



# Quaderno di multivisione

*Viaggio alla scoperta dei diversi orientamenti in  
psicoterapia attraverso l'analisi di un caso clinico*



# indice

*Prefazione a cura di Marco Mozzoni* pag. 4

*Introduzione* pag. 6

*Linee guida per la lettura* pag. 7

*Il caso clinico* pag. 8

## *Contributi delle Scuole di Psicoterapia*

- ACOF SPIC - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata e di Comunità
- ANEB - Istituto di Psicoterapia ad indirizzo Psicosomatico Psicoanalitico
- AREA G - Scuola di Psicoterapia a orientamento Psicoanalitico per Adolescenti e Adulti
- Centro Berne - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ispirata all'Analisi Transazionale
- Centro di psicologia e analisi transazionale - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
- CSTG - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt
- CTC - Centro di Terapia Cognitiva, Scuola di formazione in Psicoterapia Cognitiva
- CTS - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica
- EIST - European Institute of Systemic-relational Therapies
- Fondazione Cecchini Pace - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale
- Istituto Gestalt HCC Italy - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt
- IACP - Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona
- IAI - Istituto di Analisi Immaginativa
- ICP - Scuola di Psicoterapia Costruttivista dell'Institute of Constructivist Psychology
- IDIPSI - Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata
- IIPG - Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo
- Il Ruolo Terapeutico - Scuola di Formazione Psicoanalitica

- IPP - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica
- IRIS Insegnamento e Ricerca Individuo e Sistemi - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico-Relazionale Integrata
- ISeRDIP - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Integrata
- ISIPSE - Istituto di Specializzazione in Psicologia Psicoanalitica del Sé e Psicoanalisi relazionale
- Istituto Freudiano - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia a orientamento Psicoanalitico
- Istituto Miller - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale
- Panta Rei - Scuola di Psicoterapia ad Orientamento Sistemico e Socio-Costruzionista
- PSIBA - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica del Bambino e dell'Adolescente
- SIAB - Società Italiana di Analisi Bioenergetica
- Studio di Psicodramma - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
- SIPRe - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ad indirizzo Psicoanalitico-Relazionale
- SLOP - Scuola Lombarda di Psicoterapia Cognitiva Neuropsicologica

*Post-fazione* a cura di Riccardo Bettiga (Presidente OPL)

*pag. 85*

*Ringraziamenti*

*pag. 86*

# prefazione

a cura di Marco Mozzoni

Encomiabile il lavoro di un gruppo di giovani psicologi lombardi (facenti parte delle associazioni Spazio IRIS e GPL), che hanno saputo coinvolgere in maniera intelligente tante scuole di psicoterapia e molto prestigiose, invitandole alla prova del nove, cioè a mettersi in gioco per davvero di fronte a un caso clinico di quelli che dovrebbero essere cosa di tutti i giorni per chi sa fare bene il suo mestiere. Apprendere dall'esperienza in questo caso ha significato: intanto fammi vedere cosa sai fare tu, poi ne parliamo. Questa volta infatti non è stato il docente a interrogare l'allievo, ma il contrario.

Il futuro studente (cliente "prospect" direbbe chi si occupa di marketing) ha potuto toccare con mano gli elementi caratterizzanti i rispettivi indirizzi, non soltanto partecipando a interessanti laboratori esperienziali in cui ha avuto modo di respirare il clima umano oltre che di sperimentarsi con gli attrezzi del mestiere, ma anche di osservare l'artigiano all'opera, riuscendo a farsi un'idea più chiara, da diverse angolazioni, di come e in che misura le differenti tecniche siano in grado di rispondere alla domanda di clienti sempre più difficili, con pretese sempre più stringenti sia per tempi che per risultati.

Questo volume, che ho il privilegio presentare, raccoglie i contributi delle scuole che hanno partecipato alla prima edizione della Settimana dell'Informazione Terapeutica. Ha - a mio avviso - un valore inestimabile, perchè segna un punto di non ritorno dopo decenni di disquisizioni bizantine, quando non fumose punto, di tanta pubblicistica che ancora oggi affolla gli scaffali. E non c'è modo migliore di comprendere la validità (o la debolezza) di una teoria se non mettendola alla prova della pratica: è davvero in grado di fare quello che promette? Quanti e quali problemi mi consente di risolvere? È un modello che rispecchia il mio modo di essere, di immaginarmi nel ruolo di psicoterapeuta? Che cosa mi permetterà di fare di più e meglio rispetto a quanto so già fare di mio?

