

Congresso Internazionale SIRTS-EFTA CIM

Creatività ed efficacia nella clinica e nella ricerca sistemica

venerdì 22 e sabato 23 novembre 2019
Piazzale Morandi, 2-Milano

ABSTRACT DELLE RELAZIONI

1° sessione *L'ordito impalpabile: analisi della conversazione terapeutica*

Leggere tra le righe in psicoterapia. Analisi della Conversazione e co-costruzione del significato e del cambiamento nello studio di un caso

'Reading between the lines in psychotherapy: Conversation Analysis and the co-construction of meaning and change in a single case study.

Maurizio Viaro, European Institute of Systemic Therapies (EIST) - Milano

L'Intersoggettività, ciò che è condiviso tra più di una mente cosciente, è oggi un costrutto con cui ogni approccio psicoterapeutico si deve confrontare, come conseguenza dei dati convergenti provenienti principalmente dal campo dell'infant research (Stern, Boston Change Process Study Group) e delle neuroscienze (Gallese, Rizzolatti). In questo studio sulle prime 14 sedute di un singolo caso, viene indagato un breve episodio interattivo. L'Analisi Conversazionale viene usata per fornire un primo livello di analisi della sequenza di riparazione che segue un lapsus (un tipico lapsus freudiano) della paziente in quarta seduta. Questo primo passaggio fornisce la base per inferire la dimensione tacita intersoggettiva. Alcuni passaggi delle sedute successive supportano queste inferenze. Questo esempio intende mostrare come l'Analisi Conversazionale fornisca uno strumento valido, indipendente da ogni teoria psicoterapeutica, che consente di indagare i dettagli dell'interazione verbale ed inferire il livello implicito intersoggettivo sin nelle minuzie implicite coinvolte nel processo della co-costruzione del significato e del cambiamento.

Intersubjectivity, i.e. what is shared by more than one conscious mind, currently is a construct every psychotherapeutic approach deals with, because of the convergence of the evidence provided both by neuroscience (e.g. Gallese, Rizzolatti) and the infant research (Stern and the BCPSG). In this single case study, we investigate a brief interactive episode. We use Conversation Analysis (CA) to provide a preliminary empirical account of the repair sequence ensuing a slip of the tongue by the patient (a typical Freudian slip) in the fourth session. This preliminary step allows us to analyze the implicit dimension and thus infer the intersubjective level of the relationship. This case study shows how CA provides a powerful tool, independent from any psychological theory, that enables the therapist to delve into the details of verbal interaction and explore step-by-step the minutiae of the implicit intersubjective process involved in the co-construction of meaning and change.

L'analisi semantica della conversazione attraverso The Family Semantic Grid. Quali caratteristiche? quali implicazioni cliniche?

Valeria Ugazio, Direttore European Institut of Systemic Therapies (EIST) - Milano

La relazione presenterà The Family Semantic Grid (FSG). Le quattro versioni di questo strumento (Ugazio, Negri, Fellin & Di Pasquale, 2009; Ugazio and Castelli, 2015; Ugazio & Guarnieri, 2017, Ugazio, Guarnere e Sotgiu, 2018), espressione della teoria delle polarità semantiche familiari (Ugazio, 1998, 2012, 2018), permettono un'analisi della conversazione terapeutica, così come di altre interazioni video-registrate e trascritte, centrata sui significati scambiati durante la conversazione e sui positioning che gli attori assumono entro ogni polarità semantica. Un brano di una seduta familiare illustrerà come la FSG II e la FSG III - appositamente costruite per le conversazioni con almeno tre attori - individuano e codificano i significati espressi verbalmente - polarità semantiche narrate- e i significati evincibili dai positioning reciproci, prevalentemente non verbali, dei partner conversazionali - polarità semantiche interattive. Oltre a cogliere le eventuali incongruenze fra storia raccontata e

storia vissuta nel qui ed ora della conversazione terapeutica, l'analisi semantica proposta permette di differenziare il contributo di ciascun partner conversazionale alla costruzione congiunta dei significati. E' infatti possibile verificare, per esempio, quanto ciascun partner contribuisce allo scambio semantico, la varietà dei significati che introduce, la capacità di entrare nei significati proposti dagli altri partner. L'analisi semantica qui illustrata è essenzialmente qualitativa, consente tuttavia una quantificazione delle polarità semantiche e di altri aspetti dello scambio semantico.

Ugazio V. (2018) *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Nuova edizione ampliata, aggiornata e rivista con un glossario dei termini specifici e una bibliografia ragionata 1991-2018. Torino: Bollati Boringhieri. Prima ediz. 1998, seconda ediz. 2012.

Ugazio, V. & Castelli D. (2015). The Semantics Grid of the Dyadic Therapeutic Relationship (SG-DTR). *TPM. Testing, Psychometrics and Methodology in Applied Psychology*, 22(1), 135-159.

Ugazio V. & Guarnieri S. (2017) The Family Semantic Grid II. Narrated polarities in couples. *TPM. Testing, Psychometrics and Methodology in Applied Psychology*, 24(2) 215-253.

Ugazio, V., Guarnieri S. & Sotgiu I. (2018) The Family Semantic Grid (FSG) III. Interactive semantic polarities in couples and families, *TPM. Testing, Psychometrics and Methodology in Applied Psychology*, 25(3), 327-457.

Ugazio, V., Negri, A., Fellin, L., & Di Pasquale, R. (2009). The Family Semantics Grid (FSG). The narrated polarities. A manual for the semantic analysis of therapeutic conversation and self-narratives. *TPM. Testing, Psychometrics and Methodology in Applied Psychology*, 16(4), 165-192.

Analisi dei processi trasformativi nella conversazione terapeutica

Francesca Balestra Centro Bolognese di Terapia della Famiglia - Bologna

Secondo l'approccio dialogico, la conversazione terapeutica si configura come un incontro tra la storia del terapeuta e quella dei clienti. I membri della famiglia nel raccontarsi compiono una selezione, strettamente connessa al contesto interattivo, della moltitudine di voci che compongono quella storia (Rober, 2005). Il terapeuta, dal canto suo, formula i propri interrogativi e interviene comprendendo l'esperienza altrui e introducendo elementi di differenza a partire dalla propria posizione. Ma cosa rende una conversazione terapeutica, ovvero generativa di nuove storie, di nuovi significati e di nuovi punti di vista? Diversi studi in letteratura hanno sottolineato come i cambiamenti siano favoriti dall'emergere di una pluralità di punti di vista che alimentano la modificazione sia del modo in cui le storie sono narrate, sia del contenuto stesso della narrazione. Tuttavia, in quali modi una conversazione può essere trasformativa? In linea con le premesse dialogiche, il contributo presenta una originale metodologia qualitativa, il MAPP (Balestra 2014, 2017), messa a punto per rilevare l'espressione dei diversi posizionamenti di clienti e terapeuti nella conversazione terapeutica. L'applicazione di questo metodo all'analisi di prime sedute di terapia familiare ha permesso di evidenziare come l'azione congiunta di terapeuta e clienti strutturi diversi pattern discorsivi che possono essere trasformativi secondo modalità ed andamenti differenti. Per i clinici riconoscere e differenziare le diverse potenzialità trasformative insite nei pattern discorsivi che si strutturano con i propri clienti costituisce una base per sviluppare una competenza relazionale, ovvero una capacità di leggere l'interazione man mano che si sviluppa e di cambiare la propria posizione nella conversazione per dare una direzione diversa al processo in corso.

IPR as a tool of insight into therapeutic process in family and couple therapy

Barbara Józefik, Bernadetta Janus Laboratory of Systemic Psychology and Psychotherapy, Jagiellonian University, Medical College, Cracow, Poland, Department of Family Therapy and Psychosomatics, Jagiellonian University, Medical College, Cracow, Poland

The highly interactive and multidimensional talk in couple and family therapy constitutes a challenge for practitioners through its complexity making difficult to them to fully understand the process of formation of hypotheses and intervention and what they experience. Interpersonal Process Recall (IPR) is a interview designed to elicit feelings and thoughts from the therapy session conducted hours

prior to the interview. It is used by psychotherapy researchers in order to analyze the participants' experiences regarding the particular moments of interaction and recently to examine the relationship between the therapist's talk and their interactional practices in particular moments of the session.

The main aim of the study was to examine the relationship between the dialogue during the family therapy session and the subsequent dialogue in the course of the IPR interview. We applied Dialogical Analysis to identify the therapists' voices referring to their professional and private voices in order to analyze how the therapists commented on their therapeutic interventions according to these voices.

