tu dove vai?”. È come se io... non so tu dove vai, tu ti distruggi. È come se l'essere dentro di me gli permettesse di vivere, sopravvivere, di essere protetto in un certo senso.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Mi viene in mente che voglio decidere di buttarlo fuori e comincio a spingere.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

T. Mi immagino che stringo forte la pancia e loro sono costretti ad uscire ed escono proprio passando per l'interno, percorrono tutta la vagina ed escono fuori, sono sempre appaiati però nessuno è mai dietro all'altro, però escono.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Comincio ad osservare la mia pancia che è vuota e vedo anche il percorso che loro hanno fatto per cui è tutto vuoto non c'è più niente che lo ostruisce e soprattutto loro sono fuori.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Sono più grandi e mano nella mano ed io prendo consapevolezza che è mia mamma che deve aiutare mio padre, lui deve essere aiutato da mia mamma.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Come se mi venisse un sorriso, come se alla fine il fatto che li abbia buttati fuori con così tanta fatica non è che a loro gli è cambiato di tanto, che abbia avuto chissà che tipo di influenza.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Mi sembra che tutti e due possano avere una vita loro senza che io li debba nutrire, senza che debbano stare al caldo dentro di me. E poi vado un po' in cerca e sento che lì vicino c'è mio marito.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Non so perché, ma mi immagino di essere un topo, sì perché stamattina in scuola proprio raccontavo agli scolari di un topo un po' immaginario, è molto bello, è molto simpatico e mi immagino di essere una topolina cioè, è bella e ha questo questo vuoto dentro, è libera, vuota. Si tutto libero, tutto vuota.

T. Stai su questo.

SBL.

T. Cosa noti ora?

P. Mi rivolgo verso Andrea e ci abbracciamo e l'immagine successiva è che il suo pene finalmente entra perché non ci sono ostacoli.

Successivamente a questa seduta la paziente ha iniziato ad affrontare la paura della penetrazione ed è riuscita ad avere dei rapporti completi.

L'intero processo terapeutico ha previsto:

- due sedute di consolidamento dei risultati per elaborare completamente le tensioni corporee residue;
- tre sedute con il marito di elaborazione delle situazioni vissute con il padre;
- riutilizzazione di tutto il materiale emerso e connessione con l'ipotesi sistemica fatta.

CONCLUSIONI

Speriamo, pur nella sintesi indispensabile per questo lavoro, di essere stati sufficientemente chiari. Ciò che è importante tenere presente sono due cose: la prima è la complementarità dei processi Intrapsichici e Relazionali secondo il concetto batesoniano di Mente Sistemica

composta da Sistemi e sottosistemi; la seconda è che i terapeuti abbiano chiaro che gli interventi sistemici ristrutturano lavorando a livello di sintesi delle informazioni secondo il concetto di Ipotesi mentre la ristrutturazione con l'EMDR avviene elaborando un trauma alla volta con l'evidenziazione della Cognizione Negativa e l'installazione della Cognizione Positiva. Per integrare i due interventi vanno utilizzati correttamente secondo i rispettivi protocolli evitando un eclettismo disordinato.

BIBLIOGRAFIA

Alberti, G. G. (2020). *Teoria e pratica della psicoterapia integrativa*. FrancoAngeli.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^a ed.). American Psychiatric Publishing. (Trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5^a ed., DSM-5). Raffaello Cortina, 2014).

Balbo, M. (2006). "Percorsi di integrazione delle psicoterapie". In Balbo, M. (a cura di), *EMDR: Uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*. McGraw-Hill.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chandler. (Trad. it.: *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, 1976).

Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. Dutton. (Trad. it.: *Mente e natura: Un'unità necessaria*. Adelphi, 1984).

Bologna, L., & Mosconi, A. (2010). "Perché la psicosi? Una riflessione sistemica sul ruolo della funzione riflessiva nel processo di costruzione del sintomo psicotico". *Ecologia della Mente*, 2: 161–189.

Bologna, L., & Mosconi, A. (2013). "Psicosi, funzione riflessiva e domande triadiche e riflessive". *Connessioni*, 29: 71–99.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva* (Lingiardi V. & Ammaniti, M. (a cura di); F. Gazzillo, F. Odorisio, & M. Simula, Trad.). Raffaello Cortina.

Högberg, G., Nardo, D., Hällström, T., & Pagani, M. (2011). "Affective psychotherapy in post-traumatic reactions guided by affective neuroscience: Memory reconsolidation and play". *Psychology Research and Behavior Management*, 4: 87–96.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S10380>

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.

Mosconi, A. (2011, settembre). “EMDR e ottica sistemica: Spunti per un'interazione virtuosa” [Comunicazione a convegno]. *EMDR Trauma e relazioni*, Roma, Italia.

Mosconi, A. (2014). “Identità ed identità sistemica”. In Mosconi, A., Pezzolo, M. & Racerro, G. (a cura di), *Identità sistemiche*: 1–29. UltimaBooks.
<http://www.ultimabooks.it/identita-sistemiche>

Mosconi, A. (2015). “Pensando a Luigi: Sviluppi del Milan Approach al Centro Padovano di Terapia della Famiglia”. *Connessioni*, 25: 51–74.

Mosconi, A. (2018, ottobre). “10 concetti ed 8 conclusioni per la comprensione e l'integrazione dei processi di cambiamento in psicoterapia” [Comunicazione a convegno]. *VIII° Congresso FIAP "Il canto di Partenope: La psicoterapia sulla rotta del cambiamento"*, Napoli, Italia.

Mosconi, A., Pezzolo, M., & Trotta, B. (2013). “Systemic-relational therapy and EMDR: Integrations and connections points within the hypothesizing process”. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training*, 24(Special Issue): 174–180.

Mosconi, A., Pezzolo, M., & Trotta, B. (2014). “Ottica sistemica e EMDR: quando l'integrazione diventa una risorsa”. *S.I.P.P.R. News. Notiziario della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale*, 7: 8–12.

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.
<https://doi.org/10.3280/TF2013-101004>

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. (a cura di), *Handbook of systemic approaches to psychotherapy manuals: Integrating research, practice, and training*: 101–122. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-73640-8_6

Mosconi, A., & Trotta, B. (2025). “I vantaggi della manualizzazione nella integrazione delle narrazioni terapeutiche: Un protocollo di integrazione tra terapia sistemica ed EMDR”. In Mariotti, M., Loredi, C., Saba, G., Sluzki, C. & Stratton, P. (a cura di), *Evidenze e creatività in psicoterapia sistemica e relazionale*: 546–613. FrancoAngeli.



Pagani, M., & Carletto, S. (A cura di). (2019). *Il cervello che cambia. Neuroimaging: Il contributo alle neuroscienze*. Mimesis Edizioni.

Pedone, E. (2010). “Terapia familiare con l'ausilio dell'EMDR: Uno strumento forte per elaborare piccoli e grandi traumi vissuti dai bambini e dagli adulti”. *Ecologia della Mente*, 33(1): 37–48. <https://doi.org/10.1712/514.6132>

Pedone, E., & Casco, A. (2022). “L'EMDR come potenziale acceleratore nella terapia familiare sistemica”. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 56: 42–52. <https://doi.org/10.3280/PR2022-056003>

Pedreira, M. E., Pérez-Cuesta, L. M., & Maldonado, H. (2002). “Reactivation and reconsolidation of long-term memory in the crab *Chasmagnathus*: Protein synthesis requirement and mediation by NMDA-type glutamatergic receptors”. *Journal of Neuroscience*, 22(18): 8305–8311. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.22-18-08305.2002>

Rocchietta Tofani, L. (2006). “La terapia basata sull'Adaptive Information Processing e la terapia familiare sistemica”. In Balbo, M. (a cura di), *EMDR: Uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*: 277–306. McGraw-Hill.

Sacco, G. (2006). “Psicoterapia: Integrazione o condivisione? Alcune riflessioni preliminari”. In Balbo, M. (a cura di), *EMDR: Uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*: 1–11. McGraw-Hill.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Guilford Press. (Trad. it.: Fernandez, I. (a cura di), *EMDR: Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. McGraw-Hill).

Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3^a ed.). Guilford Press. (Trad. it.: *EMDR: Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Raffaello Cortina).

Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (3^a ed.). Guilford Press. (Trad. it.: Marchetti, C. A cura di; L. Madeddu, Trad., *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (3^a ed.). Raffaello Cortina, 2021).

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11^a revisione). <https://icd.who.int/>

**Commento all'articolo di Mosconi e Trotta:
INTEGRARE LE NARRAZIONI TERAPEUTICHE: PROTOCOLLI DI
INTEGRAZIONE TRA TERAPIA SISTEMICA ED EMDR**

Antonio Caruso³⁴

mail: antonio.caruso@centropantarei.it

Trovo necessario per riconoscere il lavoro degli autori di questo articolo sottolineare due premesse che ne guidano la costruzione: una è inserirsi nel filone della ricerca di un modello teorico riguardo all'integrazione delle psicoterapie, la seconda è quella di mirare a costruire protocolli, manualizzazione. Una posizione che non riconosce queste due aspirazioni fatica effettivamente ad apprezzare il lavoro degli autori.

Nel mio commento voglio limitarmi a porre domande al lettore per, spero, aumentare gli sguardi riflessivi sui temi dell'articolo.

Partiamo proprio dalle due premesse che guidano lo scritto.

Cercare una integrazione delle psicoterapie, basandosi come dicono gli autori su un modello abbastanza generalizzabile e condivisibile, quale motivazione ha? Su quali premesse, finalità e pregiudizi si fonda? In altri momenti si è parlato della irriducibilità dei punti di vista e dunque perché questo non dovrebbe\potrebbe riguardare anche i modelli della psicoterapia? Cui prodest l'integrazione?

Circa l'obiettivo di costruire protocolli e/o manualizzazione della psicoterapia, credo che sarebbe interessante ed utile confrontarsi in prima battuta su cosa si intenda per protocollo o su cosa sia possibile rendere protocollo, manualizzare. Usando una metafora dell'arte della musica, l'atto creativo e l'improvvisazione non sono dei protocolli da seguire, ma sottostante ad essi vi sono più o meno rigide regole di composizione. Dunque, esplicitare che cosa si vuole rendere ripetibile, necessario, normativo, forse permetterebbe un confronto più chiaro nella comunità scientifica ed un riconoscimento maggiore del lavoro degli autori.

Infine, nella mia lettura mi sono rimaste due incertezze che propongo ai lettori affinché valutino loro se legate alle idee proposte dagli autori oppure frutto di mie premesse.

Non è chiaro il passaggio dalla valorizzazione degli studi più recenti delle neuroscienze all'uso del protocollo EMDR come riferimento per la costruzione di un protocollo di integrazione con il modello sistemico. La sensazione che a me è rimasta è che ciò che si mira ad integrare sia un modo specifico di declinare l'epistemologia sistemica e il protocollo EMDR. Gli autori in effetti fanno frequente riferimento a loro scritti che in vero presentano il loro personale modo di aver declinato l'epistemologia sistemica nella operatività della clinica sistemica. In tal senso l'operazione di integrazione è certamente interessante e stimolante. Ma non so se in questo senso si possa parlare della integrazione di modelli delle psicoterapie o, come detto all'inizio

³⁴ Direttore Scuola di Psicoterapia-Centro Panta Rei - Milano

di questo commento, forse sarebbe utile condividere cosa si intenda per integrazione e cosa si voglia o possa integrare.

La seconda confusione che provo è che mi sfugge se il lavoro si rivolge specificamente alla casistica di pazienti che hanno segni di traumatizzazione oppure a qualunque paziente o ancora se gli autori ritengano che la sofferenza psichica sia sempre generata da traumi. Invito il lettore a sciogliere, per conto suo, questo mio dilemma affinché possa emergere se sono le mie premesse sul fare psicoterapia e sulla eziologia della sofferenza psichica ad avermi portato al dilemma oppure se esso generi dalle argomentazioni dei colleghi.

Andrea Mosconi e Barbara Trotta ci offrono sempre stimoli che meritano il confronto perché ci portano ad interrogarci con più attenzione sul nostro personale modo di lavorare in clinica, sulle nostre consapevoli o meno procedure.

**“LE MAPPE NON SONO IL TERRITORIO
INTEGRAZIONE TRA APPROCCI TEORICO-METODOLOGICI DIVERSI
NEL TRATTAMENTO DELLE PSICOPATOLOGIE”³⁵**

***(MAPS ARE NOT THE TERRITORY
INTEGRATING DIFFERENT THEORETICAL AND METHODOLOGICAL
APPROACHES IN PSYCHOPATHOLOGY TREATMENT)³⁶***

Giuliana Alquati³⁷, Francesco Caruso³⁸, Lorenzo Ferrari³⁹, Patrizia Galli⁴⁰

Mail: giulianaalquati1@gmail.com

SOMMARIO

Il lavoro, presentato al Congresso Internazionale SIRTS 2025, nasce da un'esperienza formativa presso la ASST di Cremona e illustra l'integrazione tra modelli clinici differenti — sistemico, cognitivo comportamentale e psicodinamico (TFP) — nel trattamento di pazienti giovani con funzionamento borderline di personalità. Attraverso due casi clinici, gli autori mostrano come il modello delle convocazioni familiari sistemiche permetta di inserire la sofferenza individuale nel contesto relazionale e transgenerazionale, portando alla luce dinamiche di misconoscimento, fratture narrative e traumi non elaborati che alimentano i sintomi. L'integrazione dei diversi approcci si rivela non solo utile ma necessaria: ogni modello illumina aspetti che gli altri non colgono, potenziando l'efficacia dell'intervento.

Riprendendo Bateson — "la mappa non è il territorio" — gli autori concludono che la complessità clinica richiede mappe capaci di dialogare tra loro, in un'ottica di flessibilità epistemologica senza riduzionismi.

PAROLE CHIAVE: Integrazione tra modelli, disturbo borderline di personalità, convocazioni familiari, trauma, misconoscimento, approccio sistemico.

ABSTRACT

³⁵ Il seguente testo costituisce un estratto dell'articolo completo, pubblicato sul sito della Scuola Mara Selvini Palazzoli.

³⁶ The following text is an excerpt from the full article, published on the website of the Mara Selvini Palazzoli School.

³⁷ Dirigente psicoterapeuta sistemica familiare

³⁸ Dirigente psicoterapeuta cognitivo comportamentale

³⁹ Psichiatra psicoterapeuta TFP

⁴⁰ Responsabile UOPSI ASST Cremona

This work, presented at the SIRTS 2025 International Congress, originates from a clinical training experience at the ASST of Cremona and examines the integration of distinct clinical models — systemic, cognitive-behavioural, and psychodynamic (TFP) — in the treatment of young patients with borderline personality functioning. Through two clinical case studies, the authors demonstrate how the model of systemic family sessions enables the embedding of individual suffering within its relational and transgenerational context, bringing to light dynamics of misrecognition, narrative ruptures, and unresolved trauma that sustain symptomatology. The integration of different theoretical frameworks proves not merely beneficial but essential: each model illuminates dimensions that others fail to capture, thereby enhancing the overall effectiveness of clinical intervention.

Drawing on Bateson's epistemology — "the map is not the territory" — the authors conclude that clinical complexity demands maps capable of dialoguing with one another, within a framework of epistemological flexibility that resists reductionism.

KEYWORDS: Model integration, borderline personality disorder, systemic family sessions, trauma, misrecognition, systemic approach.

INTRODUZIONE

di Patrizia Galli

Il lavoro che abbiamo presentato in occasione del Congresso Internazionale SIRTS 2025 – *Clinica sistemica e frammentazione dei contesti, cura dei legami e nuove complessità* – nasce come valore aggiunto ad un'esperienza formativa aziendale all'interno dell'unità operativa di psicologia della ASST di Cremona.

L'obiettivo dell'esperienza formativa condotta da Gianni Cambiaso è stata quella di condividere le prese in carico psicologiche per una maggiore integrazione tra psicologi dei servizi del Dipartimento di salute mentale e non solo. Quindi parliamo di contesti come: psichiatria, neuropsichiatria, consultori, case di comunità, oncologia e psicologia ospedaliera. L'inizio di questa formazione è stato il 2024 e come punto di forza aveva la valorizzazione delle specificità dei diversi approcci metodologici per la gestione delle situazioni complesse. Nel 2025 - sempre con la conduzione del prof. Gianni Cambiaso - il lavoro d'integrazione non è più solo stato orientato verso l'integrazione tra servizi, ma ha virato verso un'inclusione nel lavoro clinico, legato alle sedute di psicoterapia, di diversi modelli d'intervento psicologico. Di seguito verranno presentati due modelli di lavoro integrato all'interno del contesto della psichiatria ASST Cremona: sistemico familiare, cognitivo comportamentale e psicodinamico (metodologia TFP – Psicoterapia Focalizzata sul Transfert).

COME RAPPRESENTARE LA POSSIBILITÀ D'INTEGRAZIONE TRA APPROCCI METODOLOGICI DIFFERENTI?

di Giuliana Alquati

La domanda che ci siamo posti per preparare questo intervento è stata: “Come raccontare ai colleghi la possibilità di un’integrazione tra approcci metodologici e ruoli differenti?”.

La nostra esperienza prevede una continua integrazione tra approccio sistemico familiare, cognitivo comportamentale e psicodinamico, oltre che tra psicoterapeuta e psichiatra all’interno del contesto della psichiatria - ASST Cremona.

Partiamo dal presupposto che la mappa e le parole hanno strutture simili rispetto al territorio ma non esauriscono quel che rappresentano. È impossibile conoscere pienamente qualsiasi territorio; rischiamo di essere accecati da mappe che ci sottopongono miriadi di dati pensando che questo garantisca la conoscibilità totale del territorio.

Bateson sosteneva che il territorio non può mai essere colto nella sua interezza e che approssimare troppo le mappe al territorio è solo un modo per complicare le cose.

Infatti, come sostiene il metodo socratico, nell’intenzione di far nascere la verità dall’interlocutore bisogna procedere per confutazione di ipotesi più che per conferme delle stesse e quindi, come sostiene Cambiaso nel suo intervento al congresso internazionale SIRTS 2025, le ipotesi leggere hanno quella qualità intrinseca di confutabilità utile al divenire del processo terapeutico.

Penso che sia necessario, nell’intenzione d’integrare approcci differenti, sostenere il disorientamento iniziale del caos dettato dalla miriade di informazioni legate a mappe diverse della mente. Il disorientamento del caos può essere colto come un’opportunità di apertura a gran d’angolo permettendo così l’accoglienza di tutte quelle parti che vivono all’interno di un sistema complesso.

Quindi nella volontà di orientarsi rispetto al funzionamento di quella persona diventa irrilevante da dove si decida di partire. Posso orientarmi attraverso la bussola del transfert e controtransfert, dei sistemi d’attaccamento, dell’intrapsichico, del trigenazionale, della diagnosi, citando alcune porte della teoria sistemica. Tutto è parte della mente e ne spiega una parte (Cirillo et al., 2016).

Oggi, infatti, la teoria sistemica citando ad esempio “Tra Intrapsichico e Intergenerazionale” (Cambiaso, Mazza, 2018) si muove tra modelli di funzionamento che non contemplano più solo il trans-intergenerazionale ma pure l’intrapsichico in un continuum tra modelli psicodinamici, cognitivisti e sistemici.

Nella nostra esperienza comunitaria (CRA e CPS ASST Cremona) nella cura prevalente di pazienti giovani con funzionamento borderline di personalità abbiamo deciso di utilizzare il modello sistemico delle convocazioni familiari insieme al modello cognitivo comportamentale e al modello psicodinamico della TFP per notare, far notare, riflettere e mettere in discussione l’origine di comportamenti caotici legati alla caratteristica propria del funzionamento borderline, la scissione, che nel linguaggio informato dal trauma potremmo ridenominare: dissociazione.

Operativamente ci siamo mossi attraverso una co-conduzione all’interno di sedute familiari tenute dalla psicoterapeuta sistemico familiare (Alquati) in co-conduzione con lo psicoterapeuta cognitivo comportamentale (Caruso), oppure con lo psichiatra a formazione psicoanalitica (Ferrari). Gli esempi di queste integrazioni all’interno delle sedute familiari

verranno riportati attraverso l'esemplificazione di due casi descritti successivamente in questo articolo. Le sedute individuali sono state condotte, nel caso di Serena, in co-conduzione con Ferrari, nel caso di Martina, in co-conduzione con Caruso. La cornice di lavoro è il CPS di Casalmaggiore (ASST Cremona). Le convocazioni familiari o allargamenti, secondo Alfredo Canevaro⁴¹, sono strumenti fondamentali nella gestione terapeutica della sofferenza psichica, in particolare in ambito psichiatrico e comunitario. Sono strumenti clinici diagnostici e relazionali che hanno gli obiettivi di: comprendere il senso della sofferenza del paziente nel contesto relazionale in cui vive, ricostruire la rete di relazioni significative che spesso si è interrotta o frammentata a causa del disturbo psichico, ridefinire ruoli e responsabilità all'interno della famiglia e favorire una co-terapia tra équipe e famiglia promuovendo un'alleanza terapeutica più ampia.

Gli allargamenti familiari necessitano di una co-conduzione terapeutica poiché il focus non è più solo sul paziente individuale ma sul sistema familiare nel suo complesso e quindi le convocazioni mirano a superare la visione centrata sul sintomo individuale, inserendo la sofferenza psichica in un contesto relazionale più ampio e quindi la difficoltà della condivisione delle sedute allargate viene meglio affrontata con la co-presenza di due terapeuti. Infine, nelle convocazioni e negli allargamenti l'équipe terapeutica non si pone come esperta risoltrice ma come parte attiva del processo, co-costruendo con la famiglia nuovi significati e possibilità di cambiamento.

IL MODELLO SISTEMICO DELLE CONVOCAZIONI FAMILIARI ED IL MODELLO COGNITIVO COMPORTAMENTALE NEL TRATTAMENTO COMUNITARIO DI PAZIENTI GIOVANI CON FUNZIONAMENTO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: IL CASO DI MARTINA

di Francesco Caruso

Martina arriva in Comunità Residenziale Assistenziale (CRA) dopo una serie di ricoveri in SPDC per condotte autolesive, ideazione suicidaria e un progressivo ritiro dal mondo: ha abbandonato la scuola, perso le amicizie, e convive con un sovrappeso che diventa il simbolo tangibile del suo disagio. Figlia di una madre milanese cresciuta in una famiglia trascurante e di un padre senegalese che ha lasciato il nucleo quando lei aveva cinque anni – dopo aver già costruito ed abbandonato altre famiglie – Martina porta con sé un senso di indegnità radicato, una convinzione profonda di essere "sbagliata", "non meritevole di amore", destinata a essere abbandonata. Ogni evento della sua vita – la fine di un'amicizia, un episodio di bullismo, persino la gravidanza della madre – viene interpretato come la conferma di questa verità: *"Tutti se ne vanno, perché io non valgo nulla"*. Questo nucleo abbandonico si traduce in una contraddizione lacerante: da un lato, la ragazza desidera disperatamente una vita autonoma; dall'altro, mette in atto comportamenti che obbligano gli altri a non lasciare mai il suo fianco, anche a costo di distruggersi. Le condotte autolesive, le fughe improvvisate, i silenzi ostinati

⁴¹ Canevaro A., psichiatra e psicoterapeuta. Riferimento all'approfondimento della terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi in "Quando volano i cormorani" (2020).

non sono solo espressioni di sofferenza individuale, ma tentativi disperati di "tenere stretto" un altro che, prima o poi, si allontanerà. È qui che l'integrazione tra il modello cognitivo-comportamentale (centrato sui cicli interpersonali disfunzionali) e quello sistemico (attento alle dinamiche familiari che mantengono tali cicli) diventa non solo utile, ma necessaria.

IPOTESI SISTEMICHE RISPETTO AI TEMI DELLA TERAPIA INDIVIDUALE DI TIPO COGNITIVO COMPORTAMENTALE: LA DECISIONE DELLE CONVOCAZIONI FAMILIARI

di Giuliana Alquati

La decisione della convocazione familiare (Cirillo)⁴², in risposta alla domanda da parte dei terapeuti: “da dove hanno origine i vissuti espressi in terapia individuale”, è stata presa nella consapevolezza che alla paziente mancavano pezzi importanti di narrativa familiare riguardo al macro fenomeno dell’abbandono del padre. Durante la seduta familiare richiesta con tale proposito, ovvero la ricostruzione della storia, è emerso il tema dell’intenzione da parte di tutti (madre e fratelli) di evitare all’allora bambina ogni informazione legata alle vicende che stavano accadendo: interventi della tutela minori, rischio di perdere l’abitazione e la custodia dei figli, scoperta di altre famiglie del padre.

Il misconoscimento e le minimizzazioni, nelle interazioni quotidiane tra la paziente e le figure di riferimento, davanti a momenti ad alta attivazione emotiva, hanno reso complesso quel processo d’integrazione necessario per evitare alla mente di difendersi se non attraverso meccanismi di dissociazione, una separazione rigida e inconscia di aspetti positivi e negativi dell’altro o di sé per gestire relazioni affettive disfunzionali (Benjamin, 1996).

Il misconoscimento (Laing, 1970) è un processo attraverso cui una persona o una famiglia distorce intenzionalmente la realtà, manipola fatti o identità, al fine di esercitare potere, controllo o inganno sugli altri. Gli effetti sulla psiche possono comprendere: confusione cognitiva (dubitare delle proprie percezioni, memorie o intuizioni e si sviluppa un sentimento d’incertezza costante), dissociazione e perdita del senso del sé (la realtà viene sistematicamente negata o distorta e la persona può perdere contatto con la propria identità, si riduce la fiducia in sé stessi e nel proprio giudizio), dipendenza psicologica (chi mistifica può diventare l’unica fonte affidabile di verità e questo può creare una dinamica di controllo dove la vittima si sente persa senza l’altro), ansia e depressione (l’incertezza cronica e l’auto svalutazione portano spesso a disturbi dell’umore), senso di colpa e di vergogna (le vittime spesso si incolpano per non aver capito prima la manipolazione e possono vergognarsi della propria ingenuità e restare isolate).

Se non posso godere di spiegazioni, se non vengo accompagnata ed accolta adeguatamente nei miei vissuti emotivi mi sarà impossibile identificarli, integrarli ed accoglierli. Infatti, ancora oggi assistiamo nelle interazioni quotidiane, all’interno della comunità, a temi come: confusione e sopraffazione emotiva, difficoltà nel contattare e leggere i propri bisogni,

⁴² Cirillo S. “*L'uso dei differenti formati nel modello sistemico – familiare – individuale*”. Intervento al Convegno Associazione Centri Mara Selvini su anoressia e disturbi del comportamento alimentare.

autocritica eccessiva unita a sentimenti di colpa. Parti originate in un là e allora che senza le convocazioni familiari non avrebbero avuto una collocazione narrabile. E in questo caso potremmo collegarci al tema del trauma come assenza di narrazione, assenza di "dicibilità". Il trauma non è solo ciò che accade ma ciò che non può essere raccontato né a sé stessi e nemmeno agli altri. Il trauma interrompe il normale flusso dell'esperienza vissuta e disintegra la continuità della narrazione autobiografica creando parti del sé che rimangono fuori dalla coscienza ordinaria. In questo caso mi piace scrivere con le parole di Cathy Caruth: "Il trauma non parla, ma ritorna". In altre parole, il trauma non si esprime a parole ma in ripetizioni sintomatiche. E come dice Judith Herman (Trauma and Recovery, 1992): "Il recupero del trauma richiede un racconto e quel racconto deve essere ascoltato".

Le sedute familiari, condotte secondo il modello delle convocazioni sistemiche hanno permesso di portare alla luce dinamiche che, altrimenti, sarebbero rimaste invisibili. Il misconoscimento come difesa dal dolore. Durante le convocazioni, emerge che la famiglia di Martina ha taciuto per anni gli eventi traumatici legati all'abbandono del padre: gli interventi dei servizi sociali, il rischio di perdere la casa, la scoperta di altre famiglie del padre. Questi silenzi non erano casuali, ma parte di una strategia di "protezione" ("Non volevamo farle del male"). Tuttavia, come spesso accade, il non detto diventa più doloroso della verità: Martina ha cresciuto dentro di sé il senso di essere "sbagliata", senza poterlo collegare a nulla di concreto. Il misconoscimento ha creato in lei una frattura narrativa: eventi cruciali della sua vita sono rimasti senza parole, e quindi senza possibilità di elaborazione.

Esempio:

Terapeuta (sistemico): *"Martina, tua madre dice che non vi hanno mai parlato di tuo padre per non farvi soffrire. Tu come hai vissuto questo silenzio?"* **M. (dopo una lunga pausa):** *"Pensavo fosse colpa mia. Che se ne fosse andato perché io non ero abbastanza brava."* **Madre:** *"Noi volevamo proteggerti... non sapevo che tu pensavi questo."*

Questo scambio ha aperto la possibilità di ricostruire una narrazione condivisa, dove il dolore della paziente veniva finalmente riconosciuto e legittimato dalla famiglia. La famiglia come "palcoscenico" dei cicli interpersonali e le convocazioni hanno reso evidente come tali cicli si riproducessero all'interno del sistema familiare.

Esempio:

Terapeuta (cognitivo-comportamentale): Quando Martina scappava (comportamento tipico del suo ciclo di allarme), la famiglia reagiva inseguendola, confermando il senso di essere "controllata". Quando la ragazza si chiudeva in silenzio, i familiari interpretavano questo come un segno di pericolo ("Sta per farsi del male!"), alimentando un clima di ipervigilanza che, a sua volta, soffocava la paziente.

Il lavoro sistemico ha mirato a interrompere questi copioni attraverso: la restituzione degli schemi interpersonali. *"Ogni volta che Martina scappa, voi la inseguite. Lei si sente soffocata,*

voi vi sentite impotenti. È un ciclo che si ripete da anni." La ricerca di alternative: *"Cosa succederebbe se, invece di inseguirla, le chiedeste: 'M., cosa ti serve in questo momento?'"*. La ridefinizione dei ruoli: aiutare la madre a passare da "salvatrice" a "ascoltatrice" e la ragazza da "paziente fragile" a "persona con bisogni esprimibili". Dalla dipendenza alla responsabilizzazione. Uno degli obiettivi centrali è stato sostituire la dipendenza simpatetica (dove M. otteneva attenzione solo attraverso la crisi) con una relazione basata sulla responsabilità reciproca. Questo ha permesso a Martina di sperimentare che l'autonomia non equivaleva all'abbandono, e alla famiglia di fidarsi della sua capacità di gestire le difficoltà.

L'INTEGRAZIONE SUL CAMPO: COME I DUE MODELLI SI SONO POTENZIATI A VICENDA

di Giuliana Alquati e Francesco Caruso

L'alternanza tra sedute individuali (CBT) e convocazioni familiari (Sistemico familiare) ha creato un circuito terapeutico virtuoso. La CBT ha dato "parole" e "struttura" al caos emotivo. Nel setting individuale la paziente ha imparato a etichettare le emozioni ("Questa è rabbia, questa è paura") e a riconoscere i contesti ed i pensieri attivatori che scatenavano i suoi cicli (es.: situazioni di valutazione, come provare un vestito). Tuttavia, queste consapevolezze rischiavano di rimanere individuali senza un cambiamento nel contesto relazionale. Ad esempio, la ragazza poteva capire che "scappare non funziona", ma se la famiglia continuava a inseguirla, non aveva modo di mettere in pratica alternative. Il sistemico trasforma le consapevolezze in azione. Le convocazioni familiari hanno offerto a Martina un "laboratorio vivo" per esperire le dinamiche scaturite dai propri comportamenti. Ad esempio: dopo aver lavorato in seduta individuale sulla paura dei camerini, ha provato a dire alla famiglia: *"So che volete aiutarmi, ma ho bisogno di scegliere i vestiti da sola"*. La famiglia, a sua volta, ha imparato a non interpretare ogni silenzio di Martina come un segno di pericolo, ma a chiederle direttamente: *"Cosa ti passa per la testa?"*. Questo cambiamento nel "qui e ora" ha permesso alla paziente di verificare che le sue paure non si avveravano: se chiedeva spazio, non veniva abbandonata; se esprimeva un disagio, non veniva giudicata. Il trauma come "assenza di narrazione" e la funzione riparativa del gruppo. Uno degli aspetti più significativi dell'integrazione è stato il lavoro sul trauma relazionale. In questo caso, il trauma non era solo l'abbandono del padre, ma l'impossibilità di parlarne. In seduta individuale (CBT), Martina ha iniziato a collegare i suoi sintomi (es.: autolesionismo) a memorie frammentate ("Piango e sto male, ma non so perché"). Nelle convocazioni familiari, queste memorie hanno trovato un contesto di senso: la madre ha raccontato dei servizi sociali che bussavano alla porta, il fratello ha condiviso il ricordo della paura di essere separati. Per la prima volta, Martina ha potuto inserire la sua sofferenza in una storia più grande di lei, che non era solo "colpa sua". Questo processo ha permesso di trasformare il "trauma muto" (Caruth, 1996) in una narrazione condivisa, dove il dolore è divenuto dicibile e quindi gestibile. L'integrazione dei due approcci ha permesso di: decostruire i cicli e cambiare le dinamiche che li alimentano. Dare voce al trauma individuale e restituirlo alla storia familiare. Responsabilizzare Martina e responsabilizzare la famiglia, in un processo di co-evoluzione.

IL MODELLO SISTEMICO DELLE CONVOCAZIONI FAMILIARI ED IL MODELLO TFP (TRANSFERT FOCUS THERAPY) DI PAZIENTI GIOVANI CON FUNZIONAMENTO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: IL CASO DI SERENA

di Giuliana Alquati e Lorenzo Ferrari

Serena è una ragazza di poco più che vent'anni. Richiede per sé stessa spontaneamente. Sin dai primi colloqui si percepisce un'intensa sofferenza caratterizzata da scarso eloquio, lunghe pause di silenzio, introversione ed estrema timidezza. Notiamo che la paziente nel riferire di sé stessa utilizza il pronome maschile. Cogliendo questa informazione facciamo presente al* paziente questo dato. Ci troviamo in un contesto d'aiuto psichiatrico pubblico in cui con sempre maggior frequenza, a richiedere aiuto, sono pazienti giovani-adulti ancora non completamente svincolati dalla propria famiglia d'origine.

Il contesto pubblico della psichiatria prevede che sistematicamente, alla prima visita, ci sia la presenza di una figura medico-psichiatrica. Per tale motivo nelle richieste dei giovani-adulti che esitano sempre in un percorso psicoterapeutico, effettuiamo una prima visita alla presenza della psicoterapeuta e dello psichiatra (proprio come nell'esperienza del 1982 di Matteo Selvini e Mara Selvini Palazzoli presso il Servizio di psichiatria territoriale di via Corsico a Milano). Serena lavora ma convive ancora coi propri genitori ed un fratello di poco più piccolo. La paziente soffre per la rottura della sua prima relazione sentimentale di tipo omosessuale ma la situazione non viene immediatamente esposta con questa chiarezza. Il dato di questa esperienza affettiva resterà sottotraccia per mesi di terapia: Serena ne parla poco, alle domande risponde in modo elusivo come se fosse già una condizione elaborata. Prevalgono durante le sedute sentimenti di svalutazione ed attacco al Sé, inadeguatezza, difficoltà nel permanere in una situazione relazionale di tipo terapeutico. È come se sentissi un forte senso di colpa: "se sono così sbagliat* è colpa mia", "se mi ha lasciato, è colpa mia". Questo senso di colpa, prima negato, emergerà di fatto dopo quasi un anno di sedute e ci porterà a fare riflessioni circa il suo sentirsi non del tutto maschio e non del tutto femmina.

Serena si pone nella relazione terapeutica sospettosa e sfiduciata nonostante coltivi, senza manifestarla apertamente, un'aspettativa salvifica verso tutto ciò che percepisce come disagio, come se dicesse: "io ti dico cosa c'è che non va ma tu dimmi cosa devo fare". Non riesce ad attivarsi nemmeno attraverso semplici prescrizioni, annuisce, ma alla seduta successiva squalifica l'intervento precedente lasciando alla terapeuta un forte sentimento d'impotenza.

Durante il corso della psicoterapia verrà ricoverata in SPDC dopo essersi rivolt* in PS per pensieri anticonservativi che si sono manifestati durante la pausa dalle vacanze natalizie. Il ricovero diventerà un'occasione per conoscere i genitori della paziente ed iniziare un percorso di terapia familiare parallelamente a sedute individuali.

Sino a quel momento la paziente si era sempre dichiarata refrattaria a qualsiasi convocazione familiare restituendo alla terapeuta una sensazione di profonda e soverchiante solitudine priva di speranze/risorse relazionali.

Invece con nostra sorpresa i genitori della paziente si sono dimostrati coinvolgibili ed autenticamente preoccupati per l'isolamento familiare e sociale del* figli*.

Il racconto della storia familiare descrive una bambina mite e docile, poco visibile sia per il carattere sia per il pesante impegno della madre nella cura dei propri genitori malati e del padre per il suo lavoro. A tutt'oggi la famiglia viene percepita con un funzionamento a bassissima emotività espressa. La madre manifesterà il suo senso di colpa e ci chiederà come poter riparare ora e il padre rimarrà una risorsa piuttosto disponibile pur mettendosi meno in discussione.

Serena si è sentita una bambina poco vista, da una parte giustifica i suoi genitori, dall'altra rifiuta qualsiasi tipo di avvicinamento da parte loro, assumendo una posizione rigidamente autarchica. Saranno vane le prescrizioni legate a qualsiasi tipo di coinvolgimento nella relazione coi genitori; la madre le chiederà con maggior frequenza circa la giornata lavorativa ma la paziente risponderà liquidando velocemente la relazione, ritirandosi nella propria stanza, talvolta a chattare con amici che sente prevalentemente on line, o infliggendosi, per qualsivoglia frustrazione, colpi di bastone alle gambe.

Nelle sedute individuali ometterà spesso questo dato e quando si sentirà motivata a riferirlo non riuscirà a contestualizzare o descrivere il motivo della frustrazione. Qualche volta emerge insoddisfazione lavorativa ed incapacità di far fronte a richieste ingiuste prevalentemente rivolte a lei, alle quali esplicitamente sostiene di non saper opporsi esprimendo così solo in psicoterapia il suo pensiero divergente e il suo dissenso.

Durante le sedute familiari abbiamo affrontato il tema dell'identità maschile. I genitori apparentemente si sono dichiarati non ostili a questa tematica. Il padre ha immediatamente chiesto alla figlia se avesse preso in considerazione gli interventi di cambiamento di genere, ma Serena ha esplicitamente riferito che non aveva intenzione d'intraprendere questa strada. La madre, che era a conoscenza del tema omosessuale, ha flebilmente riferito che non si aspettava anche un tema identitario, pur dichiarando anch'ella di non avere alcuna opposizione.

Emergerà in seduta individuale una certa delusione della paziente dal momento che, nel contesto domestico, né la madre né il padre si riferivano a lei col pronome maschile. Attenzione che la paziente gli aveva esplicitamente richiesto, almeno nelle conversazioni su WhatsApp.

Ho allora proposto a Serena di utilizzare il contesto relazionale familiare come palestra per una sua attivazione. Abituata a lasciar perdere, non aveva protestato per questa posizione dei genitori. Le convocazioni familiari sono diventate così risorsa in quanto ambiente in cui Serena potesse, in totale sicurezza, iniziare a "farsi sentire e vedere" per ciò che riteneva di sentire per sé stessa*, cercando gradualmente di abbandonare quella posizione prevalentemente passiva-aggressiva (riorganizzazione sottomessa), e iniziando a prendersi in adeguata considerazione, invece di deludersi e adombrarsi per la mancata considerazione da parte degli altri.

IL RUOLO DELLO PSICHIATRA NEL SETTING SISTEMICO

di Lorenzo Ferrari e Giuliana Alquati

Sebbene la letteratura documenti modelli di collaborazione psichiatra-psicoterapeuta in contesti individuali, l'integrazione strutturata in sedute familiari rimane scarsamente formalizzata. Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. Prata G., in *Paradosso e Controparadosso* (1975), descrivono la compresenza di osservatori sistemici, ma non co-terapeuti psichiatri con ruolo attivo. Dunque, la collaborazione strutturata tra psichiatra e psicoterapeuta sistemico, che rappresenta un modello di integrazione non solo tra teorie, ma anche tra figure professionali con competenze diverse, appare come un elemento innovativo. Nel contesto della psichiatria pubblica, dove spesso la frammentazione dei servizi rischia di disperdere la presa in carico, questo lavoro ha mostrato come: la presenza dello psichiatra in seduta abbia permesso una lettura integrata dei sintomi, dove la dimensione farmacologica e la comprensione psicodinamica si sono coordinate con il lavoro sistemico. Il setting di co-conduzione ha offerto a Serena un doppio contenimento. La psicoterapeuta sistemica ha lavorato sulla ridefinizione dei ruoli familiari (es. aiutare i genitori a passare da una postura "salvifica" a una di ascolto). Lo psichiatra (con formazione TFP) ha monitorato le dinamiche transferali (es. la riattualizzazione della scissione nella relazione terapeutica) e ha potuto leggere e restituire in tempo reale le proiezioni di Serena, evitando che la terapia diventasse un ulteriore scenario di ripetizione del trauma (es. il senso di non essere vista). Inoltre, ha consentito la gestione della farmacoterapia in relazione alle dinamiche psicoterapeutiche senza che questa diventasse un'alternativa alla gestione del disagio.

I momenti di confronto pre- e post-seduta tra i due professionisti hanno permesso una calibrazione costante degli interventi, evitando sovrapposizioni o contraddizioni che avrebbero potuto confondere la paziente. Nello specifico, ogni seduta era preceduta da un briefing di 20 minuti (obiettivi condivisi, ipotesi su dinamiche attese) e seguita da un debriefing di 20 minuti (analisi controtransfert incrociato, pianificazione interventi successivi).

Nel caso di Serena le condotte autolesive non apparivano aver preso quella caratteristica di cronicità che, in taluni casi, si configura come vantaggio secondario nel rapporto con il sistema e come perno di mantenimento della patologia. La sintomatologia autolesionistica di Serena era celata al sistema e risultava essere esordita recentemente (meno di un anno fa). Dunque l'introduzione di una terapia psicofarmacologica (SSRI e BDZ) ha offerto due vantaggi concreti al processo terapeutico: in primis ha messo Serena nelle condizioni mentali di gestire l'ansia riducendo il ricorso a difese quali l'autolesionismo (ma anche l'evitamento e il ritiro sociale), e secondariamente ha simboleggiato in modo tangibile il suo stato di sofferenza di fronte ai familiari, consentendo ai genitori di affrontare il proprio ruolo in essa ed entrare in un processo di comprensione e cambiamento. In altre parole, in un'ottica sistemica, la prescrizione farmacologica ha agito come ridefinizione relazionale: mentre prima i genitori ignoravano il disagio di Serena relegandolo a caratteristiche caratteriali (minimizzazione), il farmaco ha legittimato la sofferenza agli occhi della famiglia, facilitando il passaggio da una postura scettica a una di curiosità terapeutica. Questo ha permesso di decostruire la narrativa familiare di Serena come "il problema" e iniziare un lavoro sulla corresponsabilità sistemica. Rispetto all'efficacia clinica, la più recente revisione sistematica Cochrane (Storebø et al., 2020) evidenzia che la psicoterapia riduce significativamente la gravità generale dei sintomi

del DBP (SMD = - 0,52; IC 95% [-0,70, -0,33]) e la gravità degli atti autolesivi (SMD = -0,32; IC 95% [-0,49, -0,14]). Sebbene la certezza delle prove sia bassa, questi dati indicano un effetto moderato a favore della psicoterapia rispetto al trattamento standard. Al contrario, l'evidenza relativa alla combinazione di psicoterapia e farmacoterapia rimane "molto limitata" a causa dell'esiguità campionaria. Nel caso di Serena, l'esordio recente del sintomo (<1 anno) e la sua funzione non ancora stabilizzata nel sistema possono aver favorito la risposta alla combinazione SSRI + psicoterapia sistemica. Ipotizziamo che nei casi in cui l'autolesionismo cronico assuma una funzione comunicativa cristallizzata (vantaggio secondario), l'intervento farmacologico risulti meno efficace se svincolato dalla ristrutturazione delle dinamiche relazionali (ipotesi che richiederebbe verifica empirica in studi controllati con follow-up longitudinale).

CONCLUSIONI

La collaborazione tra professionisti di diversa formazione ha permesso di arricchire la comprensione clinica attraverso letture multiple dello stesso fenomeno (es.: un agito autolesivo letto come regolazione emotiva disfunzionale in ottica CBT, come comunicazione di un trauma non elaborato e come tentativo di mantenere legami familiari in prospettiva sistemica e in chiave psicodinamica). Ha consentito inoltre di superare le impasse terapeutiche grazie a interventi sinergici (es.: la psicoeducazione cognitivo-comportamentale sul senso di indegnità, affiancata dal lavoro sistemico sulle mistificazioni familiari che lo alimentavano) e favorire la coerenza del setting in contesti istituzionali complessi, dove la condivisione di obiettivi tra terapeuti ha evitato la frammentazione degli interventi. La nostra esperienza suggerisce che l'integrazione tra approcci diversi possa decostruire i cicli disfunzionali (CBT) e ridefinire le dinamiche relazionali (sistemico relazionale), come nel caso di Martina, dove il lavoro individuale sui cicli interpersonali si è arricchito nella ricostruzione della narrativa familiare, trasformando un "trauma muto" in una storia condivisa. Abbiamo insieme lavorato sulla scissione identitaria (TFP) e sulla sua manifestazione nel sistema familiare (sistemico), come nel caso di Serena, dove l'analisi delle diadi oggettuali scisse (es. Sé inadeguato vs. Sé autonomo) ha trovato un contesto relazionale in cui sperimentare nuove modalità di espressione. L'integrazione non ha significato fusione acritica, ma dialogo tra prospettive, dove ogni modello ha contribuito con i suoi punti di forza: il modello sistemico ha offerto una cornice relazionale e contestuale, fondamentale per comprendere come i sintomi individuali siano spesso espressione di dinamiche familiari e sociali (es. i silenzi sulla storia del padre in Martina, il mancato riconoscimento dell'identità di genere in Serena). La TFP ha approfondito la dimensione intrapsichica, lavorando sulle rappresentazioni scisse e sui meccanismi proiettivi che si riattualizzavano nella relazione terapeutica. La CBT ha fornito strumenti operativi per modificare i comportamenti disfunzionali e i cicli interpersonali, rendendo il cambiamento misurabile e accessibile al paziente. Questa complementarità ha permesso di evitare le impasse terapeutiche tipiche degli approcci monodisciplinari, dove la rigidità metodologica può riprodurre le scissioni che si cerca di superare (es. un setting esclusivamente

individuale che ignora il contesto familiare, o un intervento familiare che non lavori sulle dinamiche intrapsichiche). Questo modello di co-terapia si è rivelato particolarmente efficace nel caso di Serena, dove: la TFP ha aiutato a dare nome alle parti scisse (es. il conflitto tra il desiderio di autonomia e la paura dell'abbandono), mentre il sistemico ha permesso di agire su queste dinamiche nel contesto familiare (es. la richiesta del pronome maschile come test per la famiglia). La presenza dello psichiatra ha legittimato il lavoro sulla complessità diagnostica (es. la questione dell'identità di genere, la gestione dell'autolesionismo), spesso trascurata in contesti dove prevale un approccio esclusivamente farmacologico o individuale.