È un libro che risulterà prezioso a quanti stanno valutando l'iscrizione a una scuola di psicoterapia, che possono mettere a confronto i differenti inquadramenti, le ipotesi diagnostiche, i programmi di trattamento, le modalità e le tempistiche a partire da un "caso" comune. Allo stesso modo può essere illuminante per quegli studenti universitari che intendono familiarizzarsi precocemente con il mondo reale della clinica per orientare in maniera coerente i loro studi, e - perchè no? - anche a tutte quelle persone che si sono sempre chieste che cosa fa nello specifico uno psicoterapeuta rispetto allo psicologo o allo psichiatra e se può essere di aiuto anche per loro.

D'altra parte, infine, vanno ringraziate ed elogiate le scuole che hanno risposto con entusiasmo all'invito dei giovani psicologi. Non è per niente facile mettersi a confronto serenamente con i "competitor", specialmente in un settore che nel nostro Paese ha visto spesso alternarsi chiusure conservative ad anacronistiche scaramucce. In un mondo sempre più complesso e privo di barriere, il nuovo non può che parlare il linguaggio dell'integrazionalità dei saperi, delle competenze, delle pratiche. Sembra che un primo passo - un passo importante - è stato fatto. Altri seguiranno.

Questo libro, questi giovani, ne sono la migliore testimonianza.

Marco Mozzoni

(Psicologo, Psicoterapeuta)

# introduzione

a cura del Comitato Organizzativo SIT

Il S.I.T. - Settimana dell'Informazione Terapeutica - è nato dal desiderio di due Associazioni, GPL e Spazio IRIS, di offrire un concreto spazio di conoscenza, incontro e dialogo sulla vastissima formazione psicoterapeutica.

Esperimento riuscito, possiamo dire, se pensiamo ai risultati.

Tassello dopo tassello abbiamo costruito uno spazio capace di ospitare, in tutta sicurezza, un volo panoramico prima, ed un atterraggio sulle letture psicoterapeutiche poi.

Abbiamo narrato quanto accaduto nella settimana dal 24 al 28 Marzo con un quantitativo abnorme di istantanee, ma questo non ha assopito il nostro desiderio di promuovere qualcosa in cui crediamo visceralmente. La psicoterapia merita di più, ed il SIT è solo parte del contributo alla comunità scientifica e non che le due Associazioni hanno da tempo iniziato ad offrire.

Ecco perchè abbiamo pensato ad un quaderno che raccogliesse i molteplici sguardi che hanno convissuto per una settimana nel celebre liceo milanese.

In questo quaderno non saremo esaustivi, lo sappiamo: mancano tante scuole di psicoterapia ad esprimere, con qualche riga, l'operatività del loro orientamento. Tuttavia, siamo sicuri che il bicchiere mezzo pieno sia comunque qualcosa che soddisfi il bisogno di sete: una volta finito il bicchiere, e con la sete ancora in corpo, non resta che cercare. Informazioni, sguardi, modalità operative e tagli teorici particolari.

Quest'opera raccoglie i contributi di tutti gli Istituti che si sono fidati di noi ed hanno condiviso il desiderio di essere elementi del panorama formativo post-lauream per chi si orienta nella scelta della scuola di psicoterapia. Un unico caso clinico letto da ogni singola scuola che, con il suo taglio teorico di riferimento, trasforma e costruisce la realtà clinica donando al lettore un' interpretazione unica, singolare ed inimitabile, oltre che preziosissima.

Poichè ogni viaggio ha in seno il desiderio della scoperta, è pretesa di questo testo accompagnare i suoi lettori in un moto a discendere, paragrafo dopo paragrafo, nei territori dello sguardo psicoterapeutico attraverso la chiarezza operativa di ogni singolo contributo affinchè ognuno possa trovare la sua scelta nelle premesse teoriche, o risalire ancora una volta per osservare tutto dall' alto.

Buon viaggio!

# linee guida per la lettura

Ogni Scuola di Psicoterapia che ha contribuito alla stesura di questo quaderno ha dedotto le proprie considerazioni dal medesimo caso clinico, che verrà presentato di seguito.

Ad ogni Scuola è stata data questa semplice consegna: *"Scrivere come un terapeuta del vostro orientamento si approccerebbe al caso e in che modo procederebbe"*.

Non vi erano dunque limiti o richieste specifiche nell'impostazione del contributo (se non un'indicazione di massima sulla lunghezza): ogni istituto ha immaginato e costruito il proprio contributo liberamente, sulla base delle proprie specificità e inclinazioni.

In linea con il senso del progetto SIT, ogni stesura è frutto dell'opera intellettuale degli studenti del quarto anno in corso (2014-2015).

Il caso clinico presentato nasce dalla fantasia degli autori facenti parti del Comitato Organizzativo SIT, pertanto ogni riferimento a fatti o persone è puramente causale.

# il caso clinico

Alberto ha 32 anni, è sposato con Silvia da quattro anni e ha una figlia di un anno che si chiama Linda.