II° sessione: Ordine, disordine e organizzazione

Manualizzare la terapia: una sfida impossibile per il terapeuta familiare?

Francesco Vadilonga, Gloriana Rangone Direttori Scuola Iris – Milano

E' possibile coniugare creatività e rigore metodologico? Da che cosa originano i dubbi e le perplessità che da sempre caratterizzano i terapeuti familiari nei confronti dei processi di manualizzazione dei percorsi terapeutici? Questa operazione è davvero così estranea alla terapia sistemica (Pote e alt., 2003)? O non può forse rivelarsi di grande utilità, oltre che in ambito di ricerca, anche ai fini della formazione? La relazione si propone di illustrare lo sviluppo di un manuale che si riferisce a un modello di terapia familiare specificamente indirizzato alle famiglie adottive (Vadilonga et al., 2010), basato sull'approccio sistemico integrato con la teoria dell'attaccamento (Dallos, 2006). Il progetto, realizzato a Milano a partire da una collaborazione tra il Centro di Terapia dell'Adolescenza, la Scuola di Psicoterapia IRIS e IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, ha come obiettivo la costruzione di uno strumento per testare un modello di intervento che agisca sul percorso adottivo in crisi e sui suoi esiti.

Dallos R Attachment Narrative Therapy: Integrating Systemic, Narrative and Attachment Approaches. Open University Press/Mc Graw Hill, Maidenhead, 2006

Pote H, Stratton P, Cottrell D, Shapiro D, Boston, P Systemic family therapy can be manualized: Research process and findings. Journal of Family Therapy, 25, 236-262, 2003.

Vadilonga F (Ed) Curare l'adozione. Modelli di sostegno e di presa in carico dei percorsi adottivi. Raffaello Cortina, Milano, 2010.

DAN: Digitale Analogico Narrativo: un modello di manualizzazione creativa in ricerca e formazione.

M. Mariotti – F. Bassoli Direttori IS CRA (Modena), **Gruppo ricerca IS CRA – Modena.**

A partire dal 1981 Iscra, nata dalla volontà di Boscolo e Cecchin per il tramite di Bassoli e Mariotti, ha lavorato su un modello sistemico complesso di integrazione delle varie radici sistemiche, strutturali, strategiche, narrative nel confronto aperto e critico con le tradizioni culturali psicoterapiche psicoanalitiche e cognitive. A partire dagli anni '90 ha sviluppato ricerche tese a sostanziare la reale efficacia dei modelli terapeutici utilizzati nei servizi pubblici e nei vari contesti e dagli anni 2000 ha iniziato un processo di standardizzazione processuale tesa a validare l'efficacia dei modelli terapeutici utilizzati. Dal 2010 ad oggi ha sviluppato un modello denominato DAN, che utilizza nella terapia come nella prevenzione elementi digitali, analogici e narrativi secondo uno specifico processo. Nella formazione e nella ricerca vengono utilizzati modelli procedurali che permettono rigore e misurabilità. L'intervento standard in 6 sedute più un follow up prevede l'utilizzo di strumenti creati o rielaborati in IS CRA quali il disegno della casa, il genogramma tridimensionale, il relational style profile, la storia meglio formata; compiti a casa, quali l'oggetto lettera, l'inversione dei ruoli, la favola meglio formata. Nella terapia di coppia e di famiglia il processo terapeutico lascia ampio spazio alla creatività, lasciando al giudizio del terapeuta quali strumenti usare e quando farlo. Nella ricerca, condotta dagli allievi tramite sedute con clienti, attualmente l'ultima manualizzazione ha visto il completamento di 15 percorsi terapeutici tutti con risultati misurati soddisfacenti. Obiettivo futuro è realizzare uno

strumento preventivo proceduralizzato di facile utilizzo e passare da ricerche qualitative a ricerche quali quantitative.

Verso una cibernetica del processo terapeutico: un modello d'integrazione per le psicoterapie.

Andrea Mosconi Direttore Centro Padovano di Terapia Familiare – Padova

Psichiatra, psicoterapeuta, didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, co-fondatore e direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia, socio ordinario didatta e già membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale (SIPPR), socio didatta della Società Italiana di Ricerca e Terapia Sistemica (SIRTS), socio formatore della Associazione Internazionale Mediatori Sistemici (AIMS), direttore della Macroregione Nord Est AIMS, socio formatore del Coordinamento Nazionale Counselor Professionisti (CNCP), Master in Ipnosi, European Supervisor in EMDR.

Verranno esposti alcuni concetti che possono fare da riferimento per l'integrazione delle psicoterapie e la comprensione del processo di cambiamento. In particolare verranno affrontati: – neuroscienze e processo di costruzione del sintomo – cosa facciamo con il linguaggio – i quattro livelli di osservazione dell'interazione umana (il quadrilatero sistemico) – la danza della terapia tra intrapsichico e relazionale – livelli di costruzione del sé – lo scopo comune delle terapie – le costanti del processo terapeutico. L'esposizione verrà corredata da esemplificazioni di sedute videoregistrate di integrazione tra terapia sistemica EMDR ed ipnosi.

Bateson, G. (1979) *Mind and nature a necessary unity*. New York, Dutton. (trad it. *Mente e Natura a: un'unità necessaria*. Adelphi Milano 1984)

Cecchin, G.F. (1987) Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: an Invitation to curiosity, *Family Process*, 26: 405-414. Trad. it: "Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità", *Ecologia della Mente*, 5/1988, pp. 29-41.

Damasio A. (2012) *Il Sé Viene alla Mente. La Costruzione Del Cervello Cosciente*. Milano, Adelphi p.219

Ecker, Bruce. (2018), *Sbloccare il cervello emotivo: Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria* (Italian Edition) (posizioni nel Kindle 755-756). Franco Angeli Edizioni. Edizione del Kindle.

Fonagy P., Target M. (2001), Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé. In: Fonagy Peter, Target Mary, *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, Raffaello Cortina

Fosha D, Daniel H, Siegel, Marion F, Solomon R. (2012) *The Ealing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, New York-London W.W Norton & Company (trad.it *Attraversare le Emozioni*, Milano-Udine, Mimesis

Mosconi A., (2008), *Terapia Relazionale-Sistemica con L'individuo: Il "Quadrilatero Sistemico" Come Riferimento per la Costruzione di un'Ipotesi ben Formata e L'integrazione di Differenti Ottiche di Lavoro, ovvero: "Fai una Buona Ipotesi e poi Fai Quello che Vuoi"*, Connessioni, Vol. 20, pag.55-83

Tra protocollo e creatività: ordine e disordine nella costruzione del processo terapeutico.

Antonio Caruso Direttore scuola Pantarei - Milano

In questo lavoro viene portata avanti la tesi che l'efficacia della terapia, intesa come la costruzione di novità nella vita dei pazienti che favorisce il meglio stare, si connetta alla capacità o forse necessità del terapeuta di muoversi tra protocollo e creatività. Intendiamo qui per protocollo il riconoscimento di elementi che possono essere considerati a contestuali, indipendenti dallo specifico paziente e terapeuta o incontro tra di loro, potremmo dire parte del set dei pregiudizi nel significato espresso da Gianfranco Cecchin. Si intenda a titolo d'esempio la diagnosi, le procedure standardizzate di trattamento, le teorie

eziologiche sui differenti disturbi, le mappecliniche, e così via. La creatività potrebbe essere significata in primis proprio come la devianza dal protocollo ed anche come ogni elemento che il terapeuta porta in termini di originalità, di errore, di soggettivo, il non sapere o non capire, di risonanza con la propria biografia, e così via. Usando il pensiero di Bateson circa ordine e disordine ed informazione, possiamo dire che il processo terapeutico si sviluppa a partire contemporaneamente da un livello di disordine presente nell'inizio dell'incontro con i pazienti e l'ordine che il terapeuta porta in termini di conoscenze, strumenti, appunto protocollo. Il processo terapeutico viene visto come continua tensione tra la ricerca di ordine e l'agire "con ordine", da un lato, e il disordinare continuo sia il copione del paziente sia quello del terapeuta, alla ricerca proprio degli elementi unici, l'originalità. In tal senso possiamo parlare di due aspetti di creatività, quello sopra enunciato e quello generato da questo continuo tessere di ordine e disordine che è poi a nostro avviso la cogenerazione terapeutica, il livello costruzionista. È qui che incontriamo la novità, cioè quel risultato nella vita del sistema paziente, e forse anche nel sistema terapeutico, portatrice di uno stare meglio, portatrice di cura e guarigione.