L'esperienza descritta solleva alcune riflessioni cruciali per la pratica clinica e la formazione in psicoterapia:

1. La necessità di una "cornice condivisa": l'integrazione funziona se c'è un linguaggio comune (es. la teoria dell'attaccamento) che permetta ai diversi modelli di dialogare senza annullarsi.
2. Il superamento della dicotomia individuale/familiare: nei disturbi complessi come il DBP, l'individuo e il sistema sono inseparabili. Un intervento che ignori uno dei due livelli rischia di essere parziale o controproducente.
3. Il ruolo dello psichiatra come "ponte": in contesti pubblici, lo psichiatra non deve essere solo un "prescrittore di farmaci", ma un co-terapeuta che integra la dimensione biologica, psicodinamica e relazionale.
4. La formazione all'integrazione: i percorsi formativi dovrebbero includere moduli trasversali dove psicoterapeuti di diversi orientamenti e psichiatri imparino a lavorare insieme, superando le resistenze corporative che spesso ostacolano la collaborazione.

Nonostante i risultati incoraggianti, la nostra esperienza evidenzia anche alcuni limiti.

La difficoltà di valutare l'efficacia differenziale: non è sempre chiaro quale modello abbia inciso di più sul cambiamento, anche perché l'integrazione stessa complica la misurazione.

La generalizzabilità: i casi presentati sono esempi di successo, ma sarebbe utile capire come questo modello si applichi a pazienti con minore motivazione o famiglie più resistenti.

Per il futuro, sarebbe interessante estendere il modello ad altri disturbi (es. psicosi, disturbi alimentari) dove la complessità è altrettanto rilevante e approfondire il ruolo dello psichiatra in questi setting, ad esempio verificando se un suo maggior coinvolgimento in seduta migliorerebbe gli esiti in casi ad alta complessità. L'integrazione non è un lusso teorico, ma una necessità clinica, soprattutto di fronte a pazienti dove la sofferenza non si esaurisce nel singolo, ma attraversa relazioni, storie e contesti. La collaborazione tra psicoterapeuta sistemico e psichiatra nel caso di Serena rappresenta un modello esemplare di come diverse competenze possano sommarsi senza sovrapporsi, offrendo al paziente più punti di vista su sé stesso e sul suo mondo. In un'epoca dove la frammentazione dei servizi e la specializzazione eccessiva rischiano di ridurre la persona a un insieme di sintomi, esperienze come questa ricordano che la complessità va affrontata con altrettanta complessità, non con mappe sempre più dettagliate, ma con mappe che sanno dialogare tra loro. Come scriveva Bateson, "la mappa non è il territorio": ma se le mappe imparano a parlarsi, forse possiamo avvicinarci un po' di

più a quel territorio che, per definizione, ci sfuggirà sempre.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

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

Benjamin, L. S. (1996). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità* (Trad. it.). LAS – Libreria Ateneo Salesiano.

Cambiaso, G. (2025). *Sistemi instabili e ipotesi leggere* [Atti di congresso]. Congresso internazionale SIRTS.

Cambiaso, G., & Mazza, R. (2018). *Tra intrapsichico e trigerazionale: La psicoterapia individuale al tempo della complessità*. Raffaello Cortina.

Cambiaso, G., & Mazza, R. (2024). *Orientarsi nel caos: Sistemi instabili, famiglie e relazioni d'aiuto*. Pisa University Press.

Canevaro, A. (2020). *Quando volano i cormorani: La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi* (3^a ed. rivista e ampliata). Luigi Guerriero Editore.

Caruth, C. (1996). *Unclaimed experience: Trauma, narrative, and history*. Johns Hopkins University Press.

Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2002). *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*. Raffaello Cortina.

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

Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2022). “L'équipe base sicura della sperimentazione dei formati in terapia familiare”. *Terapia Familiare*, 130: 21-37. <https://doi.org/10.3280/TF2022-130002>

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psicoterapia delle personalità borderline*. Raffaello Cortina. (Opera originale pubblicata nel 1999)

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2003). *I disturbi di personalità: Modelli e trattamento*. Laterza.

- Herman, J. L. (1992). *Guarire dal trauma* (T. Castellano, Trad.). Magi.
- Laing, R. D. (1965/1996). *L'io diviso: Studio di psichiatria esistenziale*. Einaudi.
- Morin, E. (1993). *Introduzione al pensiero complesso* (M. Corbani, Trad.). Sperling & Kupfer.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1993). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Raffaello Cortina.
- Selvini, M., Fino, L., Redaelli, L., & Senatore, A. (2022). *Le sei fasi della resilienza: Un modello di terapia sistemica del trauma*. Libreria Cortina.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). "Psychological therapies for people with borderline personality disorder". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 221(3): 538-552 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Vannotti, M., & Gennart, M. (2022). *Orizzonti etici in psicoterapia*. Giovanni Fioriti Editore.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.

**Commento all'articolo di
Alquati, Caruso, Ferrari e Galli:
LE MAPPE NON SONO IL TERRITORIO. INTEGRAZIONE TRA APPROCCI
TEORICO-METODOLOGICI DIVERSI NEL TRATTAMENTO DELLE
PSICOPATOLOGIE**

Daniela Testa⁴³
Mail: testa.studio1@gmail.com

Il titolo dell'articolo *“Le mappe non sono il territorio. Integrazione tra approcci teorico-metodologici diversi nel trattamento delle psicopatologie”* ha risvegliato i ricordi sul lungo e complesso percorso di trasformazione scientifico-culturale dei concetti di cura: un'evoluzione che attraversa più di un secolo e che, ancora oggi, solleva interrogativi su come operare con concreta efficacia nei diversi ambiti professionali. In questo contesto, il servizio pubblico ha rappresentato sia un osservatorio sia un eccellente campo di sperimentazione per l'approccio sistemico e la sua integrazione con altri modelli.

Nel corso delle mie esperienze cliniche e terapeutiche all'interno dei servizi pubblici rivolti alle persone e alle famiglie, ho avvertito più volte la necessità di rileggere il percorso del pensiero scientifico collettivo, nel tentativo di ritrovare una sintesi emblematica dei valori culturali ai quali riferirmi: una sorta di mappa orientativa capace di sostenermi nei momenti in cui i percorsi terapeutici si confrontavano con la complessità delle patologie, ma anche con il cambiamento dei valori umani e dei contesti sociali nei quali temevo di perdere la bussola.

Ho quindi preso in esame un primo momento storico di rottura con la concezione della conoscenza come sistema di comparti separati e isolati. Questa svolta segnò l'apertura al dialogo tra discipline differenti, scientifiche e umanistiche. Da tale apertura derivò un progressivo ampliamento delle forme e delle modalità della conoscenza, attraverso cui la ricerca continuò a svilupparsi. La stessa prospettiva ha inoltre favorito già dagli anni '80 numerose sperimentazioni di integrazione tra i servizi territoriali denominati non a caso “socio-sanitari” (USSL) a Milano e in Lombardia, attraverso “l'uscita” delle offerte di cura mentale dall'ospedale al territorio, e l'introduzione di differenti modelli psicologici, teorici e metodologici.

Una fonte di ricchezza di quegli anni è stata la prassi, che si è consolidata nel tempo, di lavorare in équipe. Ricordo l'entusiasmo che accomunava noi colleghi quando, tra la fine degli anni Ottanta e la metà degli anni Novanta, la comunità dei professionisti dei servizi pubblici socio-

⁴³ Psicologa, Psicoterapeuta a indirizzo sistemico-relazionale. Consulente professionista nell'ambito dei Servizi pubblici di Milano e della Lombardia rivolti ai minori e alle famiglie, per nove anni Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Milano (2018-2026), esperta nell'individuazione e nel trattamento dei fattori di pregiudizio della crescita dei minori in situazioni di grave malessere psico-relazionale.

sanitari per la cura della persona, a Milano e provincia, iniziava a sperimentare nella pratica clinica nuovi modelli di intervento, sotto la rigorosa supervisione di figure di rilievo del panorama culturale e formativo, appartenenti all'approccio sistemico, ma non solo: Stefano Cirillo, Paola Di Blasio, Matteo Selvini, Valeria Ugazio, Gianni Cambiaso, Marinella Malacrea, Dante Ghezzi, Francesco Vadilonga e molti altri.

In quegli anni Paul Claude Racamier (1982) aveva già “tolto il divano” agli psicoanalisti (consenzienti) e la figura dello psicologo era stata introdotta nei servizi dedicati alla cura della persona, senza vincoli di indirizzo metodologico. Mancavano però documentazioni sistematiche delle esperienze terapeutiche che si stavano sviluppando nei servizi pubblici territoriali, così come una reale visibilità delle attività svolte dai singoli servizi, sia all'interno sia all'esterno delle istituzioni, anche a causa dell'assenza di una rete tra i diversi ambiti coinvolti, allora ancora in fase di costruzione.

In ambito clinico, è importante precisare come il contesto socio-sanitario pubblico amplifichi le opportunità — e le relative difficoltà — nella costruzione di mappe orientative, poiché offre la possibilità di collaborare con diversi professionisti e di muoversi, anche all'interno del processo terapeutico, con maggiore flessibilità tra i differenti sottosistemi che ruotano attorno al sistema familiare: la scuola, le agenzie territoriali, il contesto parentale allargato, la rete amicale, nonché gli ospedali e le forze dell'ordine.

Pensando, ad esempio, agli adolescenti in difficoltà, rimane ancora oggi fondamentale prestare attenzione non solo alla loro famiglia, ma anche — e talvolta soprattutto — al loro contesto di vita, così da approfondire i modelli di riferimento ai quali si ispirano e individuare eventuali figure positive che possano entrare a far parte del processo psicoterapeutico (Rangone, 2026). Tali opportunità, per poter essere realmente valorizzate, richiedono una professionalità specifica e una consolidata abitudine al confronto tra professionisti e operatori, affinché non si perda la visione del contesto più ampio in cui si interviene e si possano riconoscere, per il miglior orientamento, sia le aree di forza sia quelle di fragilità.

Anche la psichiatria, divenuta progressivamente territoriale, si apriva all'integrazione tra la dimensione psicologica e quella sociale: i CPS nacquero infatti nell'ambito della riforma psichiatrica introdotta dalla Legge Basaglia (Legge 180 del 1978) e della contestuale riforma del Servizio Sanitario Nazionale dello stesso anno.

Una vera rivoluzione fu rappresentata dall'ingresso massiccio del pensiero psicologico nei servizi sanitari che, integrandosi con quello psichiatrico, consentiva una più ampia apertura alle ipotesi cliniche e terapeutiche, andando oltre la diagnosi — più certa e strutturata — e oltre la cura farmacologica, spesso orientata a una funzione prevalentemente palliativa del dolore psichico.

Dal mio punto di vista, nell'articolo i colleghi del contesto di psichiatria dell'ASST di Cremona affrontano una tematica che conserva la peculiarità di essere al tempo stesso, attuale e storica. L'attenzione viene posta su due aspetti particolarmente rilevanti: da un lato, la necessità di procedere con cautela nei processi di integrazione tra modelli teorici, al fine di garantire il massimo rigore metodologico; dall'altro, porsi l'interrogativo relativo alla possibilità di

modificare, ampliare e/o ridurre il livello di integrazione tra approcci teorico-metodologici nel trattamento delle psicopatologie, nel rispetto della specificità di ciascuna storia clinica.

Se il confine borderline è estremamente sottile, altrettanto delicata risulta la scelta di introdurre modelli integrati negli interventi psicoterapeutici. Questo concetto emerge con chiarezza nell'articolo e nelle sue conclusioni, dove vengono proposte alcune riflessioni — definite cruciali — per la pratica clinica e per la formazione in psicoterapia.

In conclusione, l'articolo *“Le mappe non sono il territorio. Integrazione tra approcci teorico-metodologici diversi nel trattamento delle psicopatologie”* offre numerosi spunti di riflessione culturale e metodologica, inserendosi nel dibattito attuale tra i professionisti del settore e mantenendo viva l'attenzione sul valore etico ed epistemologico del “fare” psicoterapia.

Condivido con gli autori dell'articolo la prospettiva secondo cui l'introduzione di una tecnica e la sua integrazione con altri modelli terapeutici costituiscano un processo che richiede una profonda consapevolezza epistemologica e clinica da parte del professionista. Se, da un lato, tale integrazione può ampliare le possibilità di intervento e favorire processi di cambiamento in situazioni caratterizzate da stallo terapeutico e sofferenza psicopatologica, dall'altro essa apre a configurazioni relazionali ed emotive complesse, talvolta poco prevedibili, che richiedono un confronto tempestivo e riflessivo al fine di comprenderne i significati e valutarne le possibili ricadute sul paziente e sul sistema familiare. In assenza di tale monitoraggio clinico, vi è il rischio che l'emergere di nuove informazioni relative ai nodi relazionali disfunzionali della famiglia non favorisca processi di elaborazione e trasformazione, ma contribuisca piuttosto a mantenere il paziente e i membri coinvolti nel percorso terapeutico all'interno di una ripetitiva condizione emotiva caotica e disorganizzata, con il possibile consolidamento di dinamiche relazionali disadattive.

In questa prospettiva, il terapeuta sistemico non può prescindere dal riconoscimento del proprio ruolo di regolatore emotivo e relazionale. La sua funzione consiste nel sostenere i pazienti affinché possano permanere all'interno della propria “finestra di tolleranza”, evitando che l'intensità emotiva, se non può essere contenuta e supportata dai terapeuti, superi la capacità individuale e relazionale di elaborazione e assuma caratteri potenzialmente destabilizzanti (Siegel, 1999).

Parafrasando un'intervista allo scrittore Emmanuel Carrère, aprire la storia di una famiglia significa gettare uno sguardo su un intero secolo di storia.

E concludo riportando un breve capitolo che mi è piaciuto molto, tratto dal libro: *Kolchoz*, dello stesso autore, che evoca le direzioni, l'orizzontale e il verticale, per offrire una narrazione dinamica della propria storia e ritrovare alcuni significati chiarificatori della stessa.

“L'orizzontale e il verticale

I libri, i film, i racconti che più mi coinvolgono sono quelli che presentano contemporaneamente la dimensione orizzontale della vita e quella verticale. Orizzontale: l'amore, l'amicizia, i legami che si formano quando si compie la traversata nelle stesse acque,

nello stesso tempo. Verticale: i rapporti tra le generazioni. Genitori e figli, antenati e discendenti, che hanno abitato mondi diversi, condiviso altri racconti collettivi, altri valori, altri assiomi – dal momento che ciò che era ovvio, diciamo, per i nostri nonni, a noi risulta non solo estraneo ma spesso scandaloso. Mi piace avere la possibilità di accedere contemporaneamente all'una e all'altra dimensione dell'esperienza umana, credo che sia questo il segreto dei grandi libri (Guerra e pace, I Buddenbrook, Kristin Lavransdatter...), ma in realtà, via via che invecchio, quel che più mi interessa è la dimensione verticale. Non tanto i miei amici e i miei amori, quanto i miei genitori, i miei figli, il bambino che sono stato. È di questo che ho voglia di scrivere oggi... ” (Carrère, 2026, p.28)

BIBLIOGRAFIA

Carrère, E. (2026). *Kolchoz*. Adelphi Edizioni

Cirillo, S. (2005). *Cattivi genitori*. Raffaello Cortina Edizioni

Racamier, P.C. (1982). *Lo psicoanalista senza divano*. Raffaello Cortina Editore

Rangone, G. (2026). “Era un ragazzo solare e la famiglia...era perfetta!”. *Quaderni SIRTS*, www.sirts.org

Selvini, M. (2004). *Reinventare la psicoterapia. La scuola di Mara Selvini Palazzolo*. Raffaello Cortina Editore

Siegel, D.J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (terza edizione). Raffaello Cortina Editore

“THÉRAPIE FAMILIALE INTÉGRATIVE ET SOUTIEN À LA PARENTALITÉ”
(INTEGRATIVE FAMILY THERAPY AND PARENTHOOD SUPPORT)

Myriam Cassen⁴⁴

Mail: myriamcassen@icloud.com

ABSTRACT

En psychothérapie familiale, de nombreuses demandes portent sur des problèmes de comportement des enfants et sur leurs conséquences sur la dynamique familiale. Bien des parents se sentent démunis devant les difficultés de leurs enfants et certains redoutent de devenir maltraitants alors que d'autres vivent leur enfant comme un persécuteur et commencent à éprouver du rejet à son encontre.

Comme les neurosciences nous l'apprennent, des apprentissages d'adversité vécus pendant l'enfance peuvent avoir des conséquences émotionnelles, cognitives, relationnelles, comportementales ...tout au long de la vie. Ainsi les blessures d'attachement et les psychotraumas sont déterminants dans l'exercice ultérieur adapté ou pas de la parentalité.

Notre modèle clinique intègre à la thérapie familiale la réparation des blessures d'attachement et des psychotraumas en développant de nouvelles compétences relationnelles et émotionnelles intra-familiales. Un modèle clinique plus efficace et plus complexe qui exigent des thérapeutes d'être solidement formés à ces deux dimensions.

MOTS CLÉS: Thérapie familiale intégrative, Parentalité, Troubles de l'attachement, Psychotrauma, Réactivations traumatiques.

ABSTRACT

In family psychotherapy, many requests concern children's behavioral problems and their consequences on family dynamics. Many parents feel helpless in the face of their children's difficulties, and some fear becoming abusive, while others experience their child as a persecutor and begin to feel rejection towards them.

As neuroscience teaches us, adversity experienced during childhood can have emotional, cognitive, relational, and behavioral consequences that last a lifetime. Therefore, emotional wounds and psychological trauma are decisive in the subsequent exercise of parenting, whether adequate or not.

⁴⁴ Clinician, psychologist, family therapist, trainer, speaker, addictologist, author of many articles and books. Psychologue clinicienne, thérapeute familiale, formatrice, conférencière, addictologue, auteur de nombreux livres et articles.

Our clinical model integrates the repair of attachment wounds and psychological trauma into family therapy, developing new relational and emotional skills within the family. It is a more effective and complex clinical model, which requires therapists to have solid training in both of these areas.

KEYWORDS: Integrative family therapy, Parenting, Attachment disorders, Psychotrauma, Traumatic reactivations.

SOMMARIO

Nella psicoterapia familiare, molte richieste riguardano i problemi comportamentali dei bambini e le loro conseguenze sulle dinamiche familiari. Molti genitori si sentono impotenti di fronte alle difficoltà dei propri figli e alcuni temono di diventare maltrattanti, mentre altri vivono il proprio figlio come un persecutore e iniziano a provare rifiuto nei suoi confronti.

Come ci insegnano le neuroscienze, le avversità vissute durante l'infanzia possono avere conseguenze emotive, cognitive, relazionali, comportamentali... per tutta la vita. Pertanto, le ferite affettive e i traumi psicologici sono determinanti nell'esercizio successivo, adeguato o meno, della genitorialità.

Il nostro modello clinico integra nella terapia familiare la riparazione delle ferite dell'attaccamento e dei traumi psicologici, sviluppando nuove competenze relazionali ed emotive all'interno della famiglia. Si tratta di un modello clinico più efficace e complesso, che richiede ai terapeuti una solida formazione in entrambe queste dimensioni.

PAROLE CHIAVE: Terapia familiare integrativa, Genitorialità, Disturbi dell'attaccamento, Trauma psicologico, Riattivazioni traumatiche.

INTRODUCTION

En psychothérapie familiale, de nombreuses demandes portent sur des problèmes de comportement des enfants et sur leurs conséquences sur la dynamique familiale. Bien des parents se sentent démunis devant les difficultés de leurs enfants et certains redoutent de devenir maltraitants alors que d'autres vivent leur enfant comme un persécuteur et commencent à éprouver du rejet à son encontre.

Les motifs les plus fréquents de consultation sont les troubles du comportement, les usages de produits psychotropes, le plus souvent du cannabis, l'échec scolaire et les troubles anxieux.

Dans la plupart des situations, les parents souhaitent que leur enfant soit pris en charge individuellement, ne faisant pas toujours le lien entre le contexte dans lequel l'enfant vit et ses difficultés. Or les parents sont la première ressource de l'enfant. Ce dernier a besoin de se sentir en sécurité, soutenu et compris par ses figures d'attachement. L'exercice de la parentalité est



complexe: devenir parent est un processus qui se construit bien avant l'arrivée de l'enfant. Chacun imagine sur un mode souvent idéalisé l'exercice de sa propre parentalité. Cette idéalisation est renforcée par le discours culturel qui tend à faire de l'arrivée de l'enfant nécessairement un moment de bonheur et de plénitude. Chaque parent est soumis à des mouvements contradictoires: la joie d'être parent, la crainte de ne pas être à la hauteur et le fardeau de la responsabilité. Si l'arrivée de l'enfant déclenche des processus de réorganisation psychique, elle réorganise aussi de nouvelles relations dans le couple, entre les générations et avec la famille élargie. L'exercice de la parentalité est avant tout un processus émotionnel, en partie implicite, structuré par les expériences de vie du parent lorsqu'il était enfant et par ses propres relations à ses parents. Son vécu d'attachement va définir en partie celui de l'enfant (Pierrehumbert, 2020). Il en est de même des expériences traumatiques vécues, enfant ou adulte (Yehuda, 1999). Déterminantes dans les capacités de régulation émotionnelle du parent, ces expériences traumatiques et leur réactivation sont souvent à pied d'œuvre dans des comportements inadaptés aux besoins de l'enfant.

- Apport de la thérapie familiale:

La thérapie familiale est un cadre d'intervention thérapeutique adéquat pour traiter à la fois les problématiques d'attachement au cœur des interactions et les réactivations traumatiques s'exprimant dans des comportements mal-adaptatifs.

Nous conviendrons que la parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale: matérielle, psychologique, morale, culturelle et sociale.

S'il n'est pas question de réduire toutes les difficultés des enfants au comportement des parents, (l'étiologie de certains troubles par exemple les troubles du spectre autistique échappant aux contextes relationnels), il faut noter que la qualité des interactions parents-enfants joue un rôle prépondérant dans le développement harmonieux de l'enfant (Siegel & Payne Bryson, 2020; Guedeney et al., 2021). Nous savons aujourd'hui que ce dernier est en grande partie lié à la qualité de l'environnement qui l'entoure, ce que nous appelons la niche écologique. Tout particulièrement, le cerveau immature du bébé et de l'enfant est sculpté par les interactions vécues avec son entourage. Les figures d'attachement doivent répondre aux besoins de l'enfant de manière adaptée, cohérente, prévisible et continue. L'enjeu est la sécurité affective et émotionnelle de l'enfant (Guedeney et al., 2021). La sensibilité maternelle (Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire, 2014) et la capacité d'accordage (Stern, 2003) des parents sont la base de ce processus. Néanmoins, bien que l'espèce humaine soit naturellement outillée pour être empathique et prosociale (Decety & Ickes, 2011; Decety, 2014), des trajectoires de vie confrontées à l'adversité sociale (Marmot, 2015) et à des expériences traumatiques (Smith, 2021) ont pu altérer ces comportements motivationnels nécessaires à la survie de notre espèce (Hrды, 2016).

L'expérience clinique en thérapie familiale montre très fréquemment le rôle des troubles de l'attachement et des réactivations traumatiques dans les comportements inadaptés des parents

et ce, le plus souvent, depuis plusieurs générations (Boszormenyi-Nagy, 1984). Rappelons que sans qu'il s'agisse d'une causalité linéaire (comportements des parents, troubles des enfants), de nombreuses études démontrent que le développement harmonieux de l'enfant nécessite des conditions telles que la sécurité affective (premier besoin de l'enfant), la bienveillance, des limites claires et adaptées à son âge, des stimulations permettant de franchir les étapes de l'évolution (zones de développement proximal) (Crittenden et al., 2014) et, plus que tout, l'évitement de situations de stress pathologique : maltraitance, violences intrafamiliales, violences conjugales qui altèrent le développement du cerveau de l'enfant et le rendent vulnérable à de multiples troubles du développement (Yehuda, 1999; Siegel & Payne Bryson, 2020).

Si nous faisons l'hypothèse aujourd'hui bien renseignée que des comportements parentaux mal-adaptés (troubles de l'attachement et réactivations traumatiques) peuvent être des facteurs causaux de troubles du développement et de troubles du comportement chez l'enfant, la thérapie familiale peut alors être une proposition adaptée de traitement (Smith, 2021).

Les neurosciences affectives et sociales montrent que le cerveau juvénile est particulièrement sensible aux stress répétés et que ces derniers peuvent entraîner des retards de développement affectif, cognitif et relationnel et engendrer des troubles comportementaux (Siegel & Payne Bryson, 2020; Guedeney et al., 2021; Crittenden et al., 2014).

En parallèle au développement des neurosciences affectives et sociales, de nouvelles techniques de psychothérapie visant à réparer les troubles de l'attachement (Pace, 2019) et les vécus traumatiques (Shapiro & Silk Forrest, 2014; Shapiro et al., 2013; Smith, 2016) ont fait leur apparition. Il s'agit dès lors d'intégrer ces processus de réparation à la thérapie familiale sans oublier, au-delà de l'amélioration d'un symptôme d'une personne, de comprendre les répétitions transgénérationnelles (Boszormenyi-Nagy, 1984), les contextes relationnels qui ont permis le maintien ou l'amplification de ces symptômes (Elkaim, 2014) et de permettre à la famille dans son ensemble de devenir une ressource thérapeutique (Ausloos, 1995).

- Et de la thérapie familiale intégrative:

C'est ainsi que nous avons développé ce modèle de thérapie familiale intégrative où les techniques de réparation des troubles de l'attachement et des réactivations traumatiques ont été adaptées afin de permettre à chaque membre de la famille de participer au processus thérapeutique.

L'enjeu de la psychothérapie familiale est d'abord de s'allier avec les parents (Minuchin, 1998), puis de les soutenir dans la recherche d'interactions nouvelles (en particulier sur le plan émotionnel) susceptibles d'améliorer le sentiment de sécurité de chacun. Les parents en tant que figures d'attachement primordiales sont la ressource essentielle pour répondre aux besoins de l'enfant. Néanmoins, il nous faut parfois évaluer si l'enfant est en danger et s'il est nécessaire de faire une information préoccupante (IP) afin que les services de protection de l'enfance suivent également la situation. Dans le contexte de notre exercice professionnel (exercice

libéral), il nous arrive très rarement d'avoir à faire une IP, la majorité des parents sollicitant la prise en charge et se montrant volontaires pour changer la situation.

Dans un premier temps, nous évaluons la nature des difficultés vécues par chacun des membres de la famille. Ce peut être l'enjeu de plusieurs consultations. Si souvent la première définition du problème et du "patient désigné" (Selvini-Palazzoli et al., 1978), c'est-à-dire celui pour lequel la famille est venue consulter, fait consensus, un travail en profondeur peut révéler d'autres problématiques.

Mme et M A sont venus consulter pour Arthur, 16 ans, en échec scolaire. Les parents sont d'accord: c'est Arthur le problème. Mais en approfondissant le vécu et les attentes de chacun, il appert que Mme souffre de n'avoir plus de proximité avec Arthur et craint que la relation ne s'étiolle. Par-ailleurs, elle se sent très isolée dans l'exercice de sa parentalité et a l'impression de ne plus être à la hauteur. L'évaluation clinique montre qu'elle souffre d'un burn-out parental (Mikolajczak & Roskam, 2017). M actuellement au chômage se sent dévalorisé et inutile. Il a le sentiment que son fils le méprise et préfère ne pas intervenir de peur de "faire comme son propre père, soit insulter et frapper". Arthur déclare souffrir des disputes conjugales qu'il décrit fréquentes et pense que ses parents ne l'ont jamais vraiment "calculé": "Il n'y a que mes notes qui les intéressent, plus tôt je me barre, mieux c'est". Ainsi plusieurs problématiques apparaissent qui se renforcent mutuellement: plus le père se retire, plus Arthur a le sentiment de ne pas compter, plus il se renferme sur lui-même, plus il s'éloigne du père ce qui confirme à ce dernier qu'il doit se retirer. Cette escalade symétrique (Watzlawick et al., 1967) se retrouve dans chacune des interactions familiales.

C'est ce que la théorie systémique nomme une causalité circulaire (Watzlawick et al., 1967). La thérapie familiale permet d'analyser ces renforcements réciproques délétères, d'en comprendre le sens et la fonction dans le système actuel "ici et maintenant" ainsi que dans l'histoire transgénérationnelle (Boszormenyi-Nagy, 1984).

Plusieurs niveaux de travail sont proposés: Dans un premier temps, le thérapeute va classiquement explorer la dynamique familiale:

- *Quel est le problème pour lequel la famille est venue consulter?*

Très souvent, le problème est différent pour chacun.

Par exemple, pour le père, le problème est le comportement agressif du fils. Pour le fils, ce sont les querelles conjugales, pour la mère, les disputes entre père et fils.

- *Depuis combien de temps la famille est-elle confrontée à ces difficultés et pourquoi vient-elle consulter maintenant? Ou autrement dit, quel est le facteur qui a modifié l'homéostasie et qui a déclenché la demande de consultation?*
- *Quelles sont les solutions que la famille a expérimentées?*
- *Quelle est la fonction de chaque symptôme? Par exemple, l'anorexie de la plus jeune en amenant la famille à consulter va permettre de parler de la dépression de la mère ou des difficultés ou symptômes vécus par d'autres membres de la famille.*

Il est à souligner qu'au-delà du porteur de symptôme, «l'anorexique», le «toxicomane», la «dépressive» ... L'ensemble de la famille est en souffrance selon des degrés qui peuvent aller de simples difficultés à de réels troubles chez les uns ou les autres.

Nous considérons comme l'OMS nous y invite aujourd'hui que tout trouble est multifactoriel: facteurs de vulnérabilité (héritabilité, conditions de grossesse, épigénétique), facteurs de risque ou de protection (conditions du développement qui peuvent aggraver ou minorer les facteurs de vulnérabilité), contextes de vie (précarité sociale, adversité). Il est fréquent qu'au-delà d'un motif particulier de consultation (un symptôme, un trouble), l'ensemble de la famille soit confronté à de multiples difficultés. En résumé, on peut souligner qu'un symptôme n'existe pas seul et qu'il est souvent intriqué avec de multiples comportements mal-adaptatifs et à des interactions qui renforcent les différents symptômes.

L'enjeu de la thérapie familiale devient alors de repérer, évaluer et traiter les troubles de l'attachement et les psychotraumas qui peuvent affecter l'exercice de la parentalité et le développement des enfants, tout en gardant une lecture systémique.

De façon systémique classique, nous allons aider la famille à repérer comment le comportement de chacun peut renforcer des interactions non souhaitées: par exemple, plus Mme A. insiste sur les résultats scolaires d'Arthur, plus celui-ci croit qu'il ne compte pas et que seule la scolarité importe aux yeux de sa mère, plus il s'éloigne et plus il se désengage du lycée. Et réciproquement, son attitude renforce chez la mère la croyance que la relation se délite. Travail sur l'axe "Ici et maintenant".

On notera ici ce que Paul Watzlawick appelle une "prédiction auto-réalisatrice" (Watzlawick et al., 1967; Watzlawick, 1988): «Sans le vouloir et sans m'en rendre compte, je fais advenir ce que je redoute le plus».

Puis nous allons analyser la fonction de chaque comportement dans le système familial (Elkaim, 2014). La notion de fonction en systémie est complexe: il s'agit de comprendre en quoi un comportement ou un trouble peuvent avoir une fonction de maintien de l'équilibre du système familial (homéostasie), par exemple comment le symptôme de l'un va renforcer un vécu chez l'autre. C'est ainsi que M A se sent dévalorisé par les comportements à son encontre de son épouse et de son fils. Ce vécu de dévalorisation, M le connaît de tout temps, il l'a expérimenté toute son enfance avec un père violent et une mère terrorisée qui ne le protégeait pas et ce qu'il subit actuellement le conforte dans la vision négative qu'il a de lui-même. C'est aussi parce qu'il a ce vécu qu'il y est sensible, qu'il peut le revivre facilement sans savoir s'en protéger. Dans cette situation clinique, on dira alors que les comportements de l'épouse et du fils ont pour fonction, en faisant revivre à M ces expériences délétères, d'attirer l'attention sur sa fragilité dans l'estime de soi. Ce faisant, un travail thérapeutique peut s'engager pour restaurer l'estime de soi de Met traiter les traces traumatiques de son enfance qui aujourd'hui encore l'empêchent de prendre toute sa place de père et de mari.

Les fonctions des comportements ou des troubles sont toujours connotées positivement (Selvini-Palazzoli et al., 1978), les fonctions et non les troubles ou les comportements eux-

mêmes. Les systémiciens classiques pensaient que le travail sur la fonction pouvait suffire à améliorer la situation. Mais ce n'est pas toujours le cas, en particulier lorsque les patients ont des troubles de l'attachement ou des psychotraumas. Par exemple, connoter positivement la fonction de la toxicomanie d'une fille en soulignant que cela a permis la consultation familiale et donc le repérage d'une dépression chez la mère ne solutionnent ni la toxicomanie de la fille, ni la dépression de la mère. Mais cela permet au système familial de ne plus se centrer uniquement sur le "patient désigné" et de considérer la complexité des mécanismes interactionnels pouvant altérer la santé mentale de la famille.

Nous allons travailler essentiellement sur deux axes pouvant entraver l'exercice de la parentalité: les troubles de l'attachement (Ainsworth, M.C.S. et al., 1978) et les réactivations traumatiques (Fisher, 2019).

Les repérages des troubles et des réactivations s'accompagnent toujours de psychoéducation: il est essentiel que la famille en comprenne la genèse, l'étiologie et les processus de réparation. Elle pourra alors jouer un rôle de renforcement positif en évaluant si certaines interactions peuvent entraver ou favoriser le processus de résilience (Cyrulnik & Jorland, 2012; Cyrulnik, 2004).

La thérapie familiale sera considérée comme terminée quand chacun des membres de la famille se sentira en sécurité, en capacité de comprendre ce qui peut se rejouer de l'histoire familiale, de mettre en mots leur vécu émotionnel et de considérer que le groupe familial peut être une ressource face aux adversités à venir.

- Exercice de la parentalité et troubles de l'attachement:

Impossible aujourd'hui de comprendre le développement de l'enfant sans parler des processus d'attachement et donc des interactions enfant/environnement.

Historiquement, René Spitz (1968) psychiatre et psychanalyste américain d'origine hongroise fut le premier à attirer l'attention sur les phénomènes d'hospitalisme chez les enfants de 0 à 2 ans séparés de leur mère, c'est-à-dire un état dépressif pouvant aller jusqu'au décès de l'enfant qui privé d'affection se laisse dépérir. Spitz parlera aussi de dépression anaclitique induite par les carences affectives lors de la privation de la relation maternelle.

Pour la première fois, l'attention des cliniciens est portée sur la nécessité d'une relation chaleureuse et continue dès la naissance, condition d'un développement psycho-affectif normal. Jusqu'alors l'importance de cette dimension était sous-estimée et les besoins fondamentaux des enfants recouvraient l'alimentation, les soins corporels et des conditions de vie décente. Cette révolution épistémologique sera renforcée par les travaux d'Harlow et Mears (1979), psychologue américain, sur les macaques rhésus. Harlow démontre qu'en état de privation maternelle, les petits développent un retrait relationnel avec des troubles des interactions sociales. Les films de ses expériences avec les macaques rhésus sont difficilement supportables tant l'extrême détresse des petits animaux est flagrante. Malgré la violence de ces expérimentations, Harlow a ouvert la voie et confirmé que les interactions précoces avec les

figures d'attachement sont une condition nécessaire pour le développement du tout-petit. Bowlby (2002), psychiatre et psychanalyste anglais, sera le premier à théoriser les mécanismes de l'attachement. Les comportements d'attachement existent chez tous les primates. Sarah Blaffer Hrdy (2016), anthropologue américaine en a brillamment démontré l'existence et la nécessité évolutionniste. Elle a également souligné l'importance de l'aloparentalité. Sans comportement d'attachement, Homo Sapiens n'aurait pas survécu. Un consensus scientifique démontre que les styles d'attachement acquis durant l'enfance déterminent les styles de relations à l'âge adulte (Guedeney et al., 2021).

Les observations de Bowlby (2002) sur les tout-petits vont l'amener à différencier trois types d'attachement: l'attachement sécure: la figure d'attachement, le plus souvent la mère, identifie correctement les besoins du bébé et y répond de façon adaptée et continue dans le temps. L'enfant se sent en sécurité et peut développer des compétences relationnelles, affectives, cognitives, motrices. La sécurité intérieure et plus précisément l'absence de stress et donc d'hyperstimulation de l'axe HPA nocive au plan cérébral. Cette sécurité aide donc le cerveau à renforcer les circuits neuronaux, qui plus tard, joueront un rôle fondamental dans la régulation du stress et des émotions (Guedeney et al., 2021). Il est à noter que cette sécurité permet à l'enfant d'avoir confiance dans le monde qui l'entoure et d'avoir envie de l'explorer et ce sur un mode relationnel apaisé. Les enfants avec un attachement sécure ont plus de chances de devenir des adultes adaptés aux autres et aux différents contextes qu'ils rencontreront ultérieurement. L'attachement sécure apparaît aujourd'hui comme un des meilleurs organisateurs de la santé mentale et un facteur de protection élevé contre les troubles. Mais la condition de l'attachement sécure réside dans la sensibilité maternelle et paternelle (Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire, 2014), et les compétences émotionnelles des parents à être en « accordage » avec les besoins émotionnels des enfants (Guedeney et al., 2021; Stern, 2003). Conditions de sa survie, l'être humain est équipé dès sa naissance pour être empathique et prosocial (Decety & Ickes, 2011; Decety, 2014). Seuls les aléas de développement et une niche écologique inadaptée peuvent altérer ces comportements motivationnels, ce que nous nous attacherons à évaluer et, lors des thérapies familiales, à faire évoluer vers des processus de résilience afin que les comportements de parentalité soient les plus adaptés possibles aux besoins des enfants.

Puis Bowlby (2002) définira deux types d'attachement insécures: l'évitant et l'ambivalent-anxieux.

Dans l'attachement évitant, la figure donneuse de soins (le *caregiver*) ne répond pas aux besoins émotionnels et affectifs de l'enfant et très tôt, celui-ci apprend qu'il est seul pour réguler ses émotions et ses besoins. Il est sommé d'être autonome à un stade de développement où il n'en a pas les moyens, son cerveau est trop immature. Il apprend alors à ne rien demander et à n'attendre rien des autres. Mais même si l'enfant apparaît ne plus rien demander, son fonctionnement neuro-hormonal est extrêmement perturbé lors des séparations avec la figure d'attachement. Les difficultés relationnelles éprouvées, l'absence de proximité affective peuvent engendrer ultérieurement des troubles anxieux et des difficultés relationnelles

importantes avec les proches. La personne «attachement évitant» peut se montrer indifférente à la détresse d'autrui, voire hostile et rejetant. Et vivre donc des situations fréquentes d'isolement et de solitude. De plus, habitués à ne pas recevoir d'aide, les patients attachement évitant ne sollicitent pas de soutien. Lorsqu'ils finissent par le faire, (souvent sur pression de leur entourage), la situation clinique est enkystée depuis longtemps.

L'attachement ambivalent anxieux est aussi très problématique (Guedeney et al., 2021). Le *caregiver* a répondu de façon très instable et aléatoire aux besoins de l'enfant, ce qui empêche toute possibilité de sécurité puisque rien n'est jamais anticipable, ni prévisible. Parfois, les réponses ont été adaptées, d'autres fois pas du tout (rejet, agressivité, colère...). Dans d'autres contextes, le *caregiver* peut se montrer totalement indifférent et n'apporter aucune réponse. Cette absence totale de prévisibilité est un facteur majeur d'anxiété. L'enfant est alors empêché d'explorer le monde et de devenir autonome. Son insécurité affective le rend totalement dépendant des réactions de son *caregiver* dont il ne peut se détacher et à qui il en veut de n'être pas adapté à ses besoins. Cette ambivalence est sans solution et se caractérise par des troubles du comportement. Devenu adulte, le patient « attachement ambivalent-anxieux » aura souvent des relations chaotiques, trop proches et trop rejetantes en même temps. Et selon ses « prédictions auto-réalisatrices » (Watzlawick, 1988) il vérifiera souvent hélas qu'il ne peut pas compter sur les autres dans le long terme. Son comportement ambivalent et ses exigences jamais satisfaites créeront alors les conditions de la rupture avec le partenaire amoureux, souvent idéalisé dans un premier temps puis rejeté.

Après Bowlby, Mary Ainsworth décrira un quatrième type d'attachement: l'attachement désorganisé, considéré comme pathologique et faisant le lit de pathologies mentales sévères. Cet attachement est la conséquence de très graves maltraitements, violences et négligences de la part de la figure d'attachement, elle-même victime de nombreux troubles. C'est ce que l'on rencontre souvent en protection de l'enfance et qui est à l'origine de nombreux placements. Ces derniers sont hélas souvent trop tardifs dans beaucoup de situations faute d'avoir su, pu ou voulu évaluer scientifiquement les troubles des parents et la qualité des interactions avec les enfants (Berger, 2021).

L'enfant vit dans un état de terreur permanente, devient auto et hétéro-agressif, cumule des retards importants dans tous les domaines de développement: motricité, langage, pensée, relation et présente de nombreux troubles comportementaux. Souvent protégés trop tardivement, ces enfants entament un long parcours en pédopsychiatrie (Berger, 2021). Et faute de soins, risqueront de reproduire leur histoire de maltraitance avec leurs propres enfants.

Beaucoup des parents consultants présentent des troubles de l'attachement qui affectent non seulement le besoin de sécurité des enfants et leur développement mais aussi leur propre vécu de compétence en tant que parents. Il n'est pas rare que ces troubles engendrent aussi des problèmes dans le couple.

Situation clinique: Mme B Monique appelle parce qu'elle ne supporte plus les disputes entre son plus jeune fils Simon, 21 ans et son mari Rémy et redoute «qu'ils en viennent aux mains». Par ailleurs, Simon a arrêté ses études et est devenu dépendant du cannabis. Il a une consommation quotidienne très importante. Toute la famille est d'accord pour venir consulter. Mme et M B ont trois fils majeurs qui ont quitté le domicile familial. L'aîné Martin vit en Asie et le second Jules en Scandinavie. Ils voient très peu leurs parents avec lesquels ils disent s'entendre bien. Tous deux sont présents en vidéo dès la première consultation car ils se déclarent inquiets pour Simon. Ce dernier, le patient désigné, est sans doute le plus réticent à la thérapie. La thérapie continuera sur ce mode-là, en vidéo avec les deux aînés et en présentiel avec les parents et Simon.

Simon vit près de chez ses parents qu'il voit régulièrement. Ces derniers temps (pandémie Covid et confinement), les disputes avec son père sont récurrentes et de plus en plus violentes. L'objet des disputes est l'origine de la pandémie. Simon pense qu'il s'agit d'un «complot capitaliste pour asservir les populations» et prône «la violence dans la rue pour se débarrasser de ce système pourri». Il se sent très proche des gilets jaunes et à chacune de ses visites essaie de rallier ses parents à son point de vue. On peut faire l'hypothèse que la consommation de cannabis joue un rôle important dans cette vision persécutive de la pandémie. Rémy, de formation scientifique, est hors de lui dès que Simon aborde ce sujet, ne comprenant pas un «tel niveau de bêtise et de violence». Les insultes réciproques fusent et la plupart du temps, Simon part en claquant la porte et ne donne plus de ses nouvelles pendant quelque temps.

La situation s'est tellement aggravée qu'il suffit que Simon annonce sa venue pour que l'anxiété de Rémy explose. De nombreuses disputes de couple éclatent alors dans ces moments. Au moment où Monique appelle, Simon ne veut plus voir son père mais continue à entretenir des contacts avec sa mère. Entre les enfants et les parents, la parole fuse, elle est souvent violente (insultes) et accusatrice. Chacun critique vertement les autres, seule la mère s'abstient. La thérapeute va alors s'intéresser à ce que Monique ressent et souligner la maltraitance dans les interactions. Toute la famille est surprise de cette intervention considérant ces échanges comme de la liberté d'expression. Toute la famille ... sauf la mère qui va s'autoriser à exprimer pour la première fois les blessures ressenties à chaque échange violent.

«Mais quand j'essayais d'en parler, tout le monde me disait que j'étais trop formaliste». Elle pleure et son mari et ses fils ont l'air consternés et abattus.

Quelle est l'histoire?

Monique est issue d'une famille maltraitante où elle a eu peu de place et de considération, avec des parents très intrusifs et dirigistes. Elle s'en est émancipée quand elle a rencontré Rémy. Elle a toujours pris soin avec ses fils de ne pas intervenir dans leur vie pour qu'ils soient «libres». Le travail thérapeutique montrera qu'elle a un attachement ambivalent anxieux et qu'elle souffre beaucoup de l'absence de proximité avec les deux aînés, en particulier de l'absence de contact avec sa petite fille Mia (5 ans) qu'elle n'a jamais rencontrée et qui vit en Asie.

Rémy a grandi dans une famille «bourgeoise où seules les apparences sociales comptaient», dans un grand sentiment d'indifférence et une souffrance très vive. Au début de la thérapie, il



en veut beaucoup à ses parents qu'il évite de voir. Il a appris très tôt à ne compter sur personne et s'est structuré sur un mode d'attachement évitant. Sa théorie éducative est la suivante: «Du moment que j'ai nourri et payé les études de mes enfants, ils n'ont plus besoin de moi»

L'émergence du travail sur les émotions va déstabiliser la famille: Monique dira qu'elle avait l'intention de quitter son mari, Rémy est bouleversé par la prise de conscience de sa violence, Martin va dire à quel point ses parents pourraient être plus présents, d'autant qu'il vient d'avoir la garde exclusive de sa fille après une séparation difficile, Jules est surpris: il croyait que tout le monde allait bien sauf Simon! Ce dernier pleure à toutes les consultations et se sent très -trop-responsable de la détresse de ses parents. Il oscille entre des comportements qui s'apparentent à un attachement désorganisé (colère, rage, désorganisation motrice ...) et parfois, le plus souvent à un attachement ambivalent anxieux.

Un travail va alors s'engager sur les troubles de l'attachement qui sont nommés et présentés à la famille lors d'une séance de psychoéducation où chacun se montre très intéressé. En famille, nous allons travailler sur la trajectoire des parents et celle des enfants. Les séances alterneront un travail de «reparentage» (Young et al., 2017) pour chacun des membres de la famille: comment prend-on soin de son enfant intérieur blessé? (Attachement)

- *Comment peut-on aider l'Autre à réparer son enfant intérieur? (Attachement et systémie): Que peut-on lui dire? Lui montrer?*

Cette phase permet une élaboration collective. Il est à noter qu'elle ne se fait qu'avec des enfants adultes ou en fin d'adolescence. Le risque avec des enfants mineurs serait de les parentifier et de déresponsabiliser les parents par rapport aux besoins essentiels de leur enfant.

Exemple: Rémy raconte une scène où il est violemment humilié par son père devant ses autres frères et sœurs pour des résultats scolaires jugés décevants. Il est très ému. Il ne sait quoi dire à son enfant intérieur pour le rassurer, et au contraire l'accable: "J'aurais dû travailler davantage". Ce sont alors Simon et Jules qui vont prendre le relais pour rassurer l'enfant intérieur de Rémy, chacun dans leur style.

- *Simon: "C'est honteux de traiter un enfant comme ça. Des abrutis, ils se traitaient pareil entre eux. Ça donne envie de te consoler, t'étais trop petit". Simon raconte comment il consolerait ce petit garçon.*
- *Jules: "Ce petit Rémy il devrait s'en fiche et penser qu'il est précieux et sensible et que c'est une honte de traiter les enfants comme ça".*

La thérapeute propose à Jules de s'adresser aux parents de Rémy en formulant tous les reproches qu'il pense nécessaires. Sur le plan non-verbal, la famille est très concentrée durant cet exercice, Rémy s'apaise et sourit à certaines formulations de Jules telle que "éducation de connards de bourgeois. Tout pour les apparences et rien pour les enfants". La thérapeute en profitera pour souligner la loyauté de Jules à son père ce qui renforcera encore le sentiment d'apaisement et de sécurité de Rémy.

- *L'impact de ce travail sur les interactions familiales ici et maintenant (Systémie)*
- *L'histoire des blessures d'attachement et comment chacun a pu les amplifier chez les autres sans le vouloir (Attachement et systémie)*
- *L'histoire transgénérationnelle à la lecture des troubles de l'attachement et leurs mécanismes de répétition (Attachement et systémie). Chacun sera amené à imaginer les blessures d'attachement des grands-parents, à essayer d'en comprendre leur genèse et le contexte dans lesquelles elles s'exprimaient.*

À ce stade-là de la thérapie, Rémy renouera avec ses parents avec une certaine distance affective mais sans plus de colère.

- *Les émotions ressenties et le besoin de sécurité: comment les repérer, les nommer, oser en parler? (Attachement) Et comment être une ressource pour les autres? (Systémie)*
- *Que peut-on attendre des autres, va-t-on s'autoriser à exprimer ce dont on a besoin affectivement? (Attachement et systémie).*
- *Quels sont la fonction et le sens de ce vécu par rapport aux générations précédentes? (Systémie)*
- *Quelles sont les loyautés invisibles avec ces dernières (Boszormenyi-Nagy, 1984)? (Systémie)*

Par souci de clarté, le travail sur l'attachement et le travail systémique sont ici différenciés. Ils ne le sont pas aussi clairement dans la thérapie, les deux étant indissociables quand le travail se fait en famille.

En cours de thérapie, Simon arrête la consommation de cannabis et reprend ses études. À la fin de la thérapie, au bout d'un an et demi, toute la famille décide de partir en Asie. En attendant, on a travaillé sur une nouvelle aventure: comment devient grand-parent? Oncle? Quels seront les enjeux émotionnels pour chacun? Comment vont-ils créer ou éviter la proximité et l'accordage nécessaires à chacun? Et tout particulièrement, autour de Mia?

À la fin de l'été, Rémy m'envoie un long mail où il décrit les difficultés de chacun dans la proximité et les siennes tout particulièrement. Il dit avoir été mal à l'aise parfois mais rajoute en guise de conclusion: «Au lieu de fuir ou de crier, j'ai rassuré mon enfant intérieur, je pouvais compter sur ma famille et eux sur moi».

- **Exercice de la parentalité et réactivations traumatiques:**

L'intérêt pour la clinique du traumatisme est récent et s'inaugure avec le concept de «névrose traumatique» d'Oppenheim (1888). Le traumatisme psychique est également signalé par Pinel dans son traité médicophilosophique. Les chirurgiens de la guerre 14/18 y font allusion sans le nommer en parlant du «syndrome du vent du boulet». Il faudra attendre beaucoup plus tard, après la guerre du Vietnam pour que les conséquences psychologiques du trauma définissent une entité bien différenciée de la névrose de guerre: Les états de stress aigus qui vont ouvrir la route à la définition du trouble stress post-traumatique (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD, DSM 5) (Van der Kolk, 2021).

Ce faisant, un nouveau champ clinique va se développer autour du traumatisme psychique et de sa prise en charge. Des méthodes thérapeutiques telles que l'EMDR (Shapiro & Silk Forrest, 2014) ou l'ICV (Pace, 2019) vont apporter une réelle amélioration des troubles psycho-traumatiques, jusqu'alors peu sensibles aux thérapies antérieures. Cette attention portée au psychotrauma va enrichir le champ des thérapies familiales (Shapiro et al., 2013).

Notre propos ici est de repérer et de traiter des réactivations traumatiques qui peuvent entraver l'exercice de la parentalité sans que le patient, pour autant, ne présente un PTSD.

Dans les vignettes cliniques suivantes, les parents peuvent dans certains contextes vivre des réactivations de scènes traumatiques qui altèrent la qualité de leurs interactions avec leur entourage. L'enjeu clinique est alors de repérer les déclencheurs et de donner aux patients la possibilité de maîtriser la répétition de *patterns* délétères: réactivation /dérégulation émotionnelle/hétéro-agressivité.

C'est ainsi que dans l'exercice de la parentalité, des parents peuvent montrer des troubles de la régulation émotionnelle, une impulsivité, de l'agressivité, des difficultés dans la proximité affective, une absence de prévisibilité dans les comportements en liaison avec la réactivation émotionnelle et physiologique d'une scène traumatique, sans être conscients de ce mécanisme (Smith, 2016).

Quand le parent se dérégule émotionnellement, la plupart du temps il attribue sa colère au comportement de l'enfant ou au contexte.

L'exemple clinique suivant illustre cela:

Emilie vient consulter avec sa fille Laura, 12 ans, pour de nombreuses disputes. Elles vivent seules, le père de Laura a un droit d'hébergement un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires. Laura souhaite aller vivre chez son père, ce qui désespère Emilie. La première consultation est très tendue, cris et reproches ponctuent chaque échange.

Après un début classique de thérapie familiale, où la violence verbale de la mère interroge sur ses vécus traumatiques, nous allons travailler sur les déclencheurs de la colère maternelle. Et plus particulièrement sur la scène du marshmallow.

Émilie et Laura sont un soir avec des amis autour de la cheminée. Chacun grille des marshmallows quand Laura décide de le faire pour les autres, elle offre ainsi à chacun un marshmallow parfaitement grillé. Lorsque le tour de sa mère arrive, le marshmallow qu'elle tend à sa mère au bout d'une longue brochette est brûlé. Émilie sort alors de sa fenêtre de tolérance, se désorganise et hurle des reproches: «C'est une provocation», «C'est toujours comme ça avec toi, tu es incapable», «Tu ne fais jamais attention à moi», «Tu l'as fait exprès», «Tu es nulle», «Je ne peux jamais compter sur toi».

Laura éclate en sanglots et quitte la pièce en hurlant qu'elle veut aller vivre chez son père.

Nous allons commencer par différencier souvenir normal et réactivation d'une scène traumatique. Un souvenir "ordinaire" est constitué de trois niveaux:

- La représentation de l'évènement, "je peux le raconter"
- Je peux le situer dans mon autobiographie
- Je peux y associer une émotion (positive ou négative).

Ces souvenirs peuvent revenir à la conscience par le biais de nos sens: une odeur, une couleur, un bruit, un goût... Ça me rappelle... Et le souvenir surgit. Le plus bel exemple littéraire en est la madeleine de Proust: "Et tout d'un coup, le souvenir m'est apparu" (Proust, 2013).

Ces souvenirs peuvent être aussi évidemment traumatiques: "À chaque fois que j'entends une ambulance, je pense à mon accident". Dans ces cas-là, si la charge émotionnelle du patient est élevée et qu'il présente des réactivations physiologiques (palpitations, angoisse, essoufflement, sudation etc...), un traitement spécifique du trauma pourra être proposé au patient (EMDR, ICV...).

Les situations de réactivation d'une scène traumatique dans le cadre d'une thérapie familiale sont plus complexes à décrypter si le thérapeute n'est pas formé aux expressions cliniques du psychotrauma. L'exemple de Laura en est une bonne illustration.

-Qu'est-ce qu'une réactivation traumatique?

Lorsque notre cerveau enregistre une expérience traumatique, tous les sens sont mobilisés et il suffira qu'une partie de l'expérience (une odeur, une sensation, un bruit...) soit revécue ultérieurement pour que la personne se sente physiologiquement perturbée. Anxiété, attaques de panique, désorganisation comportementale, figement, sidération, passages à l'acte peuvent surgir dans des contextes où il n'y a pas de menace mais où un élément va réactiver le passé traumatique sur un mode physiologique et émotionnel. Dans de nombreuses situations, le sujet n'a pas conscience de cette réactivation et ne comprend pas ce qui a déclenché son comportement, ou plus exactement en attribue les causes au contexte actuel et non aux traces traumatiques réactivées.

En population générale, l'expérience de traumatismes psychiques est très fréquente.

Nous allons analyser la scène du marshmallow avec Émilie et Laura.

Qu'est-ce qu'Émilie pensait quand Laura a commencé à griller les marshmallows? «Pour moi seule, elle ne l'aurait pas fait mais c'est sympa»

Qu'a-t-elle ressenti quand Laura lui a tendu le marshmallow brûlé? «De la colère, elle fait n'importe quoi avec moi, elle me maltraite et en plus devant mes amis».

On revisualise la scène dans tous ses détails, lentement sur le plan sensoriel, visuel, auditif... Comment se sentait-elle à ce moment-là? Ou dans son corps a-t-elle commencé à sentir un malaise? Quel a été l'élément déclencheur de sa colère?

Emilie finit par identifier ce dernier: la brochette tendue vers moi “comme un doigt accusateur qui me fait honte”. En partant des sensations corporelles – “fermez les yeux, revisualisez la scène, concentrez-vous sur la brochette tendue, le doigt accusateur”, Emilie retrouve une scène traumatique qu’elle décrit en pleurant: elle a 8 ans, son père la menace en agitant un doigt accusateur devant son visage.

Laura écoute un peu sidérée. Cette scène va être traitée pendant la séance par EMDR (retour dans la fenêtre de tolérance) et reparentage. Emilie comprend alors que Laura, dans cette scène, n’est pas son persécuteur mais le support de sa réactivation. Et elle demande à Laura de l’excuser tout en lui prenant la main. C’est leur premier contact physique manifesté en thérapie. Elles partent toutes les deux apaisées.

La séance suivante est consacrée à Laura et à sa demande d’aller vivre chez son père. Emilie va pouvoir écouter sans se sentir trop en danger.

L’histoire d’Emilie est la suivante: fille unique d’un couple d’universitaires, elle était une étudiante brillante, très valorisée sur le plan intellectuel par ses parents mais délaissée sur le plan affectif. Elle racontera que lorsqu’elle a perdu sa grand-mère paternelle qu’elle adorait et qui était pour elle une figure de sécurité, ses parents ont trouvé déplacée l’expression de son chagrin. “Nous sommes tous voués à disparaître”. Elle avait 10 ans.

À la fin de ses études, alors qu’elle doit soutenir sa thèse de doctorat, elle dit ne plus supporter la pression parentale, se sentir instrumentalisée par ses parents et rompt subitement avec eux. Elle abandonne son doctorat et part à l’étranger dans le cadre d’une ONG s’occuper d’animaux sauvages en danger d’extinction. On notera le symbole de l’activité choisie: pour Emilie, il s’agissait aussi de survie psychique.

Sur le plan transgénérationnel, on retrouve des répétitions de rupture: la mère d’Emilie a quitté ses parents très prématurément (18 ans) pour pouvoir poursuivre des études à l’étranger contre leur avis, le père d’Emilie a rompu les liens avec ses parents qui n’acceptaient pas son choix amoureux. Les relations n’ont repris entre les uns et les autres qu’avec la naissance d’Emilie et sont restées tendues et froides. Sauf pour Emilie bien investie sur le plan affectif par ses grands-parents paternels, ce qui lui a souvent posé des conflits de loyauté (Boszormenyi-Nagy, 1984). Un travail systémique sur la fonction des réactivations traumatiques d’Emilie a souligné le risque de répétition de rupture dans la relation parents/enfant, et donc entre Emilie et Laura.

La thérapie a duré un an à raison d’une séance tous les 10 jours. Beaucoup de réactivations traumatiques d’Emilie ont été traitées, les violences verbales ont disparu. Le père de Laura a été convié à quelques entretiens centrés sur le mode de garde de Laura. Cette dernière s’est rapprochée de sa mère et une garde alternée a été mise en place.

Autre exemple clinique:

Mme et M T (Alexia et Daniel) prennent rendez-vous avec leurs deux filles Amandine (18 ans) et Clara (14 ans). Clara est désignée comme le porteur de symptôme: contrairement à sa sœur, elle refuse de travailler au collège, manque des cours, est insolente et se dispute constamment avec ses parents et Amandine.

La consultation est décidée par le père après qu'il eut giflé Clara lors d'une énième dispute. Daniel a très honte de ce comportement violent. Depuis, Clara ne lui adresse plus la parole. Toute la famille est d'accord pour venir consulter. Amandine ne supporte plus le climat d'agressivité et en veut à sa sœur de «pourrir la famille, en particulier sa mère qui pleure souvent».

Après un début classique de thérapie familiale:

- *Qui a demandé la consultation? Pourquoi?*
- *Pourquoi maintenant?*
- *Quel est le problème pour chacun?*
- *Depuis combien de temps cela dure-t-il?*
- *Qu'ont-ils déjà essayé de faire pour tenter de trouver des solutions?*

Nous allons travailler sur les déclencheurs des colères de Daniel et analyser la scène de la gifle.

- *Thérapeute: «Dans quel contexte la gifle est-elle survenue?»*
- *Daniel: «Toujours le même, refus de Clara de faire ses devoirs, et en plus elle me hurlait dessus. Fallait que ça s'arrête. J'en pouvais plus»*
- *Thérapeute: «Que ressentiez-vous?»*
- *Daniel: «De la colère».*
- *Thérapeute: «Oui mais quoi d'autre?»*
- *Daniel réfléchit...: «Finalement, de l'impuissance. Oui de l'impuissance, il fallait que ça s'arrête et je ne savais pas comment faire».*

Sa femme et ses filles sont très attentives.

- *Thérapeute: «Fermez les yeux et concentrez-vous sur votre sentiment d'impuissance. Quand avez-vous déjà vécu cela avec cette intensité? Remontez dans votre enfance...»*
- *Au bout de quelques instants, Daniel se trouble et raconte la scène suivante: «J'ai 11 ans, mon demi-frère Joël (fils de sa mère, père inconnu) prend une raclée de mon père. C'était très fréquent. Je ne peux rien faire, j'ai peur. J'étais le préféré, j'ai honte». Il pleure.*
- *Thérapeute: «Quelqu'un vous consolait-il?»*
- *Daniel: «Non, jamais. J'en voulais à ma mère de laisser faire et je détestais mon père». Son épouse et ses filles sont émues, en accordage émotionnel (Decety & Ickes, 2011). Daniel n'avait jamais partagé cela avec Alexia et ses filles.*

Ensemble, nous allons repérer tous les éléments communs aux deux scènes: l'impuissance bien sûr, la violence, la honte du côté du père, la peur, l'humiliation, l'incompréhension, la rupture de la confiance du côté de Clara. La thérapeute va insister sur les différences dans l'après-coup: la capacité à considérer que c'est un problème, à nommer la violence, à en comprendre la genèse. La séance suivante sera consacrée à la place de Clara dans la famille et à un

recadrage thérapeutique: les parents sont très exigeants sur le plan scolaire, tous deux avec des doubles parcours universitaires, Alexia de son côté a 2 ans d'avance et a réussi dès la première année le concours de médecine (à 17 ans!). Tous les trois pensent que Clara est paresseuse et fait de la provocation, ce qu'elle montre effectivement pendant la consultation avec beaucoup de créativité. Lorsque la thérapeute souligne que ne rien faire est la meilleure façon de n'être pas confrontée à l'échec, la famille réfléchit à ses seuils d'exigence. Lorsque la thérapeute suggère à Clara qu'elle a sans doute peur de décevoir sa famille, Clara se met à pleurer.

Le travail thérapeutique continue sur:

Comment peut-on être à la hauteur dans cette famille?

Que se passe-t-il quand on est différent?

Comment se console-t-on?

Chaque axe de travail est centré sur «Ici et maintenant» et sur le transgénérationnel. La thérapie durera 18 mois, les parents accepteront une réorientation scolaire de Clara vers un apprentissage qu'ils valoriseront. La famille a gagné en sécurité et en proximité.

CONCLUSION

Dans l'exercice de la parentalité, beaucoup de comportements peuvent être compris comme des répétitions traumatiques, des troubles de l'attachement, des loyautés «invisibles» aux générations précédentes, des répétitions transgénérationnelles.

C'est pourquoi une thérapie familiale intégrative ne peut en aucun cas se limiter au seul traitement du symptôme d'un patient désigné. N'appauvrissons pas les thérapies familiales en les réduisant à la réduction d'un symptôme.

L'approche intégrative permettra d'améliorer et de consolider l'efficacité de l'intervention.

Les troubles de l'attachement et psycho-traumatiques s'inscrivent dans l'épigénèse, l'histoire des familles, les contextes de développement et d'adversité qu'ont dû affronter les familles qui nous consultent mais aussi leurs générations précédentes. L'histoire d'un individu est aussi l'histoire de ceux qui l'ont précédé. Nous devons donc travailler sur et avec ces deux dimensions.

REFERENCES

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles: Temps, chaos, processus*. Érés.
- Berger, M. (2021). *L'échec de la protection de l'enfance* (3^e éd). Dunod.
- Hrdy, S. B. (2016). *Comment nous sommes devenus humains: Les origines de l'empathie*. Éditions L'Instant Présent.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1984). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Routledge.
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte: Vol. 1. L'attachement*. Presses Universitaires de France.
- Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire. (2014). *Guide d'évaluation des capacités parentales au CJM-IU: basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project* (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans) (4^e éd.).
- Crittenden, P., Dallos, R., Landini, A., & Kowlowska, K. (2014). *Attachment and family therapy*. Open University Press.
- Cyrluk, B. (2004). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob.
- Cyrluk, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience: Connaissances de base*. Odile Jacob.
- Decety, J. (2014). *Empathy: From bench to bedside*. The MIT Press.
- Decety, J., & Ickes, W. (2011). *The social neuroscience of empathy*. The MIT Press.
- Elkaim, M. (2014). *Si tu m'aimes, ne m'aimes pas: Approche systémique et psychothérapie*. Points.
- Fisher, J. (2019). *Dépasser la dissociation d'origine traumatique: Soi fragmenté et aliénation interne*. De Boeck Supérieur.
- Guedeney, N., Guedeney, A., & Tereno, S. (2021). *L'attachement: Approche clinique et thérapeutique* (5^e éd). Elsevier Masson.
- Harlow, H. F., & Mears, C. (1979). *The human model: Primate perspectives*. Wiley.
- Marmot, M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Press.
- Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). *Le burn-out parental: L'éviter et s'en sortir*. Odile Jacob.

- Minuchin, S. (1998). *Familles en thérapie*. Érès.
- Oppenheim, H. (1888). *Die traumatischen Neurosen*. Hirschwald.
- Pace, P. (2019). *Pratiquer l'ICV: L'intégration du cycle de vie* (2^e éd). Dunod.
- Pierrehumbert, B. (2020). *L'attachement en questions*. Odile Jacob.
- Proust, M. (2013). *À la recherche du temps perdu: Du côté de chez Swann*. Folio plus Classique. (Ouvrage original publié en 1913)
- Selvini-Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., Antimo, M., Rabeau, B., & Benoit, J. C. (1978). *Paradoxe et contre-paradoxe: La thérapie systémique face aux familles à transaction schizophrénique*. ESF.
- Shapiro, F., Kaslow, F., Maxfield, L., & Rydberg, J. A. (2013). *L'EMDR et thérapies familiales*. InterEditions.
- Shapiro, F., & Silk Forrest, M. (2014). *Des yeux pour guérir: EMDR, la thérapie pour surmonter l'anxiété, le stress et les traumatismes*. Points.
- Siegel, D., & Payne Bryson, T. (2020). *Le cerveau de votre enfant*. Marabout.
- Smith, J. (2016). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Dunod.
- Smith, J. (2021). *Le grand livre des 1000 premiers jours de la vie: Développement, trauma, approche thérapeutique*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2021.02>
- Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole: La première année de la vie*. Presses Universitaires de France.
- Stern, D. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson: Une perspective psychanalytique et développementale*. Presses Universitaires de France.
- Van der Kolk, B. (2021). *Le corps n'oublie rien: Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme* (A. Weill, trad.). Pocket.
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité: Contributions au constructivisme*. Seuil.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D. D. (1967). *Une logique de la communication*. Seuil.

Yehuda, R. (Ed.). (1999). *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. American Psychiatric Publishing.

Young, J., Klosko, S. J., & Weishaar, M. E. (2017). *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*. De Boeck Supérieur.

Commento all'articolo di Myriam Cassen:
THÉRAPIE FAMILIALE INTÉGRATIVE ET SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Filippo Marconi⁴⁵

Mail: filippo.marconi@libero.it

Leggendo l'articolo di Myriam Cassen mi è venuta in mente l'immagine di un atlante geografico sul quale, negli anni, qualcuno abbia continuato a disegnare nuove strade e collegamenti, fino a trasformarlo in una mappa molto più complessa dell'originale. Le città rimangono le stesse, i punti cardinali anche, ma compaiono nuove possibilità di attraversamento del territorio, il quale di fatto finisce per cambiare anch'esso. Il contributo dell'autrice si muove decisamente in questa direzione: mantenere la matrice sistemica della terapia familiare provando ad integrarla con le acquisizioni provenienti dalle neuroscienze e dagli studi sull'attaccamento e sul trauma.

Uno dei primi aspetti che Cassen richiama come punto fermo è la necessità di non fermarsi al paziente designato, mantenendo uno sguardo sufficientemente ampio da includere i processi relazionali e i sistemi di significato entro cui il sintomo prende forma, in linea con l'apporto fondativo della prospettiva sistemica: quello di aver spostato l'attenzione dall'individuo alle trame interattive e ai processi circolari che organizzano l'esperienza di ciascuno di noi.

Il bambino sintomatico, il ragazzo oppositivo, il genitore aggressivo non possono mai essere osservati come entità isolate, ma possono essere compresi soltanto in connessione con i contesti di appartenenza. In quest'ottica il sintomo non perde la propria dimensione individuale, ma viene osservato anche nella sua funzione relazionale: come tentativo di adattamento, modalità comunicativa o espressione di un equilibrio sistemico che il gruppo familiare, in quel momento della propria storia evolutiva, sta cercando di mantenere.

L'articolo propone quindi la propria riflessione centrale: ampliare il contesto osservato significa oggi - alla luce anche di acquisizioni non ancora sviluppate quando sono nate le teorie sistemiche classiche - includere anche la dimensione traumatica e quella dell'attaccamento. Non più soltanto il sistema relazionale attuale e quello transgenerazionale, ma anche le modalità con cui alcune esperienze traumatiche entrano nei processi di attribuzione di significato, influenzando le premesse implicite con cui le persone leggono sé stesse, gli altri e le relazioni.

Mi sembra un passaggio veramente interessante. Molti terapeuti sistemici della mia generazione si sono formati all'interno di una tradizione che, giustamente, poneva grande attenzione ai processi interattivi. L'incontro con la clinica del trauma e dell'attaccamento sembra oggi sollecitare un ampliamento del lavoro di ipotizzazione sistemica, più che una sua sostituzione. La sfida appare quella di mantenere uno sguardo capace di muoversi

⁴⁵ Psicologo, Psicoterapeuta, già Giudice Onorario Tribunale per i Minorenni di Milano, già Psicologo Tutela Minorile Comune di Cinisello Balsamo (Mi).

circolarmente e costantemente tra livelli diversi: esperienza soggettiva, organizzazione relazionale, storia familiare, contesti, esperienze traumatiche e legami di attaccamento.

Del resto, già decenni fa il pensiero sistemico aveva introdotto concetti – si pensi alla connotazione positiva o alla curiosità – che rendevano possibile un lavoro profondamente rispettoso dell'esperienza soggettiva senza rinunciare a letture relazionali più complesse.

Ho trovato particolarmente interessante il passaggio in cui Cassen propone di leggere alcune difficoltà genitoriali come espressioni di riattivazioni traumatiche. L'esempio clinico di Émilie e del “marshmallow bruciato” mostra efficacemente come un comportamento apparentemente sproporzionato possa acquisire significato se collegato a memorie implicite e vissuti pregressi. In termini sistemici potremmo dire che il comportamento perde il carattere di “dato” per diventare informazione relazionale: qualcosa che acquista significato soltanto se inserito nella rete di connessioni storiche, affettive e contestuali entro cui emerge.

Naturalmente ciò apre anche ad alcune domande. Mi sono chiesto, ad esempio, come mantenere in equilibrio il lavoro sulla riparazione traumatica con il rischio di una lettura eccessivamente individualizzante dei problemi familiari. Se ogni manifestazione clinica viene letta prevalentemente attraverso la lente traumatica o dell'attaccamento, esiste forse il rischio di attenuare la lettura circolare dei fenomeni e di perdere quella curiosità sistemica verso le funzioni che il sintomo può assumere all'interno delle configurazioni relazionali.

L'articolo sembra tuttavia consapevole di questa tensione e prova a insistere in uno sforzo di mantenimento della connessione, esplicitando che il lavoro traumatico non sostituisce ma integra quello sistemico. Mi pare una posizione corretta e coerente con gli sviluppi contemporanei della terapia familiare integrata.

In questo senso vengono in mente i contributi di Daniel Siegel (2020) sull'integrazione interpersonale. Gli studi sulle esperienze infantili avverse (ACE studies) continuano a mostrare come traumi e avversità precoci abbiano effetti profondi e transgenerazionali sul funzionamento relazionale (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017), mentre contributi più recenti sottolineano la necessità di interventi trauma-informed centrati sulle relazioni familiari e sui processi di regolazione condivisa (Maynard et al., 2019; Van der Kolk, 2022).

Ho trovato molto vicina alla mia esperienza clinica l'idea che il gruppo familiare possa diventare una risorsa terapeutica e non soltanto il luogo in cui il sintomo prende forma. Mi pare che questa intuizione fosse già profondamente presente nella tradizione sistemica classica e che qui venga ripresa e ampliata.

Vorrei chiudere tornando alla parola chiave dell'intero testo: integrazione.

L'impressione che ho avuto è che il lavoro di Cassen voglia rafforzare il ponte tra mondi che in passato talvolta sono stati pensati come separati: sistemica, trauma, attaccamento, neuroscienze, lavoro transgenerazionale. Un'operazione complessa ma che appare sempre più necessaria.

Resta, a mio avviso, una sfida aperta e affascinante: integrare senza perdere la specificità dello sguardo sistemico. Continuare cioè a ricordare che, per quanto profonde possano essere le ferite individuali, esse si organizzano e acquistano significato dentro reti relazionali e contesti di appartenenza.



Forse la sfida attuale consiste proprio nel mantenere insieme queste prospettive: osservare il trauma senza perdere la relazione, accogliere la soggettività senza rinunciare alla circolarità, integrare nuovi modelli continuando a coltivare quella postura di curiosità che rappresenta uno dei contributi più fertili del pensiero sistemico.

“*Tutto ciò che è detto è detto da un osservatore*” (Maturana, Varela, 1980), frase che cerco sempre di tenere come guida nel mio lavoro con le famiglie. Forse oggi potremmo aggiungere che anche ogni ferita viene osservata – e curata – da qualcuno. E che il lavoro terapeutico continua a consistere nel costruire contesti relazionali sufficientemente sicuri perché nuove narrazioni e nuove esperienze possano emergere.

BIBLIOGRAFIA

Crittenden, P., Dallos, R. (2014). *Attachment and Family Therapy*. Open University Press.

Felitti, V. et al. (1998). “Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults”. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245–258.

Hughes, K. et al. (2017). “The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis”. *The Lancet Public Health*, 2(8): e356–e366.

Maturana, H., Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition*. Reidel.

Maynard, B.R. et al. (2019). “Effects of trauma-informed approaches in schools: A systematic review”. *Campbell Systematic Reviews*, 15. <https://doi.org/10.1002/cl2.1018>

Schore, A. (2019). *Right Brain Psychotherapy*. Norton.

Siegel, D. (2020). *The Developing Mind* (3rd ed.). Guilford Press.

Van der Kolk, B. (2022). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina.

Vetere, A., Dallos, R. (2015). *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Routledge.

**LA RESILIENZA NEI SISTEMI AZIENDALI:
L'ELABORAZIONE DEL LUTTO COLLETTIVO NEI CASI DI "MORTE
BIANCA".
UN INTERVENTO SISTEMICO-RELAZIONALE.**

***(RESILIENCE IN ORGANIZATIONAL SYSTEMS:
PROCESSING COLLECTIVE GRIEF IN CASES OF WORKPLACE FATALITIES.
A SYSTEMIC-RELATIONAL INTERVENTION).***

Fabiana Montella⁴⁶, Alessia Coronato⁴⁷
Mail: fabianamontella@libero.it, alessia576@libero.it

SOMMARIO

Il fenomeno delle morti sul lavoro rappresenta una grave emergenza sociale e organizzativa, con conseguenze che travalicano la dimensione individuale per investire l'intero sistema aziendale. Il presente contributo propone una lettura sistemico-relazionale del lutto conseguente a una morte sul lavoro, intesa come evento traumatico collettivo che colpisce identità, legami e senso di sicurezza dell'organizzazione. Dopo una riflessione teorica sul significato simbolico delle cosiddette "morti bianche" e sul ruolo della cultura organizzativa nella prevenzione e nella sicurezza, viene presentato un intervento clinico condotto in una grande azienda colpita dalla perdita improvvisa di un giovane operaio durante il turno lavorativo.

Il progetto, ideato e realizzato dalle autrici, si fonda sui principi della complessità, dell'interconnessione e della cooperazione e utilizza il Modello di Articolazione Intersistemica (Baldascini, 2003) quale cornice teorica ed operativa che guida il lavoro clinico gruppale. Attraverso incontri con vari gruppi, differenziati in base al ruolo ricoperto in azienda, e un successivo momento di condivisione trasversale offerto a tutti i partecipanti, l'intervento ha favorito nei lavoratori coinvolti l'elaborazione del lutto, la trasformazione dei loro vissuti di colpa, rabbia, impotenza e la nascita di una mente gruppale capace di contenere vissuti e significati e sostenere responsabilità condivise. I risultati evidenziano come l'elaborazione del trauma collettivo, se adeguatamente accompagnata, possa rappresentare una risorsa per

⁴⁶ Psicologa, psicoterapeuta, didatta e supervisore clinico, responsabile area ricerca presso l'Istituto di Psicoterapia di Napoli e Caserta (IPR). Già giudice onorario presso il Tribunale per i minori di Napoli, socio e membro della commissione ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale (SIPPR). <https://www.ipr.napoli.it/chi-siamo/conci-i-docenti/fabiana-montella.html>

⁴⁷ Psicologa, psicoterapeuta, didatta e supervisore clinico, responsabile area didattica presso l'Istituto di Psicoterapia di Napoli e Caserta (IPR). Socio e membro della commissione didattica della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale (SIPPR). <https://www.ipr.napoli.it/chi-siamo/conci-i-docenti/alessia-coronato.html>



rafforzare la resilienza organizzativa e promuovere una cultura della sicurezza fondata sulla cura delle relazioni e sulla tutela della vita.

PAROLE CHIAVE: Lutto traumatico collettivo, Prospettiva sistemico-relazionale, Resilienza organizzativa, Morte sul lavoro, Processi gruppali, Cooperazione

ABSTRACT

Workplace fatalities represent a serious social and organizational emergency, with consequences that go beyond the individual dimension and affect the entire organizational system. This paper proposes a systemic-relational interpretation of mourning following a death at work, understood as a collective traumatic event that impacts the organization's identity, relational bonds, and sense of safety. After a theoretical reflection on the symbolic meaning of so-called "white deaths" (workplace fatalities) and on the role of organizational culture in prevention and safety, a clinical intervention carried out in a large company struck by the sudden loss of a young worker is presented. The project, conceived and implemented by the authors, is grounded in the principles of complexity, interconnection, and cooperation, and adopts the Intersystemic Articulation Model (Baldascini, 2003) as the theoretical and operational framework guiding the group clinical work. Through meetings with different groups differentiated according to their organizational roles, followed by a cross-sectional moment of shared reflection offered to all participants, the intervention facilitated the processing of grief among the workers involved, the transformation of experiences of guilt, anger, and helplessness, and the construction of a group mind, capable of containing emotions and meanings and of supporting shared responsibility. The findings highlight how the processing of trauma, when appropriately supported, can become a resource for strengthening organizational resilience and for promoting a culture of safety grounded in care for relationships and the protection of life.

KEYWORDS: Collective traumatic grief, Systemic-relational perspective, Organizational resilience, Workplace fatality, Group processes, Cooperation

INTRODUZIONE

LE "MORTI BIANCHE": SIGNIFICATO SIMBOLICO ED EMERGENZA SISTEMICA

In questo articolo introduciamo una tematica sociale purtroppo ancora molto attuale, grave e dolorosa, per cui la prospettiva sistemico - relazionale potrebbe introdurre grandi cambiamenti, tanto nella lettura e comprensione di quest'evento drammatico quanto nella sua prevenzione e cura. Il fenomeno delle *morti sul lavoro* continua a rappresentare in Italia una grave emergenza sociale, sanitaria ed organizzativa. Nel 2024 il numero dei decessi sul lavoro ha registrato un ulteriore incremento rispetto all'anno precedente, con 797 vittime rispetto alle 790 del 2023. I



dati per ora disponibili per il 2025 confermano una tendenza allarmante: nei primi mesi dell'anno sono stati segnalati 502 decessi, con un incremento del 7% rispetto allo stesso periodo del 2024 (Relazione Annuale INAIL). Le regioni maggiormente colpite risultano essere la Lombardia (131 decessi), la Campania (84), il Lazio (73), l'Emilia-Romagna (71) e la Sicilia (65).

La distribuzione territoriale e la persistenza del fenomeno fanno ipotizzare la presenza di criticità organizzative, che superano la dimensione dell'errore individuale e rimandano ad una negligenza *sistemica* legata all'interazione di molteplici fattori: dall'assenza di cultura della sicurezza alla formazione inadeguata, dai modelli di leadership disfunzionali alla gestione accelerata dei processi produttivi etc. L'espressione "*morte bianca*" si afferma nel linguaggio giornalistico italiano tra gli anni Sessanta e Settanta per indicare una morte ingiusta, improvvisa e apparentemente priva di colpevoli riconoscibili. Si tratta di un costrutto linguistico che, pur denunciando implicitamente l'ingiustizia subita dal lavoratore, contribuisce al tempo stesso a una neutralizzazione simbolica della violenza dell'evento. Il termine "bianco" evoca invisibilità, silenzio, assenza di responsabilità diretta, richiamando sia le tute da lavoro dei cantieri sia le denunce che rimangono senza esito. Questo paradosso semantico – una morte reale e drammatica definita con un termine apparentemente neutro – evidenzia l'invisibilità sociale e politica del fenomeno.

Le morti sul lavoro vengono spesso percepite come un rischio "normale", quasi fisiologico, del sistema produttivo, quando invece sono nella maggior parte dei casi eventi evitabili, frutto di carenze strutturali e sistemiche. Parlare di *morti bianche* significa quindi anche denunciare una forma di ipocrisia sociale: vite umane sacrificate in nome dell'efficienza, della produttività e della velocità. In questo senso, le morti sul lavoro rappresentano non solo un fallimento tecnico, ma anche un fallimento simbolico e relazionale del sistema produttivo e soprattutto di una intera comunità.

LA PROSPETTIVA SISTEMICO - RELAZIONALE NEI CONTESTI AZIENDALI E LA CULTURA DELLA SICUREZZA

Nei contesti aziendali la lettura sistemico-relazionale⁴⁸ permette di comprendere la complessità e le dinamiche interdipendenti alla base delle organizzazioni e di superare la visione lineare e frammentata dei fenomeni legati alla sicurezza e al rischio.

Gli eventi infortunistici gravi e mortali, come dicevamo, difficilmente possono essere ricondotti a una singola causa o a una negligenza individuale: essi emergono piuttosto dall'interazione di molteplici fattori – procedure, strumenti, organizzazione del lavoro, pressioni produttive, stili di leadership, clima emotivo e relazionale, valori culturali.

⁴⁸ Secondo Bertalanffy l'approccio sistemico permette di studiare e comprendere i fenomeni considerando l'insieme dei componenti di un sistema e le relazioni tra di essi, piuttosto che analizzare i suoi singoli elementi, evidenziando come le interazioni determinino il comportamento complessivo del sistema. (Bertalanffy L. von, 1968, - *General System Theory: Foundation, Development, Applications*).



Adottare una prospettiva sistemica significa superare una logica lineare causa – effetto alla ricerca del colpevole e interrogarsi sui processi che, nel tempo, rendono possibile l'evento traumatico. L'epistemologia sistemica permette di osservare il sistema nella sua globalità, considerando come decisioni e comportamenti apparentemente lontani dal contesto dell'incidente possano contribuire a costruire condizioni di vulnerabilità o di protezione.

In questa prospettiva, la sicurezza non può essere ridotta a un insieme di norme o adempimenti tecnici, ma va intesa come una **proprietà emergente del sistema**, strettamente legata alla qualità delle relazioni, alla comunicazione, alla fiducia, alla possibilità di segnalare criticità senza timore di sanzioni, alla cooperazione dei lavoratori.

La cultura organizzativa⁴⁹ assume quindi un ruolo centrale: laddove prevalgono logiche di competizione, accelerazione e negazione del disagio, il rischio tende ad aumentare; al contrario, contesti che promuovono cooperazione, responsabilità condivisa e ascolto favoriscono comportamenti più sicuri.

In questo quadro si colloca il nostro contributo come terapeuta sistemico-relazionali: un lavoro che fuori dal setting clinico tradizionale si misura con i contesti comunitari e istituzionali, e si rivolge agli aspetti invisibili, psichici, relazionali e simbolici che influenzano i comportamenti e, indirettamente, la sicurezza, assumendo la cura come pratica che riguarda prima di tutto la cultura ed i legami.

Nei sistemi organizzativi, soprattutto dopo un trauma, il terapeuta non è un mai osservatore esterno neutrale: entra nel campo come agente relazionale, capace di facilitare il riconoscimento reciproco, il contenimento emotivo, la ricostruzione di senso, e di sostenere una cultura in cui la sicurezza non è solo un adempimento tecnico, ma una responsabilità condivisa poiché le azioni individuali si influenzano reciprocamente e ricadono sull'intero sistema.

COMPLESSITA', INTERCONNESSIONE E COOPERAZIONE NEI SISTEMI ORGANIZZATIVI

La prospettiva sistemico-relazionale consente di leggere ogni organizzazione come un sistema complesso, aperto e interdipendente, in cui individui, ruoli, funzioni, culture e cornici simboliche si influenzano reciprocamente in modo circolare.

Adottare davvero una epistemologia sistemica vuol dire riconoscere e rispettare i principi di **complessità, interconnessione e cooperazione**, fondamenti che regolano il funzionamento

⁴⁹ Secondo Edgar Schein (1985), la **cultura organizzativa** è un insieme di **assunti, valori e credenze condivise** che un gruppo sviluppa per risolvere problemi di adattamento esterno ed integrazione interna. Si forma attraverso l'esperienza comune e diventa automatica nel tempo, influenzando profondamente comportamenti, decisioni e strategie. Si manifesta a tre livelli: il più superficiale e visibile viene definito "**Artefatti**" e include l'ambiente fisico, il linguaggio, i rituali, i simboli, la tecnologia, e i comportamenti osservabili dei membri; il secondo livello è rappresentato dai "**Valori Espliciti**", ossia i principi, le strategie, gli obiettivi e le ideologie dichiarate dall'organizzazione; il terzo livello più profondo, gli "**Assunti di base**", è costituito da convinzioni date per scontate, percezioni e regole non scritte che guidano il comportamento senza essere esplicitate, influenzando tutto il sistema.



sano dell'universo, della natura umana. Essi sono alla base dell'esistenza di tutti i sistemi, dai più piccoli ai più ampi, dalla coppia alla famiglia, dalle istituzioni alle comunità, e rappresentano mappe imprescindibili per orientare la lettura della realtà e la scelta degli interventi anche nei contesti lavorativi.

Gli studi evolutivi e neuro-scientifici mostrano come tali principi siano presenti fin dalla prima infanzia (Piaget, 1955), tuttavia ambienti competitivi, giudicanti e scarsamente empatici possono inibire queste tendenze naturali, favorendo modalità di funzionamento individualistiche ed autocentrate difensive (Tomasello, 2014). Non ci può essere dunque cura dell'individuo, dei gruppi e della società nella sua globalità senza tener conto di questi principi eco-sistemici ed etici fondamentali, che vengono meno ogni qual volta un sistema si ammala e manifesta malessere.

Riconoscere la **Complessità** implica ampliare lo sguardo oltre il singolo e considerare sempre la rete di relazioni e vincoli in cui egli è immerso: il comportamento di un individuo non può essere compreso se isolato dal contesto relazionale e organizzativo in cui è inserito. Ogni lavoratore agisce all'interno di una rete di vincoli, aspettative, ruoli, significati e aspetti culturali che orientano le sue scelte e trasformano il significato stesso del lavoro.

Una lettura complessa del fenomeno delle morti bianche non può prescindere per esempio dai profondi cambiamenti sociali e culturali che attraversano la contemporaneità.

Nella nostra società globalizzata e consumista, il lavoro ha progressivamente assunto un valore totalizzante, diventando spesso il principale indicatore dell'identità e del valore dell'individuo, generando una vera e propria alienazione da lavoro⁵⁰ (Totaro, 1998).

La tecnica, pur avendo migliorato le condizioni materiali di vita, ha contribuito a una progressiva riduzione dell'essere umano a ingranaggio del sistema produttivo. L'accelerazione dei tempi di lavoro, la pressione sulla performance e la logica dell'efficienza tendono a comprimere gli spazi della riflessione, della pausa e della cura. Come osserva il famoso filosofo contemporaneo Byung-Chul Han (2021), l'iperattività e l'accelerazione costante privano l'uomo della sua capacità attentiva e contemplativa⁵¹. L'epoca contemporanea dell'affanno e dell'accelerazione che viviamo è quindi nemica dell'essere. Heidegger (1954), già nel secolo scorso, metteva in guardia dal rischio che la tecnica trasformasse l'essere umano in un processo totalmente pianificabile e manipolabile. Il processo avanza sempre verso una meta ed è guidato dall'accelerazione, non prevede mai l'indugiare o la pausa, considerate stasi ed ostacoli da rimuovere il prima possibile.

Per Heidegger l'essere umano non potrà mai essere paragonato ad un processo tecnico perché egli al contrario può in quanto "essere" radicarsi, indugiare, rimanere e perdurare, non è dominato sempre da una meta e da un fine da perseguire in modo lineare, ma è immerso nel contesto secondo un principio di circolarità. L'industrializzazione, la meccanicizzazione, avvicinano il tempo umano al tempo delle macchine, persino le pause e le distrazioni sono

⁵⁰ L'alienazione da lavoro consiste nel completo appiattimento dell'uomo sulla sua attività lavorativa, come se questa fosse l'unico indicatore della sua riconoscibilità ed esistenza.

⁵¹ Byung-Chul Han (2021) chiarisce come la vita attiva a cui manchi la dimensione contemplativa è solo produzione e distruzione che consumano il tempo. Il contemplare inteso come soffermarsi ed indugiare, respirare e meditare, avere riguardo e offrire cura, amplia l'essere e restituisce alla vita tempo e spazio, durata ed ampiezza.



percepiti come intermezzi liberi dal lavoro per recuperare la capacità di tornare ad operare in modo efficiente; anche se viviamo la società del tempo libero e dei consumi, quest'ultimi hanno una scadenza breve, perché per il capitalismo e la crescita economica tutto deve essere consumato in fretta e poi ricomprato: siamo dinanzi quindi ad "un uomo che soffoca nel proprio stesso fare".

In questo scenario come afferma Galimberti (2012), il lavoro diventa fine a sé stesso, mentre le relazioni affettive, la vita familiare e il mondo emotivo vengono progressivamente ridotti, delegati o sacrificati al mercato. Le conseguenze di questa scissione si manifestano non solo sul piano esistenziale, ma anche su quello psicofisico, come dimostra l'ampio ricorso agli psicofarmaci per la gestione di ansia e depressione nei contesti occidentali.

Nel progetto che di seguito illustreremo è emerso in tutti i gruppi di lavoratori, con cui abbiamo interagito, molta ansia da prestazione, accelerazione, timori sui tempi, meccanicità, automatismi, ma soprattutto scarso tempo da dedicare alle relazioni e agli scambi intersoggettivi tra colleghi.

Tutti i partecipanti sentivano la pressione lavorativa e l'assenza di spazi di condivisione, l'eccessiva competizione e l'ansia da prestazione, riconoscendoli quali elementi che influenzano negativamente la loro attività lavorativa e capacità attentiva.

Riconoscere l'**interconnessione** implica considerare sempre che il sistema aziendale, al pari di tutti i sistemi, funzioni come un tutto, maggiore della somma delle sue singole parti.

Le relazioni generano un "terzo" – il gruppo con il suo clima, la sua identità collettiva, un campo sistemico, che retroagisce sui singoli e condiziona il modo in cui eventi critici vengono percepiti, elaborati o rimossi. In tale ottica, anche l'osservatore non è mai esterno al sistema: chi interviene professionalmente entra nel campo e ne diventa parte, influenzandone gli equilibri.

Diviene fondamentale essere allenati ed allenare ad osservare l'**interdipendenza** tra tutte le parti coinvolte in un processo in modo circolare, vedere l'intera rete delle figure implicate nel processo produttivo e come interagiscono tra loro.

Per questo qualsiasi intervento psicologico o terapeutico presuppone conoscere preliminarmente il contesto, l'azienda, la sua cultura e i suoi valori. È necessario, ad esempio, incontrare sempre preliminarmente il gruppo dirigenziale e i responsabili delle risorse umane di una organizzazione per comprendere, condividere ed appartenere ad un campo comune, prima di intervenire e strutturare un progetto da realizzare.

Cooperare, infine, non coincide con il semplice "lavorare insieme", ma implica la costruzione di un *noi* fondato su fiducia, comunicazione aperta e corresponsabilità: condizioni che, come evidenziano gli studi sul *safety climate*⁵², favoriscono comportamenti sicuri e riducono il rischio di eventi gravi. Nei contesti segnati da un evento traumatico, la cooperazione diventa una risorsa fondamentale per condividere il peso del dolore e trasformare la perdita in impegno concreto per la tutela della vita. È proprio in questa dimensione che la sicurezza può essere pensata non solo come obbligo normativo, ma come pratica relazionale di cura reciproca.

⁵² Secondo Zohar (1980) il "safety-climate" è una sintesi delle percezioni condivise dei dipendenti riguardo all'importanza della sicurezza nel loro ambiente di lavoro.



La salute di una comunità dipende dall'assimilazione e dal rispetto di questi principi sistemici, essere educati alla complessità, all'interdipendenza e alla cooperazione nelle relazioni vuol dire apprendere a pensare, sentire ed agire in modo interconnesso con gli altri (Baldascini, 2022), questo rappresenta un *dispositivo di sicurezza emotiva*, altrettanto indispensabile quanto quelli concreti e materiali, per la prevenzione del rischio di comportamenti disfunzionali e/o di incidenti molto gravi.

TRAUMA COLLETTIVO E RESILIENZA ORGANIZZATIVA

Alla luce di tali principi è evidente che la morte improvvisa di un lavoratore all'interno di un contesto aziendale costituisce un evento traumatico che travalica la dimensione individuale e familiare, configurandosi come un lutto traumatico collettivo. Essa colpisce l'intero sistema organizzativo, mettendo in crisi il senso di sicurezza, di continuità e di affidabilità del contesto di appartenenza.