III° sessione Incontri a più voci: il vincolo della molteplicità Apertura seconda giornata

Immagini e narrazioni. L'utilizzo delle tecniche espressive non verbali nei gruppi.

Cecilia Edelstein *Direttrice Shinui – Bergamo*

Verrà proiettato un video sull'utilizzo della narrazione attraverso le tecniche espressive non verbali con i gruppi. Si tratta di laboratori che possono essere applicati in tante situazioni legate alla terapia familiare (gruppi di neogenitori, di genitori adottivi, di familiari di pazienti psichiatrici, donne in menopausa, adolescenti, ecc.), ma anche gruppi in formazione. Possono altresì essere utilizzati con la popolazione migrante perché risultano essere una modalità di lavoro con immagini evocative, che non richiede una conoscenza approfondita della lingua. Gli strumenti riguardano le immagini, i collage, le carte (con l'utilizzo di parole chiave – tratte dal Milan Approach – e figure da abbinare) attorno a consegne specifiche. Risulta un lavoro sia individuale sia interattivo di gruppo, guidato dal modello sistemico pluralista che include sia il lavoro con le immagini (de Bernart), sia le parole chiave (Boscolo) e l'approccio narrativo in una cornice costruzionista (Cibernetica di secondo ordine).

Le nuove sfide delle famiglie contemporanee.

Laura Fruggeri *Direttrice Centro Bolognese di Terapia familiare – Bologna*

Le trasformazioni economiche, politiche, sociali e culturali avvenute dagli anni 70-80 ad oggi, hanno profondamente cambiato il panorama delle famiglie Italiane. In assenza di un'adeguata formazione e di chiari modelli teorico-metodologici di riferimento, i rischi maggiori sono che gli operatori scambino per patologia la specificità delle condizioni entro cui le famiglie contemporanee crescono e si sviluppano; o viceversa che non sappiano riconoscere e trattare le dinamiche disfunzionali connesse a tali specificità. A partire dalle informazioni che la ricerca scientifica mette a disposizione circa le specificità, i bisogni e i compiti di sviluppo delle diverse famiglie contemporanee, il contributo si soffermerà sulle indicazioni metodologiche derivanti dalla prospettiva definita "Cultura della differenza" applicata alla psicoterapia.

Integrazione di modelli e premesse nella creazione di servizi di trattamento multifamiliare: dall'esclusione psichiatrica al reinserimento sociale.

Raffaele Barone *Direttore DSM Caltagirone CT*

Quando ci riferiamo ad un ambito territoriale politicamente o culturalmente delimitato, come una città, un quartiere, o un qualsiasi altro contesto ambientale di convivenza socio-politica, il concetto di Comunità Locale ci aiuta ad identificare lo spazio mentale e relazionale in cui andare a valutare la qualità ed il livello di salute mentale che lo caratterizzano. La Comunità Locale rappresenta infatti il contesto relazionale ed il campo mentale su cui intervenire con pratiche di sviluppo sociale, di

partecipazione politica, di benessere relazionale, di costruzione, di significato e co-visione, attraverso le quali garantire la qualità della salute mentale di tutti i suoi membri e delle reti sociali che li attraversano. Tali pratiche possono quindi essere considerate come veri e propri interventi di psicoterapia di comunità, così intese perché migliorano la salute mentale di comunità attraverso l'azione di servizi professionali. La nostra esperienza e riflessione scientifica e culturale ci ha portato oggi a concepire un Servizio di Salute Mentale democratico e dialogico, ispirato ad un codice etico e costituito dai valori di verità, compassione, uguaglianza, libertà, coraggio e responsabilità, ossia le basi delle moderne istituzioni scientifiche e democratiche. I codici etici laici sono un sistema di valori a cui tendere piuttosto che una realtà data per certa. Democrazia e Salute Mentale sono due beni progressi e indivisibili. Ci si accorge della loro importanza quando ne siamo privati, quando si perdono o sono a rischio. Con il concetto di democrazia intendiamo una modalità di attuare i processi decisionali fondata sulla condivisione del potere, l'esercizio dei diritti, la giustizia sociale e le sue regole, la libertà di espressione e di comunicazione, la partecipazione, il conflitto finalizzato a trovare soluzioni, la condivisione delle decisioni sulla comunità di vita, la pratica del confronto con l'altro. Il DSM democratico e dialogico si configura come snodo della comunità locale, come laboratorio nel quale convergono, si co-costruiscono e da cui partono le azioni ed i processi di cura che vedono coinvolti con una funzione attiva tutti i protagonisti. Ciò realizza il passaggio dal lavoro psichiatrico, individualistico, fondato prevalentemente su diagnosi, prescrizione farmacologica e ricovero ad una salute mentale di comunità fondata su psicoterapia di comunità, lavoro con le famiglie e gli utenti attraverso l'ascolto, il sostegno, la loro valorizzazione e l'inclusione sociale. Mettere al centro la persona utente significa ripensare ad approcci gruppalmente piuttosto che individualistici. In questi anni, nella nostra pratica clinica centrata sui gruppi, sulla psicoterapia di comunità, sulla psicoanalisi sociale, svolta in un contesto complesso e a volte difficile, abbiamo cercato ed incontrato colleghi di diverse parti del mondo, affini per stile di lavoro, per cultura e condivisione della pratica clinica e per visione politico-sociale. Ci riferiamo ad approcci nei quali i principi della democraticità ed il rispetto dei diritti e della dignità delle persone con sofferenza psichica e delle loro famiglie vengono perseguiti e praticati, essendo considerati parte essenziale dello stile di lavoro degli operatori della salute mentale. Essi sono il Gruppo Multifamiliare (GPMF), l'Open Dialogue (OD), la Comunità Terapeutica Democratica (CTD), il Servizio per l'Inclusione Socio-lavorativa (SILS). Oggi in una società postmoderna dove la democrazia è a rischio, dove è a rischio il dialogo ai vari livelli della socialità, dentro la coppia, dentro la famiglia, tra pari, negli ambienti di lavoro, nella politica, nelle istituzioni, in un sociale dove è sempre più esigua la possibilità per il singolo di partecipare alla vita comunitaria ed esercitare un potere contrattuale, la nostra proposta potrebbe apparire, ad uno sguardo superficiale, utopica o dissonante. Noi ipotizziamo, invece, che gli approcci di cui parliamo si stiano sviluppando e diffondendo con successo e con ottimi e comprovati esiti proprio perché tali valori, fondamentali per il benessere degli individui e della società, sono attualmente a rischio. Tali approcci restituiscono benessere a tutte le persone coinvolte, attivano relazioni fondate sulla compassione, sul coinvolgimento emotivo-affettivo, sulla solidarietà, sulla comprensione profonda dell'altro, sulla riattivazione della dimensione emotiva e personale anche dei terapeuti e degli operatori. Il coinvolgimento emotivo e personale degli operatori, lungi dall'essere considerato un ostacolo alla cura, viene anzi utilizzato come risorsa indispensabile per instaurare una autentica relazione empatica capace di generare effetti trasformativi, sia a livello emotivo-affettivo che a livello cognitivo, così come sostengono anche le moderne teorie e ricerche di neuroscienze. L'Open Dialogue, la Psicoanalisi Multifamiliare e la Comunità Terapeutica Democratica hanno in comune il lavoro di gruppo, il coinvolgimento emotivo e personale degli operatori i quali mentre curano si prendono cura di loro stessi. Cura e formazione continua sono due aspetti reciproci ed imprescindibili. L'ambiente abilitante più idoneo che permette lo sviluppo delle potenzialità delle persone è il setting di gruppo nelle sue diverse forme e modalità operative. Gli esseri umani vivono sempre in gruppi. I gruppi a loro volta non possono essere compresi se non nella loro relazione con gli altri e nel loro contesto esistenziale. Solo grazie ad una particolare astrazione possiamo isolare tra loro i fattori biologici, sociali, culturali ed economici. (S. H. Foulkes 1975) L'individuo è, dunque, nella sua concezione, parte di una rete sociale, un piccolo punto nodale in questa rete e può solo artificialmente essere considerato isolatamente, "come un pesce fuor d'acqua". In tutti i dispositivi la dimensione gruppalmente e quella sociale sono la sede dei processi di cura e di trasformazione. Riprendendo il modello di Eva Palleiro della "Mente nella trama rizomatica", viva e reale, possiamo concepire i dispositivi sopra citati come una trama nuova che può aprire nuovi spazi della mente. (Palleiro 2015) Il dialogo è la via maestra attraverso la quale gli uomini si connettono tra di loro ed attraverso questa connettività che noi tutti costruiamo noi stessi come esseri umani. La vita è relazionale, le persone nascono e vivono all'interno di relazioni, ma sono sempre diverse tra loro. Dobbiamo riconoscere e accettare l'altro, rispettare la sua alterità, senza condizioni. Le pratiche dialogiche introducono un cambiamento radicale: la possibilità di incontrare gli

utenti come esseri umani nella loro pienezza. Il potere del dialogo nel processo di guarigione è insieme sorprendente e sconvolgente, e la pratica basata sulla mutualità ha sconcertato non poco sia le persone che cercavano aiuto sia i professionisti. (Tom Erik Arnkil e Jaakko Seikkula)

Se l'uomo senza il gruppo non può vivere, allora bisogna lavorare con i gruppi.