Come evidenziato da Kai Erikson (1976), il trauma collettivo non riguarda soltanto chi è direttamente coinvolto nell'evento, ma investe i legami, le rappresentazioni condivise e l'identità del gruppo. Nei contesti lavorativi, la perdita di un collega interrompe le routine, altera i confini simbolici e attiva fantasie di vulnerabilità e impotenza. I colleghi possono sperimentare vissuti intensi di dolore, paura, rabbia e senso di colpa, spesso difficili da esprimere in ambienti orientati prevalentemente alla performance e alla produttività.

Se il dolore che emerge in seguito a una morte sul lavoro resta invisibile, non riconosciuto o rapidamente rimosso in nome della necessità di "tornare a funzionare", il trauma tende a sedimentare in forme disfunzionali: irrigidimenti relazionali, conflitti latenti, sfiducia verso l'organizzazione, aumento del disagio psicologico individuale.

Al contrario, quando l'organizzazione riesce a offrire spazi di riconoscimento e simbolizzazione del lutto, il trauma può essere trasformato in memoria condivisa e in rafforzamento dei legami.

Già Durkheim (1912) aveva sottolineato il ruolo dei rituali e della partecipazione collettiva nel ristabilire la coesione sociale dopo un evento traumatico. In una prospettiva più contemporanea, Eyerman (2011) evidenzia come il lutto collettivo possa diventare un dispositivo di costruzione di senso e identità, consentendo al gruppo di integrare l'evento nella propria storia e di riattivare risorse di solidarietà.

In questo quadro, la **resilienza organizzativa** può essere intesa come la capacità di un sistema di assorbire l'impatto di eventi critici, adattarsi e riorganizzarsi mantenendo continuità di identità e funzione. Essa non coincide con una semplice resistenza allo stress o con il rapido ripristino delle attività produttive, ma implica un processo trasformativo che coinvolge significati, pratiche e relazioni.

Una cultura organizzativa resiliente non nega il lutto, ma lo integra nella propria storia, trasformandolo in tutela concreta della vita e della sicurezza sul lavoro (Weick & Sutcliffe,

2007; Hollnagel, 2014)⁵³. “Sopravvivere a una perdita” non significa solo continuare a funzionare, ma imparare a farlo in modo diverso: più consapevole, più umano, più responsabile. Gli studi sul *safety climate* mostrano come la percezione di supporto, giustizia e affidabilità dell'organizzazione favorisca comportamenti più sicuri e riduca il rischio di infortuni gravi. La sicurezza, dunque, non è solo una questione di procedure, ma una proprietà emergente del sistema, profondamente legata alla qualità dei legami e alla possibilità di cooperare.

CORNICE CLINICA: MODELLO DI ARTICOLAZIONE INTERSISTEMICA

Nei contesti lavorativi colpiti da eventi traumatici quali le *morti bianche*, l'intervento psicologico quindi non può limitarsi a una dimensione individuale né esclusivamente emotiva. Come chiarito il trauma non riguarda mai un singolo soggetto in modo isolato, ma investe simultaneamente più livelli del sistema: il livello intrapsichico, quello relazionale, quello gruppale e quello istituzionale. Per questa ragione, gli interventi di supporto e di elaborazione del lutto devono essere pensati come interventi intersistemici, capaci di attivare connessioni tra i diversi livelli del funzionamento umano e organizzativo.

In questo quadro teorico si colloca in modo particolarmente significativo il Modello di Articolazione Intersistemica (M.A.I, 2003) elaborato da Luigi Baldascini, che ha rappresentato per noi un riferimento fondamentale per comprendere e strutturare interventi complessi nei contesti gruppal e istituzionali.

Il modello descrive il funzionamento umano e gruppale e la crescita sana come il risultato dell'interazione dinamica di tre sistemi intrapsichici fondamentali:

- il sistema cognitivo (pensiero, rappresentazioni, significati)
- il sistema emotivo-affettivo (vissuti, risonanze, regolazione emotiva)
- il sistema istintuale-comportamentale (azione, impulsi, pratiche)

Questi sono in rapporto isomorfo con i tre sistemi interpersonali: degli adulti, della famiglia e del gruppo dei pari. Durante la crescita, infatti, sono le relazioni che sperimentiamo in ciascun sistema interpersonale a favorire lo sviluppo e la mobilitazione dei sistemi intrapsichici corrispondenti (mondo adulti-sistema cognitivo, famiglia-sistema emotivo, gruppo dei pari-sistema motorio)⁵⁴.

⁵³ Per Erik Hollnagel gli incidenti mortali non derivano da una singola violazione, ma da normali adattamenti quotidiani che, in contesti fragili, diventano pericolosi. Le quattro capacità della resilienza applicate alla prevenzione delle morti bianche sono: anticipare, individuare segnali deboli (pressioni produttive, scorciatoie operative), monitorare/controllare le condizioni reali di lavoro (non solo quelle prescritte), rispondere/gestire efficacemente situazioni critiche e imprevisti, apprendere/trasformare incidenti in cambiamento organizzativo. Un'organizzazione non resiliente normalizza il rischio fino all'evento fatale. Karl E. Weick interpreta la morte bianca come un collasso del senso organizzativo. Quando il rischio diventa “routine” il silenzio organizzativo prevale, l'autorità blocca la comunicazione, l'organizzazione perde la capacità di dare significato ai segnali di pericolo. La resilienza nasce da: attenzione continua agli errori, legittimazione del dubbio, comunicazione orizzontale, responsabilità condivisa.

⁵⁴ Secondo il M.A.I l'individuo si sviluppa lungo il ciclo vitale attraverso la qualità dei legami che instaura e che fondano la sua mente. L'individuo per crescere in modo sano deve poter avere relazioni mobili di *appartenenza* e *non di dipendenza*, all'interno di tre sistemi interpersonali, tutti necessari allo sviluppo sano della mente,



La salute psichica e relazionale non dipende dal predominio di uno di questi sistemi, ma dalla loro articolazione fluida, sincronica, integrata e dialogica.

Quando un evento traumatico irrompe nel sistema – come nel caso di una morte sul lavoro – questa articolazione tende a frammentarsi e i sistemi si scollegano tra loro. L'esperienza del trauma tende a frammentare il funzionamento sia individuale che gruppale, interrompendo le connessioni tra ciò che si pensa, ciò che si sente e ciò che si fa: il pensiero può irrigidirsi in spiegazioni difensive o colpevolizzanti, le emozioni possono risultare travolgenti o negate, l'azione può bloccarsi o assumere forme reattive e disorganizzate.

Il lavoro clinico e gruppale, in ottica sistemica, ha quindi il compito di ricucire tali fratture, favorendo la riattivazione delle connessioni tra pensiero, emozione e azione, non solo a livello individuale, ma soprattutto a livello gruppale e organizzativo.

Per questo nel nostro lavoro nei contesti organizzativi abbiamo scelto di strutturare interventi che agissero simultaneamente su questi tre piani, sostenendo nel gruppo una "ricucitura" tra comprensione cognitiva, esperienza emotiva e possibilità trasformativa.

È in questa cornice che nasce il progetto denominato *Orizzonti condivisi: ricucire il trauma*, descritto di seguito: un intervento ideato e condotto dalle sottoscritte, pensato come *spazio intersistemico* di elaborazione del lutto e di rafforzamento del legame comunitario e della sicurezza, affinché la perdita non resti un evento isolato e indicibile, ma diventi occasione di responsabilità condivisa e cambiamento.

IL PROGETTO: "ORIZZONTI CONDIVISI: RICUCIRE IL TRAUMA"

Il progetto è stato attivato in seguito alla richiesta proveniente dalla direzione aziendale nei giorni immediatamente successivi alla morte sul lavoro di un giovane operaio all'interno dello stabilimento. L'evento ha prodotto un forte impatto emotivo sull'intero sistema organizzativo, in particolare sui colleghi di reparto e sui responsabili direttamente coinvolti nella gestione dell'accaduto. La domanda esplicita formulata dalla committenza riguardava la necessità di offrire un supporto psicologico ai lavoratori maggiormente esposti all'evento traumatico, con l'obiettivo di favorire la gestione dell'impatto emotivo e sostenere una ripresa delle attività lavorative in condizioni di maggiore serenità. Tuttavia, come spesso accade nei contesti istituzionali attraversati da eventi critici, la richiesta iniziale esprimeva solo parzialmente la complessità dei bisogni presenti nel sistema.

Nella prospettiva sistemico-relazionale, l'analisi della domanda rappresenta una fase fondamentale del processo di intervento e non si limita alla raccolta della richiesta esplicita, ma esplora le dimensioni implicite, relazionali e istituzionali che attraversano il sistema che

rappresentati dalla famiglia, dagli adulti significativi e dai coetanei. Infatti, questi tre sistemi interpersonali con le loro diverse funzioni, i valori e i linguaggi specifici forniscono le risorse necessarie allo sviluppo del mondo interno, suddiviso a sua volta in tre sistemi intrapsichici: emotivo (il sentire), cognitivo (il pensare) e motorio (l'agire). Ciascun sistema interpersonale è collegato isomorficamente ad un sistema intrapsichico. In particolare, la famiglia avvia lo sviluppo e la differenziazione del mondo emotivo, il gruppo dei pari stimola l'agire, la sperimentazione (funzioni del sistema motorio), il mondo degli adulti (insegnanti, educatori, allenatori, parenti) favorisce lo sviluppo del pensiero ipotetico e progettuale, funzioni del sistema cognitivo (Baldascini, 2003)



formula la domanda. La domanda, infatti, non appartiene a un singolo soggetto ma emerge da una rete di relazioni, ruoli e aspettative che coinvolgono diversi livelli dell'organizzazione.

Gli incontri preliminari con la direzione e con alcune figure chiave dell'azienda, come i responsabili delle risorse umane, hanno consentito alle sottoscritte di rilevare come l'evento traumatico avesse attivato nel sistema una pluralità di vissuti e posizioni: dolore e smarrimento tra i colleghi più vicini al lavoratore deceduto, sentimenti di rabbia e frustrazione in alcuni gruppi operativi, vissuti di responsabilità e senso di colpa nei ruoli di coordinamento, ma anche una diffusa difficoltà a trovare spazi condivisi per nominare e pensare l'accaduto.

Parallelamente, la direzione aziendale manifestava il desiderio di prendersi cura dei lavoratori e di prevenire possibili fratture nel clima organizzativo, evidenziando al tempo stesso la necessità di garantire la continuità produttiva e il funzionamento del sistema. La domanda si configurava dunque come una domanda complessa, attraversata da tensioni tra esigenze emotive, organizzative e istituzionali.

Attraverso il processo di analisi della domanda, la richiesta iniziale di supporto psicologico è stata progressivamente ridefinita insieme alla committenza, trasformandosi da intervento centrato sulla gestione dell'emergenza emotiva individuale a un progetto sistemico di gruppo orientato alla rielaborazione collettiva del lutto traumatico. Questa ridefinizione ha consentito di costruire un mandato di lavoro condiviso, in cui l'obiettivo non era soltanto contenere il disagio dei singoli, ma accompagnare il sistema organizzativo nell'elaborazione dell'evento traumatico, favorendo processi di condivisione, simbolizzazione del lutto e rafforzamento della resilienza organizzativa.

METODOLOGIA E ARTICOLAZIONE DEGLI INCONTRI DI GRUPPO

Il percorso ha coinvolto complessivamente 30 lavoratori, suddivisi in quattro gruppi omogenei per ruolo: due gruppi di operai direttamente coinvolti nel reparto in cui è avvenuto l'incidente; un gruppo composto da capi turno e tecnici manutentori; un gruppo di dirigenti e ingegneri responsabili dei settori coinvolti e della sicurezza.

Fin dalle prime fasi del lavoro è stato illustrato come il trauma della perdita non investa mai solamente l'individuo direttamente implicato, ma l'intera rete di relazioni che lo circonda. Un evento traumatico di questo tipo produce infatti un diffuso effetto di dis-empowerment nel sistema lavorativo, con perdita del senso di sicurezza, alterazione delle routine quotidiane e un sentimento gruppale di smarrimento rispetto alla capacità di affrontare il lavoro, gli impegni e il futuro.

La scelta di lavorare con gruppi distinti in base ai ruoli ha permesso di rispettare la specificità dei vissuti e delle responsabilità, riducendo il rischio di inibizione emotiva e favorendo una maggiore libertà espressiva, oltre a consentire una visione più ampia dell'interdipendenza sistemica. Ciascun gruppo ha partecipato a più incontri della durata di due ore. Un incontro finale ha previsto la partecipazione congiunta dei primi tre gruppi, con l'esclusione del gruppo dirigenziale per vincoli legati alla continuità produttiva.

Gli incontri sono stati concepiti come un percorso unitario e progressivo, articolato attorno a temi centrali che toccavano aspetti significativi dell'esperienza vissuta: dalle emozioni ai vissuti del lutto, dal rapporto tra lavoro e identità a quello con le istituzioni, dalle relazioni personali alle dinamiche gruppali.

Corpo, mente e relazioni sono state profondamente implicate in questa esperienza. Il corpo traumatizzato degli operai — alcuni dei quali presentavano disturbi psicosomatici comparsi dopo la morte del collega o esiti di precedenti incidenti lavorativi —, le loro storie personali, il loro modo di pensare e ripensarsi nella vita quotidiana, così come le relazioni familiari e tra colleghi, si presentavano fortemente segnati dall'esperienza della perdita.

Si è reso quindi necessario creare uno spazio e un tempo dedicati in cui i lavoratori potessero trasformare racconti, gesti, paure ed emozioni in pensieri, favorendo quel processo che Bion (1962) descrive come trasformazione degli elementi beta in elementi alfa. In questo senso, il gruppo ha rappresentato un dispositivo particolarmente potente: come sottolinea Leon Grinberg (1976), il lavoro gruppal consente l'elaborazione delle esperienze traumatiche evitando che la sofferenza resti confinata nel corpo o venga agita all'esterno sotto forma di comportamenti disorganizzati.

Il primo compito dell'intervento è stato quindi offrire ai lavoratori uno spazio relazionale in cui fosse possibile pensare e condividere l'esperienza della perdita. Il gruppo è diventato progressivamente un luogo di parola e di riflessione in cui i partecipanti hanno potuto discutere le tematiche emergenti, collegarle alla propria esperienza personale e rielaborare i vissuti emotivi all'interno di una dinamica di condivisione e riapprendimento.

Dal punto di vista metodologico, il Modello di Articolazione Intersistemica ha rappresentato una cornice epistemologica e operativa che ha orientato la struttura e la conduzione degli incontri. Ogni incontro è stato pensato come uno spazio intersistemico in cui favorire l'integrazione tra pensiero, emozione e azione:

- il pensiero veniva attivato attraverso momenti psicoeducativi e riflessivi, utili a fornire cornici di senso condivise sul trauma, sul lutto e sulla sicurezza;
- il sentire veniva sollecitato mediante narrazioni, rievocazioni e stimoli simbolici che favorivano l'emersione e la legittimazione dei vissuti emotivi;
- l'agire veniva coinvolto attraverso esercizi esperienziali e attività gruppali, favorendo una riorganizzazione concreta delle modalità di relazione e collaborazione.

Questa integrazione ha consentito al gruppo di muoversi da una condizione iniziale di frammentazione e dis-empowerment verso una maggiore coerenza interna e collettiva, sostenendo la costruzione di una mente gruppal capace di contenere il dolore e trasformarlo in responsabilità condivisa.

Come sottolinea Baldascini (2022), la mente gruppal non è la semplice somma delle menti individuali, ma una configurazione emergente dotata di un proprio funzionamento emotivo e trasformativo. Nei gruppi coinvolti nel progetto, la progressiva integrazione dei sottosistemi ha favorito il passaggio da vissuti di solitudine, rabbia e colpa a sentimenti di solidarietà, appartenenza e cooperazione.

Nelle fasi iniziali del percorso erano frequenti lunghi silenzi, diffidenza e difficoltà a trovare parole per esprimere le emozioni. La richiesta di pensare l'accaduto appariva inizialmente quasi

insostenibile. In questo passaggio è stato fondamentale che i partecipanti potessero percepire che qualcuno stava pensando a loro: la presenza del gruppo e dell'équipe terapeutica ha offerto un contenitore capace di integrare aspetti della realtà che il trauma aveva reso scissi o difficilmente collegabili, come la sofferenza emotiva, la ricostruzione dell'evento e il rapporto con il luogo dell'incidente.

La scelta clinica adottata dalle sottoscritte è stata intenzionalmente orientata a lavorare nel e con il sistema organizzativo, piuttosto che sui singoli individui isolatamente. Fin dall'avvio dell'intervento è stata mantenuta una posizione di neutralità multidirezionale, offrendo ascolto e legittimazione ai diversi punti di vista presenti nell'organizzazione.

In contesti segnati da una morte sul lavoro il rischio principale è rappresentato dalla polarizzazione del sistema: ricerca del colpevole, irrigidimento dei ruoli e frammentazione tra livelli operativi e dirigenziali. L'intervento clinico ha quindi mirato a contenere il trauma senza negarlo, facilitando un processo di simbolizzazione capace di tenere insieme dolore, responsabilità e possibilità di cambiamento.

Particolare attenzione è stata dedicata ai vissuti di colpa e responsabilità, soprattutto nei gruppi dei capi turno e dei tecnici direttamente coinvolti nel rinvenimento del corpo. Il lavoro clinico ha evitato letture autoaccusatorie o persecutorie, favorendo invece una distinzione tra colpa individuale e responsabilità sistemica. Questo passaggio si è rivelato fondamentale per trasformare la paralisi emotiva in disponibilità ad assumere responsabilità condivise orientate alla prevenzione e alla tutela della vita.

Anche la rabbia emersa in alcuni gruppi è stata accolta come emozione segnale, indicativa di bisogni di riconoscimento e ascolto rimasti a lungo inespressi. La possibilità di nominare tali vissuti all'interno di un setting protetto ha contribuito a ridurre la conflittualità latente e a migliorare la comunicazione tra i diversi livelli dell'organizzazione.

Una fase particolarmente significativa del percorso è stata la realizzazione di un'opera artistica collettiva dedicata al giovane collega scomparso. Il lavoro creativo ha favorito la partecipazione anche dei membri più silenziosi del gruppo, permettendo di mettere in gioco competenze e talenti personali e trasformando le emozioni in una forma condivisa di commemorazione e riconoscimento.

Nell'incontro conclusivo con i tre gruppi è stata inoltre proposta un'attività esperienziale corporea che, attraverso l'uso della musica e di corde, ha permesso ai partecipanti di sperimentare concretamente la forza e la responsabilità del gruppo. L'esperienza ha mostrato come le dinamiche relazionali possano generare blocchi, immobilità ed esclusioni, ma anche come la cooperazione rappresenti la risorsa fondamentale per superare tali situazioni quale dispositivo di *sicurezza emotiva* importante per ogni lavoratore. Un aspetto importante del lavoro è stato custodire il tempo del lutto all'interno di un contesto produttivo caratterizzato da urgenze e turnazioni. Creare uno spazio dedicato alla rielaborazione ha significato riconoscere che fermarsi a pensare e sentire non rappresenta una perdita di efficienza, ma una condizione necessaria per una sicurezza autentica e duratura.

Nel corso del percorso è emersa progressivamente una mente gruppale capace di contenere emozioni intense, integrare narrazioni differenti e generare nuovi significati condivisi. La

perdita del collega è stata così trasformata da evento isolato e indicibile in memoria collettiva, capace di orientare nuove modalità di attenzione alla sicurezza e alla cura reciproca.

Questo processo ha contribuito non solo al benessere emotivo dei lavoratori, ma anche a una trasformazione nel modo di pensare la sicurezza: da insieme di procedure a relazione di cura reciproca, da obbligo esterno a responsabilità condivisa.

Gli esiti degli incontri e le dinamiche emerse sono stati infine restituiti alla dirigenza attraverso un report conclusivo e un incontro di rete che ha consentito il confronto e la riflessione su possibili sviluppi futuri, orientati alla promozione del benessere psicologico e alla costruzione di politiche organizzative che considerino l'azienda come un sistema relazionale interconnesso.

CONCLUSIONI

L'esperienza descritta evidenzia quanto l'elaborazione del lutto collettivo nei contesti organizzativi costituisca un processo cruciale non solo per il benessere psicologico, ma anche per la prevenzione futura degli infortuni e la costruzione di una solida cultura della sicurezza. Interventi sistemico-relazionali, capaci di integrare le dimensioni cognitive, emotive e comportamentali dell'esperienza traumatica, consentono di ricomporre le fratture simboliche e relazionali che la perdita genera, favorendo processi di significazione condivisa e di regolazione emotiva collettiva (Walsh, 2007). Il riconoscimento e l'elaborazione delle emozioni, quali rabbia, paura e senso di ingiustizia, risultano fondamentali per contrastare la normalizzazione del rischio e la banalizzazione dell'evento, meccanismi che la ricerca indica come fattori critici nella genesi degli incidenti gravi e mortali (Vaughan, 1996; Reason, 1997). In sintesi, l'intervento condotto non si è limitato a "curare" il disagio prodotto dall'evento traumatico, ma ha promosso un processo di apprendimento organizzativo, in cui il lutto è diventato occasione per rafforzare legami, fiducia e consapevolezza sistemica. È in questo spazio, tra dolore riconosciuto e possibilità di trasformazione, che si è collocato il contributo specifico delle sottoscritte come terapeute, facilitatrici di senso e di legami, accompagnando il sistema nell'attraversare il dolore senza rimuoverlo. L'elaborazione del lutto si configura così non solo come un processo clinico ma come un atto profondamente sociale ed etico: riconoscere il valore della vita umana e attraverso la responsabilità condivisa trasformare la perdita in impegno concreto per la prevenzione e la sicurezza. Come terapeuti sistemici abbiamo la responsabilità di occuparci dei contesti sociali, promuovendo la cultura ecologica della relazione e dell'attenzione all'altro e al tutto, della cooperazione che prevalga sull'inutile competizione. Questo implica uscire talvolta dagli studi privati ed occuparsi di divulgare cultura oltre che offrire cura, con la consapevolezza sistemica ed ecologica dell'interdipendenza di tutti i fenomeni di cui siamo sempre parte e di cui con responsabilità noi tutti, come essere individuali e sociali, dovremmo sempre incidervi.

BIBLIOGRAFIA

- Baldascini, L. (2003). *Legami terapeutici*. Franco Angeli.
- Baldascini, L., Mastrangelo, S. (2022). *La creatività nella teoria e nella terapia di coppia. Un modello sistemico-relazionale*. Franco Angeli.
- Baldascini, L., Montella, F. (2023). *La psicoterapia relazionale con l'adolescente. Narciso e Dioniso nell'epoca contemporanea*. Franco Angeli.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Heinemann.
- Byung Chul, H. (2021). *Il profumo del tempo. L'arte di indugiare sulle cose*. Vita e Pensiero.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (1992). *Irreverence: a Strategy for Therapist's Survival*. Karnac Books.
- Doka, K. J. (Ed.). (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Research Press.
- Durkheim, E. (1912/2005). *Le forme elementari della vita religiosa*. Comunità.
- Erikson, K. (1976). *Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood*. Simon & Schuster.
- Eyerman, R. (2011). *Memory, Trauma, and Identity*. Palgrave Macmillan.
- Galimberti, U. (2007). *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Feltrinelli.
- Galimberti, U. (2012). *Il mito della crescita*. Feltrinelli.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1992). *Identità e cambiamento*. Armando.
- Han, B. C. (2015). *La società della stanchezza*. Nottetempo.
- Heidegger, M. (1954). *La questione della tecnica*. Neske.
- Heidegger, M. (1954/2001). *Saggi e discorsi*. Mursia.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II. The past and future of safety management*. Ashgate.

INAIL. (2024). *Relazione annuale*. INAIL.

Kessler, R. C., et al. (2008). "Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys". *European Journal of Psychotraumatology*, 1(1): 1–14.

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children* (M. Cook, Trans). International Universities Press. (Opera originale pubblicata nel 1936).

Piaget, J. (1955). *The construction of reality in the child* (M. Cook, Trans.). Basic Books.

Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate.

Schein, Edgar H. (1985), *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass Publishers.

Tomasello, M. (2009). *Why we cooperate*. MIT Press.

Tomasello, M. (2014). *A natural history of human thinking*. Harvard University Press.

Totaro, F., (1998). *Non di solo lavoro. Ontologia della persona ed etica del lavoro nel passaggio di civiltà*. Vita e Pensiero.

Vaughan, D (1996). *The Challenger Launch Decision*. University of Chicago Press.

Walsh, F. (2007). "Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience". *Family Process*, 46 (2): 207-227.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the Unexpected*. Jossey-Bass.

Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the Unexpected: Sustained performance in a complex world* (3rd ed.). Wiley.

Zohar, D. (1980). "Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications". *Journal of Applied Psychology*, 65(1): 96-102.

Zohar, D. (2010). "Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions". *Accident Analysis & Prevention*, 42(5): 1517–1522.

**Commento all'articolo di Montella e Coronato:
LA RESILIENZA NEI SISTEMI AZIENDALI:
L'ELABORAZIONE DEL LUTTO COLLETTIVO NEI CASI DI "MORTE
BIANCA". UN INTERVENTO SISTEMICO-RELAZIONALE**

Laura Rocchietta Tofani⁵⁵
Mail: laurarocchiettatofani@yahoo.it

Il tema delle cosiddette "morti bianche" è di rilevanza per un terapeuta che può trovarsi ad operare su queste situazioni ma è anche serio motivo di riflessione per un cittadino rispetto al proprio impegno civico nella realtà in cui viviamo, che presenta certi valori e un certo modo di attribuire senso a quanto avviene nella organizzazione del lavoro.

L'articolazione dell'intervento entro il sistema dell'ambiente professionale in cui si è verificato l'incidente si è basata sulla attenta modulazione dei livelli sistemici su cui operare, con la costituzione di sottogruppi di riflessione/rielaborazione rispettosi delle diverse posizioni emotive e funzionali e dei "confini" tra i dipendenti: gli operai, con particolare considerazione per i colleghi che erano presenti all'incidente, i capi-squadra e manutentori, i dirigenti e gli ingegneri della azienda.

Le autrici illustrano dettagliatamente il modello teorico seguito per spiegarne i percorsi, l'efficacia e l'impatto positivo. La loro esperienza mi ha stimolato sia a riflettere su ulteriori radici e spiegazioni della efficacia di quanto hanno realizzato col loro intervento, richiamando alla mente altri universi teorici, sia a "esportare" le loro considerazioni sull'impatto traumatico delle "morti bianche" dal mondo aziendale all'impatto su collettività più ampie.

Mi sono venuti in mente collegamenti con l'aspetto delle componenti psichico/relazionali della percezione di sicurezza da parte di un individuo (o di gruppi e sistemi più ampi) e poi con aspetti e specificità del *moral injury*. Entrambi sono ambiti di riflessione su cui in questi tempi mi sembra particolarmente utile mantenere aperto il dibattito nella nostra comunità sistemica.

Rispetto alla percezione della sicurezza, intesa nel suo complesso, la connessione più immediata è con la Teoria Polivagale, che secondo me contiene una visione neurobiologica del tutto compatibile con la Teoria Sistemica, essendo essa stessa intrisa di aspetti sistemici. Essa presenta una mappa neurobiologica degli stati fisico/psichici in cui la persona può trovarsi, e delle modalità della loro ri-regolazione quando si è disregolati emotivamente; approfondisce inoltre il funzionamento della base neurobiologica nello scambio interpersonale. Tale teoria nasce e ruota attorno al concetto di valutazione del pericolo (Porges S. W., 2023) da parte degli esseri viventi: per ogni sistema umano importano massimamente sia la neurocezione di

⁵⁵ Psicoterapeuta sistemica e supervisore accreditato nella terapia con EMDR. Socia SIRTS, libera professionista. Autrice e co-autrice di diversi testi di psicologia sistemica e contributi in volumi di curatela.

sicurezza (intesa come il non essere in uno stato di survival-difesa), sia il sentirsi connessi e in co-regolazione con un gruppo che sia accogliente e che riconosca il soggetto (Siegel D., 2021). La neurocezione è il processo inconscio e automatico del sistema nervoso nel suo insieme, costituito da numerosi livelli di registrazione di informazione tra loro interconnessi, che svolge una sorveglianza costante dell'ambiente propriocettivo, percettivo relazionale ed esterno per rilevare i pericoli, registrando anche la situazione neuro-biologica degli altri essere umani presenti. Se la nostra neurocezione accerta l'assenza di minaccia e tensioni attorno a sé, si attiva il sistema vagale ventrale che promuove dall'interno, in modo *embodied*, calma e regolazione, pensiero costruttivo, apertura alla interazione e connessione sociale.

Altrettanto importanti per l'individuo sono la connessione e co-regolazione entro le proprie comunità di riferimento. Il fatto che si abbiano sistemi personali di ingaggio sociale che permettono un buon collegamento comunicativo con i gruppi di appartenenza consente alla persona di ri-regolare il proprio sistema neurobiologico: la trama delle connessioni va a rimediare la sensazione di estraneazione, specie quella vissuta dopo un trauma.

La metodologia messa in campo dalle autrici ha creato le premesse per una neurocezione di sicurezza. Le terapeute hanno conseguito ciò stimolando sia l'ascolto reciproco in una atmosfera non giudicante, sia il riconoscimento tra i membri dei gruppi delle forti emozioni personali sperimentate e pian piano espresse in un clima di "*caring and sharing*", sia lo scambio di riflessioni sul bisogno di umanità e rispetto sul posto di lavoro. Guardando l'intervento con l'ottica della polivagale, hanno ripristinato la percezione di sicurezza del singolo e anche seminato le condizioni di connessioni comunitarie rinnovate e rinforzate. È possibile riscontrare la riuscita di quest'ultimo punto nelle riflessioni dei gruppi su come costruire più benessere nell'ambiente di lavoro per non rendere inutile una morte traumatica.

Anche la teorizzazione sul *moral injury* (e sul *moral distress*), cui le autrici fanno cenno, aiuta a cogliere la profondità del lavoro svolto e a spiegare gli effetti costruttivi degli incontri di rielaborazione. Credo che il costrutto di trauma morale verrà sempre più studiato entro la più generale categoria del trauma. Nato per delimitare situazioni drammatiche in cui la persona si trova ad operare in modo contrastante con valori morali fondamentali, in letteratura la applicazione di questa categoria concettuale si sta estendendo (Vanderweele T. J. et al., 2025) a situazioni in cui si attiva un giudizio morale di inappropriata del proprio agire a causa di vincoli posti da vari tipi di realtà esterne, istituzionali e organizzative. Benchè tangenzialmente, tra le emozioni espresse dai lavoratori che hanno partecipato all'intervento circolano sensi di colpa e vissuti di corresponsabilità di chi magari può anche solo sentire la colpa di "non avere immaginato, previsto, segnalato...".

Le indicazioni cliniche ci dicono che se si attiva un *moral distress* l'intervento di aiuto deve includere un focus sulla ricostruzione dell'autostima della persona agli occhi di "altri significativi", affinché la persona possa poi re-introdurre nella propria identità un giudizio di integrità/positività morale.

Le autrici sono riuscite a realizzare lo specifico scopo di ricostruire l'immagine del valore personale e gruppale facendo riferire dai partecipanti l'impatto sulla propria persona della morte del collega alla luce della propria esperienza di vita, facendo esprimere apertamente

dubbi e considerazioni sulle proprie esperienze in quell'ambiente di lavoro, validando tutti i vissuti. Hanno poi stimolato i lavoratori coinvolti a ideare qualcosa di eticamente utile sotto forma di proposte nate nei gruppi e comunicate alla Direzione per cercare di realizzare un ambiente di lavoro meno pericoloso. Il senso di "tradimento" del valore della protezione della vita umana è stato bilanciato dal recupero di un senso di integrità individuale e gruppale grazie allo sforzo di immaginare iniziative per il benessere lavorativo futuro in quello stesso luogo in cui un lutto aveva interrotto la routine del lavoro.

Sempre stimolata dall'articolo delle due terapeute, la mia riflessione si è poi estesa al trauma collettivo, che avviene quando ad essere colpita è la "mente collettiva". Mi sono chiesta cosa capita nella "mente comunitaria" che poi produce le opinioni registrabili nella nostra società rispetto alle morti sul lavoro in Italia. Così come nel caso del trauma individuale, gli elementi traumatici della realtà delle "morti bianche" superano la soglia di "tollerabilità emotiva" da parte di un sé collettivo e, di conseguenza, tutti gli elementi che concorrono a contribuire ad un incidente sul lavoro, quali il risparmio economico che spesso si applica agli accorgimenti per la sicurezza, la spinta alla produttività e competitività, il clima umano teso o disimpegnato, nonché gli elementi sensoriali traumatici di un evento funesto, vengono registrati in maniera frammentata. Si attivano le tipiche risposte di ipo-attivazione ed iper-attivazione di fronte ad uno shock, dello stesso tipo di quelle che compaiono dopo traumi individuali. Ciò per l'inquietudine e la dolorosità dell'immedesimarsi davvero con chi è colpito da incidente mortale sul lavoro o derivanti dal realizzare pienamente cosa significherebbe per sé la morte propria o dei propri cari in una "normale" giornata di lavoro.

Indicatori di risposta della "mente collettiva" di ipo-attivazione possono essere le reazioni dell'opinione pubblica, nel suo insieme, di diffidenza verso la presa d'atto delle ingiustizie in certi ambiti del mondo del lavoro, l'inerzia nel denunciare situazioni di rischio, la resistenza a tenersi informati sul panorama completo delle morti bianche, l'incredulità e l'ottundimento emotivo che spesso fanno da sfondo al pressapochismo su questo grave problema.

Indicatori invece di iperattivazione emozionale collettiva possono essere la ricerca veloce e allarmata di un colpevole su cui scaricare la rabbia agitata e non mentalizzante, lo spostamento della attivazione eccessiva su posizioni molto polarizzate: o troppa pedanteria su norme non essenziali, oppure foga nel sostenere la ineluttabilità delle morti in ambiente lavorativo.

La problematica delle "morti bianche" rischia la precoce "archiviazione", senza rielaborazione e quindi senza una mancata "riparazione", proprio per l'attivarsi di tante difese.

È interessante chiedersi cosa capita agli elementi frammentati e non integrati nella consapevolezza, rimasti "grezzi" e non elaborati. Tra questi elementi "esiliati" senza rielaborazione possiamo collocare i vissuti di non protezione sperimentati in particolare da alcune categorie di lavoratori, la sensazione di essere dimenticati dalle istituzioni e da chi legifera. La non volontà di registrare con consapevolezza, a tutto tondo e con elementi integrati tra loro, il fenomeno traumatizzante e doloroso delle morti bianche, fa sì che continuino a viaggiare "sotto traccia" elementi parziali, sganciati uno dall'altro, che possono riemergere come "punti ciechi": si perde in una società la lucidità e quindi la capacità di rilevare segnali e fattori di rischio e, tra questi, il mantenimento di certi ritmi di lavoro poco consoni alla

concentrazione e attenzione del lavoratore o lo scivolare subito come difesa verso la retorica e i "silenzi" sugli incidenti.

Solo la rielaborazione emozionale, cognitiva e intersistemica a vari livelli può far sì che si vada verso una disposizione autentica di interesse e tutela anche verso gli altri, atteggiamento che le due terapeute indicano come base sostanziale per una migliore sicurezza sul lavoro.

Una ultima osservazione. Condivido profondamente i richiami delle autrici sul seguente punto: il terapeuta deve tenere sempre presente come primo scopo la qualità del proprio intervento clinico ma altrettanto importante è l'impegno civico, il tentare di incidere costruttivamente come possibile sui funzionamenti del nostro sistema culturale, sociale ed economico.

È un piano su cui c'è da augurarsi che la sistemica torni ad essere molto presente, così come lo è stata all'origine della affermazione dell'approccio sistemico nel nostro Paese.

BIBLIOGRAFIA

Hubl, T. (2023). *Healing collective trauma: a process for integrating our intergenerational and cultural wounds*. Ed. Sounds True

Porges, S.W. (2023). *Sicurezza polivagale: attaccamento, comunicazione, autoregolazione*. Ed. Fioriti

Siegel, D.J. (2021). *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Ed. Raffaello Cortina

Vanderweele T. J., Wortham J. S., Carey L. B., Case B. W., Cowden R. G. et al. (2025). "Moral trauma, moral distress and moral injury disorder: definitions and assessments". *Frontiers in Psychology*, sec. Psychology for Clinical settings, 16:1422441. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1422441

“ERA UN RAGAZZO SOLARE E LA FAMIGLIA... ERA PERFETTA!”***(“HE WAS A NICE BOY AND HIS FAMILY WAS... PERFECT!”)***

Gloriana Rangone⁵⁶
Mail: gloriana.rangone@gmail.com

SOMMARIO

Siamo purtroppo esposti a un martellamento mediatico che tende a trasmettere una visione ipersemplicata della realtà, dove l'azione violenta si colloca come evento inspiegabile (è stato un raptus...). Questo messaggio tende a deresponsabilizzare la società civile, a demotivare chi dovrebbe porsi domande sulle proprie responsabilità e rischia di contribuire a produrre soluzioni spesso esclusivamente punitive che, lungi dal risolvere i problemi, possono addirittura aggravarli. L'articolo si propone di esplorare quale può essere il nostro contributo come terapeuti sistemici dentro e fuori la stanza di terapia e di quanto la nostra visione della realtà possa aiutare la società a non cadere nella trappola della semplificazione.

PAROLE CHIAVE: Sfida della complessità, pensiero sistemico, importanza della relazione, creatività, mai da soli.

ABSTRACT

Unfortunately, we are exposed to media hype that tends to convey an oversimplified view of reality, where violent acts are portrayed as inexplicable events (it was a moment of madness...). This message tends to absolve civil society of responsibility, demotivating those who should be questioning their own responsibilities, and risks to contribute to solutions that are often exclusively punitive, which, far from solving problems, can actually aggravate them. This article aims to explore what our contribution as systemic therapists can be, both inside and outside the therapy room, and how our view of reality can help society avoid falling into the trap of simplification.

KEYWORDS: Challenge of complexity, systemic thinking, importance of the relationship, creativity, never alone.

⁵⁶ Psicologa e psicoterapeuta, co-direttrice della Scuola di Psicoterapia IRIS - Insegnamento e Ricerca Individuo e Sistemi - Milano. Si occupa da molti anni di formazione e supervisione ed è autrice di pubblicazioni sui temi di competenza.

INTRODUZIONE

La complessità e la gravità della situazione nella quale stiamo vivendo a livello mondiale ci scuote senz'altro a livello emotivo, ma contemporaneamente ci interroga e ci disorienta anche da un punto di vista cognitivo. Non solo è difficile gestire le emozioni avverse che cronache e immagini drammatiche suscitano in noi, ma è anche sempre più difficile cogliere il senso di quanto sta accadendo, dalle stragi più efferate alla continua violazione dei diritti umani che avevamo imparato a dare per scontati e intoccabili. Di fronte a situazioni continuative cui stentiamo ad attribuire un senso, il rischio è di cadere nella trappola della semplificazione, nella ricerca di nessi di causa effetto che ci danno l'illusione di avere finalmente capito e forse anche di avere in mano la soluzione.

I fatti gravi che riguardano gli adolescenti sia come vittime sia come autori di violenza, che balzano con continuità agli onori delle cronache, vengono proposti con impressionante frequenza proprio con questa logica: o quanto è accaduto è totalmente inspiegabile, tutto andava bene nella vita di quel ragazzo o ragazza, oppure la causa del gesto viene individuata in qualcosa di specifico. Talvolta si tratta di una sorta di diagnosi ovviamente priva di qualunque significato scientifico (*è stato un raptus...*), altre volte di fenomeni sicuramente importanti (ad esempio la dipendenza dai social), ma di certo non esaustivi sul piano esplicativo. Emerge anche con grande frequenza il tema della sfida. Sfidare, mettersi alla prova, magari sopravvalutare le proprie capacità sono sicuramente aspetti che caratterizzano questa fase della vita, ma ricondurre condotte estreme anche con esito letale solo a questo non ci è di certo utile.

Dobbiamo tener sempre presente che i fenomeni sono il prodotto di una serie di fattori che interagiscono, che dobbiamo parlare di correlazioni e non di cause e che dobbiamo dotarci di un metodo rigoroso che ci consenta di giungere a conclusioni accettabili.

La terapia sistemica fin dai suoi albori si basa proprio sull'idea che per capire e conseguentemente trattare efficacemente un problema, un quadro psicopatologico, uno stato di sofferenza, occorre allargare il campo di osservazione per includere le relazioni significative. Non solo per capire quali fattori sono alla base di quello stato, ma anche per muovere le risorse indispensabili ad affrontarlo efficacemente. Molto tempo è passato da quando i pionieri della terapia familiare hanno rivoluzionato il modo di leggere i sintomi e gli stati psicopatologici e molti passi avanti sono stati fatti, ma il postulato "un fenomeno resta inspiegabile finché il campo di osservazione non è abbastanza ampio da includere il contesto in cui il fenomeno si verifica" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971, p.14) continua ad essere la base del nostro sapere clinico.

LA DIAGNOSI: TRAPPOLA O RISORSA?



Molto spesso nel nostro lavoro clinico ci troviamo di fronte a pazienti cui è stata fatta una diagnosi. Non è facile farne buon uso, ovvero cogliere le informazioni contenute in quella definizione senza però restarne intrappolati. Anche in questi casi la complessità deve essere la nostra guida... Talvolta sono proprio i nostri interlocutori a indirizzarci.

Il caso della famiglia Rossi

Due genitori chiedono a un terapeuta di poter iniziare una terapia familiare. Hanno un figlio di 12 anni, Roberto, cui è stata fatta una diagnosi di ADHD. Riferiscono di aver approfondito il tema su internet e di aver verificato che, in ragione dei comportamenti destabilizzanti messi in atto dai figli portatori di tale diagnosi, è molto frequente che i genitori litighino. Riferiscono che in effetti da circa un anno la loro relazione di coppia, da sempre conflittuale, si è ulteriormente esacerbata. Tutte le sere si scontrano, anche alzando reciprocamente le mani. Non se la sentono però di attribuire la responsabilità del loro malfunzionamento ai comportamenti sicuramente impegnativi di Roberto e pertanto chiedono aiuto, dicendosi convinti che quanto accade tra di loro non può non avere una ricaduta sul figlio.

Ma altre volte la situazione è più insidiosa...

Il caso di Filippo

Filippo, 30 anni, chiede aiuto psicologico su indicazione del servizio di psichiatria dal quale è seguito. È un uomo garbato, dallo sguardo intelligente. Alla domanda della terapeuta sui motivi che lo portano a chiedere aiuto, inizia a raccontare che gli sono state fatte molteplici diagnosi nel corso del tempo, a partire da quando aveva circa 12 anni. Con grande competenza nomina le varie diagnosi, arricchendole di sintomi specifici che le giustificano. Trascorrono così i primi 20 minuti della seduta, durante i quali Filippo si sporge in avanti per vedere se la terapeuta sta prendendo appunti. Arrivati all'ultima diagnosi la terapeuta (che non ha preso alcun appunto) dice "E se dopo questa escursione nel DSM parlassimo un po' di Filippo?". Filippo si blocca, spalanca gli occhi e poi esplode in una contagiosissima risata. Poi si rattrista e dice "Io sono sempre stato male...". E la terapia ha inizio. Sarà una lunga terapia, con aperture significative ai familiari. Oggi Filippo lavora, ha una relazione con una ragazza, ha un rapporto sufficientemente equilibrato con i genitori. A valle del raggiungimento di questi risultati, nel corso di una seduta ha confidato alla terapeuta che quanto era accaduto nella prima seduta era una trappola da lui costruita per vedere se la sua interlocutrice teneva più a lui che alle sue diagnosi...

QUANDO IL PROBLEMA ESPLODE OUT OF THE BLUE

Altre volte ci troviamo di fronte al problema opposto. Un problema grave si manifesta senza che ci siano segnali che possano far pensare all'esistenza di disfunzionalità. Questo tema ci sfida sia all'interno del setting clinico sia all'interno del contesto più allargato con il quale entriamo in contatto nel corso della nostra operatività come psicologi. Nel primo caso è



importante sapere che lo strumento sul quale possiamo fare affidamento è sicuramente la relazione terapeutica, che però può essere compromessa quando restiamo sconcertati ad esempio dalla difficoltà dei genitori a riconoscere segnali di sofferenza anche importanti nei figli. Se pensiamo “ma com’è possibile che...” dobbiamo senz’altro confrontarci e chiedere aiuto perché quel pensiero, se non trattato, finirà con inquinare il nostro lavoro. Sarà importante anche capire quali sono i nostri pregiudizi. Possiamo ad esempio essere più comprensivi nei confronti di alcune tipologie di persone e molto meno nei confronti di altre...

Ma anche al di fuori del setting terapeutico possiamo svolgere una funzione importante. Consulenze, formazioni, collaborazioni all’interno di vari contesti possono darci l’occasione per essere di sostegno ad altri operatori nell’individuare situazioni di rischio che o non vengono viste o vengono sottovalutate.

Pensiamo al fenomeno della Teen Dating Violence (O’Keefe, 2005) in crescita anche nel nostro paese (Cucci, O’Leary, Olivari, Bonanomi & Confalonieri, 2019). Si tratta sicuramente di qualcosa ancora più insidioso e difficile da evidenziare rispetto al bullismo, in quanto si verifica all’interno di relazioni che dovrebbero essere caratterizzate da fiducia, rispetto, sostegno reciproco.

Il caso di Alessia.

Alessia ha 16 anni e frequenta il liceo classico. Da circa 6 mesi ha una relazione con Stefano, suo compagno di scuola. È la sua prima relazione sentimentale e Alessia è contentissima. I genitori notano cambiamenti nel comportamento della figlia: non esce più con le amiche ma solo con Stefano, non mette più la minigonna, è costantemente in videochiamata con lui, ha perso interesse per la pallavolo, che era la sua passione. Quando la madre scopre i segni di bruciature sulla schiena della figlia, i genitori decidono di chiedere aiuto. Molti gli elementi che concorrono a spiegare perché Alessia sia caduta nella trappola della violenza: un padre lontano e assorbito dal suo lavoro, una madre con alle spalle gravi trascuratezze e abbandoni da parte dei genitori e poco capace di cogliere il disagio della figlia, insegnanti che pur avendo visto segnali inequivocabili non hanno dato a questi segnali il giusto peso e così via. Il coinvolgimento della scuola e dell’associazione sportiva, oltre ovviamente all’impegno della famiglia, ha consentito non solo ad Alessia di uscire dalla trappola della violenza ma anche di dare il via ad una serie di interventi che hanno bloccato gli agiti aggressivi di Stefano e che hanno posto le basi perché anche lui ricevesse aiuto. È importante sottolineare che se ci muoviamo guidati da uno sguardo aperto possiamo incidere davvero positivamente non solo sul percorso di vita dei nostri pazienti, ma anche indirettamente su quello di altri. In situazioni di questo tipo è davvero utile chiedersi che cosa succeda nel contesto di vita di un ragazzino di 16 anni che lo porti a sentire che l’unica possibilità che ha di avere una relazione sentimentale sia di esercitare un dominio su una coetanea (Corn, Malgesini, Pezzotta, 2024).

È difficile pensare che quando succede qualcosa di grave non ci sia a monte una complessità data dalla co-presenza di fattori di rischio significativi. È possibile però che i segnali non siano

stati visti oppure sottostimati. Come ci ricorda Eleanor Roosevelt⁵⁷, se c'è un abuso c'è un aggressore, una vittima e qualcuno che sta a guardare. La posizione di chi sta a guardare coinvolge ovviamente tutta la società civile e ci interroga su quale può essere il nostro contributo, qualunque sia il ruolo da noi svolto.