Un dispositivo elettivo per la cura delle psicosi risulta essere il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (Garcia Badaracco, 1989, 2000). È una concezione terapeutica nuova, un nuovo modo di pensare la psicoanalisi, la psichiatria e le varie forme di psicoterapia. Può essere applicata in tutti i contesti in cui si lavora per il benessere delle persone, dalla salute mentale alle organizzazioni. Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare nasce in Argentina alla fine degli anni '50 ad opera di Jorge Garcia Badaracco, psichiatra e psicoanalista, come metodo di cura per la guarigione dalla psicosi utile ai pazienti, ai genitori e agli operatori. I principi cardini del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) si basano sul valore della responsabilità e del sapere personale. La cura dei pazienti nel tessuto sociale e nelle famiglie ha consentito il riconoscimento sia del sapere professionale degli operatori sia del sapere esperienziale degli utenti e dei familiari che convivono con il disturbo psichico, soffermandosi sempre più sull'importanza dell'appartenenza e della partecipazione per la promozione del miglioramento del funzionamento mentale e delle capacità relazionali, nell'ottica della Qualità della Vita. Nel nuovo contesto la terapia individuale, la terapia di gruppo e la terapia familiare si presentano come un "insieme articolabile", complementare e integrato in un processo terapeutico. Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) è un contesto nel quale le famiglie si riuniscono per fare esperienze terapeutiche arricchenti assolutamente complementari ad altre forme di terapia (individuale, familiare, ecc.). Ciascun partecipante potrà sviluppare nuove risorse emotive e sarà in condizioni migliori per gestire i conflitti che vive con gli altri e quelli che ha vissuto e che vive con sé stesso, che hanno a che fare con la "presenza degli altri in noi". La metodologia del GPMF permette di promuovere l'ascolto, il dialogo ed il miglioramento della qualità della comunicazione e delle relazioni sia all'interno delle famiglie che nei gruppi. Il GPMF è un grande gruppo di 30-50 persone, composto da operatori, pazienti, genitori e/o altri familiari o 'altri significativi', che partecipano ad una libera 'conversazione' in cui ognuno può esprimere quello che pensa e può sentire di poter contare su qualcuno che aiuta a ritrovare sé stesso. Il processo terapeutico consiste nel mettere in luce l'esistenza delle interdipendenze patologiche e patogene e nel cercare di indurre i soggetti a rendersi conto che la situazione apparentemente senza via d'uscita nella quale si trovano è legata a episodi traumatici avvenuti in passato, che hanno dato origine alla costituzione di legami simbiotici paziente-genitore i quali poi hanno influito negativamente sui processi di identificazione. Queste identificazioni vanno messe in discussione, cercando di avviare processi di disidentificazione dell'uno dall'altro che Badaracco definisce di vera e propria disalienazione. Dai racconti e resoconti dei GMF la parola fiducia emerge spesso, in contrapposizione alle iniziali riflessioni sulle difficoltà, impossibilità, demotivazioni e frustrazioni.

Tale cambiamento instaura una modificazione profonda della percezione della Qualità di Vita del paziente e dei familiari e della speranza nel cambiamento e nella cura. Incidendo non solo sulla compliance ma, anche, sulla percezione di autoefficacia degli operatori. Il lavoro sostenuto attraverso i GMF entra in rete con il territorio, attraverso un setting aperto e accogliente e grazie alla *fiducia* che i legami strutturati all'interno promuovono. Tutto ciò si definisce come espressione di una multidisciplinarietà in un contesto, come quello psichiatrico, complesso e articolato, dando spazio ad un approccio che si prolunga nel tempo e soprattutto conscio del reale contesto di vita del paziente. Questi approcci permettono di intervenire precocemente all'esordio psicotico attraverso l'open dialogue. Nel DSM di Caltagirone le 100 famiglie in trattamento hanno avuto tutte una evoluzione positiva. Sono attivi 8 gruppi multifamiliari, dal territorio, al centro diurno, alla REMS, alle comunità terapeutica. Le famiglie sono diventate esse stesse risorse terapeutiche straordinarie e indispensabili. I protagonisti principali dei processi di inclusione sociale e lavorative sono i facilitatori sociali. Il Facilitatore Sociale è una persona che ha attraversato un disagio psichico, ha affrontato un complesso percorso di cura e formazione sino alla riappropriazione di un'identità e di un concetto di salute, consapevolezza, empowerment, e soprattutto di capacità di convivenza con la propria sofferenza. È testimone e protagonista della promozione della recovery degli altri utenti e delle istituzioni stesse. L'intervento più significativo del Servizio d'Inclusione Sociale e Lavorativo (SILS) è il Programma evidence-based di Sostegno all'Impiego Individualizzato (IPS). L'IPS trae origine dal lavoro di Wheman e Moon (1988) e considera il lavoro come un pilastro della Recovery dalla grave patologia mentale. La maggior parte delle persone con una grave patologia mentale desidera un lavoro vero, e il programma di sostegno al lavoro IPS rappresenta attualmente il modo più efficace per raggiungere questo obiettivo. Oltre all'IPS, l'inclusione socio-lavorativa viene attuata attraverso il lavoro nelle cooperative sociali di tipo B, le fattorie sociali, le borse lavoro ed il budget di salute. Tutti questi

approcci hanno cambiato il clima del Servizio di Salute Mentale orientandolo verso il Benessere Mentale di Comunità.

Arnkil T.E., Seikkula J. *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Erickson; 2012.

Badaracco Garcia J. (1986). Identification and its vicissitudes in the Psychoses. The Importance of the Concept of the Maddening Object. *Int. J. Psycho-Anal.*

Badaracco Garcia J.E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar - Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Editoria Paidós.

Barone R., Bellia V., Bruschetta S. *Psicoterapia di Comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*. Milano: Franco Angeli; 2010

Barone R., Bruschetta S., D'Alema M. (2012). *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale*. Milano: FrancoAngeli.

Bruschetta S., Bellia V., Barone R. (2015). Manifesto per una psicoterapia di comunità a sostegno della partecipazione sociale: la psicoterapia individuale e quella di gruppo rispondono ancora ai bisogni di cura della società? *Plexus, Rivista del Laboratorio di Gruppoanalisi*.

Foulkes S.H. (1975). *Group-Analytic Psychotherapy*. London: Gordon & Breach. (Trad. it. *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica. Metodi e Principi*. Roma: Astrolabio, 1976).

Panksepp J., Biven L. (2014) *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Raffaello Cortina Editore.

Valutazione dell'esito di trattamenti multifamiliari in un servizio pubblico di Terapia Familiare

Valeria Pomini, PhD, *Psicologa – Psicoterapeuta, Resp. Unita' di Terapia Familiare, 1st Dept. of Psychiatry, National & Kapodistrian University of Athens*

La terapia multifamiliare con gruppi di famiglie ha una lunga tradizione di utilizzo in contesti psichiatrici (ad es., le esperienze in Argentina di Badaracco e negli USA di McFarlane) nella psichiatria di comunità (Cooklin e Asen in Inghilterra) e nel campo delle tossicodipendenze (Hudolin). L'approccio sistemico alla terapia multifamiliare rappresenta un tipo di intervento particolarmente adatto sia a famiglie che presentano problematiche psichiatriche gravi sia a famiglie multiproblematiche, e utilizza un'ampia gamma di strumenti sistemici, coniugando elementi dialogici con elementi psico-educazionali. L'organizzazione di gruppi multifamiliari in Grecia ha una storia recente e riguarda servizi psichiatrici sia di comunità sia nel contesto ospedaliero. La scelta di organizzare gruppi multifamiliari è stata dettata anche dalla necessità di ottimizzare le risorse in tempo di crisi economica. Quindi, sin dalla progettazione di questo tipo di servizio, si è data grande importanza alla valutazione dell'efficacia. La presentazione descriverà l'esperienza di un gruppo di terapia multifamiliare con famiglie di giovani adulti presentanti esordio psicotico, le difficoltà incontrate nel corso della terapia e i risultati valutati in termini sia quantitativi sia qualitativi.

Approccio Multifamiliare: integrare sistemi di persone, di famiglie, di servizi.

Stefania Capelli, *psicoterapeuta multifamiliare, Responsabile Centro Multifamily – Coop La casa davanti al sole*

Andrea Gazziero, *psicoterapeuta multifamiliare, Centro Multifamily – Coop La casa davanti al sole*

L'intervento intende descrivere l'evoluzione dell'applicazione del trattamento multifamiliare nel Centro Multifamily aperto a Varese dalla Cooperativa Sociale "La casa davanti al sole" in collaborazione con il Comune di Varese nell'anno 2010. La creazione di questo centro è stata possibile anche grazie alla pregressa esperienza di alcuni membri dell'attuale équipe presso il Centro di Trattamento Multifamiliare della Asl Città di Milano, attivo dal 2001 al 2006. In particolare **ci concentreremo sulla fase iniziale** del trattamento come verrà descritto più avanti. Nel nostro contesto l'utenza è rappresentata da famiglie multiproblematiche con minori interessate da un provvedimento della

magistratura ordinaria o minorile o comunque con un coinvolgimento della Tutela Minori dei diversi territori di provenienza delle famiglie. L'intervento multifamiliare, così come applicato nel nostro ambito di lavoro, è sempre il risultato dell'incontro tra una parte valutativa delle risorse e dinamiche familiari attive per ciascuna famiglia e una parte di trattamento volta a far emergere, migliorare o potenziare le risorse di ogni membro della famiglia e le potenzialità degli stili relazionali presenti, cercando di trattare le parti identificate come disfunzionali. Pur nell'intreccio di queste due parti attualmente siamo più concentrati nel creare un trattamento che miri al potenziamento delle capacità genitoriali residue presenti in ogni nucleo familiare proposto. Prima di attivare la fase vera e propria del multifamiliare ogni nucleo familiare, proposto per entrare a far parte del gruppo, partecipa ad un **"network meeting"** che consiste in un incontro di tutti gli operatori delle rete di servizi che stanno lavorando a vario titolo (servizi sociali, servizi specialistici dell'ASL, servizi educativi, scuola, volontariato, servizi legali, etc.) con i membri della famiglia alla presenza del/i genitore/i che attivamente sono chiamati a collaborare nell'identificare i problemi o le difficoltà presenti dal loro punto di vista e a proporre quali potrebbero essere gli obiettivi di lavoro più importanti per loro, a fianco di quanto emerge dai servizi specialistici, integrandoli o confermandoli. L'impegno della famiglia e le richieste che fin da subito vengono fatte ai suoi membri sono il segnale di due elementi fondamentali che attraversano tutto il trattamento multifamiliare: l'intensità dell'intervento e lo scardinamento di quei processi di delega della responsabilità che spesso si attiva nel rapporto tra servizi e famiglie multiproblematiche. In questo modo nel network meeting si può già fare una valutazione sulla possibilità di ingaggio della famiglia e una prima prognosi su quale potrebbe essere il livello di profondità raggiungibile durante il trattamento. Intervenire sul sistema della rete congiunto operatori e famiglia significa in prima istanza coordinare, spesso, numerosi operatori orientandoli verso obiettivi comuni chiari e misurabili, definendo anche tempi e ricadute dei comportamenti, così che ogni parte possa sentire che cosa ha da dire l'altra. A questi incontri possono essere presenti anche professionisti che lavorano al di fuori del campo sociale, come gli avvocati o talvolta i giudici del Tribunale, oltre ad eventuali persone significative nella vita familiare (Schuff e Asen, 1996). Queste famiglie sono frammentate, ogni persona ha le sue informazioni e i suoi segreti che nasconde agli altri ed ai professionisti. Il sistema d'aiuto non deve, quindi, rispecchiare tale frammentazione pena l'insorgenza di conflitti interni e di paralisi dell'intero sistema, con rischiose ricadute sulla tutela dei minori. Le aree su cui si impernia l'intervento multifamiliare sono due: da una parte l'intervento degli operatori (che di solito sono tre con 6-7 famiglie presenti contemporaneamente) che hanno il compito di facilitare il confronto tra i vari membri del gruppo, dall'altro lo scambio spontaneo e l'apprendimento reciproco tra i membri del gruppo stesso. Se gli operatori all'inizio sono molto più attivi nel proporre le attività al gruppo e nel favorire la creazione di connessioni tra nuclei familiari, verso la fine degli incontri è il gruppo che trova una "regola" adatta al suo sviluppo durante la giornata. Nel nostro lavoro le famiglie sono messe in condizione di cambiare continuamente contesto e i membri sono costantemente sotto pressione dovendo adattarsi a nuove e molteplici situazioni. Se qualcuno non cambia il resto del gruppo vuol conoscerne le motivazioni e si interroga su cosa deve succedere perché qualcosa cambi. Entrare a far parte di un gruppo perché in condizioni di bisogno e trovarsi poi a dare dei consigli che vengono applicati da altri e risultano utili, crea spesso un circolo virtuoso nella percezione di sé come persone ancora capaci di essere utili ed efficaci e non solo richiedenti. I risultati attesi per ogni famiglia che fa parte del gruppo multifamiliare sono quelli di fare un'esperienza che porti ad una maggiore consapevolezza delle proprie capacità nel fronteggiare le difficoltà, che di solito invece paralizzano le risorse. Lavorare con le famiglie anche su livelli di concretezza quotidiana permette l'intervento in diretta durante le crisi e arriva a favorire processi di mentalizzazione e di costruzione di significati, anche in chi difficilmente riesce a comprendere la portata e l'impatto di tali meccanismi sulla propria vita e sulle dinamiche familiari delle quali è parte.

IV° Sessione Dipendenze e creatività: tra passato e futuro

LA DIPENDENZA COME SISTEMA DI SENSO

Paolo Rigliano *Psichiatra, psicoterapeuta sistemico-relazionale individuale, di coppia e familiare, Responsabile del "CPS 17" del Dipartimento di Salute Mentale dell'Az. Osp. "S. Carlo B." di Milano*

Il presente contributo vuole esplorare l'ipotesi che abuso/dipendenza non sia una sostanza, un oggetto, un difetto cromosomico, neurobiologico, psichico o sociale: essa non è una cosa che si ha, come si ha una malattia, un'abitudine, un vizio, ma essa non è nemmeno qualcosa che si è, come se

si trattasse di una caratteristica insita nella natura della persona. L'ipotesi è che abuso/dipendenza sia la condizione esistenziale di un soggetto che ha organizzato nel tempo una struttura di azioni significative, volte a ristabilire la relazione tra sé e l'oggetto da cui ricava uno stato mentale di grande/eccezionale valore. Come tutte le strutture di relazione che si ripropongono nel tempo, anche la dipendenza è creatrice di senso. Esso scaturisce dalla continua riproposizione del significato che la persona vi assegna, per provare il quale costruisce la propria esistenza intorno alla relazione di dipendenza.

La sfida delle dipendenze: aspetti chiave del lavoro clinico nelle dipendenze

Juan Antonio Abeijon Merchan *Psichiatra, psicoterapeuta di coppia e familiare, Presidente FEATF, membro board EFTA CIM-Bilbao (SP)*

Il comportamento del consumo di droghe è percepito come qualcosa che appartiene all'universo della vita quotidiana e il comportamento stesso come un diritto individuale su cui l'individuo deve decidere e affrontare la responsabilità delle decisioni con il sostegno delle istituzioni che lo proteggeranno da maggiori rischi di consumo. La famiglia diventa parte del contesto in cui viene vissuto il consumo di droghe e una risorsa necessaria per raggiungere un buon sviluppo degli interventi da svolgere sulle conseguenze del consumo e qualunque sia il loro livello di coinvolgimento dal più semplice al più complesso.