Il caso di Daniele

L'insegnante di matematica nota che Daniele ha sulle braccia numerosi segni di tagli. Daniele ha 15 anni, è chiuso e isolato e spesso sembra distaccato dalla realtà. Alla fine della lezione l'insegnante chiede al ragazzo di potergli parlare, gli dice di aver visto i tagli e di essere preoccupata. Daniele minimizza "Ma no prof, non si preoccupi! Mi sono tagliato ma adesso non lo faccio più..." Alla domanda dell'insegnante quando è avvenuto l'ultimo taglio, Daniele risponde che è successo due giorni prima. L'insegnante esprime il suo dispiacere e la sua preoccupazione. Il ragazzo si apre, dice di sentirsi molto triste e che tagliarsi lo fa sentire meglio. Tuttavia, ripete che non lo farà più. Ma l'insegnante non si arrende, dice di essere contenta se il ragazzo interromperà le sue condotte autolesive, ma ribadisce la sua preoccupazione e condivide con Daniele la sua intenzione di convocare i genitori per parlare con loro. Daniele non si oppone anche se non ha molta fiducia in quello che i genitori potranno fare per lui. A conclusione del colloquio il ragazzo confida all'insegnante che nessuno dei due si è mai accorto dei tagli. Il percorso terapeutico porterà alla luce criticità relazionali interne alla famiglia mai affrontate o - se emerse - gravemente sottovalutate, connesse al profondo stato di disagio di Daniele, che ha imparato a placare il suo dolore attraverso atti autolesivi ripetuti.

Grazie all'intervento dell'insegnante e nonostante la difficoltà dei genitori a diventare consapevoli - sia della gravità dei comportamenti di Daniele, sia della loro cecità in relazione ai comportamenti stessi - ha potuto essere avviato un percorso di terapia familiare che si è rivelato efficace per il benessere di tutta la famiglia.

GLI ALTRI SISTEMI SIGNIFICATIVI

L'inclusione degli altri sistemi significativi in cui l'individuo è inserito è importante non solo per aiutare la comprensione dei comportamenti, ma anche per la mobilitazione di risorse importanti. I contesti dai quali attingere elementi per costruire le ipotesi che guidano il nostro intervento, ma anche risorse importanti per affrontare efficacemente i problemi, non sono solo quelli istituzionali (anche se la scuola resta senz'altro l'ambito di elezione per gli adolescenti), bensì anche altri ambiti che possono risultare significativi, come ad esempio quello amicale.

Il caso di Luca

⁵⁷ citazione liberamente tratta dal web



Luca è seguito all'interno di un percorso di terapia familiare per i comportamenti di accentuato ritiro sociale che preoccupano i genitori. Com'è prassi nel nostro gruppo di lavoro, la terapia si articola in formati differenti (Agnetti, Barbato, Rangone, Vadilonga, 2004). Nel corso di una seduta in cui è presente solo Luca, il ragazzo rivolge alla terapeuta una richiesta. Il dialogo si svolge così:

Luca: "Vorrei chiederle una cosa. Potrei invitare la prossima volta qui in seduta Andrea, il mio miglior amico? Vorrei parlare di una cosa ma vorrei ci fosse anche lui... Era in classe con me"

Terapeuta: "Direi di sì. Se pensi che ti sia di aiuto perché no?"

Luca: "Però non vorrei dirgli che lei è una psicologa..."

Terapeuta: "Questo mi sembra un po' difficile... Cosa vorresti dirgli?"

Luca: "Che lei è una persona di cui mi fido e con cui vengo a parlare..."

Terapeuta: "Ma no dai... intanto lo capirebbe subito chi sono io... Tu digli le cose come stanno, vedrai che andrà tutto bene!"

Luca: "Vabbè mi ha convinto, farò così!"

L'incontro diede una svolta al percorso. Luca, sostenuto da Andrea, riuscì a parlare dei suoi dubbi relativi al suo orientamento sessuale e di quanto era accaduto a scuola, quando a fronte delle avances di una compagna di classe si era ritirato e di come questo fatto avesse dato vita a prese in giro da parte degli altri compagni, creandogli maggiori ansie e incertezze.

Il caso di Luca ci permette di aggiungere una riflessione importante. Per capire la complessità ed esplorare i contesti significativi dei nostri pazienti è indispensabile curare la relazione, il che ci permette anche, ovviamente, di avere quella funzione di guida dalla quale non dobbiamo mai abdicare.

Altre volte il bene dei nostri pazienti ci richiede di essere creativi...

Il caso di Diego

A un anno dalla chiusura di una lunga terapia familiare la madre di Diego telefona alla terapeuta chiedendo un appuntamento urgente. Diego, adesso diciannovenne, adottato all'età di sette anni dopo un'infanzia trascorsa in situazione di grave trascuratezza e maltrattamenti, era giunto in terapia familiare su richiesta dei genitori a causa dei violenti litigi con la madre, che controreagiva ai molteplici comportamenti provocatori del figlio. La situazione si era stabilizzata quando la terapia aveva raggiunto l'obiettivo di far scendere in campo il padre, che fino a quel momento era stato marginale e che si era rivelato risorsa preziosa sia per la moglie sia per il figlio. Ma recentemente e improvvisamente il padre era venuto a mancare, Diego non si rassegnava a quello che viveva, anche in ragione della sua storia, come un abbandono, erano ripresi i litigi furiosi con la madre e, cosa che preoccupava molto quest'ultima aveva deciso di licenziarsi dal posto di lavoro che aveva trovato e dove era da tutti stimato. L'indagine condotta dalla terapeuta per capire quali fossero le persone di cui Diego avrebbe potuto fidarsi conducono a identificare uno zio paterno e il miglior amico del padre. Nella seduta successiva, svolta con Diego, la terapeuta propone un incontro con queste due persone e con la madre per ragionare insieme sulla situazione. Diego è da subito



entusiasta, propone di denominare il gruppo “comitato per Diego”, ma pone due condizioni: la terapeuta deve essere la presidente del comitato e il primo incontro deve svolgersi senza di lui. La prima condizione viene accettata, sulla seconda si arriva ad un compromesso. Diego parteciperà dopo che il comitato si sarà riunito e avrà riflettuto su cosa sarà meglio per il suo bene. Così avviene. Al termine del primo incontro la terapeuta sintetizza quanto discusso, esplicita che sia lo zio sia l'amico avrebbero piacere di incontrarlo con regolarità sulla base di un calendario da concordare e che tutti i membri del comitato concordano sull'opportunità che Diego mantenga il suo posto di lavoro. Il ragazzo accetta con gioia le conclusioni, la situazione si stabilizza. Dopo altri due incontri la terapeuta lascia la presidenza del comitato, che continuerà a riunirsi, rimanendo ovviamente disponibile in caso di necessità.

COME DIFFONDERE LA NOSTRA CULTURA SISTEMICA?

È importante capire come la nostra cultura sistemica possa essere maggiormente diffusa, come possiamo modificare le letture semplificate che quotidianamente ci vengono proposte di fenomeni che celano complessità che restano non solo inesplorate, ma non vengono neanche ipotizzate. Il rischio è che situazioni di estrema gravità vengano sottovalutate (gravi segreti familiari, violenze, abusi...) e che si diffonda un clima di ansia estremamente nocivo “ma *allora anche mio figlio può fare questo?*”.

Se la lettura delle situazioni che stanno a monte di fatti anche molto gravi non si basa sul paradigma della complessità, il rischio è che ci si accontenti di soluzioni semplici che si rivelano del tutto inefficaci. Punizioni e minacce non solo non funzionano, ma possono anche stimolare ulteriori comportamenti provocatori che danno luogo a escalation difficilmente gestibili. Non dimentichiamo che la sfida è parte integrante della fase adolescenziale.

Un insegnante aveva deciso di svolgere le interrogazioni muovendosi tra i banchi e ponendo domande specifiche, cui gli allievi dovevano rispondere in modo conciso ed esauriente nei tempi da lui scanditi contando fino a cinque. Se la risposta non arrivava il risultato era un'insufficienza. Quando fu il turno di Davide, il ragazzo non aprì bocca, ma allo scadere del tempo stabilito pronunciò con lo stesso ritmo usato dall'insegnante i numeri dal sei al dieci. La classe esplose in un'ovazione che segnò il trionfo di Davide e portò, ovviamente, alla sua sospensione.

Ma cosa ci può aiutare a diffondere la nostra cultura sistemica? Sappiamo che accedere ad una determinata visione dei problemi e costruire modalità efficaci per affrontarli implica poterne trarre un vantaggio. Condividere, ragionare insieme, non sentirsi soli ad affrontare problemi che mettono comprensibilmente in ansia e creano disagio può essere motivante e può aiutare i nostri interlocutori a non cadere nella trappola delle soluzioni semplici, che vanno dai giudizi di valore (che chiudono immediatamente il dialogo con l'adolescente) alle punizioni (che stimolano la sfida).

Sostenere gli adulti a non illudersi di poter controllare il mondo degli adolescenti e a utilizzare strategie efficaci per poter tenere aperto il dialogo (che è spesso l'unica modalità efficace) è un compito che chi afferisce al mondo sistemico può senz'altro espletare. Non dimentichiamo inoltre che gli adolescenti possono anche deliberatamente mettere alla prova l'adulto per sondare le sue capacità e per ottenere il controllo della situazione. Navigare in questo mare tempestoso non è di certo facile!

SENSIBILIZZARE, PREVENIRE E PROTEGGERE

L'esperienza clinica ci insegna che comportamenti gravi (suicidi, omicidi, stragi familiari, violenze) non nascono dal nulla ma hanno alle spalle situazioni altamente traumatiche non emerse o se emerse non riparate (Bertetti, Chistolini, Rangone, Vadilonga, 2004). Nostro compito è quello di sensibilizzare adulti e minorenni a non rimanere passivi di fronte a situazioni "tossiche", che spesso vengono normalizzate (*"sono stati solo due ceffoni"*) e a chiedere aiuto. Il diffondersi della violenza come modo per affrontare le difficoltà che si possono creare nei vari contesti - come, ad esempio, gli episodi sempre più frequenti di genitori che aggrediscono gli insegnanti e che sono decisamente da condannare - non può portarci a cadere nella trappola della semplificazione. Ci capita sempre più spesso di sentir dire *"quando andavo a scuola io se prendevo un brutto voto mio padre mi picchiava..."* come esempio di comportamento utile. Trovare altre vie per affrontare i problemi può essere faticoso e necessita condivisione. Stimolare confronti di gruppo, creare situazioni dove le difficoltà e non solo le soluzioni possano essere condivise è una via non facile ma che dobbiamo impegnarci a co-costruire.

Sarà importante anche monitorare i nostri pregiudizi.

Qualche tempo fa fui invitata a tenere un incontro sul tema dell'adolescenza in una piccola cittadina. L'incontro era riservato ai genitori ed era organizzato congiuntamente dal consultorio e dal servizio sociale. Accettai volentieri e preparai una ricca presentazione, nella convinzione che sarebbe stato difficile realizzare una condivisione di esperienze tra i partecipanti, causa la ristrettezza del contesto. Qualcuno sarebbe stato in grado di aprirsi e condividere le proprie esperienze? E quanti avrebbero partecipato? Quell'esperienza fu davvero preziosa per me: la sala era colma, le persone si conoscevano tra loro, gli stimoli della presentazione furono raccolti e si creò una situazione di scambio ricco e profondo. Molti intervennero raccontando la situazione nella quale si trovavano, ci fu un confronto aperto e non giudicante. Alla fine dell'incontro le operatrici mi spiegavano che avevano realizzato uno spazio settimanale serale per i genitori che, suddivisi sulla base della fase della vita che attraversavano i loro figli, si incontravano, dividevano e si davano una mano in una dimensione di mutuo aiuto che solo periodicamente vedeva la presenza di un'operatrice. Incontrarsi al bar o al supermercato, lungi dall'inibire uno scambio autentico, si costituiva come un fattore di risorsa. Fu per me un'esperienza davvero interessante, che mi aiutò a non sottovalutare l'esistenza di pregiudizi, che possono scoraggiare e indurci a non osare.



Un altro aspetto importante riguarda la protezione. È sicuramente importante lavorare per sensibilizzare e sostenere chi vede ma non sa come muoversi, tenendo presente che queste tematiche così delicate richiedono, per essere gestite in modo utile, non solo formazioni istruttive ma soprattutto collaborazione e accoglienza. Succede con grande frequenza che gli operatori sappiano cosa sia giusto fare ma non riescano a procedere.

Anche in ambito professionale questo accade. Non è raro che vengano confidati fatti gravi nel corso della psicoterapia e che il professionista si limiti a discuterne in seduta senza prendere i necessari provvedimenti. Sicuramente i richiami al codice deontologico sono importanti ma ancora più importante è essere consapevoli del terreno dal quale nascono quelle normative. In altri termini: le situazioni di violenza/bullismo devono essere interrotte, il minorenni deve essere protetto, ma non solo perché è nostro dovere farlo, ma anche (e soprattutto) perché è il presupposto indispensabile per poter promuovere il benessere del nostro paziente. È possibile che chi svolge una professione di aiuto (psicologi, assistenti sociali, educatori, medici) sia in difficoltà quando si tratta di tradurre in una prassi operativa quello che sa perfettamente da un punto di vista teorico. Occorre riconoscere che entrare in contatto con certe informazioni (esperienze traumatiche vissute dal nostro paziente nel passato o presenti nell'attualità) può tradursi in una traumatizzazione secondaria per l'operatore. Non agire può non essere il frutto di cattiva volontà, ma proprio l'effetto dell'essere entrato in contatto con esperienze devastanti che possono bloccare la nostra operatività. Poter usufruire di un gruppo di lavoro accogliente e supportivo, dove poter esplicitare le nostre fragilità, i nostri dubbi, i nostri timori, è assolutamente importante, ma anche potersi avvalere di una supervisione efficace e non istruttiva può fare la differenza (Rangone, 2020).

CONCLUSIONI

Ritengo indispensabile che i terapeuti si dotino di una visione ampia e complessa dei problemi con i quali si interfacciano quotidianamente e possano usufruire anche di contributi che, pur non nascendo dal mondo sistemico, si muovono da premesse con esso coerenti. La teoria dell'attaccamento e le teorie sul trauma ne sono un esempio significativo anche se non esaustivo. Ma non dobbiamo dimenticare che nessun intervento sarà efficace in assenza della relazione con i nostri pazienti e che spesso, come ho cercato di illustrare negli esempi clinici riportati, occorre dotarsi anche di creatività. Quello che io porto con me dalla mia formazione con Boscolo e Cecchin, oltre a tanti aspetti fondamentali sui quali continuo ad appoggiarmi nella mia attività clinica e formativa, è proprio la creatività, ovvero la capacità di mettere in discussione, implicitamente ma efficacemente, le premesse del paziente che contribuiscono a imprigionarlo nel sintomo. Un ultimo ma importante riferimento è quello relativo all'importanza di riconoscere anche le premesse che guidano noi terapeuti: se non riconosciute e gestite possono infatti invalidare i nostri interventi. L'approccio sistemico, che enfatizza lo scambio e il confronto, continua ad essere l'antidoto più efficace rispetto a questo rischio.

BIBLIOGRAFIA

Agnetti, G., Barbato, A., Rangone, G., Vadilonga, F. (2014). “Verso un modello di terapia sistemica integrato con la teoria dell’attaccamento “. *Terapia familiare*, 106: 41-71.

Bertetti, B., Chistolini, M., Rangone, G., Vadilonga, F. (2004). *L'adolescenza ferita. Un modello di presa in carico delle gravi crisi adolescenziali*. Franco Angeli.

Cucci, G., O'Leary, K.D., Olivari, M.G., Bonanomi, A., Confalonieri, E. (2019). “Adolescent dating violence perpetration, emotion dysregulation, and parenting styles”. *Journal of family psychology*, 33(1):12-22.

Corn, E., Malgesini, L., Pezzotta, I. (2024). *Era una brava persona. Sguardi sulla violenza maschile contro le donne*. Il margine - Erickson.

Rangone, G. (2020). “Supervisionare i Servizi Tutela Minori. Spunti per un intervento efficace”. *Lavoro sociale*, Supplemento online al vol. 20(6): 77-89.

Rangone, G. (2024). “Tu pensi che io sia cattivo... Lavorare con gli adolescenti ribelli e con le loro famiglie”. *Quaderni SIRTS*, 5: 27-35.

O'Keefe, M. (2005). “Teen dating violence: A review of risk factors and prevention efforts”. *National Electronic Network on violence against women*, 1: 1-5.

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

**Commento all'articolo di Gloriana Rangone:
ERA UN RAGAZZO SOLARE E LA FAMIGLIA...ERA PERFETTA!**

Sara Ferraris⁵⁸

Mail: Sara.ferraris@psicoterapiarelazionale.it

Rangone ci stimola ad utilizzare il pensiero sistemico, esortandoci a mantenerci sempre curiosi e creativi, non solo all'interno del setting terapeutico ma osando farlo fuori la stanza di terapia per aiutare la società a non cadere nella pericolosa trappola della semplificazione.

È quanto sottolineano Mazza e Cambiaso in apertura del libro *Orientarsi nel Caos* (pag.5): “oggi il pensiero sistemico, applicato alla clinica, abbraccia dimensioni e letture che vanno ben oltre la famiglia e la sua storia. Include cultura e valori, luoghi e generi, condizioni sociali e processi evolutivi, relazioni primarie e comunicazioni affettive.”

Il contributo di Gloriana Rangone offre una lente preziosa per analizzare i fenomeni di violenza e sofferenza che, in particolare, coinvolgono gli adolescenti, oggi troppo spesso ridotti a narrazioni mediatiche ipersemplicate e fuorvianti. L'autrice invita a rifuggire dalla trappola del “raptus” o delle spiegazioni monocausali per abbracciare, invece, il paradigma della complessità.

Si ribadisce l'importanza fondamentale dell'allargamento del campo di osservazione; riprendendo il postulato di Watzlawick, Beavin e Jackson, l'articolo riafferma che un fenomeno resta inspiegabile se non include il contesto relazionale e sociale in cui si verifica. Questo è evidente nei casi clinici presentati, come quello di Daniele, dove il gesto autolesivo diventa intelligibile solo attraverso l'analisi delle criticità familiari sottostimate.

Quindi parlare di grave disagio e violenza, in particolare quando riguarda gli adolescenti, ricercando “la causa” è come entrare in una città sconosciuta con una sola strada tracciata sulla mappa.

Riprendo il termine con cui l'autrice apre l'articolo: complessità.

La complessità è come una guida locale in una città che non abbiamo mai visto, che invece di portarti dritto a destinazione, ti fa girare per vicoli, cortili interni, angoli bui; ogni ipotesi da cui partiamo diventa una strada da provare. Alcune si chiudono, altre si aprono.

⁵⁸ Psicologa psicoterapeuta, membro fondatore dello Studio di Psicoterapia Relazionale e del Centro Ado.T di Milano, socia SIPPR (Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale), membro della Associazione Italiana EMDR, socia SIRTS e membro della redazione dei Quaderni SIRTS. È supervisore e docente della Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli e membro direttivo della sede di Brescia, socia e Presidente del Centro Mara Selvini per l'adozione e genitorialità altre, formatrice e supervisora per enti pubblici e privati. Terapeuta certificata MIMT (Mindful Interbeing Mirror Therapy di Alessandro Carmelita e Marina Cirio).

La guida-complessità non ci dà la risposta, ci costringe a camminare dentro le connessioni, ci porta in giro finché non smettiamo di cercare “il punto” e iniziamo a vedere la trama.

L'autrice evidenzia che l'essere costantemente esposti a situazioni drammatiche come guerre, violenze, di fronte alle quali regna la tendenza/bisogno di trovare un senso, espone al rischio di “cadere nella trappola della semplificazione, nella ricerca di nessi di causa effetto che ci danno l'illusione di avere finalmente capito e forse anche di avere in mano la soluzione”.

Non esiste UNA causa al malessere; alla linearità deterministica (causa-effetto-rimedio) dobbiamo sostituire la complessità di concause e di effetti e risposte articolate. Alla complessità si risponde con la complessità.

Le spiegazioni antiriduzionistiche di Edgar Morin si fondano sul “pensiero complesso”: un approccio che rifiuta la frammentazione e la separazione dei saperi, proponendo una visione olistica in cui le parti non possono essere comprese senza l'insieme e viceversa.

Un altro punto chiave messo in evidenza nell'articolo riguarda la diagnosi e l'importanza di considerarla come processo-risorsa e non come etichetta-trappola che può renderci “ciechi”, e non attenti a quel contesto e a quelle relazioni specifiche in quel dato momento del ciclo di vita.

All'opposto ci possiamo trovare di fronte al problema che esplode OUT OF THE BLUE, cioè senza segnali, come fatti riportati sempre più frequentemente dalla cronaca e che riguardano efferati delitti compiuti dagli adolescenti.

Anche qui chiamiamo la nostra guida, la complessità, per orientarci in quelle situazioni dominate dal Caos (Cambiaso, Mazza, Ferraris, 2024) per tentare di dare un ordine e fare maggior chiarezza.

La violenza degli adolescenti non nasce da un punto, ma da un intreccio. La famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, i social, la storia di ogni corpo e di ogni legame si muovono insieme, si influenzano, si amplificano o si silenziano a seconda del momento.

Quella che appare come un'esplosione improvvisa è spesso l'esito visibile di reti invisibili che si sono tese per mesi o, talvolta, per anni.

Se ci ostiniamo a seguire solo la nostra ipotesi iniziale – il ragazzo “aggressivo”, la famiglia “assente”, la scuola “insufficiente” - rischiamo di fermarci al primo vicolo cieco.

Se accettiamo di farci portare in giro dalla complessità, scopriamo che il gesto violento è un nodo in cui convergono aspettative deluse, lealtà contraddittorie, identità in costruzione e richieste di riconoscimento che non hanno trovato altro linguaggio.

Capire la violenza adolescente significa quindi spostare lo sguardo dal “chi ha fatto cosa” al “come si è generato questo campo relazionale”.

Solo dentro questa ecologia si può pensare una risposta che non sia solo repressione o etichetta, ma possibilità di cambiamento.

Viene inoltre evidenziata la necessità, oggi più che mai, di uscire dal setting terapeutico per offrire attraverso consulenze, formazioni, incontri di prevenzione l'occasione di poter individuare situazioni di rischio che, spesso restano non viste o sottostimate.

Il contributo, sollecitato dall'autrice, che possiamo portare come sistemici non sta nell'avere risposte più giuste, ma nel saper tenere la domanda aperta.

Dentro la stanza di terapia questo significa rifiutare la lettura lineare che isola il sintomo e il "colpevole", per ridare visibilità alla trama di relazioni, tempi e significati che lo sostengono.

Fuori dalla stanza, lo stesso sguardo ci chiede di entrare nei contesti sociali, educativi, istituzionali con la stessa lentezza e la stessa diffidenza verso le soluzioni preconfezionate.

La nostra visione della realtà non è neutra: è una scelta epistemologica. Affermare che i fenomeni umani sono processi circolari, contestuali, in continua co-costruzione, significa opporsi alla tentazione culturale di ridurre la complessità a etichette, algoritmi morali o narrazioni binarie.

È una sfida scomoda quella che ci invita a fare l'autrice, perché la semplificazione rassicura e mobilita più velocemente. Ma è proprio lì che si annida la trappola.

Come sistemici possiamo offrire alla società un allenamento al pensiero relazionale, per ricordare che ogni azione, ogni conflitto, ogni atto violento è sempre il punto di incontro di più storie che si parlano.

Se questa prospettiva entra nel dibattito pubblico, la società smette di cercare capri espiatori e semplificazioni e inizia a cercare connessioni.

BIBLIOGRAFIA

Cambiaso, G., Mazza, R., (con il contributo di Sara Ferraris) (2024). *Orientarsi nel Caos. Sistemi instabili, famiglie, relazioni d'aiuto*. Pisa University Press

Morin, E., (2001). *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Raffaello Cortina.

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

SEZIONE STRUMENTI

METODO EMOTH (EXPERIENCE MAPPING OF THE HOME) NELLA TERAPIA SISTEMICA: ESPLORAZIONE DELLE NARRAZIONI LEGATE AL LUOGO E GUARIGIONE IN UN APPROCCIO INFORMATO SUL TRAUMA

(“THE EMOTH - EXPERIENCE MAPPING OF THE HOME - METHOD IN SYSTEMIC THERAPY: EXPLORATION OF SITE-RELATED NARRATIONS AND HEALING IN A TRAUMA-INFORMED APPROACH”)

Tamás Martos⁵⁹, Viola Sallay⁶⁰ *

Mail: tamas.martos@psy.u-szeged.hu, viola.sallay@sfu-paris.fr

SOMMARIO

Presentiamo il metodo Experience Mapping of the Home (EMOTH) e la sua applicazione nella terapia sistemica. Il metodo EMOTH mira a esplorare la relazione tra i processi di autoregolazione emotiva individuale nell'ambiente domestico e le dinamiche relazionali. Utilizzando EMOTH, i clienti disegnano una planimetria della loro casa e poi individuano e segnano su di essa esperienze emotive importanti come sicurezza/protezione, insicurezza, insieme e ritiro. Condividendo esperienze emotivamente significative e storie correlate, il professionista sistemico e i clienti possono comprendere insieme il significato delle situazioni domestiche e sviluppare un obiettivo su cui concentrarsi per il lavoro futuro. Introduciamo anche l'applicazione informata sul trauma della mappatura dell'esperienza, che fornisce un metodo esperienziale e relazionale per far emergere e rimodellare narrazioni cariche di emozioni all'interno della terapia sistemica. Discutiamo il potenziale del metodo EMOTH e delle sue varianti, dal disegno all'uso di un kit di strumenti appositamente sviluppato, come strumenti terapeutici sistemici.

PAROLE CHIAVE: terapia sistemica, mappatura dell'esperienza, cura informata sul trauma, valutazione sistemica, intervento sistemico, presentazione di casi

ABSTRACT

We present the Experience Mapping of the Home (EMOTH) method and its application in systemic therapy. The EMOTH method aims to explore the relationship between individual emotional self-regulation processes in the home environment and relationship dynamics. Using EMOTH, clients draw a floor plan of their home and then locate and mark on it important

⁵⁹ Psicologo, terapeuta sistemico, Università di Szeged, Istituto di Psicologia

⁶⁰ Psicologa, psicoterapeuta sistemica, Università privata Sigmund Freud, Vienna-Parigi

* I due autori hanno contribuito in egual misura alla stesura dell'articolo.

emotional experiences such as security/safety, insecurity, togetherness, and withdrawal. As a result, the therapist and the patient can map out together the rituals and stories of family relationships and the patients' emotional processes. We also introduce trauma-informed application of experience mapping that provides an experiential and relational method for surfacing and reshaping emotionally charged narratives within systemic therapy. We discuss the potential of the EMOTH method and its variations, from drawing to the use of a purposefully developed toolkit, as systemic therapeutic tools.

KEYWORDS: systemic therapy, experience mapping, trauma-informed care, systemic assessment, systemic intervention, case presentation

INTRODUZIONE

Il metodo EMOTH (Experience Mapping of the Home) mira a esplorare la relazione tra i processi di autoregolazione emotiva individuale nell'ambiente domestico e le dinamiche relazionali. Dopo un breve invito al lettore a riflettere sulle esperienze domestiche, forniamo una panoramica del fondamento teorico e degli aspetti pratici del metodo. Inoltre, presentiamo un caso clinico a titolo illustrativo, insieme a alcune considerazioni conclusive sulle nostre esperienze con il metodo.

L'esperienza personale in breve: un invito

Cominciamo con una breve esperienza guidata. Il lettore può seguire le istruzioni e riflettere sulle associazioni e sui sentimenti che emergono.

Ricordate la vostra casa; l'ambiente domestico che vi circonda ora o come l'avete lasciato l'ultima volta che ci siete stati. Quali immagini vi vengono in mente? Quali sentimenti provate quando immaginate la vostra casa? Visualizzate l'ambiente fisico della vostra casa, i luoghi in cui trascorrete regolarmente o occasionalmente del tempo. Pensate a ogni stanza e ai suoi arredi, alla vista dalle finestre e, se pertinente, al balcone, alla terrazza, al giardino o al garage.

Ora nomineremo alcune esperienze o sensazioni. Individua il luogo della tua casa che associ a ciascuna di queste esperienze. Innanzitutto, qual è il tuo luogo di sicurezza nella tua casa? Dove ti senti più al sicuro? Rifletti su questo luogo: cosa ti dà questo senso di sicurezza? Cosa succede quando lo provi? Chi altro è presente e come interagisci? Rifletti per un momento...

Ora, identifica il luogo di insicurezza nella tua casa. Dove ti senti più insicuro? Rifletti su questo luogo: cosa ti dà questo senso di insicurezza? Cosa succede quando lo provi? Chi altro è presente e come interagisci? Rifletti per un momento...

Ora lascia che le immagini interiori svaniscano e torna al presente.

I molti volti degli ambienti domestici

In tutte le culture, le case hanno un significato profondo. Per molti, svolgono un ruolo positivo: sono un luogo sicuro dove affrontare lo stress esterno, ritrovare l'autostima e sostenere le relazioni. È un bisogno umano fondamentale avere un luogo centrale per la vita, le aspirazioni individuali e lo sviluppo di relazioni importanti - la casa - e provare un senso di sicurezza, libertà, controllo personale e competenza, un senso di benessere o miglioramento del benessere attuale, incontri gioiosi e interazioni positive con gli altri. Questa esperienza corrisponde al senso di "casa" o "identità personale", e la casa stessa è uno dei luoghi di maggiore significato personale, il punto di riferimento dell'esistenza umana.

La casa è anche un ambiente socio-fisico, ovvero l'esperienza della casa è anche il risultato di un'interazione bidirezionale con l'ambiente. Da un lato, le caratteristiche fisiche hanno senso nel contesto delle relazioni sociali: attribuiamo significati relazionali ed emozioni specifici a determinati luoghi, come il nostro angolo preferito al tavolo della cucina. Dall'altro lato, le relazioni sociali si sviluppano nell'ambiente fisico e attraverso di esso, adattandosi ai suoi confini fisici e sfruttandone le possibilità spaziali. Questo è ciò che intendiamo quando diciamo che la casa è costruita attraverso le interazioni di una persona con il proprio ambiente. La casa è un luogo costruito nel tempo e nello spazio che può sostenere la stabilità psicologica durante le transizioni e le situazioni di vita nuove e avverse. La casa come luogo di sicurezza, o più specificamente lo spazio sicuro al suo interno, può svolgere un ruolo specifico nei processi di autoregolazione (Sallay et al., 2023).

Fin dalla tenera età, le persone sviluppano strategie ambientali di autoregolazione, utilizzando attivamente determinati luoghi per ripristinare l'armonia del corpo e della mente. In questo spazio esperienziale, la casa è un luogo privilegiato; è l'arena primaria per le interazioni familiari, le dinamiche delle relazioni intime, l'educazione della generazione successiva e gli anni formativi dei bambini (Bagais & Pati, 2023). È molto più di un semplice spazio fisico, un appartamento o un edificio. La casa è un ambiente socio-fisico che svolge un ruolo cruciale nel plasmare il nostro benessere in tutte le fasi della vita (Elliott et al., 2016). Ecco perché la casa diventa anche un potente riflesso delle relazioni familiari e dei processi individuali e relazionali che possono portare al benessere o alle disfunzioni familiari.

Molti di questi processi regolatori non vengono riconosciuti consapevolmente, passano inosservati o non vengono affrontati nelle nostre interazioni quotidiane. Tuttavia, il modello di interazioni all'interno della casa rivela molto sulla storia e sulla vita attuale di una persona, di una coppia o di una famiglia. Quando ci concentriamo sulle esperienze emotive in casa, possiamo chiederci: in che modo i membri della famiglia utilizzano la casa nel processo di formazione delle relazioni familiari? Al contrario: in che modo la casa riflette i processi delle relazioni e i cambiamenti nelle relazioni? Anche i processi più dolorosi?

Esperienze traumatiche e spazio domestico

Le esperienze emotive legate alla casa sono complesse e spesso ambivalenti: i membri della famiglia provano spesso sentimenti positivi nei confronti della propria casa, ma ci sono anche situazioni in cui persistono sentimenti difficili a causa di disgregazioni familiari ed eventi

traumatici⁶¹ (ad esempio, crisi di divorzio, abusi, malattie croniche o morte di un membro della famiglia) (Usher et al., 2020). In questi casi, sentimenti di minaccia e di intrappolamento possono affiancarsi a sentimenti di sicurezza (idealizzata) nell'immagine interna della casa. Se la casa è anche associata a ricordi dolorosi, può diventare un luogo in cui rivivere scene angoscianti e una fonte di stress. L'autoregolazione dello stress può spesso portare a episodi temporanei di disperazione, dubbio, solitudine e incertezza (Owen & Crane, 2022). Al di là delle nozioni idealistiche, le case sono spazi emotivamente strutturati in cui persone reali provano emozioni sia positive che negative. Queste esperienze emotive sono spesso associate ad aree specifiche della casa che, nel tempo, possono diventare intrise di significato emotivo (Sallay et al., 2019).

Concettualizzare la casa come uno dei luoghi primari del trauma ha implicazioni che attraversano tutto il ciclo di vita. L'esposizione precoce modella associazioni spaziali-emotive che possono successivamente influenzare i modelli di attaccamento, i comportamenti di evitamento e le strategie di regolazione, mentre le esperienze adulte di trauma domestico influenzano le successive scelte relative alla casa e la capacità di percepirla come un luogo sicuro. Considerare la casa come parte attiva delle esperienze traumatiche piuttosto che come sfondo passivo fornisce una base necessaria per esaminare l'imprinting dello sviluppo, lo stress cronico, la riattivazione della memoria e i processi di recupero.

Il disagio legato al trauma è spesso mantenuto dalla riattivazione involontaria della memoria attraverso stimoli contestuali. Una letteratura sempre più ampia dimostra che i ricordi traumatici sono strettamente legati a contesti sensoriali, spaziali e situazionali. Gli ambienti che ricordano le condizioni originali possono scatenare risposte fisiologiche ed emotive al di fuori della consapevolezza cosciente. In questo senso, gli spazi domestici sono particolarmente rilevanti perché contengono configurazioni stabili di stanze, oggetti, suoni e routine che possono fungere da promemoria del trauma (Murrani et al., 2023). Questa prospettiva ridefinisce la memoria del trauma come sensibile al contesto e radicata nell'ambiente, cioè legata al sistema, piuttosto che esclusivamente intrapsichica o narrativa.

Adottando questa visione sistemica, possiamo anche supporre che la riattivazione spaziale influenzi non solo gli individui, ma anche le loro relazioni a casa (Nisse, 2022). La convivenza trasforma il trauma in una sfida regolatoria collettiva. I membri della famiglia si adattano alla minaccia coordinando comportamenti - come l'evitamento, l'ipervigilanza o la soppressione emotiva - che riducono il disagio immediato ma possono limitare la flessibilità e la crescita. Questi adattamenti sono spesso organizzati spazialmente, modellando il modo in cui vengono utilizzate le stanze, dove vengono evitati i conflitti e come viene negoziata la insieme all'interno della casa. Inoltre, i membri della famiglia possono inconsapevolmente assecondare modelli di evitamento o riorganizzare le routine per ridurre al minimo i fattori scatenanti. In questo modo, le routine quotidiane possono incorporare le risposte al trauma nelle pratiche domestiche

⁶¹ In linea con le definizioni comunemente accettate, consideriamo il trauma come una risposta psicologica a uno o più eventi che l'individuo percepisce come travolgenti e intollerabili. Inoltre, tale risposta comporta spesso conseguenze negative durature sul senso di sé, nonché sul funzionamento emotivo e cognitivo.

(Reese et al., 2022). Nel corso del tempo, la casa stessa può diventare strutturata intorno alla gestione della riattivazione, rafforzando i modelli legati al trauma a livello relazionale.

Questi processi rendono comprensibile il modo in cui lo stress traumatico è spesso distribuito, mediato e mantenuto attraverso contesti relazionali e spaziali condivisi, in particolare la casa. La convivenza può creare le condizioni per una continua esposizione a stimoli legati al trauma, climi emotivi e strategie di coping, consentendo al disagio di circolare attraverso le routine e le interazioni quotidiane. Da questo punto di vista, la casa funziona come un campo relazionale in cui il trauma non solo viene vissuto, ma anche co-regolato, amplificato o attenuato attraverso processi sistemici. Di conseguenza, i processi di mitigazione dello stress e di guarigione possono operare all'interno dei sistemi relazionali che, una volta identificati, possono essere utilizzati come risorse terapeutiche.

La casa: livelli di significato e complessità emotiva da esplorare

Quando riflettiamo sul ruolo complesso che gli ambienti domestici possono svolgere nella nostra vita, ci piace usare questa metafora: *"La casa è come uno specchio"*. Cosa intendiamo con questo? Come abbiamo presentato nell'introduzione, la casa e le esperienze legate alla casa rivelano molto sulla storia e sulla vita attuale di una persona, di una coppia o di una famiglia. Se osiamo guardare in questo specchio, esso ci mostra gioie e dolori, difficoltà e risorse. I terapeuti familiari sono da tempo interessati alle case delle famiglie dei loro clienti come spazi che condensano le relazioni familiari. Descritta per la prima volta da Coppersmith e successivamente "canonizzata" da Sherman e Fredman (Coppersmith, 1980; Sherman & Fredman, 1986), la tecnica della "planimetria" è stata suggerita come procedura diagnostica nella terapia familiare. La tecnica originale considerava la planimetria principalmente come un punto di partenza per esplorare i rituali comportamentali-spaziali, come le regole di accesso e di esclusione da particolari stanze. La casa familiare è anche ricca di esperienze emotive che determinano il benessere o il malessere, ma può essere difficile dar loro voce. Spesso le persone non sono consapevoli delle proprie reazioni emotive o relazionali. Quindi, la nostra domanda iniziale era: come possiamo rendere visibile l'invisibile? Come valutiamo l'autoregolazione ambientale conscia e inconscia che sta dietro al comportamento quotidiano? E come possiamo far sentire le storie non raccontate? Queste domande sono state il punto di partenza da cui ha avuto origine l'uso terapeutico della mappatura dell'esperienza, il metodo Experience Mapping of the Home (EMOTH) (precedentemente Emotional Map of the Home; Sallay, 2014; Sallay & Dúll, 2006).

IL METODO EMOTH: PANORAMICA

Il metodo EMOTH si basava su una procedura diagnostica della terapia familiare, la tecnica della "planimetria della casa". Tuttavia, per Coppersmith e per Sherman e Fredman (Coppersmith, 1980; Sherman & Fredman, 1986), il significato emotivo di ogni stanza della casa e il suo ruolo nell'autoregolazione emotivo-relazionale non erano al centro dell'attenzione, almeno non in modo sistematico. All'inizio dello sviluppo del metodo EMOTH come intervento terapeutico sistemico, abbiamo ipotizzato che collegare esperienze emotivamente

significative, processi relazionali e attività a luoghi specifici ci avrebbe avvicinato all'esperienza quotidiana delle relazioni (cfr. Bruni, 2025). Questo può fornire una nuova piattaforma per comunicare queste esperienze con i nostri clienti. Possiamo utilizzare la mappatura delle esperienze per aumentare la consapevolezza delle esperienze domestiche, identificare le vulnerabilità da guarire e identificare le risorse su cui costruire. Infine, è importante notare che abbiamo utilizzato la procedura EMOTH sia per scopi di ricerca che di terapia familiare. I risultati della ricerca sono stati pubblicati altrove (Martos et al., 2023; Sallay, 2014; Sallay et al., 2019)

Utilizziamo il metodo EMOTH in due varianti principali nella terapia sistemica. Nella Figura 1, ci riferiamo alla versione disegnata. Recentemente, abbiamo anche sviluppato una versione toolkit in cui gli stessi elementi descritti di seguito possono essere disposti come se i clienti/membri della famiglia giocassero a un gioco da tavolo (Figura 2). In entrambe le forme, la procedura prevede tre fasi fondamentali.

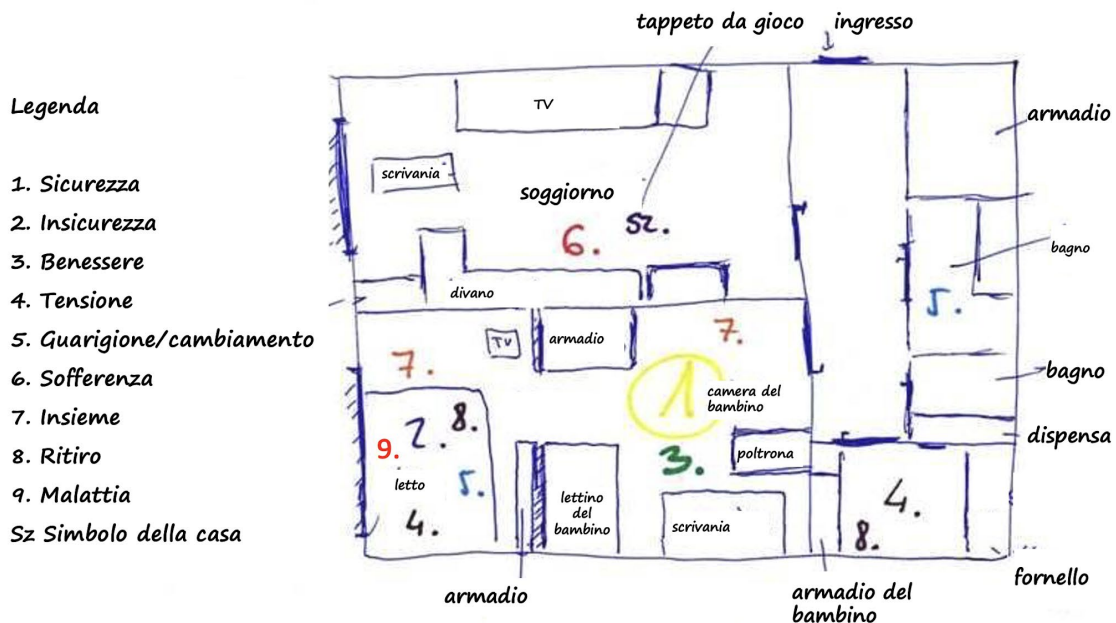


Figura 1. Esempio di disegno di casa con esperienze contrassegnate (da Sallay et al., 2019)

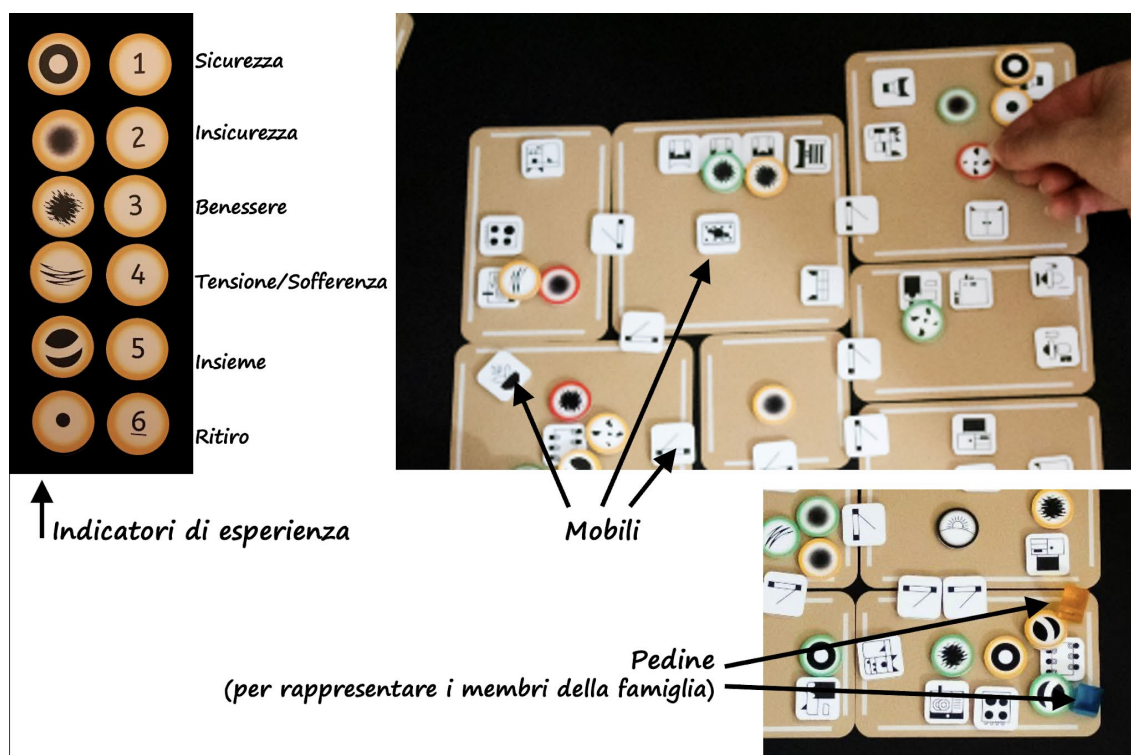


Figura 2. Elementi e applicazione dello strumento EMOTH

Il processo di applicazione

La procedura EMOTH ha una struttura e istruzioni definite. Tuttavia, queste istruzioni possono essere adattate in modo flessibile all'obiettivo terapeutico effettivo.

Fase 1: Disegnare/costruire una mappa della casa

I membri della famiglia disegnano una mappa della loro casa o la costruiscono utilizzando le schede delle stanze dello strumento EMOTH. I mobili e le attrezzature possono essere disegnati sulla planimetria. Nel caso dello strumento EMOTH, il posizionamento dei marcatori dei mobili aiuta a ricordare la casa nel modo più accurato possibile.

Fase 2: Posizionamento delle esperienze sulla planimetria

Seguendo le istruzioni del terapeuta, i partecipanti individuano e contrassegnano sulla mappa della propria casa il luogo in cui hanno vissuto un'esperienza emotiva significativa. Il testo suggerito per l'istruzione relativa all'esperienza di sicurezza, utilizzando lo strumento EMOTH, è il seguente: *"Vi racconterò diverse esperienze. Per ciascuna di esse, individuate il luogo in cui l'avete vissuta nella vostra casa e contrassegnatelo con l'apposito indicatore. Dove si trova il luogo della [sicurezza] nella vostra casa? Posizionate il segnalino n. 1 sulla planimetria della casa nel punto in cui si trova la [sicurezza] nella vostra casa"*. La marcatura viene effettuata scrivendo un numero di linea sul disegno e a questo scopo nel kit di strumenti vengono utilizzati segnalini separati per le esperienze.

Le esperienze aggiuntive vengono denominate e posizionate in modo simile. L'istruzione può quindi essere continuata allo stesso modo con le esperienze di [incertezza], [benessere], [tensione/sofferenza], [insieme] e [ritiro]. Queste esperienze rappresentano le qualità fondamentali della transazione uomo-ambiente e quindi le utilizziamo quasi sempre nella nostra pratica. Tuttavia, a seconda del tema specifico del caso e dei temi e delle questioni che emergono nelle relazioni, ulteriori esperienze ad hoc possono essere insegnate in questo modo a discrezione del professionista. È importante che anche in questi casi l'insegnamento sia impartito nel modo sopra descritto, ovvero cercando la posizione dell'esperienza con i membri della famiglia.