L'uso di droghe dovrebbe essere letto come un comportamento, sebbene se le radici genetiche e neurofisiologiche siano presenti in questo comportamento, il significato di questo comportamento dovrebbe essere ricercato nell'individuo e nel suo contesto, specialmente nella famiglia. Comprendere il significato di questo comportamento in ogni caso ci permetterà di sviluppare correttamente la diagnosi delle situazioni che sorgono al di là del consumo di questa o quella sostanza e di connettersi con le caratteristiche che questo consumo ha a livello della struttura della personalità del giovane e le implicazioni nei diversi sistemi in cui viene vissuta l'esperienza del consumatore. Senza queste analisi è impossibile dedurre un intervento che non sia puramente sintomatico. La sfida dei nuovi consumi e dei nuovi profili dei consumatori dovrebbe creare nuove formule di intervento in cui siano presi in considerazione i cambiamenti che si verificano nelle caratteristiche delle famiglie negli ultimi anni, ma occorre mantenere la necessità di coinvolgere le famiglie. questo gli interventi.

"Siamo in debito con la nostra storia," questo risultato, così presente a livello di singoli e collettivi realtà umane, è anche nella storia recente del consumo di droga e l'evoluzione di affrontare le conseguenze del consumo, sia livello di trattamenti e politiche preventive. I debitori non significano costretti a ripetere schemi stabiliti senza possibilità di cambiamento, ma piuttosto che ci siamo evoluti in un dialogo costante con una realtà che si nutre della sua storia. Quando si parla di farmaci parlare di individui e sostanza in un contesto di costante interazione e il dinamismo degli individui dal sguardo interno (la sua storia personale, costruendo le loro personalità) e dallo sguardo verso l'esterno (la sua azione trasformatrice) di il nostro essere interiore e di altri che lo contemplan e lo fissano nel tempo e nello spazio; nella storia.

I modelli di assistenza nella tossicodipendenza, così come la profonda comprensione del fenomeno, si sono evoluti in parallelo con la percezione sociale del consumo di droga. Gli obiettivi ricercati nei trattamenti si sovrappongono alle aspettative che i consumatori attribuiscono all'uso di sostanze. L'equilibrio tra astinenza e riduzione del danno negli approcci dei tossicodipendenti oggi è il risultato dello sviluppo professionale e dell'adattamento dei programmi di cura alla tensione tra l'individuo che soffre e colui che cerca il benessere.

I professionisti che lavorano nelle dipendenze hanno fatto un grande sforzo di leggere i cambiamenti che si sono verificati nei bisogni degli utenti del servizio che adattano le buone prassi ai programmi di welfare e degli obiettivi della stessa, e di fronte con grande creatività le tensioni di carattere ideologico che negli anni hanno gravitato nelle proposte di trattamento ai tossicodipendenti seguendo, inoltre, i criteri che gli organismi internazionali e le diverse scuole hanno suggerito.

Les conduites d'alcoolisation de la personne âgée : le vécu des professionnels du domicile et de l'institution en France.

Alba Moscato *Université Paris Descartes- Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé*

Les conduites d'alcoolisation de la vieillesse sont encore un phénomène peu connu en France.

Cependant, le maintien des prévalences du mésusage d'alcool avec l'âge ou même leur accroissement amène à retenir des chiffres qui ne sont pas négligeables. En effet, pour des populations générales de plus de 65 ans, entre 1 et 16% (voire 25%) sont souvent énoncés et pour les personnes âgées en établissement autour de 20%. Le pourcentage d'hommes se développe mais ce sont surtout les femmes âgées présentant des troubles liés à l'usage de substances psychoactives qui progressent 3, allant jusqu'à annoncer leur doublement probable entre 2000 et 2020 aux États-Unis. Peu d'études à notre connaissance, ont révélé le vécu des familles et des professionnels accompagnant des personnes âgées présentant des conduites de mésusages d'alcool.

Au domicile ou en institution, le climat relationnel dépendra de l'histoire et du vécu de chacun vis-à-vis du produit « alcool » mais aussi, du vieillissement. Pour illustrer ce qui se vit dans ces lieux de vie, nous traiterons dans cette présentation, le vécu des professionnels dans ce contexte de vieillissement et les conséquences des interventions professionnelles au sein de la famille.

Pour les professionnelles du domicile, les logiques d'accompagnement sont induites par la menace d'une séparation prochaine surcompensées par cette double dépendance. En effet, devant l'irrésolution de la situation, elles peuvent s'octroyer d'elle-même un rôle de substitut parental, peut-être la seule issue possible vis à vis des sentiments de honte et d'impuissance des membres de la famille face à l'aidé qui s'alcoolise, et qui s'en les réduire, peut permettre un désengagement familial tout en évitant l'aggravation de conflits non élaborés. A contrario, certaines familles ont des comportements plus rigides vis-à-vis des conduites d'alcoolisation d'un des membres de sa parentèle et l'entourage peut exiger un changement d'attitude de la part de la personne âgée en sommant l'aidante professionnelle par des comportements pressants de faire cesser sans délai les conduites dérangeantes de l'âgé. En demandant à l'intervenant « la réparation » de l'ainé, elles aspirent à une tentative de restauration narcissique en espérant trouver face à elles, l'image d'un être « idéalement souhaité » par le système familial.

Pour les professionnels de l'institution, prennent place quelques fois, des tentations du soignant à s'allier avec le malade contre ses entourages dans une tentative de collusion/protection peu adaptée, ou inversement à s'allier avec les familiers contre un malade intempérant, oubliant qu'un soin (addictologique mais pas seulement) ne peut s'ébaucher que sur une alliance soignant-soigné, en faveur de l'amélioration de la santé (et de la qualité de vie) et surtout contre personne.

Dans le contexte de conduites d'alcoolisation associées au vieillissement, la relation entre famille, personne âgée et professionnel est souvent difficile à contenir. Beaucoup de mal-être, d'incompréhensions et de souffrances sont les signes de l'implication de toutes les ressources émotionnelles de chacun des protagonistes de la situation.

Devant le peu d'interventions de soutien auprès des familles, des intervenants du domicile et de l'institution dans ce contexte, envisager pour tenter de rétablir ou d'améliorer les relations, un maillage d'intervenants professionnels de réseaux de compétences gérontologiques et addictologiques pourrait avoir pour objectif de réinsuffler à chacun son espace et sa place dans l'accompagnement de l'âgé.

L'anoressia può essere pensata una dipendenza? Il modello sistemico familiare-individuale nella terapia dei disturbi alimentari.

Sara Ferraris Psicologa, psicoterapeuta sistemica e terapeuta EMDR, socia e supervisore dei Centri Mara Selvini per i disturbi alimentari.

L'intervento intende fornire una riflessione sul tema di questi "corpi in trappola" che le pazienti affette da DCA ci descrivono molto bene e della loro presa in carico. Le verbalizzazioni di queste pazienti ("sono prigioniera"... "non posso fare a meno di pensare ogni istante della mia giornata al cibo, a privarmene..", "non ho più una vita libera..") descrivono stati emotivi simili a quelli che riportano le persone affette da tossicodipendenza.

L'anoressia è tossica.

Dipendenza, ossessione, sono caratteristiche sempre presenti : la perdita di peso diventa la ragione di vita. Non esiste altro pensiero se non quello della negazione del cibo e del consumo delle calorie. I sintomi della dieta e dell'abbuffata rappresentano l'espressione di una profonda difficoltà nel raggiungimento della propria identità adulta. Pensare ossessivamente al cibo e al corpo distrae dalla

insicurezza e combatte il sentimento di grave inadeguatezza di queste pazienti. Portando avanti il pensiero di Mara Selvini Palazzoli, pioniera nello studio dei disturbi alimentari, per questo tipo di patologie il nostro modello prevede una presa in carico integrata tra la parte medica, che si occupa del corpo (nutrizionista), e la parte di psicoterapia. La psicoterapia, puntando sulla collaborazione di tutta la famiglia prevede un lavoro parallelo familiare ed individuale, prendendo in carico l'intero mondo affettivo e relazionale di queste pazienti.

SEZIONE POSTER

ABSTRACT

La perpetrazione di dating aggression in adolescenza: l'interazione tra squilibrio di potere, genere e durata della relazione.