Fase 3: Esplorazione e condivisione delle esperienze, narrazione

Una volta che ogni membro della famiglia ha posizionato tutti i marcatori delle esperienze sulla propria mappa della casa, può iniziare il processo di elaborazione e condivisione delle storie relative alle loro esperienze. Condividere le storie e approfondire tale condivisione in modo professionale è fondamentale per utilizzare efficacemente lo strumento EMOTH come strumento terapeutico e di supporto. Uno alla volta, i membri della famiglia possono condividere dove provano determinati sentimenti nello spazio della casa e quali interazioni ed esperienze hanno gli uni con gli altri in relazione a questi luoghi e sentimenti. Nella condivisione, il compito del professionista che offre aiuto è quello di applicare tutte le sue competenze terapeutiche e di assistenza in base a ciò che ritiene più importante nella situazione specifica.

EMOTH – INDICAZIONI SPECIFICHE E DOMANDE TERAPEUTICHE NELLA TERAPIA SISTEMICA

Indicazioni e controindicazioni dell'applicazione di EMOTH

Quando i terapeuti sistemici dovrebbero prendere in considerazione la mappatura delle esperienze emotive della casa? In base alla nostra esperienza, ci sono diversi casi in cui è opportuno prendere in considerazione l'uso della mappatura delle esperienze nei processi di terapia individuale e familiare:

- c'è la necessità di comprendere i modelli di conflitto cronico e incomprensione;
- quando la famiglia entra in una nuova fase del proprio ciclo di vita e questo travolge uno o più membri della famiglia: ad esempio, l'adattamento a un nuovo bambino, la convivenza con adolescenti o la ricostituzione di una costellazione familiare;
- quando i confini tra i sottosistemi genitore e figlio diventano sfuocati;
- le interazioni quotidiane sono bloccate o problematiche, soprattutto a livello emotivo (compresi i casi di alessitimia);
- la gestione quotidiana delle sfide domestiche travolge uno o più membri della famiglia;
- ci sono problemi e conflitti ricorrenti nelle famiglie ricostituite;

- le coppie e le famiglie incontrano problemi nell'adattarsi alle nuove circostanze di vita, come andare a vivere insieme o trasferirsi in un nuovo luogo.

In ogni caso specifico, è sempre necessario considerare l'obiettivo terapeutico e come l'esplorazione e la condivisione delle esperienze a casa possano avvicinarci ad esso. Pertanto, l'impostazione, l'inquadramento e le istruzioni possono essere adattati in linea con la formulazione del caso specifico.

Dobbiamo anche riflettere sulle potenziali controindicazioni in cui l'applicazione del metodo potrebbe essere problematica. La mappatura delle esperienze affronta e porta alla luce esperienze profonde, spesso inconsce. Pertanto, è controindicata nei seguenti casi:

- vi sia aggressività aperta, violenza continua o abuso tra i membri della famiglia;
- vi sia un basso livello di fiducia, insieme al timore accentuato che le informazioni rivelate possano essere utilizzate in modo improprio o manipolate da altri membri della famiglia;
- la resilienza emotiva dei membri della famiglia è molto bassa e quando il setting terapeutico non garantisce sufficiente contenimento.

In questi casi, l'uso dell'EMOTH non è raccomandato, almeno non in presenza di altri membri della famiglia che difficilmente rispetterebbero la vulnerabilità emotiva degli altri. Anche in questi casi, tuttavia, il terapeuta può prendere in considerazione l'uso della procedura EMOTH in contesti individuali, ad esempio per esplorare risorse o esperienze personali che il cliente potrebbe altrimenti trovare difficile condividere.

Lavorare con il trauma (transgenerazionale) utilizzando EMOTH

EMOTH apre un percorso specifico per il lavoro sul trauma con individui e famiglie. Come già detto, le impronte del trauma transgenerazionale spesso rimangono presenti nella casa attuale. Mappando i sentimenti e le emozioni legati ai luoghi quotidiani, possiamo rivelare come le tracce del trauma della famiglia d'origine continuino a vivere e a plasmare la vita familiare attuale. Nella terapia di coppia e familiare, questo processo collega le esperienze presenti e passate. È particolarmente efficace se combinato con un genogramma. Insieme, mostrano come le storie familiari modellano le relazioni attuali e come i traumi non elaborati si ripercuotono attraverso le generazioni (Mazza, 2025). Inoltre, la letteratura sul recupero dal trauma sottolinea che la fase primaria della guarigione deve comportare la creazione di un ambiente sicuro. È importante sottolineare che, sebbene spesso discussa in termini relazionali o emotivi, la sicurezza ha anche implicazioni ambientali. Le persone si sentono (di nuovo) al sicuro quando possono contare su routine prevedibili, spazi controllabili e assenza di minacce continue. La difficoltà a stabilire la sicurezza ambientale nei contesti quotidiani può ostacolare il recupero anche quando si raggiunge una comprensione terapeutica.

Di conseguenza, EMOTH non si limita a scoprire le esperienze passate e a collegarle alle routine e alle sfide odierne. La reale possibilità di guarigione risiede nella creazione di nuove esperienze e routine, basate sulle risorse già presenti nella casa attuale. Attraverso la ricreazione delle pratiche quotidiane, i clienti possono stabilizzarsi, ritrovare senso di agentività (agency)

e costruire la resilienza. La "stabilizzazione del Sé" diventa sia un'abilità fondamentale che un compito terapeutico (cfr. Willis et al., 2023).

CASO CLINICO DI TERAPIA FAMILIARE: GIOVANI GENITORI CHE VIVONO IN “DUE CASTELLI”

La procedura EMOTH (Experience Mapping of the Home) è stata sviluppata per la terapia familiare partendo dal presupposto che può essere utilizzata per rendere visibili e discutere le esperienze emotive che gli individui e le famiglie vivono nelle loro case. L'esperienza visiva e la discussione con un professionista possono innescare cambiamenti nella comunicazione quotidiana e nelle azioni ripetitive tra i membri della famiglia in casa e nello sviluppo delle relazioni familiari. Può anche portare a decisioni su come adattare l'ambiente domestico per soddisfare meglio le esigenze emotive dei membri della famiglia. Evidenziamo le possibilità del processo EMOTH con un esempio di caso. Abbiamo cercato di illustrare nel modo più vivido possibile come l'uso del processo EMOTH abbia contribuito a far progredire il processo terapeutico e a raggiungere gli obiettivi terapeutici. (I nomi e le circostanze dei casi sono stati modificati e le esperienze di altre famiglie in situazioni simili sono state sintetizzate).

Presentazione del caso

Abbiamo fornito terapia di coppia a una giovane coppia di trentenni, genitori di una bambina di 4 anni, che soffriva di un alto livello di tensione e abuso verbale. Non solo si sentivano male per i loro conflitti, ma si sentivano anche sempre più responsabili nei confronti della figlia, che era spesso presente e li osservava litigare. Man mano che le loro storie di vita si svelavano durante le sessioni iniziali, abbiamo capito che entrambi avevano subito abbandono e aggressività nelle loro famiglie d'origine. La madre della moglie era emotivamente distante, mentre suo padre aveva problemi di alcolismo. Anche se lui era più premuroso e solidale nei suoi confronti, lei aveva vissuto esperienze dolorose di perdita e disperazione quando lui si ubriacava e si allontanava dalla famiglia. D'altra parte, nella famiglia del marito, la comunicazione dura e aggressiva era la norma quotidiana, confondendo l'attenzione e la cura con il ferirsi a vicenda.

Durante la prima fase della terapia, abbiamo identificato il ciclo relazionale negativo che portava all'escalation del conflitto. Il nostro obiettivo era quello di creare un ambiente sicuro e di sostegno in cui i partner potessero lavorare per migliorare la loro comunicazione e costruire modelli di interazione più sani. Dopo averli aiutati con successo a interrompere e prevenire l'escalation, abbiamo notato, tuttavia, che si sentivano ancora emotivamente distanti l'uno dall'altro. Il problema principale rimaneva la tensione quotidiana e la paura delle accuse reciproche. Si concentravano sul controllo delle loro emozioni, ma non riuscivano a distinguere i loro sentimenti, impulsi, pensieri e ricordi riguardo all'insieme, all'affetto e al ferire l'altra persona. Nelle loro prime esperienze, mancavano modelli stabili di intimità senza essere feriti. Per affrontare questo problema, abbiamo suggerito di lavorare con lo strumento EMOTH, spiegando che avrebbe potuto aiutarli a comprendere meglio le loro esperienze emotive quotidiane e a trovare risorse per migliorare.

Hanno costruito le loro mappe separatamente - questa è l'istruzione standard per le coppie - e abbiamo chiesto loro di individuare diverse esperienze emotive su di esse. Oltre al nostro set standard (sicurezza, insicurezza, benessere, tensione, insieme e ritiro), abbiamo anche aggiunto la cura. Anche la disposizione fisica delle mappe esprimeva differenze sottili ma significative nello spazio vissuto dai partner. La moglie ha inserito delle carte stanza per il balcone, con le sue piante preferite e un luogo di ritiro e benessere, un territorio completamente assente dalla mappa del marito. Inoltre, ha utilizzato una sola carta stanza per il luogo di tensione, indicando la loro auto, dove emergevano molte delle loro situazioni di tensione. Al contrario, la cucina era uno spazio piccolo ed emotivamente vuoto, mentre per il marito era grande e pieno di benessere e cura.

Ancora più importante, mentre esploravamo le loro esperienze e ascoltavamo i racconti delle situazioni quotidiane che li circondavano, abbiamo potuto osservare insieme una serie di modelli relazionali interconnessi (vedi Figure 3 e 4). La tensione nel corridoio era un'esperienza condivisa; in realtà, era l'unica esperienza condivisa nelle loro mappe. Queste esperienze di tensione erano collegate al fatto di urtarsi l'un l'altro nello spazio ristretto, ai momenti di tensione quando uscivano di casa insieme in fretta, spesso con la loro bambina. In questo modo, la tensione era al centro della loro casa, dividendo l'appartamento in due distinti "territori emotivi". In altre parole, non c'erano esperienze corrispondenti in nessun'altra parte del loro appartamento.

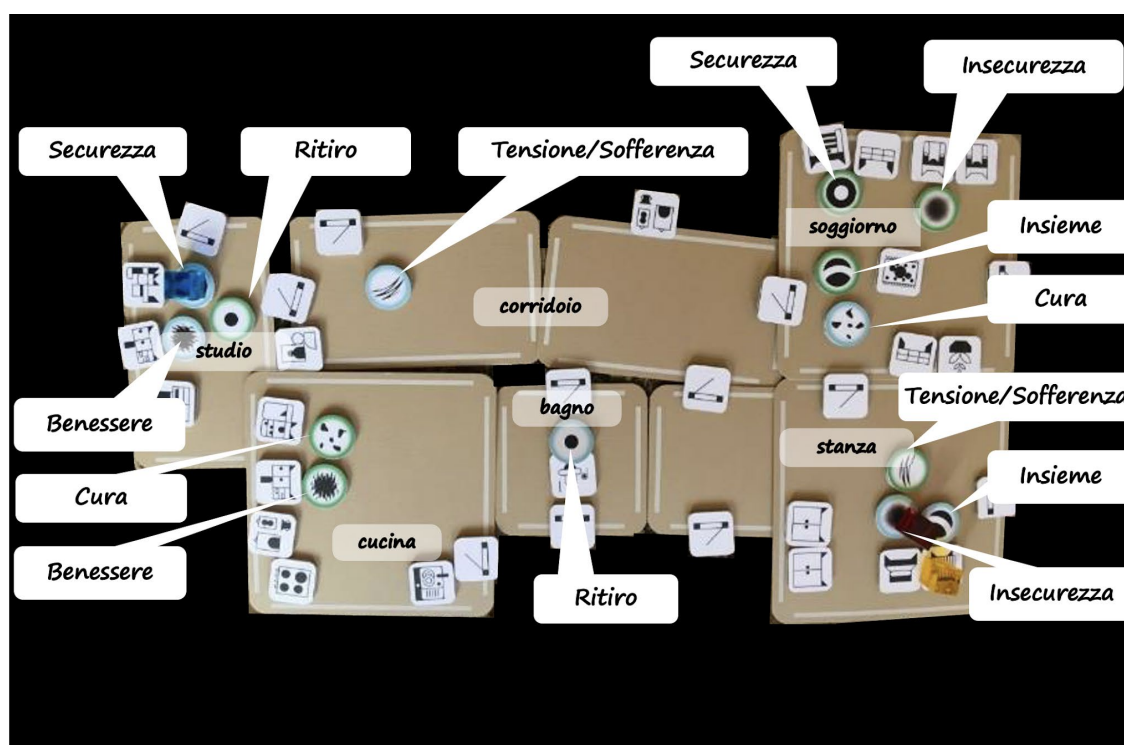


Figura 3. Esperienze sulla mappa del marito

Abbiamo anche esplorato i territori opposti di entrambi. Per la moglie, trovare un luogo di sicurezza non era facile. Poi lo ha collegato al momento condiviso con sua figlia in soggiorno e, cosa ancora più importante, ai momenti in cui poteva sedersi sul divano mentre suo marito metteva a dormire la bambina. In questo modo, il marito non era presente nelle sue scene di sicurezza, anche se vi contribuiva con la sua assenza e la sua cura per la bambina. Esploriamo ora il territorio sicuro del marito. Per lui, la piccola stanza all'altra estremità dell'appartamento fungeva da rifugio o addirittura da "esilio". Era solito ritirarsi qui, giocare al computer e guardare video, ed era sicuro per lui stare qui da solo. Anche in questo caso, questi momenti si verificavano mentre la moglie si occupava delle routine serali della bambina. (Hanno deciso di dedicare le serate di mamma e papà a lei).

Attraverso un'analisi approfondita di questi rituali, è diventato evidente a loro e a noi come le loro attività fossero organizzate in modo da non trovarsi nello stesso posto allo stesso tempo. Questi rituali li aiutavano a prendere le distanze l'uno dall'altra ed erano rafforzati dal loro senso di sicurezza.

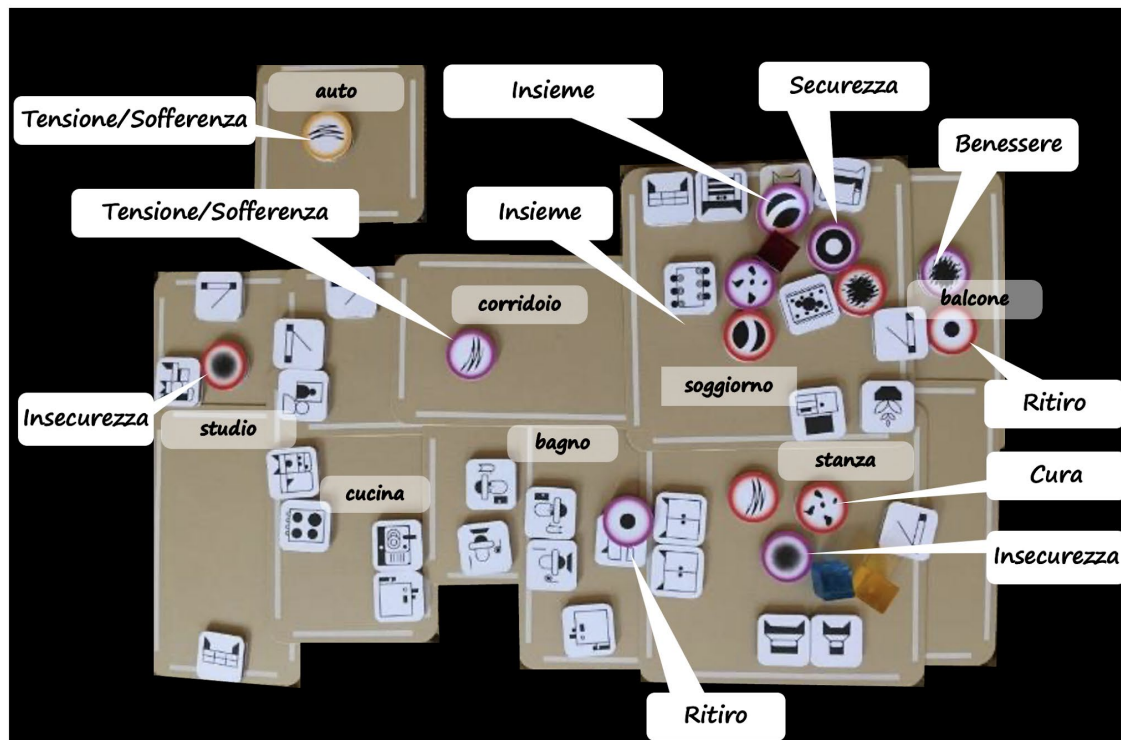


Figura 4. Esperienze sulla mappa della moglie

In linea con questi schemi, la mappa delle esperienze ha anche mostrato che non era facile per loro entrare nel territorio sicuro dell'altro. Il marito si sentiva insicuro in soggiorno mentre la moglie giocava con la figlia; si sentiva sgradito nella scena e si sentiva escluso. La moglie, a sua volta, provava insicurezza quando entrava nella piccola stanza e cercava di parlargli. Non appena si avvicinava al luogo, anticipava il rifiuto che avrebbe ricevuto. Anche la disposizione

dei mobili non facilitava la situazione: entrando nella stanza, la moglie poteva vedere solo la sua schiena, seduto sulla sedia alla scrivania. Questa vista, quasi automaticamente, faceva sentire la moglie abbandonata e rifiutata.

Mentre rimanevamo con la nostra curiosità in questo momento di sentimenti di abbandono e rifiuto, noi (i terapeuti) ci siamo lentamente resi conto che la moglie era cresciuta in quell'appartamento. Vivevano nella scena della sua infanzia. Anche se avevano fatto una ristrutturazione importante prima della nascita della bambina, la piccola stanza era ancora la stessa in cui suo padre si ritirava quando lottava con i suoi problemi di alcolismo. Quindi, l'insicurezza legata al rifiuto anticipato e ai sentimenti di abbandono e minaccia rifletteva anche la perdita traumatica che la moglie portava con sé dal rapporto con il padre. La perdita dell'amore paterno a causa della sua dipendenza e la perdita della sua morte prematura. La scena reale, il marito che si ritirava, la vista della sua schiena attivavano troppo facilmente i suoi ricordi dolorosi immagazzinati a livello spaziale-emotivo. Il riconoscimento del legame tra le reazioni attuali e le esperienze infantili è stato rivelatore ed emotivamente toccante per lei. Altrettanto importante è stato il fatto che il marito sia stato commosso da questa rivelazione, che sembra averlo aiutato a reinterpretare quei momenti e a mostrare empatia nei suoi confronti.

Riflessioni

Cosa abbiamo imparato dal modello delle esperienze emotive nella disposizione spaziale e dalle storie dietro quei luoghi? Insieme ai clienti, abbiamo potuto vedere che i partner avevano scenari quotidiani o coreografie in cui diventavano ripetutamente una minaccia l'uno per l'altro, spingendoli a creare strategie spaziali-relazionali individuali per regolare il livello di tensione relazionale. Abbiamo anche capito che le esperienze quotidiane di insicurezza e tensione (e anche la solitudine nelle esperienze di sicurezza) sono legate alla storia dell'attaccamento e al trauma transgenerazionale in entrambe le famiglie d'origine.

I nostri interventi miravano anche a queste esperienze ed erano integrati nell'ambiente fisico della coppia. Insieme a loro, abbiamo elaborato un nuovo scenario per gestire i sentimenti di tensione: potevano effettuare un ritiro insieme nella piccola stanza, discutere i loro sentimenti in modo pianificato e farlo senza la presenza del bambino. In questo modo, la mappatura delle esperienze poteva offrire loro una nuova prospettiva sulla loro vita quotidiana e aiutarli a differenziare meglio i loro pensieri e le loro emozioni: questo intervento mirava al livello comportamentale-interattivo della loro relazione. A livello emotivo-relazionale, abbiamo anche potuto approfondire le connessioni tra le esperienze nel genogramma e le loro attuali esperienze di insieme, minaccia e distanza. Condividendo sentimenti profondi e mostrando empatia e comprensione reciproca, questi gesti sono serviti come forma di guarigione. Nelle sessioni di follow-up, abbiamo lavorato ulteriormente sul passaggio da due "castelli" separati a una vita quotidiana più connessa, incoraggiandoli a trovare routine stabilizzanti negli incontri quotidiani, come piccoli e deliberati segni di alleanza reciproca. Dopo la chiusura della terapia, i controlli hanno confermato che diverse routine erano rimaste e continuavano a sostenere la relazione.

È importante sottolineare che la nostra impressione come terapeuti era che ciò che li aveva davvero aiutati a compiere questi progressi era stata la nostra capacità di creare un ambiente collaborativo mentre discutevamo dei loro sentimenti più profondi, chini insieme sulle mappe che avevano creato. Questi oggetti "mediatori/fluttuanti" e il fatto che tutti e quattro potessimo riunirci attorno ad essi hanno avuto un duplice effetto (cfr., Bruni, 2025). Hanno rivelato e avvicinato molte esperienze autentiche a prima vista. Tuttavia, l'oggettivazione ha anche fornito un senso di distanza, ma solo nella misura in cui ha facilitato la riflessione e una migliore autoregolazione (cfr. Perini, 2025). Il punto di vista comune ha anche facilitato l'assegnazione di nuove funzioni ai luoghi "problematici", il che, a sua volta, ha contribuito a desensibilizzare i ricordi dolorosi e ad esplorare nuove opportunità di comprensione e insieme, mentre i luoghi condivisi hanno lentamente acquisito nuovi significati.

CONCLUSIONE

In che modo il metodo EMOTH contribuisce all'obiettivo del lavoro terapeutico sistemico con individui, coppie e famiglie? La nostra pratica ha dimostrato che mappando i luoghi e i sentimenti importanti nello spazio domestico, possiamo avvicinarci alle routine familiari attuali, ai rituali e agli eventi familiari passati, anche quelli traumatici. Ci sono diversi modi in cui l'applicazione di EMOTH può aiutare il lavoro di un terapeuta sistemico.

Entrare in contatto con la famiglia e i suoi membri

In accordo con Sherman e colleghi (Sherman et al., 1991), la procedura EMOTH può aiutare a risolvere il problema di come entrare in contatto con i clienti senza rischiare di assumere una posizione eccessivamente coinvolta, poiché osserviamo il quadro delle loro vite insieme ai membri della famiglia ma da una distanza comune, come se fossimo esterni. Fornisce una visione condivisa dei modelli ricorrenti di comportamento disfunzionale, nonché dei punti di forza e delle risorse. Infine, in questo modo, possiamo aiutare i membri della famiglia a trovare nuovi modelli di relazione e un processo di cambiamento verso un funzionamento migliore, in cui tutti i membri della famiglia, compresi i più giovani, abbiano una simile opportunità di presentare le proprie esperienze.

Uguaglianza e cooperazione nello spazio terapeutico e nel sistema familiare

Il processo di mappatura delle esperienze può aumentare l'impegno della famiglia nel processo terapeutico, poiché i membri si sentono coinvolti e apprezzati per il loro contributo. Inoltre, con il processo EMOTH, le persone ci invitano nella loro casa in modo speciale e ci rendono parte della loro vita quotidiana. In molti modi, la procedura di mappatura offre ai membri della famiglia un modo nuovo, spesso insolito e creativo, di comunicare e comprendere. In questo modo, il processo EMOTH fornisce al terapeuta una visione olistica della famiglia e del suo contesto, consentendogli di "sentire" e connettersi facilmente con il sistema familiare. Questo può anche aiutare ad appianare la gerarchia terapeuta-cliente, favorendo una relazione più collaborativa e rendendo il processo più interattivo e piacevole. In definitiva, il principio

secondo cui l'esperienza di tutti è ugualmente rilevante, anche quella dei più piccoli, si applica all'intero processo.

Sostenere la comunicazione emotiva

La condivisione di esperienze spesso divergenti, persino opposte, tra i membri della famiglia è, di per sé, una dinamica potente. La giustapposizione di planimetrie e storie mette i membri della famiglia di fronte ai significati emotivi, a volte molto diversi, associati a luoghi (in linea di principio) reciprocamente familiari. Ciò che il genitore potrebbe vedere come un luogo di calma e ricarica, il bambino potrebbe vederlo come un luogo di vergogna e stress. Un luogo, come il tavolo da pranzo, che evoca un senso di appartenenza (desiderato) per un membro della famiglia, è un luogo di conflitto per un altro. I sentimenti associati ai luoghi di ritiro degli altri sono particolarmente rivelatori di come i membri della famiglia gestiscono la insieme-distanza, di quanto controllo cercano di esercitare gli uni sugli altri e di quanta autonomia o differenziazione si possa ottenere senza particolari tensioni all'interno del nucleo familiare.

La mappatura delle esperienze e l'intervista collegata a scene domestiche emotivamente rivelatrici consentono l'articolazione di eventi relazionali inconsci e difficili da esprimere. Il caso terapeutico presentato indica anche che l'esplorazione del contesto emotivo dell'ambiente domestico può fornire importanti intuizioni ai membri della famiglia e portare a nuove comprensioni. È proprio questo cambiamento che può diventare il catalizzatore principale del processo terapeutico.

La valutazione come intervento

Nella letteratura sui metodi diagnostici terapeutici, diversi autori hanno già sostenuto che, oltre alla ricerca e alla valutazione delle relazioni familiari, i metodi diagnostici qualitativi possono essere utilizzati anche come interventi clinici (Deacon & Piercy, 2001; Perini, 2025). Ciò vale anche per le procedure EMOTH. La procedura fornisce informazioni dirette per un'interpretazione coerente e un lavoro clinico. La valutazione delle esperienze relazionali può anche essere uno strumento di intervento efficace, che consente ai terapeuti sia di conoscere e intervenire nel sistema, sia di responsabilizzare i membri della famiglia. Le domande poste dai terapeuti possono avere un effetto interventistico (Tomm, 1987) in quanto spingono i membri della famiglia a riflettere sulle loro relazioni e sui loro problemi in modi diversi. Nell'utilizzare EMOTH, miriamo quindi a garantire che le nostre domande siano sempre volte a comprendere il sistema nel suo complesso, compreso il potenziale di sviluppo e cambiamento.

Sintesi - "percorsi di guarigione" sulla mappa

Abbiamo illustrato il suo utilizzo della procedura EMOTH nella terapia sistemica, dove è necessario un approccio informato sul trauma. Mappare le esperienze e condurre interviste su scene domestiche emotivamente significative consente ai clienti di articolare eventi relazionali difficili da verbalizzare, spesso inconsci. Dalla nostra esperienza terapeutica, esplorare il contesto emotivo della casa fornisce preziose intuizioni ai membri della famiglia. Ciò può portare a nuove comprensioni e, infine, alla guarigione di ferite sepolte da tempo: il risultato principale di un processo terapeutico.

ULTERIORI INFORMAZIONI

Le informazioni sul metodo sono disponibili all'indirizzo: <https://emoth.experimaps.com/en/> Il toolbox EMOTH può essere ordinato tramite il negozio online EMOTH: <https://shop.experimaps.com/gb/>.

Attualmente, il toolbox EMOTH è disponibile con istruzioni bilingui inglese-francese e inglese-tedesco. Tuttavia, la sua natura prevalentemente visiva ne supporta l'applicazione anche con clienti che parlano lingue diverse.

Ringraziamenti

La ricerca alla base dell'applicazione di EMOTH è stata in parte sostenuta dal progetto NKFIH n. K 138372, che è stato realizzato con il sostegno del Ministero dell'Innovazione e della Tecnologia ungherese attraverso il Fondo Nazionale per la Ricerca, lo Sviluppo e l'Innovazione, finanziato nell'ambito del programma di finanziamento K_21.

BIBLIOGRAFIA

- Bagais, R., & Pati, D. (2023). “Associations between the home physical environment and child self-regulation: A conceptual exploration”. *Journal of Environmental Psychology*, 90, 102096. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2023.102096>
- Bruni, F. (2025). “Il gioco dei destini incrociati: Un oggetto fluttuante per la psicoterapia”. *Quaderni SIRTIS*, 6: 71–88. <https://doi.org/10.48299/QS6-2025-003-051>
- Coppersmith, E. (1980). “The Family Floor Plan: A Tool for Training, Assessment and Intervention in Family Therapy”. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6(2): 141–145. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1980.tb01298.x>
- Deacon, S. A., & Piercy, F. P. (2001). “Qualitative Methods in Family Evaluation: Creative Assessment Techniques”. *The American Journal of Family Therapy*, 29(5): 355–373. <https://doi.org/10.1080/01926180127627>
- Elliott, M. C., Shuey, E. A., & Leventhal, T. (2016). “Adolescent functioning in housing and family contexts: A mixed methods study”. *Journal of Family Psychology*, 30(6): 676–686. <https://doi.org/10.1037/fam0000220>
- Martos, T., Sallay, V., & Donato, S. (2023). “Finding a Secure Place in the Home during the First COVID-19 Lockdown: A Pattern-Oriented Analysis”. *Behavioral Sciences*, 13(1): Article 1. <https://doi.org/10.3390/bs13010009>
- Mazza, R. (2025). “La prospettiva trigerazionale nell'intervento di tutela di minore con genitori tossicodipendenti”. *Quaderni SIRTIS*, 6: 143–160. <https://doi.org/10.48299/QS6-2025-015-059>



- Murrani, S., Lloyd, H., & Popovici, I.-C. (2023). "Mapping home, memory and spatial recovery in forced displacement". *Social & Cultural Geography*, 24(8): 1305–1323. <https://doi.org/10.1080/14649365.2022.2055777>
- Nisse, M. (2022). "Du bon usage du vocabulaire dans l'approche systemanalytique de l'inceste: Therapie familiale de reseau des systemes incestueux". *Quaderni SIRTS*, 3: 11–23. <https://doi.org/10.48299/QS3-2022-001-011>
- Owen, C., & Crane, J. (2022). "Trauma-Informed Design of Supported Housing: A Scoping Review through the Lens of Neuroscience". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114279>
- Perini, E. (2025). "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"". *Quaderni SIRTS*, 6: 43–45. <https://doi.org/10.48299/QS6-2025-003-048>
- Reese, E. M., Barlow, M. J., Dillon, M., Villalon, S., Barnes, M. D., & Crandall, A. (2022). "Intergenerational Transmission of Trauma: The Mediating Effects of Family Health". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph19105944>
- Sallay, V. (2008). "Az önmagunkra találás helyei: Környezeti önszabályozás elmélet és kutatás tükrében". *Alkalmazott Pszichológia*, 10(3–4): 145–161.
- Sallay, V. (2014). *Environmental-emotional processes of self-regulation in the family home. (Original in Hungarian: Környezeti-érzelmi önszabályozási folyamatok a családi otthon terében)* [Eötvös Loránd Tudományegyetem]. https://ppk.elte.hu/file/sallay_viola_dissz.pdf
- Sallay, V., & Düll, A. (2006). "„Érezd magad otthon!": Az otthonhoz fűződő viszony projektív, környezetszichológiai szempontú vizsgálata". *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61(1): 35–52. <https://doi.org/10.1556/mpszle.61.2006.1.3>
- Sallay, V., Martos, T., Chatfield, S. L., & Düll, A. (2019). "Strategies of Dyadic Coping and Self-Regulation in the Family Homes of Chronically Ill Persons: A Qualitative Research Study Using the Emotional Map of the Home Interview Method". *Frontiers in Psychology*, 10: 403. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00403>
- Sallay, V., Martos, T., Rosta-Filep, O., Horváth, Z., & Korpela, K. (2022). "Patterns of perceived physical features and emotional experiences in favorite places: A latent profile analysis". *Journal of Environmental Psychology*, under review.
- Sherman, R., & Fredman, N. (1986). *Handbook Of Structured Techniques In Marriage And Family Therapy*. Routledge.
- Sherman, R., Oresky, P., & Rountree, Y. (1991). *Solving Problems In Couples And Family Therapy: Techniques And Tactics*. Routledge.



Tomm, K. (1987). “Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing”. *Family Process*, 26(2): 167–183.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00167.x>

Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). “Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support”. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4): 549–552. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>

Willis, D. N., Dowling, A. P. C., & O’Reilly, P. G. (2023). “Stabilisation and Phase-Orientated Psychological Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis”. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1): 100311.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100311>

**Commento all'articolo di Martos e Sallay:
“METODO EMOTH (EXPERIENCE MAPPING OF THE HOME) NELLA TERAPIA
SISTEMICA: ESPLORAZIONE DELLE NARRAZIONI LEGATE AL LUOGO E
GUARIGIONE IN UN APPROCCIO INFORMATO SUL TRAUMA”.**

Edoardo Perini⁶²

Mail: edoardo.perini@gmail.com

La pubblicazione presso i “Quaderni SIRTS” del contributo dei colleghi Martos e Sallay, testimonia l'attenzione che, anche quest'anno, la rivista riserva all'uso degli strumenti nella psicoterapia sistemico-relazionale.

Del resto, Marchiori e Viaro (2015), oltre a sottolineare la necessità di utilizzare strumenti in grado di mappare le relazioni dei pazienti, evidenziano la necessità che gli strumenti classici sistemici si evolvano, al fine di cogliere sempre meglio le sfide cliniche del presente.

Così come l'anno scorso Citterio e Iori (2025) avevano scritto per i “Quaderni SIRTS” un articolo sul FAGE, in cui ho apprezzato, nel mio commento (Perini, 2025), l'opportunità che lo strumento offre di amplificare l'espressione emotiva del paziente all'interno della stanza di terapia, quest'anno l'EMOTH si inserisce a buon diritto tra gli strumenti grazie ai quali si mira a comprendere ciò che accade al di fuori delle sessioni.

Anche quest'anno mi presto volentieri a dare il mio parere sull'articolo di Martos e Sallay, sperando di offrire agli autori spunti che li aiutino a migliorare, soprattutto, le applicazioni cliniche dell'EMOTH.

Innanzitutto, ci tengo a sottolineare che si tratta di uno strumento interessante proprio perché si concentra su ciò che accade “a casa dei pazienti”: porsi l'obiettivo di modificare le interazioni tra i pazienti nella vita di tutti i giorni, valorizzando le risorse che essi stessi faticano ad individuare, è senz'altro fondamentale, per permettere alla psicoterapia di ottenere risultati più durevoli nel tempo (cfr. Dreier, 2015).

Per una coppia, così come per una famiglia, la casa è uno spazio entro cui avvengono molte, se non le uniche, interazioni quotidiane tra i membri, che si ritrovano tra le quattro mura, spesso dopo un'intensa giornata di lavoro: le stanze della loro casa parlano di loro, della loro identità, così come delle loro interazioni e relazioni.

Pertanto, mi piace l'idea, che anche io adotto, ad esempio quando utilizzo il test della doppia luna (Greco et al., 2020), di prevedere la compilazione disgiunta dell'EMOTH, confrontando, in una successiva seduta congiunta, il contributo dei diversi pazienti. Tuttavia, precisando ciò che Martos e Sallay affermano, vorrei suggerire quando potrebbe essere preferibile utilizzare

⁶² Psicologo e Psicoterapeuta sistemico-relazionale, Didatta presso l'E.I.S.T., Psicologo Scolastico

tale modalità di somministrazione, che gli autori adottano in modo *standard*, e quando sarebbe meglio adottare una modalità congiunta.

Nell'interessante caso clinico illustrato dagli autori, siamo di fronte a quella che può essere definita una coppia simmetrica (Bateson, 1977). Qui, è utilissima, come gli autori propongono, la somministrazione disgiunta, per evitare che i pazienti assumano modalità difensive che peggiorano il problema. Successivamente, mostrare congiuntamente ai coniugi il significato che ciascuno di essi attribuisce ai diversi spazi della casa, è un modo intelligente per toglierli dalla simmetria, introducendo una pietra angolare che significhi il conflitto non soltanto come l'interazione tra i due, ma come la relazione che intercorre tra ciascuno di essi e i luoghi della casa che li fanno stare bene/male. Così, i pazienti potranno cominciare a vedere le difficoltà del *partner* e assumere verso di lui/lei, comportamenti complementari di accudimento, che attenuino la schismogenesi simmetrica (Bateson, 1977).

Tuttavia, nella pratica clinica, non si incontrano solo coppie simmetriche, ma anche situazioni in cui non è necessario, né tantomeno utile, tutelare i pazienti da possibili "traumi" che deriverebbero dalla conversazione terapeutica: come Ugazio (2012) evidenzia, non è infrequente incontrare coppie che, non condividendo la stessa semantica, non presentano gravi situazioni di conflitto. Queste coppie, oltre a non comprendersi, condividono così poco da non sembrare, ad un'analisi accurata, neppure delle coppie. In questi casi, in cui appare più importante creare un terreno comune su cui "ricostruire la relazione", talvolta da zero, a mio avviso potrebbe essere utile una somministrazione congiunta dell'EMOTH, proprio perché qui il problema è avviare una conversazione in cui entrambi i coniugi possano ri-conoscersi. Pertanto, ciò che è opportuno evidenziare, è che l'indicazione terapeutica (Ugazio, 1989) dev'essere sempre valutata in relazione al caso clinico, in quanto va connessa agli obiettivi che il terapeuta si pone nello specifico caso.

Il secondo punto, in parte connesso al primo, su cui vorrei richiamare l'attenzione degli autori, è la possibilità di lasciare al clinico la scelta di proporre ai pazienti esperienze che risultino stimolanti per loro, evitando, se possibile, proposte "preconfezionate". Le polarità che Martos e Sallay scelgono, ovvero sicurezza/insicurezza, benessere/tensione, etc..., rimandano alle teorie dell'attaccamento (Bowlby, 1999) e sono probabilmente utili per alcuni pazienti, ma potrebbero essere totalmente insignificanti per altri. Perché, dunque, non proporre delle esperienze *ad hoc*, calibrate sulla base degli eventi enigmatici che emergono dai colloqui clinici? Trovo invece molto interessante l'idea di chiedere ai pazienti di indicare il "simbolo della casa", proprio perché è una richiesta molto flessibile, che offre loro ampi gradi di libertà: innanzitutto, ciascuno di essi può indicare ciò che preferisce (nell'esempio riportato, in questa sede poco argomentato, il simbolo scelto è il tappeto da gioco) inoltre può attribuire al simbolo scelto il significato più pregnante dal suo punto di vista. Viene così data a mio parere la possibilità di esplorare in modo profondo i significati personali dei pazienti, creando tra di loro possibili ponti comunicativi.

In sintesi, sono certo che l'EMOTH sia uno strumento valido e promettente, purché mantenga, almeno nella sua declinazione clinica, le caratteristiche di essere il più possibile flessibile ed adattabile alla complessità, una delle maggiori sfide del mondo attuale.

BIBLIOGRAFIA

Bateson, G. (1977). *Verso un'ecologia della mente* (G. Longo, Trad.). Adelphi.

Bowlby, J. (1999). *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre* (L. Schwarz & M. A. Schepisi, Trad.). Bollati Boringhieri.

Citterio, N., & Iori, V. (2025). "FA.G.E. Family Genogram of Emotions: nascita di uno strumento per lavorare con le emozioni in terapia sistemica". *Quaderni SIRTS*, 6: 27-42. 10.48299/QS6-2025-003-047

Dreier, O. (2015). "Interventions in everyday lives: How clients use psychotherapy outside their sessions". *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 17(2): 114-128. 10.1080/13642537.2015.1027781

Greco, O., Barni, D., Gusmini, E., Iafrate, R., & Salamino, F. (2020). *The Double Moon Drawing: An instrument for intervention and research in structurally complex family situations*. Nova Science Publishers. 10807/169214

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

Perini, E. (2025). "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"". *Quaderni SIRTS*, 6: 43-45. 10.48299/QS6-2025-003-048

Ugazio, V. (1989). "L'indicazione terapeutica: una prospettiva sistemico-costruttivista". *Terapia Familiare*, 31: 27-40.

Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite: polarità semantiche familiari e psicopatologie* (3a ed.). Bollati Boringhieri.

SEZIONE DALLE ALTRE RIVISTE

**DALLA CIBERNETICA DELL'IO ALLA CIBERNETICA DEL NOI.
FAMIGLIE A TRANSAZIONE ALCOLICA⁶³**Marilena Tettamanzi⁶⁴*Foto: dettaglio da Arturo Añez***SOMMARIO**

Mentre l'alcolista è impegnato nella sua battaglia simmetrica con la bottiglia, che cosa accade intorno a lui? Come co-evolvono le relazioni familiari? Come interagiscono con gli stili di attaccamento reciproci? Come mai i partner di pazienti alcolisti si mostrano spesso irrigiditi su posizioni estreme e severe, ma faticano ad uscire da relazioni disfunzionali? In questo articolo viene ripreso il saggio di Gregory Bateson "La cibernetica dell'io", ampliando lo sguardo al sistema relazionale che fa da contesto e che co-evolve con la battaglia alcolista-bottiglia; il processo viene osservato dal punto di vista del partner, nel tentativo di complessificare e comprendere le dinamiche relazionali, che se non comprese possono portare ad interventi clinici iatrogeni.

È possibile perturbare il sistema, aprendo a nuove possibilità evolutive, uscendo dalle letture lineari spesso imposte dagli effetti del comportamento dipendente.

ABSTRACT

While the alcoholic is engaged in a symmetric battle with the bottle, what happens around them? How do family relationships co-evolve? How do they interact with each other's attachment styles? Why do the partners of alcoholic patients often appear rigid in extreme and strict positions, yet struggle to break free from dysfunctional relationships?

⁶³ Articolo originariamente pubblicato sulla rivista "Connessioni", 23 Gennaio 2026

⁶⁴ Psicologa psicoterapeuta sistemico-relazionale, libero professionista, didatta presso il Centro Milanese di Terapia della Famiglia. PhD in Psicologia della Comunicazione e dei Processi Linguistici, collabora con l'Unità di Ricerca in Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria dell'Università Cattolica di Milano. Supervisore clinico e conduttrice gruppi terapeutici in consulenza con servizi pubblici e con realtà del privato sociale.

This article revisits Gregory Bateson's essay "The Cybernetics of the Self," broadening the perspective to include the relational system that serves as the context and co-evolves with the alcoholic's battle with the bottle. The process is observed from the partner's point of view, in an attempt to complexify and understand the relational dynamics, which, if not understood, can lead to iatrogenic clinical interventions.

Is it possible to perturb the system, opening up new evolutionary possibilities by moving beyond the linear interpretations often imposed by the effects of dependent behavior?

PREMESSA

Questo lavoro nasce da una serie di spunti epistemologici e da numerose riflessioni cliniche nate dal lavoro costante al fianco di pazienti dipendenti e dei loro familiari.

Il focus verrà qui concentrato prevalentemente sul tema dell'abuso di alcool e sulla "logica dell'alcolismo", per usare le stesse espressioni Gregory Bateson (1972).

L'alcolismo rappresenta ancora oggi un fenomeno clinico estremamente complesso, i cui confini sono difficilmente definibili a causa dell'approvazione (se non dell'incentivazione) culturale e sociale al consumo di alcool e alla sua normalizzazione; tale approvazione rende complesso il riconoscimento della gravità legata ad un uso smodato: del resto anche da un punto di vista diagnostico, ciò che definisce la gravità di un comportamento alcolico non è solo la quantità di alcool assunto (ciò ci porterebbe a torto o a ragione a dover mettere sotto la lente di osservazione tutti coloro che quotidianamente riempiono bar per aperitivi, dopocena ed eventi di ogni genere), ma anche, e soprattutto, gli effetti che tale uso determina nella vita del singolo e del suo sistema familiare (American Psychiatric Association, 2023). Effetti che, come vedremo, molto spesso restano celati al sistema sociale e agiti nel nucleo familiare.

Nonostante tale centratura, è mia opinione che alcuni effetti sistemici dell'abuso di alcool possano sovrapporsi oggi a quelli innescati dall'uso di altre sostanze, quali per esempio la cocaina. Nonostante, infatti, ci sia una importante differenza segnata dal tema legale/illegale, i processi relazionali-familiari che si innescano sono spesso molto simili. È inoltre importante sottolineare che, data l'ormai estrema diffusione dello spaccio di cocaina, chi tende ad abusare di alcool e a stazionare nei bar frequentemente incontra anche questa sostanza, che viene facilmente proposta e sperimentata, andando spesso ad aggravare il quadro clinico (per non dire, economico, relazionale, sociale e legale).

Benché siano, dunque, passati più di 50 anni dalla pubblicazione del saggio di Bateson *La cibernetica dell'io: una teoria dell'alcolismo* (1976), tale argomento mantiene la sua complessità e pervasività. Le sue idee hanno esercitato importanti effetti clinici: i servizi per la cura dei disturbi alcolici hanno fatto tesoro dell'insegnamento e dei messaggi promossi anche dalla Anonimi Alcolisti e i familiari dei pazienti vengono sempre più coinvolti nel trattamento terapeutico. Maggiori resistenze si registrano ancora, rispetto a tale



coinvolgimento, nei servizi che trattano le dipendenze da sostanze psicotrope, per motivazioni non sempre chiare (mascherate dall'idea della privacy e del segreto professionale), di cui tuttavia non è pertinente trattare in questa sede.

Nonostante tale apertura alla famiglia, avanzo l'ipotesi che manchi ancora una epistemologia complessa che permetta di guardare alla famiglia alcolica come a un sistema peculiare, unico, auto-poietico (Maturana, Varela, 1985), con delle sue specificità e risorse che, se non viste, rischiano non solo di annullarsi, ma di vanificare interventi clinici rendendoli addirittura iatrogeni.

Nel lavoro clinico rimane la forte demarcazione paziente/familiari, nella quale dicotomia ora i familiari vengono vissuti e supportati come vittime ora come potenziali carnefici (non è raro incontrare familiari di alcolisti – ancora più di pazienti tossicodipendenti – che si sentono estromessi dalla cura e trattati come le cause dei problemi del partner), con i conseguenti suggerimenti *lascialo/non intrometterti*.

Quale epistemologia può permetterci di considerarli nella loro interazione, aiutando il sistema ad evolvere?

Possiamo suddividere tale quesito clinico nelle seguenti domande/osservazioni:

mentre l'alcolista è impegnato nella sua battaglia simmetrica con la bottiglia, che cosa accade a chi è intorno a lui? Il sistema *alcolista/bottiglia* è inserito in un sistema più ampio *alcolista/bottiglia vs alcolista/bottiglia/familiari*. Tale sistema a sua volta è inserito nel sistema socio-ecologico *alcolista/bottiglia vs alcolista/bottiglia/familiari vs alcolista/bottiglia vs alcolista/bottiglia/familiari/sistema-socio-culturale (a questo andrebbe aggiunto l'eventuale sistema di cura)*; nell'esperienza clinica con alcolisti, dipendenti e i loro familiari il clinico tende a stabilire una relazione di fiducia con il paziente di cui assume il punto di vista e spesso riesce a comprendere le dinamiche profonde, le ferite relazionali, nel Sé e nell'auto-stima che rendono sensato il comportamento disfunzionale; condurre i gruppi di alcolisti e dipendenti è per il clinico ingaggiante, attivano l'emotività del terapeuta che comprende le fatiche dei propri pazienti, la natura della sofferenza che li porta a bere e spesso diventano esperienze arricchenti e anche "divertenti". Al contrario gli incontri singoli o di gruppo con i familiari (per quanto compresi, supportati e sempre più coinvolti nel trattamento) sono vissuti come pesanti, impegnativi, difficili: la sofferenza del familiare lo porta ad essere critico, serio (non ha più voglia di scherzare e ridere), sono spesso percepiti come invadenti, pedanti, poco elastici e a tratti aggressivi/espulsivi. Dal canto loro spesso pare che i familiari sentano il bisogno di difendersi dal rischio di essere visti come causa del problema o come vittima di una situazione da cui non si accetta di andarsene (e quindi sempre un po' causa del proprio male). Come mai i partner degli alcolisti si mostrano così? Dal punto di vista del paziente la severità e criticità del partner è il trigger per iniziare a bere...e se il bere fosse il trigger di una simile rigidità? Le storie dei familiari evidenziano passati in cui tale rigidità era assente e anche al sorgere della coppia non pareva esserci. Come co-evolve questa polarizzazione?