Gaia Cucci¹, Emanuela Confalonieri¹, Maria Giulia Olivari¹, Elisa Borroni¹, Joanne Davila² *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Dipartimento di Psicologia, CRIdee, Milano, Stony Brook University (New York), Department of Psychology, Relationship Development Center*

SCOPO

La Dating Aggression (DA) in coppie di adolescenti è un fenomeno in crescita ed è quindi diventato un problema sociale e di salute pubblica, considerando che la DA può influire sulla salute sull'adattamento dell'adolescente. Studi sulla DA (Bonomi et al., 2013; Goldstein et al., 2008; Belshaw et al., 2012) suggeriscono che questa possa essere associata alla presenza di squilibrio di potere tra i partner della coppia (Connolly et al., 2010; Menesini et al., 2011). Tuttavia la letteratura scientifica sul tema è limitata. Il presente contributo di ricerca vuole quindi indagare l'associazione tra squilibrio di potere e DA, considerando anche il ruolo del genere e della durata della relazione

METODO E AREA DI INTERVENTO

I partecipanti sono 800 studenti di scuola secondaria di II grado (36% maschi; $M_{età} = 17.16$) che hanno o hanno avuto nel corso degli ultimi 6 mesi una relazione sentimentale. Previo consenso informato dei genitori, agli adolescenti è stato somministrato un questionario su: caratteristiche demografiche, durata della relazione (ricodificata in una variabile su tre livelli: fino a 4 mesi, fino a 1 anno, più di 1 anno), comportamenti di perpetrazione di DA (psicologica, relazionale e fisica) e percezione della distribuzione del potere nella coppia (ricodificata in una variabile su tre livelli: relazione sbilanciata verso il partner, relazione bilanciata, relazione sbilanciata verso il soggetto). Per indagare l'effetto e l'interazione tra squilibrio di potere e durata della relazione sui tre diversi tipi di DA, sono state condotte analisi di ANOVA, distinguendo per il genere dei partecipanti e indagando effetti principali ed effetti di interazione.

RISULTATI

Rispetto alla DA di tipo psicologico, i risultati mostrano che i maschi che percepiscono la relazione bilanciata riportano più bassi livelli di DA mentre le femmine che percepiscono di avere il potere nella relazione riportano livelli più alti di DA. Per entrambi i sessi, le relazioni più lunghe sono quelle caratterizzate da più alti livelli di DA psicologica. Rispetto alla DA di tipo relazionale, i maschi nei primi mesi della relazione o in relazioni brevi perpetrano meno questo tipo di DA, mentre riportano livelli più alti di DA relazionale in relazioni più lunghe e sbilanciate in favore del partner. Le femmine sono risultate perpetrare più DA di tipo relazionale nel caso di relazioni in cui percepiscono che sia il partner ad avere il potere nella relazione. Rispetto alla DA di tipo fisico, non sono emersi effetti nel sottocampione maschile. Le femmine che percepiscono la relazione come sbilanciata in loro favore perpetrano DA fisica più di frequente, mentre quelle nei primi mesi della relazione o in relazioni brevi agiscono meno questa forma di DA. Inoltre le adolescenti coinvolte in relazioni più lunghe e che percepiscono come sbilanciate riportano più alti livelli di perpetrazione di DA fisica.

CONCLUSIONE

I risultati dello studio mostrano l'importanza di indagare variabili di tipo relazionale in associazione a comportamenti di DA. In linea con la letteratura, la percezione di squilibrio di potere nella coppia e relazioni più lunghe sono associati a livelli più elevati di DA. Nonostante le relazioni più durature sembrino essere caratterizzate da più alti livelli di DA, percepire la distribuzione di potere come equa nella coppia sembra diminuire la frequenza del fenomeno per maschi e femmine adolescenti.

Analizzare questi effetti, inoltre, permette di identificare possibili funzioni che la DA può assumere all'interno di una relazione. Ad esempio, nel caso di relazioni percepite come sbilanciate in favore del partner, il soggetto potrebbe ricorrere a comportamenti aggressivi come mezzo per ristabilire equilibrio di potere all'interno della coppia. Diversamente, nel caso di relazioni sbilanciate in favore del soggetto, questi potrebbe perpetrare DA per dominare e controllare il partner. È possibile quindi ipotizzare che gli adolescenti ricorrano a comportamenti di DA come modalità di interazione con il partner, non essendo in grado di mettere in atto strategie di interazione con il partner positive ed adattive. Infine lo studio mette in evidenza l'importanza di studiare l'interazione di più variabili tra loro associate per poter comprendere il fenomeno della perpetrazione di DA.

L'intervento con gli uomini autori di violenza Nuove Frontiere e Modello Sistemico Ivan Pezzotta

Dagli inizi del movimento femminista ad oggi la struttura familiare è fortemente cambiata, così come è cambiato il ruolo dell'uomo e della donna nella società. Dalla ratificazione da parte dell'Italia della Convenzione di Istanbul (2013) sono sorti numerosi programmi che intervengono con gli uomini autori di violenza. L'intervento con gli uomini autori può essere iscritto in modo naturale all'interno della cornice sistemica. Si tratta in questo caso di ridurre e prevenire futuri comportamenti violenti non solo con misure di protezione della vittima, ma con interventi rivolti agli uomini. Spesso le donne vittime di violenza continuano a vivere con i propri compagni, e altri uomini instaureranno future relazioni affettive nel futuro: è quindi imprescindibile aiutarli a stabilire relazioni sane, prive di violenza. Negli ultimi anni si osserva un cambiamento nel modo di gestire la relazione e nei ruoli prestabiliti dalla società per l'uomo e per la donna. Anche se i modelli femministi basati sul potere e sul controllo restano tuttora validi, le dinamiche all'interno della coppia sono mutate. Basti pensare che sempre più spesso le partner lavorano e mantengono una vita sociale indipendente. Ciò nonostante, l'oppressione dell'uomo verso la donna resta presente, anche se con modalità diverse. Il modello sistemico si impone come paradigma di riferimento per l'intervento con le coppie nel momento in cui la violenza è cessata e l'equilibrio ripristinato, e offre degli strumenti importanti per l'intervento in gruppo con gli uomini autori. Il servizio "CambiaMenti", che si rivolge agli autori di violenza residenti in Provincia di Trento, si inserisce in questa cornice teorica e metodologica, offrendo agli uomini uno spazio di ascolto e rielaborazione in gruppo dei propri agiti.

L'approccio sistemico e il cambiamento sociale e politico Roberta Radich, Fondazione Capta onlus, Vicenza

Sembra che i grandi insegnanti e terapeuti evitino ogni tentativo diretto di influire sulle azioni degli altri e cerchino invece di instaurare le situazioni e i contesti in cui certi cambiamenti - di solito specificati in modo imperfetto - possano avvenire. (G. Bateson, Una sacra unità, Adelphi p. 386)

Il poster verterà sulla necessità di creare contesti ove il sapere sistemico possa mettersi al servizio della profonda e globale crisi sociale, culturale, economica e politica che stiamo vivendo e attraversando. Sempre più i nostri pazienti portano nel contesto terapeutico malesseri e disagi che nascono da questa crisi sistemica e, sempre più, il setting terapeutico tradizionale non sembra sufficiente per contenere sintomi, problemi, sofferenze entro l'alveo personale e familiare.

Due movimenti sembrano necessari:

- 1) Elaborare con i nostri pazienti un allargamento di senso e co-costruzione del cambiamento: dal solo contesto di vita personale e familiare alla comunità e al contesto sociale più vasto, portando in terapia i profondi cambiamenti in atto nel mondo lavorativo, economico e politico.
- 2) Mettere al servizio della Comunità il sapere sistemico, uscendo dal "sistema creato dal problema", e affrontando il "sistema che crea il problema".

Il poster, conseguentemente, prenderà in esame due aspetti:

- 1) Degli esempi di casi terapeutici: la terapia di ragazzi di origine straniera di seconda generazione e di alcune donne vittima di violenza familiare.
- 2) L'utilizzo e la formazione alla pratica di strumenti metodologici di Facilitazione sociale in ottica sistemica, per favorire nei gruppi e nelle organizzazioni il Cambiamento ecologico e sociale oggi importante e necessario.

Bambrini, classi, sistemi: un intervento integrato in contesto emergenziale.

Barbin Osvalda (1,3) , **Bonomo Lidia** (1,3), **Dodaro Luisa** (2), **Fiorentino Silvia** (1,2), **Giacometto Bianca** (1,3), **Rocchietta Laura** (1,2), **Veglia Raffaella** (1,3)

1) Servizio di Psicologia della Salute in Età Evolutiva, ASL TO4 (Piemonte)

2) Associazione per l'EMDR Italia, supervisore 3) Associazione per l'EMDR Italia, psicoterapeuta EMDR

Scopi del lavoro.