Nel trattamento clinico dell'alcolismo è possibile una evoluzione clinica in cui si possa giungere a una ristrutturazione, biforcazione sistemica in cui tutti gli attori in gioco traggano un vantaggio evolutivo? Tali situazioni si caratterizzano spesso come storie senza fine: se il partner lascia l'alcolista, sta meglio ma l'alcolista spesso rimane dov'era e se ci sono figli rimangono incastrati, passando attraverso le maglie complesse della separazione; spesso la coppia rimane unita con un apparente equilibrio instabile, con incertezze, continue ricadute e risalite. In alcuni casi il sistema giunge ad escalation con possibili risvolti aggressivi o drammatici o con un ritorno allo status quo, a volte anche a seguito di interventi che evitano la rottura, ma mantengono il sistema.

A partire da tali osservazioni, il presente lavoro si propone di:

riprendere gli assunti e l'epistemologia proposta da Bateson nel suo saggio sulla Cibernetica dell'io, ampliando lo sguardo e applicando la lettura al sistema familiare più ampio; osservare la famiglia a transazione alcolica partendo dal punto di vista del partner; avviare una riflessione per ampliare, arricchire gli approcci clinici, partendo dall'ipotesi che sia possibile lavorare con il sistema: ponendo l'accento sulla relazione tra alcolista e partner potrebbe essere possibile innescare biforcazioni in grado di portare tutti fuori dal gioco senza fine tra escalation simmetrica e complementarietà rigida, con la necessità di monitorare il processo senza bloccarlo, ma ponendo attenzione alla tutela di tutti nel processo di ristrutturazione

Nella trattazione ci concentreremo prevalentemente sulla coppia, lasciando ad altri ambiti la riflessione degli effetti sui figli, comunque fortemente mediati da ciò che accade alla coppia e dal ruolo svolto dal partner. Parleremo come anticipato di alcolismo, benché, alcune dinamiche siano applicabili anche ai dipendenti da cocaina, dove il familiare coinvolto è quasi sempre il partner. Infine, parlando del partner ci riferiremo in genere alla "moglie", ciò perché nella clinica è più comune incontrare situazioni in cui è il marito/compagno a portare il problema di alcool e la moglie/compagna a rappresentare il familiare e di conseguenza le osservazioni qui riportate nascono dall'analisi di queste situazioni. Sarebbe importante un approfondimento sulle situazioni inverse, forse meno note nella trattazione clinica, ma con importanti ripercussioni sistemiche, certamente in parte differenti da quelle qui proposte.

LA FORMAZIONE DELLA COPPIA E IL PROBLEMA

“È opinione abbastanza diffusa che le cause o le ragioni dell'alcolismo debbano essere ricercate nella vita dell'alcolizzato quando è sobrio” (Bateson, 1976, p. 358).

Dietro a tale affermazione di Bateson vi è una grande complessità epistemologica che, tuttavia, rischia di essere travisata e banalizzata: “se l'alcolizzato beve significa che c'è qualcosa che non va nella sua vita e forse sua moglie, sempre così severa e arrabbiata, è la causa... beve per dimenticare, perché litigano, perché non la sopporta”. Affermazioni del genere si sentono

spesso nei corridoi dei servizi di presa in carico, ancor di più tra le dicerie del sistema di riferimento della coppia, che da una parte dichiara di voler supportare il partner “sano”, ma dall'altro coltiva almeno in parte il dubbio che chi beve lo fa perché ha ragione ed è vittima dell'altro.

Lo stesso Bateson esorta ad andare oltre alla semplice logica di bere per anestetizzare le pene e a evitare letture semplicistiche, fondate su una causalità lineare.

Del resto, come mai la maggior parte delle persone quando litiga non beve? Come mai non fa lo stesso la moglie?

L'incontro iniziale con le famiglie a transazione alcolica è in genere complesso, carico di emotività, di rabbia, disperazione e richieste di fare qualche cosa (come se nessuno avesse mai aiutato prima), disperazione che però non suscita vicinanza. Tale richiesta arriva in genere a distanza di anni dall'insorgere del problema (si scopre spesso che l'alcool in qualche modo c'è “sempre” stato) con dinamiche complicate da decenni di ricerca di un equilibrio sempre effimero e patogeno.

Come si è arrivati a questo punto? “Eppure te lo sei scelto”, verrebbe da dire al partner. Altri sostengono che se una persona è legata ad un partner disfunzionale, anche questa persona è in qualche aspetto disfunzionale.

Questa, esplicita o implicita, posizione relazionale alimenta la rabbia di compagne che si sono sentite ripetere o far intendere nel tempo che forse sono loro la causa o che comunque potrebbero andarsene. Perché non lo fanno?

Facciamo un passo per volta. Infatti, l'affermazione che “le ragioni per cui l'alcolizzato beve risiedono nel suo stato da sobrio” richiede un orientamento spazio-temporale più ampio del qui ed ora in cui avviene la richiesta di aiuto.

A tal proposito Bateson (1976) descrive così la condotta degli alcolizzati da sobrii: “immaturi, fissati sulla madre, orali, omosessuali, passivi-aggressivi, timorosi del successo, ipersensibili, orgogliosi, affabili, deboli” (p. 358).

Ancora scrive che l'alcolizzato da sobrio sarebbe più sensato degli altri e ciò creerebbe una situazione intollerabile (poiché le sue premesse insensate e rigide lo portano a risultati insoddisfacenti), per cui l'alcool e l'intossicazione alcolica si prestano come una fuga dalla schiavitù personale da falsi ideali.

Questa descrizione ne enfatizza i lati negativi, ma può avere anche una lettura positiva, soprattutto a un primo impatto e con la debita distanza emotivo-relazionale: se ci atteniamo alla descrizione proposta, gli alcolisti appaiono persone sensibili, emotive, con grandi ideali di giustizia, affabili, disponibili. Del resto, è comune esperienza il positivo impatto relazionale (a distanza emotiva) che queste persone suscitano quando sono sobrie.

Ma quando la coppia si è formata come sono andate le cose? Su quali basi si è formata la coppia? Quando li incontriamo il problema di dipendenza è conclamato, si prende tutto lo spazio relazionale e diventa difficile vedere altro, per cui ci si chiede come sia possibile che

una donna sensata, ragionevole, attenta (magari anche con un lavoro di successo) possa essersi messa con un uomo del genere.

Come clinici sappiamo che la coppia si può formare per somiglianza o per complementarità. Su quali variabili però?

Ho provato a delineare alcune tipologie di coppie a transazione alcolica, a partire dall'esperienza clinica (ciò significa che mancano in questa descrizione tutte le coppie che hanno in seno problematiche legate all'alcolismo ma che non giungono all'attenzione clinica):

1. Solo alcune coppie si formano a partire dalla somiglianza specificatamente sulla dimensione della dipendenza (alcolica e oltre). Si tratta, in genere, di coppie fragili, multiproblematiche che entrano molto presto in contatto con il sistema socio-assistenziale e dal quale faticano ad uscirne.

Nella maggior parte dei casi, tuttavia, la coppia si forma prima che ci sia la comprensione e la consapevolezza che il bere sia un problema e la formazione della coppia avviene sulla base del funzionamento generale ed esplicito, a partire da variabili distanti dal tema alcol e dalle problematiche a esso connesso. La coppia in genere si forma proprio a partire dall'incontro con la personalità "da sobrio" dell'alcolista, spesso nelle sue accezioni ancora positive e non disfunzionali.

Di seguito alcune ipotetiche tipologie:

2. Coppie che si formano a partire dalla somiglianza/condivisione di ideali importanti/non banali, condividendo la sensibilità verso le ingiustizie e il desiderio di cambiare le cose; corollario di ciò può essere la condizione della fragilità implicita, di uno o di entrambi. In questa tipologia di coppie può essere che il bere sia già presente, ma viene inizialmente sottovalutato con il conseguente rischio di crollo, soprattutto a seguito di pressioni emotive, fatiche, insuccessi e il necessario confronto con la realtà dei fatti.
3. Alcune coppie si formano a partire da una somiglianza superficiale. Vi è una condivisione di ideali, l'attrazione per l'atteggiamento sensibile e non aggressivo (almeno inizialmente). Spesso si associa alla presenza di un atteggiamento libero da parte di entrambi verso il bere, che inizialmente pare divertente, condiviso da tutti e dal gruppo; solo a posteriori ci si rende conto che è già qui un problema: non per la quantità (spesso condivisa dal gruppo), ma per il modo e gli effetti già in principio disturbanti.
4. Un'ultima tipologia di coppia che si forma, invece, per complementarità, con attrazione per le parti fragili dell'altro (un po' come accade al terapeuta che sa vedere le parti buone anche nel paziente con i comportamenti più problematici); inizialmente la fragilità può non manifestarsi sotto forma di dipendenza alcolica o da sostanza, ma piuttosto in termini di storia di vita e sensibilità al dolore altrui; la relazione spesso si instaura a partire da una comprensione reciproca e dalla fiducia che insieme ce la si possa fare. Se il bere è già presente, il partner complementare che ha poca

dimestichezza con la trasgressione e con gli abusi, non sa leggere in modo appropriato i segnali già presenti (ed è ignaro di quanto dovrà diventarne esperto).

La prima tipologia di coppia descritta non entra in questa trattazione e richiede supporti assistenziali, prima che terapeutici.

I casi 2, 3 e 4 rientrano nel pieno di questa trattazione. È importante specificare che quelle proposte sono ipotesi estremizzate per favorire la trattazione delle dinamiche relazionali. Tali tipologie non sono e non pretendono di essere esaustive e non vanno neppure intese come mutualmente escludentesi: caratteristiche di tutti e tre i profili si possono trovare variamente mescolati. L'aspetto fondamentale a cui prestare attenzione è che spesso queste coppie si formano a parire da valori e intenti positivi condivisi, con fragilità in genere già presenti, ma misconosciute o non ancora così manifeste.

In tutti questi casi la relazione, infatti, si instaura prima che l'alcool si manifesti in modo chiaro con tutta la sua gravità (va ricordato che oggi l'uso e l'abuso di alcool è talmente diffuso tra i giovani che può diventare ancora più complesso per dei ragazzi comprendere in principio se una determinata condotta, percepita da tutti come divertente e trasgressiva, possa nascondere dei rischi gravi); ancora, come già anticipato, la relazione pare instaurarsi proprio con la "personalità sobria" dell'alcolizzato, quella che a detta di Bateson contiene un errore epistemologico, forse ancora non manifestatosi.

Spesso, nella narrazione storica dei nostri clienti, scopriamo, inoltre, che la problematicità dell'alcool con le sue maglie imbriglianti si manifestano una volta che la relazione affettiva si è già instaurata e dalla quale non è più facile uscire, senza un necessario lavoro di ridefinizione del sé e dell'altro, con tutti i timori annessi di cui parleremo.

Come anticipato, non ci occuperemo qui dei figli di queste coppie (benché il tema sia rilevante e troppo spesso trascurato e/o non visto). Vogliamo portare una riflessione sistemica su di esse poiché il lavoro sul singolo rischia non solo di fallire, ma avere effetti iatrogeni sul sistema; vogliamo sottolineare che si parte da una situazione con delle risorse che se non viste e valorizzate potrebbero degenerare; benché non parleremo di figli siamo convinti che un buon lavoro sul sistema possa mantenere i figli in un'area di protezione.

Tornando alle nostre coppie (che immaginiamo essere più numerose nella popolazione in generale di quanto conti la clinica effettiva), la reazione inizialmente giocosa evidenzia presto i sintomi di un problema più grave che affonda le radici nella storia del paziente, che trova nella coppia il terreno in cui manifestarsi e portare le proprie recriminazioni; nella coppia (e nel sistema a cui la coppia appartiene) si insinua presto il dubbio che sia la relazione a non funzionare.

È proprio la vicinanza emotiva (Bertrando, 2014) che spesso funziona da trigger e il rischio è che il partner inizi a credere di essere lui la causa, con l'avvio di escalation simmetrica o complementarietà rigide, in cui l'equilibrio familiare è continuamente perso e rimesso in asse, in funzione dei bisogni del membro apparentemente più fragile con il sacrificio dell'altro.

Ciascuno, inoltre sente di essere vittima e individua nell'altro il carnefice senza che nessuno sia in grado di lasciare il campo, perché quando l'equilibrio si ristabilisce sembra tornare l'idea che possa funzionare. La coppia e il suo sistema di riferimento è, inoltre, ignaro del fatto che proprio questo ristabilirsi dell'equilibrio, dello *status quo* diventa l'origine dello stato stazionario patologico, perdendo di vista che sono proprio gli stati di disequilibrio i momenti più creativi e fruttuosi per poter introdurre cambiamenti e in cui il sistema mostra la sua vitalità, come vedremo più avanti (Prigogine, Stengers, 1981).

SOBRIETÀ ED EQUILIBRIO FAMILIARE: L'EPISTEMOLOGIA DEL PARTNER

Quando si ha a che fare con qualsiasi tipo di comportamento di abuso, ci si trova di fronte alla faticosa ricerca di un giusto equilibrio tra abuso/astinenza. Ogni equilibrio è, tuttavia e per fortuna, instabile. L'equilibrio è dato da continui aggiustamenti ed oscillazioni tra i suoi due estremi che devono poter essere contemplati entrambi. Se elimino uno dei due estremi a favore dell'altro, considerato più accettabile e positivo, esco dalla logica sistemica e dell'equilibrio dinamico, fisso una variabile, immaginando che se il suo valore diventa stabile (o oscilla così poco da non cambiare polo) le cose vadano meglio.

Lovelock (1979; 1991), Prigogine (1997) e la cibernetica di second'ordine (Maturana, Varela, 1985; Von Foerster, 1987) ci insegnano, però, che nei sistemi viventi l'equilibrio è e deve essere instabile... altrimenti non c'è più vita. Il gioco di equilibrio implica sempre più di due elementi/estremi, prevede complesse interconnessioni di triangoli e sistemi più ampi, che ora possono favorire l'equilibrio momentaneo (sano o disfunzionale) ora promuovere l'instabilità e il cambiamento.

Ecco l'errore epistemologico che Bateson ci evidenzia nei confronti dell'alcolismo: tutti, spesso anche i clinici, chiedono all'alcolista di rimanere sobrio sempre, annullando l'altro polo. Ed ecco il doppio errore epistemologico: incastrarci, come l'alcolista e il suo partner, in un gioco dicotomico tra estremi, in un'alternanza di o/o, dimenticando la complessità, l'ampliamento del quadro e la possibilità di lavorare sul e/e.

Come mai non funziona ed è erroneo fare una richiesta del genere? È chiaro che l'obiettivo è condivisibile e orientato alla salute e al benessere psichico, ma è illusorio.

Come prima cosa per un alcolista la sobrietà non esiste se non in funzione dell'ebbrezza alcolica; sostenere un polo a scapito dell'altro crea un disequilibrio, una tensione destinata a precipitare con tanta più violenza quanta più resistenza è stata esercitata per arginarsi in un sistema parziale (quello della sobrietà).

In secondo luogo, se è vero che l'intossicazione alcolica rappresenta un correttivo soggettivo a una strutturazione sobria distorta, focalizzarsi solo su quest'ultima significa incastrare l'alcolista in un sistema parziale, dove viene congelata la parte libera e vitale del soggetto a favore di un funzionamento sempre più distorto e intollerabile.

Come sottolinea Bateson, amici, parenti e curanti esortano l'alcolizzato a resistere al bere. La partner fa la stessa cosa, ma si rende conto di essere incastrata in un sistema più ampio, di cui anche lei è parte, non in termini di vittima/aggressore (altra polarizzazione facilmente applicata a questi sistemi), ma anche lei parimenti incastrata in un gioco senza fine.

La partner, in genere nei primi vent'anni di relazione, si appella a premesse positive da cui la coppia è partita (e che ancora sente credibili), alla convinzione che il compagno ha delle parti buone di cui non vuole fare a meno, che quando funziona (sempre meno spesso) è la persona che desidera e alla consapevolezza che all'origine del comportamento del compagno ci siano del dolore e delle gravi sofferenze antiche che vorrebbe poter sanare; se la relazione continua e, come spesso accade, il problema non si risolve, rimane agganciata dal timore che la propria uscita da un sistema così problematico possa avere effetti ancora più disastrosi per sé, per i propri figli se ci sono, e per il compagno (conflitti per la separazione, il dover affidare i figli ad un compagno non affidabile, salvo rivolgersi ai servizi sociali, il timore che l'altro non ce la faccia/muoia o diventi ancora più aggressivo). In questo modo l'entropia viene mantenuta costante e inconsapevolmente si blocca una possibile biforcazione, perché il timore che la crisi porti ad una rottura sempre più grave prevale sulla capacità di lasciare che il sistema si riassiemi su un livello logico più alto.

L'uscita dalla relazione è resa ancora più complicata dall'isolamento in cui in genere la coppia si trova a questo punto della sua storia. Se, infatti, il contesto sociale chiede all'alcolista di posizionarsi tra sobrietà e alcolismo (indicando quale scelta sarebbe opportuna), di fronte alle richieste di aiuto della partner (che in genere arrivano sempre in fase di acuzie, quando qualcosa di più grave del solito sta accadendo e cerca un aiuto a volte per ripristinare lo status quo, altre, in modo lungimirante, per avere un aiuto ad aumentare la tensione e creare nuove opportunità) il sistema relazione risponde proponendo un'altra dicotomia: *lascialo/smettila di lamentarti e rompere*. La partner che in quel momento vede l'opportunità di un cambiamento (se ci fosse un terzo per modificare la simmetria) non lo lascia, la tensione si abbassa e il sistema di potenziali aiuti esterni si allontana (minimizzando la gravità di quanto stava accadendo, poiché tutto è rientrato, riducendo la credibilità e la vicinanza alla partner, aumentando il senso di esasperazione per una situazione che dall'esterno non si comprende).

La simmetria diventa non solo la battaglia dell'alcolista con la bottiglia, ma la forma - relazione tra lui e la sua partner, tra la coppia e il sistema più ampio.

La partner, inoltre, vivendo dall'interno la relazione con l'alcolista sperimenta una progressiva estremizzazione delle due polarità simmetriche, qui evidenziate, del suo compagno (sobrietà/alcolismo) e percepisce (pur desiderandola ancora) sempre meno la parte positiva su cui aveva avviato la relazione con lui: quando ebbro si estremizza la componente di libertà e si mostra sempre più discontrollato, disinibito, "squilibrato"; quando sobrio appare sempre più rigido, severo, controllato. È da questa estremizzazione che può emergere l'aggressività, che per alcuni si manifesta nello stato di ebbrezza e per altri nella condizione di sobrietà.

A questo irrigidimento di poli la partner risponde con un ulteriore arroccamento sul polo del controllo, dell'iper-funzionamento e dell'intransigenza.



Bowen nel 1979 scrisse che uno degli aspetti più importanti della disfunzione familiare consiste nel pari livello di super-funzionamento di un'altra parte del sistema e avanza l'ipotesi che negli stati cronici è la disfunzione (e non il contrario) che compare per compensare la super-funzione dell'altro; tale lettura, tuttavia, porta ancora i germi della simmetria e introduce nuovamente nella coppia la dimensione della colpa, spostandola da un polo all'altro.

Abbandonando la causalità lineare, è utile ampliare lo sguardo alla famiglia alcolica, limitandoci qui alla coppia; lasciamo a future trattazioni l'analisi del ruolo dei figli, benché possiamo già qui ipotizzare che essi svolgano una funzione di ri-equilibratori e la cui salute psichica e fisica è funzione del gioco della coppia e della capacità del partner non alcolizzato di non farsi travolgere in modo totalizzante dal gioco senza fine.

Eccoci dunque al cambiamento epistemologico invocato da Bateson.

EPISTEMOLOGIA DELLA CIBERNETICA

La lezione di Bateson sull'ecologia della Mente è stata ampiamente appresa e non è questo il luogo per approfondire l'epistemologia della complessità da lui ben esplicitata (Bateson, 1984).

Vale, tuttavia, la pena ripercorrere alcuni concetti cardine da lui stesso esposti nel saggio da cui stiamo partendo, poiché rappresentano un'utile guida alla comprensione clinica (e magari anche alla terapia) dei sistemi incastrati intorno alle tematiche dell'alcolismo.

Quando parliamo di Mente facciamo riferimento a “qualunque insieme dinamico di eventi e oggetti che posseggono circuiti causali opportunamente complessi e in cui avvengono relazioni energetiche” (Bateson, 1976, p. 363). La nostra coppia/famiglia a transazione alcolica può essere ben considerata un sistema mentale. Ed è a tale sistema che va posta attenzione e supporto nel suo complesso funzionamento.

Ancora Bateson specifica che la stabilità di un sistema (se si comporta in modo autocorrettivo oppure oscilla oppure si allontani indefinitamente dall'equilibrio) dipende dalle relazioni tra il prodotto operativo delle caratteristiche temporali del sistema contesto e degli effetti delle azioni del passato. Ciò significa che la mente è immanente nel più vasto sistema uomo + coppia + famiglia + ambiente nel suo processo evolutivo temporale. Tale affermazione chiama in causa anche il sistema di aiuti formali e informali che entra nella storia del sistema e co-contribuisce al mantenimento dello status quo, a meno di cambiamenti epistemologici che introducano differenze semantiche e pragmatiche, nel rispetto delle complessità sistemiche.

Orgoglio dell'alcolizzato e attaccamento

Pur contemplando la complessità, torniamo per un momento a occuparci della parte del sistema che porta il sintomo.

Abbiamo appurato che l'epistemologia a monte dell'alcolizzato è piena di errori. Una delle caratteristiche che si evidenzia è l'atteggiamento estremamente orgoglioso dell'alcolizzato, che lo ingaggia nella battaglia simmetrica con la bottiglia e che lo rende resistente a concrete e continuative richieste di aiuto. In genere la richiesta di supporto avviene dopo importanti picchi negativi, ma poi torna a prevalere l'idea "ce la faccio da solo", spesso confermata anche dal contesto relazionale esterno alla famiglia nucleare (unico vero teatro attuale delle vicende).

Bateson, coerentemente con la propria epistemologia, si interroga su quale contesto di deutero-apprendimento possa aver contribuito alla strutturazione di un principio così rigido e fallimentare.

Egli osserva che l'orgoglio dell'alcolizzato non è frutto di successi del passato, né tanto meno basato sull'idea "non sono riuscito", ma piuttosto nasce e cresce sulla premessa "io sono capace" (aggiungerei io: "sono capace da solo"). Sarebbe questa la premessa che poi, se focalizzata sul comportamento alcolico, diventa "io sono capace di mantenermi sobrio", con l'avvio della sfida simmetrica auto-distruttiva. Il fallimento che ne consegue, a causa della strutturazione orgogliosa dell'alcolizzato, è poi imputato sempre a fattori esterni; qui la famiglia nucleare presta il fianco con il suo irrigidimento a diventare destinataria dell'accusa di responsabilità ora per una ipotetica incomprensione, ora per un rimprovero o ancora per una mancata attenzione; accanto ad essa anche il sistema più ampio fatto di regole rigide e a volte anche di ingiustizie offre spunti in cui l'alcolizzato trova ragione e causa del suo crollo.

L'effetto di tale processo è un progressivo restringimento dell'IO a cui corrisponde l'esperienza della partner che percepisce una progressiva sparizione delle parti più preziose e stimolanti del compagno. La riduzione progressiva dell'IO è inoltre enfatizzata dal contesto (a volte anche quello di cura) che vede il soggetto sempre più e solo all'interno di questo gioco simmetrico patologico.

Ecco qui che Bateson (1976) ci dice che "l'orgoglio nel rischio si rivela quasi suicida, ma talvolta impedisce il suicidio" (p. 371). Se è proprio l'orgoglio che incastra l'alcolista e restringe sempre più il suo Io e la sua esistenza portandolo a condotte che mettono a rischio la vita stessa, da un altro lato è ciò che impedisce a molte persone in questa situazione di togliersi la vita, poiché evita la vergogna e, attraverso la negazione, allontana l'assunzione di responsabilità.

Ma andando più in profondità, da quali contesti relazionali l'alcolista deutero-apprende il proprio orgoglio, l'idea di potercela/dovercela fare da solo e l'attribuzione di ogni responsabilità all'esterno?

La letteratura sull'attaccamento e sul trauma ci offrono spunti interessanti a proposito (Solomon, 2022).

È ampiamente noto il fatto che il sistema di attaccamento del bambino lo porta a cercare il miglior legame possibile con il proprio caregiver: quando si trova in una situazione di vulnerabilità o di sofferenza il sistema di attaccamento del bambino (e in futuro dell'adulto) si

attiva e lo porta a cercare la vicinanza con una figura in grado di prendersi cura di lui; se tale figura è in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino il sistema di attaccamento si disattiva, il bambino trova conforto e consolazione e torna a comportamenti di gioco ed esplorazione (Bowlby, 1969). Se, invece, l'adulto non è in grado di fornire la risposta utile ad una positiva regolazione emotiva e reagisce in modo rifiutante, rabbioso o se le richieste del bambino vengono ignorate, il piccolo ricorre a strategie secondarie per ridurre l'angoscia che lo possono portare a (Mikulincer, Shaver, 2016):

una iper-attivazione del sistema di attaccamento
al contrario una disattivazione del sistema di attaccamento.

Nell'adulto incastrato in condotte alcoliche spesso si ritrovano i segni di questa progressiva disattivazione del sistema di attaccamento; questa strategia comporta nel bambino la repressione di comportamenti di ricerca e protesta e dei loro correlati affettivi: il bambino in questa situazione tende a rimuovere la consapevolezza della propria sofferenza e smette di produrre comportamenti volti ad ottenere la prossimità del caregiver, ossia smette non solo di esprimere il proprio disagio, ma anche di esserne cosciente. Si instaura quello che viene definito un pattern di attaccamento ansioso-evitante con i suoi correlati in termini di modelli operativi interni e risposte comportamentali, che si rinforzano poiché efficaci nel mantenere la prossimità possibile con il proprio caregiver. Il bambino deuterio-apprende che è meglio fare da sé, che deve essere capace da solo e che se sbaglia dipende dagli altri, per cui è meglio mantenere la giusta distanza.

Su questa linea, Batholomew e Horowitz (1990) individuano come equivalente adulto dell'attaccamento evitante quello che definiscono *attaccamento distanziante*. Come nel bambino, il bisogno dell'altro è negato ed eliminato dalla coscienza e nel tentativo di fare da soli vengono individuate strategie di regolazione emotiva spesso disfunzionali, come l'abuso d'alcool.

Nell'alternanza tra sobrio e ebbro, pare proprio che durante l'intossicazione alcolica il soggetto faccia emergere, in modo esasperato e disfunzionale, i propri bisogni emotivi che cercano riparo, pur non trovandolo mai, mentre nello stato di sobrietà, tanto sostenuto dal sistema sociale e relazione, rimette in sesto ed esaspera il meccanismo di evitamento, opprimendo e negando il bisogno profondo ancora vivo e vorace (per cui mai soddisfatto) di cura.

Sostenere la sobrietà equivale, dunque, paradossalmente, sostenere l'epistemologia erronea e disfunzionale/distanziante; la condizione di ebbrezza rivela i bisogni emotivi profondi, che così spesso agganciano le partner che si sentono investite da un bisogno affettivo che non sanno e non possono sanare, ma dal quale sentono di non potersi sottrarre perché diverrebbero abbandoniche e quindi colpevoli.

ORGOGGIO, VERGOGNA E ISOLAMENTO NELLA COPPIA

Torniamo ora alla nostra coppia e soprattutto torniamo ad osservare il processo dal punto di vista della partner.

Mancano dati clinici così ampi da poter ipotizzare il contesto di deutero-apprendimento in cui nasce il bisogno della partner di sanare i bisogni affettivi calpestati da altri e ci auguriamo possano essere raccolti in futuro.

Per farlo è importante non cadere in una logica colpevolizzante o patologizzante, volta ad individuare quali problemi ha chi si lega a persone dipendenti...tale logica è fallimentare e iatrogena per il sistema e allontana entrambi dal sistema di aiuti.

La coppia va colta non come unità patologica, ma come sistema su cui puntare l'attenzione, ricordandoci che funziona nel miglior modo che sa e nel quale si è incastrata. La nostra sfida è di introdurre un salto di livello logico che contempli il benessere del sistema.

All'orgoglio dell'alcolizzato fa spesso da contro-altare la vergogna dei partner e dei figli, che fronteggiano attraverso due meccanismi:

L'iper-funzionamento, volto a compensare le mancanze dell'altro

L'isolamento, per evitare sempre di più situazioni a rischio per il partner, per sé e per i figli, ma anche per sfiducia nella possibilità di essere compresi e aiutati, a cui segue la crescita di un sentimento di rabbia e ingiustizia. È questo processo che affianca al restringimento dell'io il restringimento della vita relazionale della famiglia. Paradossalmente i due partner si sentono vicini per il comune senso di ingiustizia percepito.

Entrambi questi meccanismi, tuttavia, entrano in un circuito vizioso che, come accennato, alimenta la disfunzionalità dell'altro e del sistema.

Se l'alcol-dipendente tende a non prendersi mai le responsabilità, il suo partner mostra la prevalenza di un *focus of control* interno. Questo lo porta, almeno all'inizio, a credere di avere una responsabilità nelle ricadute dell'altro, con conseguente messa in continua discussione di sé stessi ("non faccio abbastanza o, addirittura, sono inadeguata"). In questa fase si crea nella coppia una *complementarità* che definirei *beffarda*: da un punto di vista pragmatico è evidente che il partner che non eccede nel bere regge il sistema famiglia e ne garantisce una sufficiente funzionalità (nella gestione economica, degli impegni, del mantenimento delle relazioni interne ed esterne), ma da un punto di vista emotivo relazionale è l'alcolizzato a mantenere una posizione up, influenzando umori, bisogni, priorità.

Soprattutto dopo la sbornia, nella fase cuscinetto di ripristino dell'equilibrio precedente, spesso le partner narrano di reazioni aggressive, particolarmente instabili, dove l'abusante ripristina il proprio equilibrio quasi con modalità accusatorie al partner; tali processi relazionali sono funzionali a far fronte alla vergogna profonda, negata e dominata dall'orgoglio.

È qui che insorgono i doppi vincoli descritti da Bateson, per cui ogni tentativo di aiutare è letto in termini accusatori ("non sei in grado da solo") e quindi competitivi: la moglie, a fronte della simmetria esasperata del compagno assume comportamenti ora simmetrici (con la conseguente *escalation*) ora complementari (talvolta *up* e talvolta *down*) ma in ogni caso alimentano la



vergogna repressa e, quindi, la collera del partner. Come tipico dei doppi vincoli, qualsiasi cosa si faccia risulta sbagliata e pare impossibile lasciare il campo.

Quando poi la moglie chiede aiuto, si ritrova in meccanismi che riproducono la simmetria o la complementarietà colpevolizzante: le soluzioni proposte appaiono sempre semplicistiche e non in grado di cogliere la complessità per cui la partner non sa rispondere alla semplice domanda: perché non te ne vai?

Di fatto le relazioni sono così imbricate che ogni uscita di scena è percepita pericolosa per sé e per l'altro (ancora di più se ci sono dei figli). Ogni movimento pare poter portare all'escalation. Prigogine (1997) sottolinea che l'entropia nei sistemi isolati aumenta in modo monotono fino a raggiungere il suo valore massimo. Che cosa accade, invece, quando i sistemi non sono isolati, ma scambiano energia e materia con il mondo circostante? Per quanto questi sistemi tendano all'isolamento, le famiglie sono interconnesse con il tessuto sociale (soprattutto quando ci sono figli) e allora si attivano sistemi interni autocorrettivi che mantengono l'equilibrio patogeno per evitare ipotetiche catastrofi.

Come già segnalato, tali sistemi sono probabilmente più numerosi di quanti giungano all'attenzione clinica. L'alcolismo è estremamente diffuso e il funzionamento di questi sistemi tende alla chiusura, poiché, del resto, le aperture appaiono a tutti poco convenienti e poco in grado di apportare cambiamenti complessi in grado di garantire il benessere di tutti i membri del sistema, sia che questo rimanga in vita cambiando, sia che si scioglia a favore della formazione di altri sistemi più funzionanti.

La sfida ancora non risolta posta da tali situazioni è come permettere una presa in carico e una evoluzione in cui tutti escano dalle trame dei doppi vincoli senza che nessuno paghi le conseguenze per tutti.

TOCCARE IL FONDO PER PROMUOVERE BIFORCAZIONI VIRTUOSE

Secondo la logica degli Anonimi Alcolisti (AA), ampiamente condivisa clinicamente, per cambiare epistemologia è necessario arrivare a toccare il fondo; gli stessi AA, tuttavia, evidenziano che "il fondo cambia da persona a persona e che qualcuno potrebbe essere già morto prima di arrivarci" (Bateson, 1976, p. 379). Ma qual è, appunto, il fondo? E il fondo di chi e per chi?

Come più volte sottolineato, le partner arrivano spesso a chiedere aiuto (magari in modo apparentemente inadeguato) quando loro sentono di aver toccato il fondo, ma quando ancora non è il fondo per il loro compagno; paradossalmente, poi, si trovano loro stesse ad attutire le cadute verso il fondo dei loro partner per timore di perderli o che alla ripresa sia ancora peggio di prima, o forse per mantenere uno status quo per sé e per i figli che mantenga almeno esternamente una parvenza di normalità.



Facciamo una parentesi anche sui destinatari delle richieste di aiuto delle partner. Il primo sistema a cui si trovano a far affidamento è rappresentato dalla famiglia del compagno (spesso evitano di chiedere ai propri familiari per vergogna o per tutela del marito). Tuttavia, proprio la famiglia di origine del partner rappresenta il contesto di deuterio apprendimento da cui è emerso l'orgoglio dell'alcolizzato. Si possono creare così due situazioni opposte. Nel primo caso la famiglia del nostro potenziale paziente si allea con la moglie, la sostiene, riconoscendosi sullo stesso piano: "anche noi ci troviamo nella stessa situazione e ne siamo esasperati". Tale alleanza, tuttavia, si basa su un paradosso, poiché partner e famiglia d'origine non sono allo stesso livello logico e neppure nella stessa posizione temporale rispetto all'emergere della patologia. La mancanza di messa in discussione dei familiari, il loro arroccamento con la partner fa sentire meno sola quest'ultima, ma esalta la simmetria dell'alcol-dipendente e quindi alimenta il circolo vizioso. In una situazione opposta la partner cerca aiuto, ma ritrova la stessa incapacità dei familiari su cui si fonda l'attaccamento distanziante del marito: più chiede aiuto e più trova distanza. A ciò segue un tentativo di alleanza (destinato al fallimento per i meccanismi neganti associati all'attaccamento distanziante) con il partner contro la famiglia d'origine a cui segue però la difesa strenua dei propri familiari da parte del marito e un incremento del senso di solitudine, con conseguente indurimento emotivo.

Altro ambito di ricerca di aiuto da parte del partner sono gli amici del marito; questi, tuttavia, sono spesso compagni di disavventura di lui e comunque tendono a banalizzare. Sono di supporto, ma con interventi momentanei ("gli parlo io") e tendono a dileguarsi appena la situazione torna in equilibrio apparente. Sono poi gli stessi amici che, forse non comprendendo l'entità del problema, invitano il nostro soggetto ad aperitivi e che in occasioni di feste o cene sono i primi a riempirgli il bicchiere avviando la sfida simmetrica. Altro ambito di richiesta di aiuto per la partner, possono diventare le proprie relazioni amicali, benché la vergogna e il bisogno di tutela rendano tali tentativi timidi e poco incisivi.

Perché non si rivolgono in modo più adeguato al sistema accreditato a fornire aiuto? L'ipotesi avanzata è che a questi servizi giungano più facilmente le situazioni al collasso, quando non c'è altro da fare. Ritengo che sia opportuno chiedersi se ciò non sia dovuto al riproporsi di una relazione simmetrica che separa, che pare escludere la possibilità di un salto di livello logico che tenga conto di tutti, che non colpevolizzi e apra a nuove possibilità. Non è raro, inoltre, raccogliere testimonianze di familiari che hanno chiesto aiuto ai servizi, sentendosi ripetutamente rispondere che "non si può fare nulla se non viene suo marito! Faccia chiamare da lui", lasciando la signora (potenziale utente diretta perché in difficoltà) con un senso di impotenza e accresciuta solitudine e rabbia, nuovamente ingaggiata da altri nel tentativo di trovare un modo per far emergere una richiesta di aiuto spontanea nel marito.

A volte tali situazioni arrivano all'attenzione clinica forzatamente, per controlli sul lavoro, o legati al ritiro della patente o per altre questioni giuridiche. In queste situazioni il sistema famiglia vede una opportunità. Queste sono occasioni importanti, purtroppo spesso mistificate da interventi poco attenti, che minimizzano la gravità del problema, che non colgono in ciò la possibilità per una presa in carico complessa; tale mancata occasione, inoltre, ha possibili

effetti iatrogeni: la minimizzazione di un clinico rende l'alcolista più forte agli occhi della sua partner alla quale torna orgoglio evidenziando che un esperto ha detto che il suo problema non è così grave (magari perché non ha ancora perso il lavoro, non ha ancora problemi di salute e non ci sono gravi effetti sui figli).

È chiaro che il sistema di aiuti lavora come può e secondo le norme vigenti.

Ma come arrivare prima? Come rendere l'accesso ai servizi una risorsa per tutti? Come valorizzare e non minimizzare i movimenti minimi?

Chi ha avuto a che fare clinicamente con queste situazioni sa, anche una volta che si riesce ad avviare una presa in carico, come anche per il terapeuta sia complesso non farsi incastrare nelle polarità semantiche in cui si è incastrato il sistema, quanto sia difficile parlare di altro che non sia alcool, sostanze, uso e astinenza (Frisina, 2022).

Ampliare lo sguardo significa non solo contemplare il sistema di riferimento, cogliere e comprendere la rabbia di chi chiede aiuto senza ricevere ascolto (i familiari appaiono sempre più antipatici dei pazienti e per molto sono stati messi ai margini del sistema di cura), ma anche cambiare polarità semantiche, uscire dalle gabbie create dall'alcolismo (o dalla dipendenza) e promuovere un lavoro sulla regolazione emotiva che tenga conto delle complessità sistemiche.

Come possiamo far tesoro di una lettura complessa per sostenere la crescita di entropia e affiancarci al sistema che si sente vacillare per aiutarlo nei momenti di biforcazione? Come essere irriverenti a fronte di tali sistemi e cercare modalità nuove di presa in carico precoce?

Questo saggio non intende e non sa fornire risposte, ma si propone di arricchire la scena di complessità, proponendo una lettura anche dal punto di vista di chi vive dall'interno queste situazioni e che non sa come uscirne non perché inadeguato, ma perché connesso con chi sta male e ingaggiato dai processi reazionari macro-sistemicici a continuare da solo. In fondo la terapia familiare, grazie alla cornice sistemica e all'epistemologia della complessità entro cui si è sviluppata, nasce proprio con l'intento di andare oltre al singolo per orientarsi al sistema significativo che co-evolve e del quale è parte il paziente (in questo caso l'alcolista). Benché abbiamo assimilato l'idea della causalità circolare, dell'influenza ricorsiva del contesto, del doppio vincolo e dell'importanza delle multiple-descrizioni, ancora nella pratica clinica delle dipendenze prevale la presa in carico singola e il tentativo di differenziare il paziente e (a volte) proteggerlo dal sistema familiare. L'accento posto sul segreto professionale e, ancora di più, sulla legge della privacy esaspera a volte questa separazione, bloccando il pensiero clinico complesso.

L'alcolista e la compagna nella loro relazione reciproca rappresentano un processo mentale complesso che si auto-riproduce ed è auto-correttivo, attraverso l'alternanza dell'ottimizzazione (che mantiene l'omeostasi) e la massimizzazione (che porta il sistema in fuga).

I sistemi si sviluppano, evolvono e cambiano grazie al disequilibrio tra ottimizzazione e massimizzazione. Nelle coppie a transazione alcolica (che con la bottiglia formano un triangolo



perverso) si bloccano in una oscillazione ricorsiva ed equilibrata tra i due processi: la mancanza di disequilibrio tra i due non permette l'evoluzione. Tale blocco ha a che fare con il bisogno dei sistemi di sopravvivere, mantenendo la continuità del proprio senso di identità per il timore di diventare altro da sé.

Bowen (1979) evidenzia l'importanza di lavorare a volte con la parte più sana del sistema, partendo dal presupposto che se chiede aiuto è perché l'altro sta male e il richiedente non sa come uscire da una situazione stagnante. Il lavoro con la parte più funzionante del sistema può liberare del potenziale non impegnato di cambiamento (Madonna, 2023), promuovere un disequilibrio che può promuovere una criticità auto-organizzata, come l'ingresso in terapia del partner. Per fare ciò, l'autore, già allora ci esortava a fare attenzione a non finire per rendere paziente e disfunzionante (con l'atteggiamento e con la linearizzazione propria del linguaggio medico) chi funziona.

Nel lavoro con queste coppie la sfida è ampliare l'arco di circuito, uscire dalla dualità e dalle polarità semantiche che incastrano l'identità della coppia; per farlo è utile reintrodurre triangoli interconnessi di osservazione (alcolista/bottiglia/partner; alcolista/partner/famiglia d'origine; partner/figli/bottiglia; alcolista/bottiglia/figli, etc.). Compito del terapeuta è porsi tra tutti questi triangoli, moltiplicarli, arginare la bottiglia senza farsi triangolare.

È possibile, infine, lavorare con queste coppie moltiplicando le descrizioni, valorizzando il loro punto di vista e rendendoli attori del cambiamento? Li incontriamo che sono sistemi chiusi, avviluppati su sé stessi, forse perché temono che l'apertura porti il sistema a non esistere più o anche perché ogni apertura (a volte di fronte a fatti gravi che portano verso il fondo) porta il contesto esterno (a volte anche quello di cura) a riportare alla chiusura e allo status quo. La riflessione avviata ci ricorda, inoltre, di reintrodurre la dimensione temporale nel sistema che giunge a formulare una richiesta di aiuto: si tratta di un sistema blocca nel tempo e nello spazio, dove tutto è presente e fronte di un passato che pare sempre uguale o che rischia di essere idealizzato e di un futuro sognato ma mai raggiungibile. Anche il terapeuta rischia di incastrarsi nel tempo statico del qui ed ora, entrando in un blocco che impedisce di lavorare con creatività e irriverenza.

Può un approccio differente, complesso e in grado di promuovere fiducia favorire richieste di aiuto precoci? O meglio: può portare a riconoscere prima le timide richieste di aiuto già presenti e spesso ignorate?

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision.* Raffaello Cortina.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente* (G. Longo, Trad.). Adelphi. (Opera originale pubblicata 1972). [Include: La cibernetica del «Sé»: Una teoria dell'alcolismo, 1971]. Bateson, G. (1984). *Mente e natura* (G. Longo, Trad.). Adelphi. (Opera originale pubblicata 1979).
- Bertrando, P. (2014). *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Raffaello Cortina Editore.
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo* (M. Andolfi, Trad.). Astrolabio. (Opera originale pubblicata 1978).
- Bowlby, J. (1989). *Attaccamento e perdita: Vol. 1. L'attaccamento alla madre* (ed. rivista).
- Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata 1969, rivista 1982).
- Frisino, M. (2022). Il genogramma nella clinica delle dipendenze: dalla parola all'immagine, e ritorno. In I. Daure & M. Borcsa (A cura di), *Il genogramma nella pratica sistemica contemporanea. Sviluppo e prospettive*. FrancoAngeli.
- Lovelock, J. E. (1979). *Gaia: A new look at life on Earth*. Oxford University Press.
- Lovelock, J. E. (1991). *Gaia: The practical science of planetary medicine*. Gaia Books Ltd.
- Madonna, G., & Piccolo, M. (2023). *Ecologia della mente e sviluppo psichico. La forma aperta*. Mimesis Edizioni.
- Maturana, H., & Varela, F. (1985). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente* (A. Stragà, Trad.). Marsilio Editore. (Opera originale pubblicata 1980).
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). An attachment perspective on compassion and altruism. In *Compassion: Concepts, research and applications*. Routledge.
- Prigogine, I. (1997). *La fine delle certezze. Il tempo, il caos e le leggi della natura*. Bollati Boringhieri.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1981). *La nuova alleanza. Metamorfosi della scienza*. Piccola Biblioteca Einaudi.
- Solomon, R. M. (2022). *Lutto e EMDR. Dalla diagnosi all'intervento clinico*. Raffaello Cortina Editore.
- Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Astrolabio.

**TIPI DI GIOCHI FAMILIARI (SOTTOGIOCHI) CHE HANNO A CHE FARE CON
L'ALIMENTAZIONE⁶⁵**Mara Selvini Palazzoli⁶⁶

Ogni tanto capita che qualche ricercatore di storia della medicina, italiano o americano, chieda di consultare gli archivi di Mara Selvini Palazzoli, che poi consistono in una serie di scatoloni dispersi per la mia abitazione. Dall'ultimo di questi traffici è sbucato fuori un breve dattiloscritto di 11 pagine, immagino redatto negli anni Ottanta dalla mitica "signora Mauro" storica insostituibile segretaria di mia mamma. Ci può aiutare a riflettere sulle micro vicende della vita quotidiana, per il loro potentissimo significato relazionale, affettivo e simbolico. Scegliere il cibo, comprarlo, prepararlo, consumarlo, conservarlo, buttarlo... sono una parte grande della nostra vita personale e familiare. Lì dentro passano tante cose importanti: affetto e cura in primis, ma anche competizione e potere, rispetto, sottomissione o dominante invasione, spreco, generosità, avarizia... In questo breve scritto Mara Selvini Palazzoli passa in rassegna, con varie metaforiche etichette (dal gioco della deprivazione a quello della casalinga frustrata...) alcune varianti del rapporto tra cibo e vita familiare.

Matteo Selvini

SOMMARIO

Questo documento rappresenta un'analisi psicologica delle dinamiche familiari disfunzionali legate all'alimentazione, evidenziando come il cibo possa diventare strumento di potere, controllo e comunicazione all'interno delle relazioni familiari. L'autrice identifica diversi "giochi" o pattern comportamentali che si sviluppano attorno all'alimentazione, dalla pseudodemocrazia alimentare ai conflitti di coppia che si manifestano attraverso le scelte alimentari, fino all'inversione dei ruoli genitoriali.

PAROLE CHIAVE: Famiglia, alimentazione, psicoterapia.

⁶⁵ Articolo originariamente pubblicato sulla Rivista "Frattali", N° 11, anno VI, novembre 2025

⁶⁶ Mara Selvini Palazzoli (1916-1999) Psichiatra e pioniera della terapia familiare.

ABSTRACT

This document presents a psychological analysis of dysfunctional family dynamics related to food, highlighting how eating can become a tool of power, control, and communication within family relationships. The author identifies various “games” or behavioral patterns that develop around food—from pseudo-democratic food decision-making, to couple conflicts expressed through dietary choices, all the way to the reversal of parental roles.

KEY WORDS: Family, nutrition, psychotherapy.

MARA SELVINI PALAZZOLI, I GIOCHI E LA COMPLESSITÀ. GLI APPUNTI NEL CASSETTO.

Abbiamo il piacere di pubblicare un breve scritto inedito di Mara Selvini Palazzoli, psichiatra psicoterapeuta e maestra della terapia familiare in Italia e nel mondo, nota per i suoi studi pionieristici sulla anoressia mentale. Un titolo accattivante che può essere di interesse attuale nonostante sia stato quarant'anni in un cassetto. Si tratta di appunti privati ritrovati da Matteo Selvini, strutturati in modo semplice, come fossero destinati a una conferenza, non datati, ma presumibilmente scritti nei primi anni '80. Mara Selvini affronta un tema clinico piuttosto ricorrente nella sua vita, inserendolo come sempre nel contesto socioculturale più ampio in cui appare, riallacciandolo ancora al ruolo della donna contemporanea (anni '80) e nei microcontesti familiari in cui si intrecciano culture familiari, singolari processi evolutivi e particolari “giochi” familiari. È un manoscritto che mostra il pensiero di Mara Selvini in azione, con tutta l'originalità e la passione che la contraddistingueva. Si struttura come un tentativo di descrivere giochi familiari lievi (modalità tipiche di rapportarsi col cibo e con la nutrizione dei figli) come possibili precursori della nascita di un disturbo, dove le abitudini alimentari familiari si incrociano con le regole interne e i modelli culturali del momento, i ruoli e le ideologie di genere, e dove le consuetudini ereditate da ciascuno necessitano di un compromesso (a partire dalla formazione della coppia), si complessificano con l'ingresso dei figli, si canalizzano sul cibo, modulano giochi familiari che anticipano o delineano il possibile avvio di incastri alimentari patologici. La mamma frustrata, la nonna catturata nell'alimentazione del nipote, l'assenza del genitore, la modesta tendenza bulimica, le culture alimentari, la precoce adultizzazione, la perdita di ruolo genitoriale, la parentificazione, il permissivismo, la mamma sola, il cibo affettivo (tutti temi di grande attualità nonostante i contesti storici differenti). Cultura e ambiente come sempre si sommano e costituiscono il sostrato sociale in cui si sviluppano (“attecchiscono”, come scrive Antonello D'Elia, 2023) “i nuovi fenomeni clinici”. L'interesse di Mara Selvini per le cornici (micro e macro) sociali e culturali dei sintomi è presente già nella prima edizione psicoanalitica di Anoressia mentale (Feltrinelli, 1963) e si riaffaccia continuamente in periodi diversi della sua vita, nel Bollettino di Informazione e Documentazione dell'Università Cattolica già alla fine degli anni '70 dove rilegge costruttivamente alcune sue intuizioni sulle considerazioni di un sociologo della famiglia di allora, Silvano Burgalassi, o confrontandosi con le ricerche di Eugenia Scabini, e



ancora riflettendo sul Report "La quarantenne – donna di Frontiera" (SWG di Trieste), apparso su Famiglia Cristiana (n. 18, 1995), fino al 1997 quando uscì un suo contributo su Terapia Familiare dal titolo "Anoressia bulimia: un'epidemia sociale. Lo schiacciante ruolo della donna contemporanea" (n. 53, Marzo 1997). Ma ho anche ricordi personali di sue conferenze, la prima dal titolo "l'adolescenza come informazione", o dove la naturale propensione della ricercatrice la portava a riflettere sulle basi storiche e culturali dell'allevamento della prole (la centralità del figlio unico idolatrato di oggi rispetto alla perifericità nella cultura di metà ottocento) o con una prospettiva antropologica e batesoniana (l'adolescente che mastica le foglie di coca in Bolivia non produce le stesse informazioni allarmanti che angosciano i sistemi familiari europei) (Università Cattolica, 1985) o nelle riflessioni sociologiche a partire dal saggio di Christofher Lasch (La cultura del narcisismo, 1979), sull'ossessione dominante di vivere per il presente, non per i predecessori, non per i posteri: "una società che teme di non avere un futuro non può essere molto attenta ai bisogni delle nuove generazioni" (Selvini Palazzoli, 1997). Sempre si è interrogata sulle ricadute nella famiglia dei modelli culturali del momento, della discontinuità storica e dei mutamenti nei costumi, delle fatiche nel coniugare lavoro, carriere con capacità empatiche e gioia.

Questo breve scritto di Mara Selvini Palazzoli, chiaro e sintetico, coerente con la sua idea di trasmettere contenuti "utili" e quindi potenzialmente "fruibili" per colleghi ed allievi che si occupavano di disturbi alimentari, nasce in un periodo storico particolarmente innovativo per la sua ricerca e l'applicazione del pensiero sistemico alla clinica. Appunti, probabilmente stesi a distanza di qualche anno dall'articolo *Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session* (1980) e durante la gestazione del libro successivo *I giochi psicotici nella famiglia* (1988). Si tratta di un ambito di ricerca e innovazione della clinica sistemica che oggi definirei "giochistico" in cui Mara Selvini cerca ripetitività ricorrenti e ridondanze relazionali nei processi evolutivi familiari che danno vita a peculiari "giochi familiari" nelle famiglie con un membro sintomatico, ma sempre lo fa con un pensiero alla complessità eziopatogenetica e antiriduzionistica che non insterilisce mai le ipotesi al solo dato "familiare", e tanto meno biochimico, genetico o psicologico.

A me sembra che il concetto di gioco familiare possa essere in questi casi ancora utile in quanto rimane un pezzo di un circuito che si integra in una prospettiva più complessa. Nella metafora del gioco familiare si allude a un legame invisibile ma appassionante tra le persone, fatto di vantaggi e svantaggi, bisogni e compensazioni, attribuzioni di ruoli e proiezioni, dipendenze e autonomie, sfide e simmetrie che fanno sì che un determinato sistema relazionale possa continuare a girare su sé stesso (mantenga cioè il suo stato) senza che i partecipanti al gioco ne siano soddisfatti e certamente consapevoli. Questo concetto può coniugare la prospettiva storica, intergenerazionale (verticale e diacronica), e dell'attaccamento, sulla trasmissione della sofferenza, con le consuete vicissitudini traumatiche, e quella attuale (orizzontale, sincronica, sul qui e ora) in cui le storie del passato di ciascuno trovano un adattamento relazionale che le perpetua. Potremmo dire che ci sono una dinamica intergenerazionale (costituita anche da elementi transgenerazionali) e un gioco attuale, e che essi si integrano circolarmente dando vita a una realtà estremamente complessa e del tutto interdipendente che spesso ci lascia stremati e



ci confonde. Di frequente il gioco attuale, esito complesso di combinazioni, accadimenti, storie individuali desolanti, aspettative di coppia deluse, certamente anche “genetica e temperamento”, determina un circuito impazzito (circolo vizioso, strange loop) estremamente pernicioso, la cui interruzione non è sempre e solo dipendente dalle trasformazioni narrative, né tanto meno dalla ricostruzione storiografica o dai cambiamenti individuali, perché potrebbe essere anche in parte alimentato dalla sfida o dalla collera.

Oggi analizziamo le patologie e i sintomi attraverso una lente che chiamiamo complessità. La maggior parte degli studi mette insieme la trasmissione della vita psichica con le vicissitudini individuali e intergenerazionali, l'attaccamento e le esperienze traumatiche, cultura e contesto sociale. Temi che attraversano orizzontalmente terapia familiare, psicoanalisi, cognitivismo, e che fanno dialogare tra loro relazioni e inconscio, cicli di vita e genetica, eredità psichica e esperienze traumatiche, giochi familiari e resilienza, processi educativi e contesto sociale. Credo che uno degli insegnamenti di Mara Selvini sia stato farci scoprire questo segmento: l'importanza del familiare come fattore determinante nella struttura della personalità (e quindi nel processo terapeutico) è il nostro specifico professionale, o il nostro “modello” privilegiato per la clinica, pur con la raccomandazione di essere attenti al “tutto”, alle cornici di senso, dall'attaccamento alla cultura.

Non trovo quindi che il concetto di "gioco familiare" sia da mettere definitivamente in soffitta, ma sia un segmento importante in questo circuito complesso, così come altre metafore descrittive utili alla clinica, il Ciclo di vita (Carter - Mc Goldrick), il Leaving home di Jay Haley (il funzionalismo del sintomo, laddove l'adolescente distrae il sistema), le Profezie che si autoavverano di Merton e poi Rosenthal e Jacobson. “Gioco” può essere un termine ancora utile e fecondo se applicato alla descrizione di situazioni disfunzionali psicosociali come il maltrattamento, le conflittualità familiari insanabili, nelle terapie di coppia, nelle separazioni coniugali disperanti in cui vediamo triangolati figli sintomatici (perlopiù adolescenti) e certamente anche in molte nuove sindromi adolescenziali dove spesso convergono dipendenze e Dca, comportamenti autolesivi e identità di genere. In tal senso le tracce di Mara Selvini Palazzoli continuano ad orientare, aprono aree di pensiero altrimenti inaccessibili ai giovani terapeuti. Certo, da utilizzare con cura e al caso specifico come ipotesi clinica e non come passepartout per ogni occasione terapeutica. È una lettura solo apparentemente semplice, ma che può produrre pensieri profondi.

Roberto Mazza

IL GIOCO DELLA DEMOCRAZIA

Il genitore offre al figlio un certo (limitato) numero di alternative alimentari tra cui scegliere. È chiara l'ideologia liberale e permissiva, seppur in modo controllato, che ispira una simile

politica familiare. Essa ha il vantaggio di risolvere determinate differenze d'opinione tra i genitori (o gli adulti responsabili), infatti in questo modo la scelta viene delegata al figlio. Nel caso di bambini piccoli è probabile che questo gioco faciliti atteggiamenti molto instabili e capricciosi del figlio rispetto al cibo. Infatti, gli viene assegnata una responsabilità ed un potere decisionale che non è in grado di gestire. Il bambino diviene così oscillante tra l'ansietà insita nell'incertezza e la soddisfazione di esercitare un potere sugli adulti. Quella che è una pseudo-democrazia con bambini piccoli, cioè in un contesto dove un forte dislivello di potere nella relazione è giusto e necessario, può invece evolvere verso una effettiva democrazia man mano che il figlio si avvicina all'adolescenza. Questo finirà allora per diventare il gioco alimentare più sano e fisiologico: quello in cui l'adolescente può negoziare con i genitori le regole della sua alimentazione in un tipo di interazione dove gli è permesso di prendere l'iniziativa e di esprimere delle preferenze, mentre contemporaneamente gli vengono anche posti dei limiti di realtà e di buon senso (tipo la funzionalità di un certo orario dei pasti, o il costo degli alimenti) oppure di tipo igienico (quantità, qualità, ecc.). È chiaro che, anche nell'adolescenza, una eccessiva disponibilità del genitore a far scegliere il ragazzo senza porre alcun limite sarà testimonianza di giochi disfunzionali del tipo di quelli di cui parleremo più avanti (di tipo seduttivo, di tipo competitivo ecc.)

QUANDO LA LIBERTÀ È UN IMBROGLIO

Esistono parecchie madri che teorizzano la libertà ed autogestione dei figli rispetto all'alimentazione. In queste case non c'è quasi mai nulla di pronto, o di preparato, c'è solo qualcosa di confezionato, e tutte cose confezionate i bambini si abituano a mangiare. Liberalismo e permissivismo qui mascherano una difficoltà della madre ad assumersi la responsabilità ed i compiti connessi al suo ruolo. Difficoltà che si origina in alcuni tipi di giochi relazionali. Ad esempio, tale più o meno mascherato lassismo è spesso un inconsapevole segnale di allarme finalizzato a richiamare l'interesse di terzi (genitori, coniuge) sentiti, in modo più o meno razionale e realistico, come troppo assenti (si veda il gioco della casalinga frustrata nella sua variante della "reductio ad absurdum"). In questi giochi è assai probabile che il cibo sia ripetitivo, confezionato o cucinato in grandi quantità che saranno poi più volte riscaldate.

È possibile che il figlio stia al gioco della madre, e si convinca che questa informalità e "semplicità" alimentare sia un valore. Tuttavia, sotto sotto, non è improbabile che covi un sottile rancore per tale deprivazione alimentare/affettiva. In questo senso certe manie alimentari tipiche di adolescenti possono essere interpretate come vendette/risposte in giochi di questo tipo. Si veda ad es. il diventare vegetariani, o la scelta di diete complicate.

IL GIOCO DELLA DEPRIVAZIONE



In certi casi le difficoltà dei genitori sono così grosse da non venire neppure mascherate dietro ideologismi e giustificazioni. Genitori gravemente depressi e disturbati abdicano al loro compito relativo all'alimentazione. Questo ha sui figli un'ovvia ricaduta in termini di vera e propria denutrizione, ma i diversi tipi di reazione possibili dei figli e dell'ambiente produrranno una serie di sottogiochi. Allorché nessuno interviene e le gravi carenze passano sotto silenzio, il figlio vivrà la deprivazione come una normale condizione esistenziale. La sofferenza del figlio rimane così silenziosa, inascoltata, persino tabù ai suoi stessi occhi. Nell'adolescenza e nell'età adulta tali sofferenze infantili verranno "messe in atto" con comportamenti sintomatici di cui il più classico è costituito dalla bulimia, una rappresentazione drammatica del soddisfacimento di una fame patita per lungo tempo⁶⁷ (di solito solo in senso affettivo, il ciclo quindi diventa un simbolo, un segnale comunicativo). C'è un rapporto di proporzionalità diretta tra la gravità della carenza e quella del sintomo. Infatti, modeste tendenze bulimiche sono presenti in moltissime persone che quindi avranno avuto delle moderate sofferenze infantili. Nella bulimia dolci e farinacei sembra facciano la parte del leone, sono i cibi vissuti come affettivamente più carichi di simbolizzazioni. Per quanto riguarda i dolci, c'è una tradizione che ne fa un evento non quotidiano dell'alimentazione, e questo sfuggire alla routine ne fa un veicolo privilegiato di comunicazioni affettive sui vari registri quali il premio, la ricompensa, la seduzione, l'espressione di gioia ecc. Per quanto riguarda i farinacei, si può invece pensare che siano gli alimenti che maggiormente producono una sensazione di sazietà, paragonabile a quella del lattante, ma comunque simbolizzante un essere pieni di tipo affettivo.

UN'IMPORTANTE VARIANTE DI QUESTI GIOCHI DELLA DEPRIVAZIONE È QUELLO DELLA INVERSIONE DEI RUOLI

La palese incapacità del genitore può portare il coniuge, o qualche membro delle famiglie estese, a precocemente responsabilizzare un figlio, anche di soli 6-7 anni, ad occuparsi di tamponare le falle del genitore. Ecco allora il figlio che fa la spesa e si occupa della nutrizione del genitore incapace. In questi giochi i bambini diventano precocemente adulti, spesso vengono molto valorizzate le loro capacità organizzative e cognitive. A volte saranno quindi degli adulti di successo. Tutto questo avviene però a spese di una fondamentale tappa della vita: quella basata sul senso di sicurezza e di piacere dato dal dipendere affettivamente da un adulto. Benché tale fase venga così saltata, difficilmente tale mancanza verrà consciamente percepita dal soggetto. Ecco che avremo allora degli adulti che, ai tratti bulimici cui abbiamo già parlato, non abbineranno una personalità depressa, quanto piuttosto uno stile di vita efficientistico, magari un po' maniacale, ed una spesso sottile incapacità ad assumere un ruolo affettivo valido nei confronti dei propri figli. Una classica variante di questi giochi è quella in cui i fratelli o le sorelle maggiori vengono responsabilizzati ad occuparsi dei più piccoli. Anche qui avremo le stesse pericolose dinamiche psicologiche connesse alla precoce adultizzazione o

⁶⁷È diverso, ovviamente, il caso in cui i genitori non possano materialmente nutrire i figli a sufficienza e ne piangano insieme a loro. Ciò non conduce alla bulimia.



parentificazione. In questi casi di figli parentificati divenuti a loro volta genitori, è frequente constatare un vissuto emotivo di disagio e difficoltà rispetto alle pratiche di preparazione e somministrazione del cibo. Anche questa sarà una sorta di messa in atto rispetto al senso di soffocamento, costrizione (il portare un peso superiore alle proprie forze) che tali "doveri" avevano esercitato nell'infanzia/adolescenza di questo genitore.

UN'ULTIMA VARIANTE DEL GIOCO DELLA DEPRIVAZIONE PREVEDE L'INGRESSO IN CAMPO DI UNA DELLE FAMIGLIE DI ORIGINE (DI SOLITO DELLA MADRE) CHE VIENE AD ASSUMERE DELLE FUNZIONI GENITORIALI VITALI RISPETTO AI NIPOTI. È QUESTO IL GIOCO DELLA NONNA CATTURATA

In questi casi il genitore (di solito la madre) è stato trascurato nella propria famiglia di origine e ciò, oltre a non facilitare la sua capacità di assumere positivamente un tale ruolo, lo può spingere a cercare di incastrare la propria madre, nella speranza che ripari con i nipoti i torti inflitti al figlio. È quasi inutile aggiungere che molto probabilmente il tentativo fallirà: la nonna prima o poi sfuggirà alla cattura (si ripete così la delusione di 20-30 anni prima). Anche qui vale il discorso della proporzionalità fatta altrove: la carenza originaria può essere stata modesta e quindi il gioco della nonna catturata essere appena sfumato... È questo un gioco assai complesso dove le reazioni dei figli potranno essere molteplici: scivolare nella depressione e nell'autosvalutazione, legarsi alla nonna e disprezzare la madre, con l'adolescenza cercare la fuga con una pseudo-autonomizzazione deviante ecc. Rispetto al cibo si potranno avere delle carenze più palesi o più sottili (e qui ritorniamo al gioco "quando la libertà è un imbroglio").

IL GIOCO DELLA CASALINGA FRUSTRATA

Ci sono poi dei giochi in cui i protagonisti principali sono certamente i genitori, ma quel tipo di interazione di coppia ha un'importante ricaduta sui figli, ed in particolare sulla loro alimentazione. Tipico è il gioco della casalinga frustrata, ovvero quello in cui un marito svaluta (in modo magari anche assai sottile e poco appariscente) il ruolo domestico della moglie casalinga, o comunque professionalmente meno impegnata di lui. A questo punto si possono classificare tutta una serie di diverse reazioni di questa moglie: a) la "reductio ad absurdum": se quello che faccio non vale niente, allora lo farò in maniera così sciatta e trascurata da fartela pagare e da farti toccare con mano la differenza... b) l'escalation competitiva: la moglie si impegnerà fortemente per dimostrare l'importanza del suo ruolo e per farlo utilizzerà tutte le diverse ideologie salutiste connesse all'alimentazione: la dieta naturale, la guerra ai coloranti, agli alimenti cancerogeni ecc. Tali preoccupazioni ossessive prenderanno magari anche un velato sapore di vendetta nei confronti dei gusti più piani o tradizionali del marito, o comunque ostacoleranno le abitudini di lui. È chiaro che il controllo della dieta è una delle leve del potere relazionale in una famiglia. Ed in qualsiasi conflitto anche questa leva (e questo possibile



terreno di battaglia) sarà certamente importante, sia in sé, sia come simbolico campo di comunicazione. Sarà allora chiaro che il sotto-gioco della "reductio ad absurdum" viene ad imparentarsi strettamente con quello del "quando la libertà è un imbroglio" o addirittura con quello della deprivazione, con la differenza che mentre là veniva sottolineata l'importanza del ruolo della madre, qui abbiamo puntato i riflettori sulla dinamica del retrostante rapporto di coppia, in cui il gioco può essere "ludico" o, all'estremo opposto "sanguinoso". Infatti, ricordiamo la classica distinzione tra conflitti familiari for fun o for blood. Quanto al sottogioco dell'escalation competitiva, è probabile che costringerà i figli, non appena non più neonati, a prendere posizione: allearsi con le giuste e "scientifiche" preoccupazioni della madre? Oppure irridere le sciocche ed insipide manie (in una sintonia più o meno scoperta con il padre)?

QUESTO SOTTOGIOCO DELLA CASALINGA FRUSTRATA CI RIPORTA AD UN GIOCO BEN PIÙ DIFFUSO ED UNIVERSALE: QUELLO DELLA COMPETIZIONE E DEL CONFLITTO

Questa competizione può essere coperta, ed abbiamo allora quelli che abbiamo chiamato giochi seduttivi. In quelli competitivo/conflittuali invece la lotta è molto aperta. Protagonisti possono essere i genitori, ma anche le famiglie estese dell'uno o di entrambi possono scendere in campo alla Capuleti e Montecchi. In questi giochi al figlio sono possibili tutta una serie di scelte: a) schierarsi, scegliere una certa fazione e con essa una politica alimentare. b) sfruttare la situazione, in base al noto criterio del "divide et impera": prendere tutti i vantaggi che gli uni e gli altri possono offrire. c) essere travolto dal terrore del conflitto e cercare di non scontentare nessuno. Ricordiamo quel caso limite di un bambino obeso che, pur di non scegliere, accettava spesso di mangiare tre volte: il pranzo preparato dalla madre, che si sentiva in colpa perché il suo lavoro la rendeva scarsamente presente; il cibo del padre, che voleva sopperire alle assenze della madre, e della nonna che giudicava la famiglia del nipote assai carente. In questi casi la competizione trova un alibi nei tipi di cibo: ad es. "carne perché ne ha bisogno", "verdura perché gli fa bene", "dolci perché gli piacciono tanto", oppure il conflitto si sposta su cibi da preparare o confezionati ecc. d) porsi come genitore dei bambini (cioè degli adulti) che litigano facendo da mediatore e dando ragione ora all'uno ed ora all'altro, arrivando magari anche ad assumersi le decisioni, anche relative al cibo (e questo ci riporta ancora al gioco dell'inversione dei ruoli).

ANCHE IL GIOCO DELLA MAMMA TROPPO SOLA POSSIAMO RIPRENDERLO ED INCLUDERLO IN UNA DINAMICA CHE METTE A FUOCO IL TIPO D'INTERAZIONE DI COPPIA. È QUESTO IL GIOCO DEL FIGLIO RIVALE CONIUGALE

Una donna profondamente delusa del marito riversa tutte le sue attenzioni sul figlio le cui esigenze vengono in tutti i modi messe davanti a quelle del marito. Ecco allora che si cucinerà

quello che piace al pargolo, gli orari dei pasti saranno fissati in base alle sue esigenze (magari anche facendolo cenare prima del rientro a casa del padre perché, lui, poverino, ha fame...) ecc. Naturalmente anche qui il gioco può presentare diverse varianti a seconda della risposta del figlio: diventerà il fedele paladino della madre? Ne diventerà un dispotico padrone? Cercherà di sfuggire a questo soffocante ed "incestuoso" abbraccio? O quale combinazione di tutto ciò? Una variante di questo gioco, sempre partendo dal livello della coppia, è quella in cui la moglie non disprezza realmente il coniuge, ma lo sente invece troppo poco interessato a lei. Questo ci riporta al gioco della casalinga frustrata, ma qui possiamo aggiungere una variante: la nomina del figlio a rivale interno del marito come mossa per ingelosirlo e quindi come strategia per "riscaldare" la passionalità coniugale. (E questo ci riporta ancora ai giochi di seduzione).

PER CONCLUDERE SUI GIOCHI PRIMARIAMENTE DI COPPIA, VOGLIAMO CITARE QUELLO DEL FIGLIO PALLA AL PIEDE

In una coppia assai competitiva, del tipo di quelle "dual career", assai di moda ai giorni nostri, un marito può sentirsi spaventato dal crescente successo professionale, sociale o erotico della moglie. Ecco allora che questo marito scoprirà la grande importanza delle cure materne, il figlio ha bisogno della presenza assidua della madre, la sua alimentazione non può essere trascurata, o abbandonata nelle mani di colf incolte e impreparate. Riuscirà il nostro spaventato marito ad incastrare la moglie con i sensi di colpa? E nel caso la manovra di cattura abbia successo, come reagirà il bambino/adolescente a questa sofferta e poco spontanea presenza materna? La risposta a queste domande apre la strada alle molte varianti di questo gioco, varianti che questa volta abbandoniamo alla fantasia creativa del lettore.

BIBLIOGRAFIA

Barrett, M.J., Stone Fish, L. (2014) *Treating Complex Trauma: A Relational Blueprint for Collaboration and Change*. Routledge, New York (NY)

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

THERAPY WITHOUT COMMITMENT, CHANGE WITHOUT DESIRE?⁶⁸

(“Terapia senza impegno, cambiamento senza desiderio?”)

Christina-Konstantina Kalyva

Riassunto

Nella pratica psicoterapeutica contemporanea sempre più spesso si osserva un fenomeno che, sebbene sottaciuto, è particolarmente determinante per l'andamento e l'esito del processo terapeutico: la ricerca di aiuto, che rappresenta un primo essenziale e determinante passo, non accompagnato da un reale impegno interiore verso il cambiamento. Le persone si rivolgono alla terapia, raccontano, con maggiore o minore precisione e chiarezza, la propria sofferenza, riconoscono le difficoltà soggettive o oggettive che affrontano nelle interazioni con l'ambiente circostante e, allo stesso tempo, sembrano nutrire una profonda ambivalenza nei confronti della prospettiva del cambiamento, una forte esitazione di fronte alla necessità di una motivazione interiore. La domanda che emerge non è semplicemente se la terapia possa «funzionare», ma secondo quali presupposti psicologici ed esistenziali il cambiamento diventi possibile, e cosa significhi, in definitiva, desiderare davvero di cambiare. A questo si ricollega anche la concezione estremamente distorta secondo cui la psicoterapia possa funzionare in modo “magico”, a prescindere dalla volontà, dall'impegno e dal desiderio risoluto di cambiare da parte del paziente, con l'unica condizione della competenza scientifica e delle abilità del terapeuta. Il presente articolo cerca di approfondire questo paradosso: la terapia senza impegno e il cambiamento senza motivazione.

Introduzione

Pitagora di Samo (VI secolo a.C.), filosofo, matematico, geometra, amante della musica e dell'armonia, maestro, fondatore della Scuola Pitagorica, con una visione del mondo rivoluzionaria, riconobbe agli uomini la capacità di avere un ruolo attivo riguardo ciò che accade all'interno del loro corpo e nel mondo che li circonda, liberandoli così, da un lato, dall'esclusiva dipendenza da Dio e, dall'altro, introducendo i concetti di contesto e di relazioni reciproche. Secondo Pitagora, la salute è uno stato funzionale e relazionale in cui l'armonia, l'equilibrio del corpo, dell'anima, del mondo e dell'universo che ci circonda svolgono un ruolo fondamentale (Kyrizidou, 2014).

Nella malattia, questa relazione viene perturbata e l'individuo diventa disfunzionale. A quel punto, è costretto a riesaminare le proprie connessioni e interdipendenze e reagire — anziché rimanere passivo — per ripristinare l'equilibrio in tali relazioni e curare sia il corpo che l'anima.

⁶⁸ Articolo originariamente pubblicato sulla rivista “Systemic Thinking & Psychotherapy”, *Iss: 28 pp.14-18*
<https://doi.org/10.8207/SYST20262804> Article 4 / April 2026.

La cura, così come la descrive Pitagora, è un atto volontario che richiede la partecipazione attiva e la responsabilità della persona.

Gli esseri umani hanno l'obbligo morale di essere — e, quando si ammalano, di diventare — sani attraverso una decisione consapevole e libera, assumendosi la responsabilità delle proprie azioni. La questione è di quanta libertà disponga un individuo per poter orientare e guidare la propria terapia, nonché per influenzare le condizioni in cui vive e dalle quali è (co-)determinato.

Viktor Frankl, neurologo, psichiatra e filosofo nato nel 1905, afferma nel suo libro *Psicoterapia ed esistenzialismo* (1967) che gli esseri umani non sono liberi, poiché sono limitati da condizioni biologiche, psicologiche e sociali. Gli esseri umani sono, quindi, esseri mortali con libertà limitata entro certi confini. Conservano, tuttavia, un diritto fondamentale: la libertà di scegliere la propria posizione nei confronti della loro libertà limitata. In altre parole, l'uomo ha il diritto di superare i fattori che determinano la sua stessa esistenza. Da un punto di vista ermeneutico, l'uomo ha il diritto a una posizione liberamente scelta che gli offra uno scopo e un senso nella vita.

La libertà degli esseri umani comporta la responsabilità delle loro scelte, e l'indiscutibile libertà di superare i limiti della propria esistenza, pur rimanendo al contempo entro i confini della loro natura mortale.

Asclepio, il dio guaritore delle malattie che offriva conforto al dolore intenso, stabiliva le condizioni della cura. Nei suoi santuari, che fungevano da centri terapeutici, i sacerdoti preparavano il "contratto terapeutico" per la cura sia del corpo che dell'anima del richiedente. L'iscrizione posta all'ingresso principale dell'Asclepieio di Epidauro era determinante:

“Ἀγνὸν χρὴ νηοῖο θνῶδεος ἐντὸς ἰόντα”

“Ἐμμεναι· ἀγνείη δ’ ἔστι φρονεῖν ὅσια”

«Puro dev'essere chi entra nel tempio profumato d'incenso;

la purezza consiste nell'avere pensieri retti e puri.»

Dal punto di vista ermeneutico, si riferisce a pensieri autentici (non con secondi scopi), con il desiderio chiaro e unico di entrare nel tempio, accettando il processo di guarigione. I presupposti per l'accettazione sono la fede e il coraggio di chi chiede la guarigione, attraverso la partecipazione al processo terapeutico. Fede in ciò che accadrà, ovvero il miracolo della guarigione. Ogni guarigione del corpo e dell'anima racchiude in sé un piccolo miracolo. Fede nel rapporto con il sacerdote-terapeuta. Fiducia in colui che lo condurrà alla guarigione. Coraggio per non lasciarsi scoraggiare, per superare le proprie esitazioni e osare il cambiamento. Sopportare lo sconvolgimento della situazione precedente che lo intrappola nella malattia e osare la guarigione.

Sembra che la terapia, la guarigione e il recupero dell'equilibrio e dell'armonia nella vita di una persona non siano mai concessi gratuitamente. Non è mai un processo passivo di concessione, senza che il soggetto desideri, creda, osi, si assumi la responsabilità del proprio cambiamento, diventi padrone di sé stesso, ritrovi il senso della propria vita e, infine, guarisca.

Ma, «Vuoi diventare sano?»

Il Vangelo secondo Giovanni descrive il miracolo della guarigione del paralitico di Betesda ad opera di Gesù, il guaritore. Il paralitico era malato da 38 anni, indifeso, disabile, costretto a letto. L'unico luogo di guarigione era il lago di Betesda, con cinque portici pieni di malati, che attendevano pazientemente che l'Angelo di Dio agitasse le acque. Aggrappati all'unica e paradossalmente (assurdamente) competitiva speranza di guarigione per chi per primo si sarebbe immerso nelle acque agitate.

Secondo il racconto biblico, Gesù, il guaritore, chiese al paralitico: «Vuoi essere guarito?» (Gv 5,6). Questa domanda suona strana, se non del tutto superflua. Infatti, quando qualcuno soffre a causa della propria malattia da così tanti anni, non è forse ovvio che abbia un unico desiderio? Quello di stare bene, di liberarsi dal tormento della propria malattia. Per quale motivo dovrebbe voler rimanere imprigionato in quel corpo sofferente e nel dolore della sua solitudine spirituale, incapace di amare e di essere amato? Perché non dovrebbe desiderare di godersi la vita, in condizioni nuove e sane?

Sembra che la risposta non sia scontata e – in ogni caso – l'interpretazione non è univoca. Ci sono persone che rimangono ancorate alla propria sofferenza, perché questa diventa il senso della loro vita. Vivono ed esistono attraverso la vittimizzazione della propria esistenza. Spesso proiettano le proprie carenze (passioni, sofferenze, tormenti) sull'altro e così esistono attraverso colui che considerano la fonte e la causa della loro esistenza tormentata (dalla malattia/disabilità).

È colpa dell'altro, soffro a causa dell'altro.

«Signore, non ho nessuno che, quando l'acqua si agita, mi faccia entrare nella pozza» (Gv 5,7).

Gesù – il guaritore – pose la questione della scelta e della responsabilità. In quel momento cruciale si avverte la terribile assenza di una risposta chiara. Una risposta che avrebbe impegnato il malato nella sua guarigione.

Al posto di una tale risposta, fu dato il messaggio della «debolezza», in cui si nasconde «la forza della debolezza».

«Non ho qualcuno...»

L'uomo paralitico, che soffre a causa della malattia del corpo, della solitudine assoluta della sua anima e dell'assenza di relazioni significative, non ha nessuno.

Nel suo libro *«Bellezza psichica nascosta»* Dimitris Karagiannis (2024), neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta esistenziale-sistemico, sostiene che l'uomo abbia bisogno di fede, fiducia e coraggio per superare sé stesso ed elevarsi al di sopra del proprio io spaventato, debole, turbato e oscuro. La fede che lo libererà da tutto ciò che lo limitava e immobilizzava lo condurrà alla scoperta del cambiamento interiore e all'assunzione della responsabilità della propria libertà.

Si tratta della realizzazione di un piccolo miracolo o, più precisamente, della scoperta del miracolo che si nasconde sempre nel nucleo oscuro del sé, ed è esattamente il miracolo della guarigione.

Alla prima domanda – apparentemente – ovvia, segue il discorso – apparentemente– scandaloso e audace di Gesù-guaritore, mentre il suo sguardo incontra quello del paralitico:

«Alzati, prendi il tuo lettuccio e cammina.» (Gv 5,8)

Abbi fede, osa, non aspettare che qualcuno ti sollevi. Prendi sulle spalle il tuo io disabile e indifeso, e tutto il passato che ti ha condizionato. È il momento in cui ti liberi, ridefinisci le condizioni, diventi ciò che devi essere, realizzi il significato specifico della tua vita e ti impegni in esso (Frankl, 1987).

Terapia – Psicoterapia: un miracolo

Secondo una lettura libera, il punto zero di Sartre coincide con il momento in cui si prende coscienza del fatto che una persona non è determinata dalla fatticità, ma può diventare – o può scegliere di diventare – ciò che desidera essere. Si tratta della sfida fondamentale del destino dell'uomo e della sua libertà di vivere senza essere guidato dalla fatticità (Recalcati, 2024).

Nel triangolo schematico “Terapeuta - Paziente - Relazione Terapeutica” nulla preesiste. Ogni ruolo dà significato all'altro, ed entrambi insieme danno significato alla relazione che si crea quando al desiderio dell'individuo di cercare il proprio terapeuta segue l'accettazione del paziente da parte del terapeuta. Compagni di viaggio nel percorso terapeutico, creano un legame, una rete terapeutica che racchiude ruoli e processi.

Fili di fiducia, fede, impegno, legame, sicurezza, desiderio, responsabilità, amore, rispetto, imparzialità, coraggio si armonizzano e si intrecciano, quando necessario, assicurando instancabilmente (con coerenza e continuità) l'affidabilità e la stabilità del lavoro terapeutico.

Cosa curano, in fin dei conti, la relazione, la parola, lo sguardo? La parola e lo sguardo, in quanto mezzi di espressione e di manifestazione della relazione, fungono da specchi, costruiscono il legame sicuro e sviluppano la forza che permetterà al paziente di trovare il coraggio di stare in piedi, di influire sui processi dentro di sé e intorno a sé, di diventare lui stesso le proprie azioni e di scoprire il senso della propria vita. È questa la bellezza della psicoterapia, che rivela la bellezza stessa dell'esistenza umana. Anche quando il cammino nel

percorso terapeutico è impervio, il magico viaggio della scoperta diventa un'esperienza vissuta. Ma non è sempre così...

Sistema giuridico e terapia

È possibile che una persona sia indotta a sottoporsi a una terapia non di propria volontà, ma per obbligo, costrizione, paura o con un secondo fine? È possibile che l'autodeterminazione e la libertà dell'individuo di scegliere e assumersi la responsabilità vengano eluse? Il punto zero di Sartre è, quindi, la consapevolezza/autocoscienza che esistono delle scelte, che l'uomo può prendere le distanze da un sé "automatizzato", che funziona in modo automatico senza lasciare spazio a cambiamenti.

Come può tutto questo avvenire senza la scelta basata sul libero arbitrio, quando vengono meno i presupposti e qualcun altro decide cosa è necessario per il suo bene?

Il Diritto è un insieme di norme vincolanti che regolano l'organizzazione sociale, il funzionamento della società (ciò che si deve e ciò che non si deve fare) e i rapporti tra gli individui e lo Stato. Ha carattere imperativo, è eteronomo, viene imposto dall'esterno ed è normativo. Contiene norme che regolano il comportamento dei cittadini. È coercitivo e la mancata osservanza comporta sanzioni. Le sue leggi valgono per tutti, a prescindere dalla persona. In questo contesto e con l'obiettivo di garantire il funzionamento di una società, le autorità giudiziarie e procuratoriali spesso indirizzano, in modo eteronomo e imperativo, le persone verso la consulenza o la terapia. La consulenza è un processo di interazione tra un professionista specializzato e una persona in cerca di aiuto, finalizzato allo sviluppo personale in vari ambiti della propria vita, affinché ne migliori la qualità.

Di fatto, la consulenza mira anche al cambiamento e al progresso, ma a quali condizioni? Fascicoli processuali, sentenze, relazioni di periti, pareri, ordinanze del pubblico ministero, documenti che contengono una moltitudine di informazioni, materiale importante per le persone che ne sono interessate. A volte, tra le righe dei documenti legali si percepisce la storia stessa delle persone.

Ma tali informazioni soprattutto contengono una fatticità che crea un falso sé che paralizza. Non c'è spazio per muoversi, non c'è desiderio di cambiamento personale. Il desiderio è il cambiamento dell'altro. L'altro è il problema. Il soggetto non vede ciò che vede il terapeuta. La patologia e la disfunzione in cui è intrappolato sono diventate uno stile di vita, come il letto del paralitico di Betesda.

Così, la domanda chiara «vuoi cambiare?», «vuoi andare avanti?», si trasforma in una serie di presupposti. Se avessi qualcuno che mi aiutasse, se fosse l'altro a cambiare, se il sistema fosse giusto, se... E qui, tra le condizioni, si aggiunge anche il terapeuta. Nella consulenza richiesta dal Tribunale, nel caso il soggetto sia stato assolto dalla legge, la richiesta è: «Continua a discolparmi, così sarai dalla mia parte».

Se al contrario ritiene di essere stato ingiustamente incolpato, allora la richiesta è: «Dammi ragione tu. Se lo fai, sei dalla mia parte; se non lo fai, sei contro di me». Spesso i soggetti coinvolti nell'attività di consulenza si presentano come avversari e rimangono bloccati in questi ruoli.

Un ruolo importante in questo processo lo svolge il loro rapporto con l'avvocato. Un rapporto che è stato già instaurato, che è già consolidato; un rapporto che guida, protegge, rappresenta, sostiene e implica un patto che richiede sincerità e fiducia. Concetti quali «il mio mandante» e «il mio mandatario». L'avvocato difende i diritti del mandante, senza la richiesta di un cambiamento o di uno spostamento.

Così le persone vivono una relazione parallela di potere e un doppio messaggio. “In qualità di tuo mandatario, continuerò a proteggerti e a difenderti a condizione che tu non cambi, che tu non ti sposti”. Al contrario, “in qualità di terapeuta posso aiutarti e difenderti, a condizione che tu voglia consapevolmente cambiare e muoverti”. Sembra una sorta di pseudo-vicolo cieco. Anche il terapeuta può rimanere intrappolato nello stesso vicolo cieco. Può sentirsi impotente e quindi diventare iperattivo o lasciarsi assorbire dal sistema, perdendo la propria posizione terapeutica. Rischia di diventare un altro pezzo del puzzle composto da giustizia, salute mentale, famiglia, società. Un altro “giudice” che si allea con ciò che è giusto o con ciò che è ingiusto.

Forse la soluzione consiste che il terapeuta superi questa posizione preservando il proprio ruolo, senza cercare, perseguire o aspettarsi alcun cambiamento o spostamento, perché ciò non rientra nelle sue scelte. Il cambiamento è una scelta e un desiderio dell'altro. In quanto terapeuta, è chiamato a mettere in luce il falso sé dell'altro, laddove non c'è spazio per un cambiamento. Se l'altro vorrà muoversi, ciò dipenderà dal suo superamento di sé, e solo allora avrà senso stipulare un contratto che sostenga il percorso terapeutico.

Bibliografia

Frankl, V. (1987). *Psicoterapia ed Esistenzialismo. La logoterapia nella pratica*. Ed. Tamasos. (in greco)

Karagiannis, D. (2024). *Bellezza psichica nascosta*. Atene: Ed. Armos (in greco)

Kirizidou, P. (2014). *La richiesta di guarigione dei malati nella religiosità popolare*. Tesi di dottorato, Facoltà di Teologia, Aristotele Università di Salonicco Doi:10.12681/eadd/36627 (in greco)

Recalcati, M. (2021). *Ritorno a Jean-Paul Sartre. Esistenza, infanzia e desiderio*. Torino: Einaudi. Traduzione in greco Ed. Kelefhos, 2024.

SEZIONE RECENSIONE LIBRI



RECENSIONE DI MARCO BIANCIARDI⁶⁹

Mail: bianciardi.marco@gmail.com

“Perché la psicoterapia? Un viaggio a più voci nel cuore del cambiamento” di Gianmarco Manfrida, Erica Eisenberg, Daniella Tortorelli, Valentina Albertini

Leggendo l'ultimo capitolo del testo di G. Manfrida E. Eisenberg, D. Tortorelli e V. Albertini mi sono sinceramente commosso: si tratta della narrazione di una storia clinica ove le emozioni della terapeuta, che sottolinea la propria giovane età e quindi la propria inesperienza, sono un aspetto per certi versi centrale del racconto; storia che evidenzia come le stupide ottuse premesse dell'approccio medico e medicalizzante debbano essere considerate come parte essenziale, determinante, della 'gravità' della 'patologia'; racconto che illustra con grande efficacia come l'approccio sinceramente e autenticamente curioso, che non rinuncia mai alla contestualità e quindi a voler capire allargando i confini di ciò che si osserva, 'decostruisca' di per sé la patogenicità di un approccio medicalizzante; e, infine, storia che allarga il campo di osservazione al di fuori della stanza dei colloqui, includendo come parte ed aspetto irrinunciabile del processo i colleghi con cui ci si è formati e si è cresciuti, e, in specifico, la figura del supervisore, che si rivela base sicura per le emozioni della giovane collega e diviene solida sponda dello scorrere tumultuoso della relazione terapeutica.

⁶⁹ Già direttore della sede di Torino del CMTF e della Rivista Connessioni, autore di numerosi saggi e testi di clinica ed epistemologia della clinica sistemica

Il testo, volutamente agile e rivolto ad un lettore non addetto ai lavori, illustra in modo efficace i principi che, negli anni, ho fatto miei grazie ai maestri che ho avuto la fortuna di incontrare. Sottolineo in particolare una parola che è una domanda ed è una apertura: **Perché?** In realtà sono gli autori stessi che sottolineano questo termine, riproponendolo più volte in grassetto, e facendone il filo rosso di un percorso che mette costantemente in luce come la curiosità, intesa come interesse attento, partecipe, rispettoso alle vicende umane, alle storie, ai contesti, ai significati delle persone incontrate, si riveli come il fattore terapeutico fondante la possibilità di una rinarrazione che risulti anche *estetica*. Sottolineo questo concetto perchè non è facile incontrarlo nei testi che parlano di psicoterapia; e perchè (anche se non viene inteso così come lo intende Bateson, ma il libro, appunto, non è rivolto a un pubblico specialista) è un concetto che permette di sottolineare come un percorso terapeutico di ri-narrazione debba “trovare significato e bellezza nelle esperienze vissute, incluse quelle che possono sembrare negative o traumatiche”.

Un appunto, infine, riguarda il non ritrovare invece nel testo (se non tra le righe, certo, ma comunque non in modo esplicito) un concetto che, nel corso degli anni di esperienza clinica, è divenuto per me un meta-concetto che è sotteso a, o inquadra, tutta l’esperienza di incontro con chi ci chiede aiuto. Si tratta del concetto di *ricorsività* (che ho esplorato con Umberta Telfener in *Ricorsività in psicoterapia*), ovvero della consapevolezza del fatto che la posizione del clinico si caratterizza nel mantenere sempre, anche, un livello meta rispetto a tutto quanto accade nell’incontro, e nell’operare quindi tramite operazioni ricorsive: fare la diagnosi della diagnosi, sapere di sapere, sapere di non sapere, prendersi cura del percorso di cura, ecc.

Un grazie quindi al gruppo di lavoro che, con freschezza, autenticità, entusiasmo, sa ricordarci in queste pagine quale è il cuore dell’incontro tra persone che è l’incontro psicoterapeutico, che dobbiamo riconoscere come irriducibile a categorie medicalizzanti, o comunque predefinite, tecniche, prevedibili.

DIARIO DELLE INIZIATIVE FORMATIVE E CULTURALI ORGANIZZATE DALLA SIRTS NEL 2025-2026:

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

I Dialoghi SIRTS “Sistemica e Neuroscienze. Implicazioni per la clinica e l’epistemologia”. Dialogano Antonio Caruso e Andrea Mosconi (25.09.2025)



“Cecchin 20 anni dopo”. Presentazione del Quaderno n.5 in collaborazione con il CMTF (20.10.2025)

I Dialoghi SIRTS “Sistemica e Pensiero di Terzo Ordine. Implicazioni per la clinica e l’epistemologia”. Dialogano Laura Fruggeri e Raúl Medina Centeno (27.01.2026)

I Dialoghi SIRTS “Sistemica e Umanismo. Implicazioni per la clinica e l’epistemologia”. Dialogano Jimmy Ciliberto e Wolfgang Ullrich (25.03.26)

Seminario internazionale "Lo spazio e le relazioni. Metafore spaziali e significazione dei luoghi nella clinica sistemica" con Ivy Daure e Maurizio Frisina (27.06.2026)

Presentazione di libri

"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 (alcuni anche con ECM): Giornate di Studio a tema e Convegni, Presentazioni di libri, Dialoghi con autori on line e Congresso Internazionale, quest’ultimo con frequenza biennale.

I soci potranno anche partecipare, previa autorizzazione della Redazione, ai lavori della Redazione dei Quaderni SIRTS, così come indicato nel Regolamento interno SIRTS.

Per iscriversi alla Società è necessario presentare via mail (info@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

227



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 parere di idoneità da parte del Direttivo della Società si potrà procedere all'iscrizione alla SIRTS, completando la richiesta attraverso il versamento di una quota annuale pari a euro 80.

Inoltre, così come indicato nel nuovo Regolamento interno SIRTS, è prevista la figura dell'Allievo Sostenitore che, senza configurarsi come socio, permette di partecipare agli eventi della SIRTS godendo di riduzioni dedicate ai Soci (partecipazione gratuita agli eventi SIRTS). Per poter essere Allievi Sostenitori è necessario essere iscritti ad una Scuola di Specializzazione in Psicoterapia sistemico-relazionale. La tessera di Allievi Sostenitori viene rilasciata dietro contributo pari alla metà della quota associativa ordinaria.

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.

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 (sia in italiano che in inglese), autori, mail degli autori, abstract, parole chiave, corpo dell'articolo (e relativi sottoparagrafi), note, bibliografia.

In particolare:

- **ABSTRACT** (in italiano ed inglese): da redigere in terza persona, approssimativamente di 250 parole.

- **PAROLE CHIAVE** (in italiano ed 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:

Introduzione
Corpo dell'articolo
Conclusione

- NOTE:

- Le note a piè di pagina vanno inserite in calce alla singola pagina e non il fondo all'articolo, numerate progressivamente.
- 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.
- Le illustrazioni, tavole, schemi o foto, devono essere inserite nel lavoro e accompagnate da una didascalia chiara.

- 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

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