Il POSTER presenta un intervento in situazione emergenziale in seguito ad intossicazione da monossido di carbonio nella scuola elementare di San Giorgio Canavese (TO), a dicembre 2017. Circa 100 bambini sono stati evacuati d'urgenza per ripetuti malesseri fisici, con perdita di coscienza di alcuni minori e con modalità tali da far pensare ai docenti che i loro alunni stessero morendo. I bambini hanno assistito all'arrivo delle ambulanze, dei Vigili del Fuoco e dei Carabinieri. Diversi bambini e alcuni docenti sono stati ricoverati subito. Nel corso della notte le famiglie di tutti i bambini della scuola sono state allertate e tutti hanno dovuto sottoporsi a prelievi del sangue e accertamenti, i più colpiti da intossicazione hanno ricevuto trattamento in camera iperbarica e sono rimasti ricoverati per alcuni giorni. La sfida posta dalla richiesta di intervento al Sistema Sanitario consisteva nel dare una risposta efficace al rischio di sviluppo e/ o di cronicizzazione di reazioni di traumatizzazione in un alto numero di minori, come da letteratura, rispetto alle diagnosi dello spettro dei disturbi post-traumatici. Si rilevavano infatti a distanza di oltre un mese dall'evento manifestazioni di arousal emozionale alto, di evitamento di stimoli connessi al fatto (ad esempio, il timore di rientrare nella sede scolastica), somatizzazioni (quali disturbo del sonno o ripresa di enuresi). Marcato lo stress da parte del personale della scuola e l'allarme delle famiglie. Necessitava quindi un intervento che rispondesse al clima di allarme della comunità locale e alla intenzione delle istituzioni scolastica e sanitaria di dare risposte economicamente sostenibili ma metodologicamente di qualità rispetto ad esercitare un'azione preventiva e di recupero nei casi di disagio manifesto.

Metodo ed area d'intervento.

Si è scelto muoversi " creativamente " in modo da raggiungere un risultato efficace integrando nella pratica i principi e le direzioni di lavoro psicologico di due approcci tra loro compatibili. Rispetto alla *dimensione sistemica*, ci si è posti lo scopo di raggiungere tutti i sistemi relazionali in cui i minori erano inseriti, di riflettere sui significati degli eventi cercando significati positivi e ridefinizioni positive, lavorando sul clima nei contesti di vita dei minori e sulla qualità degli scambi comunicativi e relazionali come fattore protettivo, intervenendo sui vari sottosistemi coinvolti (personale docente e non, genitori, amministratori locali), data l'importanza di ogni anello della rete nel modulare l'impatto di un evento su ampia scala. Rispetto alla *dimensione della rielaborazione del trauma*, si è utilizzato l'approccio dell'EMDR, riconosciuto in Linee Guida internazionali come specifico per situazioni traumatiche. E' stato utilizzato un Protocollo per il Trattamento di Gruppo in tutte le classi coinvolte per un incisivo e veloce processo di rielaborazione adattiva della informazione: si è seguito l'Integrative Group Protocol –IGTP di Jarero e Antigas, 2000, adattamento di I. Fernandez e G. Maslovaric.

Risultati e follow-up (8 mesi).

Dall'analisi del materiale testistico, grafico (uso del disegno) ed emerso dalle osservazione delle interazioni in classe, si è rilevato che nella maggioranza dei ragazzini si è verificato un alleggerimento notevole del carico emotivo rispetto a elementi di ricordo traumatico. Tutti sono riusciti a notare capacità personali e/o risorse del loro gruppo-classe e del loro ambiente familiare e sociale attivatesi di fronte ad un grave evento, consolidandone quindi l'aspetto di possibilità di apprendimento e di rinforzo. Efficienza ed efficacia dell'intervento di prevenzione e cura sono misurabili dal fatto che il Servizio Sanitario (ASL TO4) ha ricevuto una sola richiesta di intervento psicologico su un allievo che presentava ancora reazioni emotivo-comportamentali all'evento suddetto a distanza di qualche mese.

Conclusioni.

L'integrazione di premesse teoriche e metodi ha permesso di incidere nel prevenire effetti sintomatici di tipo psichico dopo il superamento della soglia di tolleranza dello stress dei soggetti direttamente coinvolti e di contribuire positivamente alla così detta *crescita post-traumatica*.

Attaccamento e sessualità: studio esplorativo delle dinamiche di potere nel sadomasochismo alla luce della Teoria dell'Attaccamento.

Treccani Vanessa 1 , Cucci Gaia 2 , Frigieri Michele (1) Centro Italiano di Sessuologia(2) Università Cattolica del Sacro Cuore, Dipartimento di Psicologia (3) Centro Italiano di Sessuologia

SCOPO

L'analisi dello scenario attuale rivela la sempre maggiore presenza di dinamiche di sperimentazione del controllo e del potere attraverso la sessualità vissuta con modalità relazionali legate alla dominazione e alla sottomissione, dove i ruoli sono definiti e le pratiche sessuali estremamente controllate (Benjamin, 1988; Frigieri & Micoli, 2012). Le prime relazioni significative sono coinvolte nel modellare le attitudini ed i comportamenti sessuali con carattere di ripetitività (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver e Mikulincer, 2006; Smalbone & Dadds, 2000; Bowlby, 1969; 1982, 1973; Birnbaum, 2007). Nell'attaccamento di tipo insicuro (evitante ed ansioso) si ritrovano temi di dominanza e sottomissione (Bogaert & Sadava, 2002; Davis et al., 2004; Davis, Ace & Andra, 2002; Tracey et al., 2003). Il presente contributo è uno studio esplorativo che ha l'obiettivo di indagare lo scenario attuale rispetto alla relazione vissuta attraverso il sadomasochismo, i ruoli di genere, le fantasie e le modalità relazionali sia attuali che passate. Nello specifico gli obiettivi sono stati: 1) indagare lo scenario attuale rispetto alla relazione vissuta attraverso il BDSM, i ruoli di genere e le fantasie; 2) approfondire le dinamiche di potere nel sadomasochismo esplorando i possibili legami con la teoria dell'attaccamento; 3) indagare le modalità relazionali in infanzia.

METODO E AREA D'INTERVENTO

Hanno partecipato allo studio 16 soggetti, 11 maschi e 5 femmine con un'età compresa tra i 20 ed i 55 anni. Il primo incontro si è svolto un'intervista semi-strutturata costruita ad hoc sulla base di un'attenta analisi della letteratura composta da 34 domande suddivise in tre aree (1) area delle relazioni, 2) area della sessualità, 3) area legata al genere. Dopo l'intervista sono stati somministrati due questionari self-report. Per indagare la percezione retrospettiva dello stile genitoriale materno e paterno prima dei 16 anni è stato utilizzato il Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979) e per l'attaccamento adulto nelle relazioni di coppia l'Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R; Fraley et al., 2000). Ciascun partecipante ha firmato un consenso informato.

RISULTATI

Nel gruppo considerato l'evitamento risulta la dimensione relazionale dominante per uomini e donne, inoltre lo stile di parenting che si rileva in misura nettamente superiore rispetto agli altri in tutto il gruppo è il "controllo anaffettivo" caratterizzato da alti livelli di "iperprotezione" e bassi di "accudimento". In particolare tra le donne non sono presenti "legami ottimali" né con le madri né con i padri, per i quali è maggiormente rappresentato quello "negligente". Risulta inoltre una correlazione statisticamente significativa positiva tra la quantità di anni di esperienza nel BDSM e la lunghezza della relazione sentimentale.

CONCLUSIONE

Le dimensioni di evitamento presenti nella controparte dominante considerata sono coerenti con quanto emerge dalla letteratura. Dominanza con controllo emotivo sono caratteristiche di coloro che utilizzano principalmente strategie evitanti sviluppate in situazioni relazionali difficili con le figure di riferimento, che si ripropongono nelle dinamiche di potere tipiche del sadomasochismo.

Le dimensioni di evitamento presenti nella controparte dominante considerata sono coerenti con quanto emerge dalla letteratura. Dominanza con controllo emotivo sono caratteristiche di coloro che utilizzano principalmente strategie evitanti sviluppate in situazioni relazionali difficili con le figure di riferimento, che si ripropongono nelle dinamiche di potere tipiche del sadomasochismo.