Da qualche tempo è affetto da una grave forma di bruxismo<sup>1</sup>, e proprio su indicazione del suo dentista arriva nello studio di uno psicoterapeuta con cui il medico collabora da alcuni mesi.

Si presenta all'appuntamento con qualche minuto di ritardo e si giustifica dicendo che sta affrontando un trasloco che lo impegna molto. Alberto appare un tipo rigido e controllato, decisamente tenuto, un "precisino" per intenderci.

Esordisce raccontando che la sua vita è molto cambiata negli ultimi due anni: ha scoperto di avere una malattia autoimmune che, nonostante non sia grave, l'ha comunque costretto a cambiare stile di vita. Precisa subito di non sentirsi "invalido", anzi sottolinea di essere "grato" perché gli poteva andare molto peggio. Da quando Alberto ha scoperto di essere ammalato, ha avuto la necessità di cambiare lavoro. Rimangono impresse queste parole: *"prima, quando facevo l'agente di commercio, ero sempre in giro e a contatto con la gente.. ora invece sono relegato in un ufficio come contabile. (...) comunque sono stato molto fortunato, ho un lavoro con uno stipendio fisso e sarei un ingrato a lamentarmi..."*.

Racconta di sentirsi molto stressato in questo periodo, di riflettere troppo, di sentirsi costantemente in uno stato di allerta e di avere paura di non essere in grado di far fronte a tutti i suoi impegni come vorrebbe. Durante il colloquio ripete spesso di sentirsi una "frana". Vorrebbe riuscire a fermarsi per un po', invece deve fare tutto senza sbagliare: con la moglie, con la figlia e sul lavoro.

I toni del colloquio sono sempre contenuti anche quando Alberto racconta eventi e situazioni molto carichi: *"... non posso arrabbiarmi perché comunque, nonostante tutto, sono stato fortunato"*.

Ha conosciuto Silvia tramite amici in comune e descrive la loro relazione in termini molto positivi. Le sue storie sentimentali passate sono sempre state di breve durata, prima di lei non era mai stato davvero coinvolto. Ha sempre abitato con i suoi genitori non intraprendendo mai una convivenza prima del matrimonio.

Terzogenito, la sorella più grande Roberta ha 43 anni e Monica 40. Roberta vive nello stesso quartiere di Alberto, vicino alla madre, mentre Monica vive a Roma. Alberto racconta che il padre è deceduto nel 2003, a seguito di un tumore al cervello il cui decorso è durato alcuni mesi. Ultimamente lo sogna spesso.

---

1 Il bruxismo è l'abitudine di stringere, serrare o digrignare i denti. Questa attività è presente soprattutto durante il sonno, anche inconsapevolmente, e soprattutto nei periodi di maggiore stress o tensione. In alcuni casi può essere presente anche durante il giorno rendendo il suo trattamento più difficile.

Alberto ricorda il padre come molto assente e descrive la madre come una donna molto apprensiva soprattutto con lui che era il figlio più piccolo, nonché l'unico maschio.

# Contributi delle Scuole di Psicoterapia

**ACOF SPIC**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata e di Comunità**

**(Busto Arsizio, VA)**

*Contributo a cura della dott.ssa Elisa Marchioni*

*“La domanda stimolante non è quale tecnica sia migliore di tutte le altre, ma in quali circostanze e per quali condizioni una particolare tecnica, o un particolare tipo di terapeuta, sono più adatti” (Marmor, 1995)*

## Discussione sul caso

Emergono la difficoltà a legittimarsi nel provare emozioni quali rabbia e frustrazione e la tendenza a non potersi lamentare. Questo sembra uno schema ricorrente. Il tono emotivo risulta poco espressivo, con tendenza alla coartazione delle emozioni, anche rispetto ad eventi che potrebbero suscitare in lui vissuti di rabbia, i quali sembra vengano affrontati con meccanismi di razionalizzazione. Possiamo ipotizzare sottostanti sentimenti di autosvalutazione, di colpa e di tristezza che andranno indagati meglio.

## Ipotesi diagnostica

La sintomatologia emersa rientra all'interno dell'ampia categoria delle sindromi ansioso-depressive secondo una diagnosi dimensionale (DSM-V) che, come la diagnosi strutturale (Kernberg), si delinea più precisamente proseguendo nei colloqui.

### Ipotesi di trattamento integrato

Si procederà innanzitutto con l'indagare la domanda, la motivazione, le resistenze al cambiamento e le aspettative del paziente sul lavoro terapeutico. Questa fase appare molto importante rispetto al caso in oggetto, in quanto l'iniziativa di intraprendere un percorso di psicoterapia è stata sollecitata da un altro professionista.

Durante le prime sedute sarà necessario prestare attenzione all'aspetto dell'accoglienza e definire con chiarezza le regole del setting e il contratto terapeutico. Pertanto l'approccio e le tecniche utilizzate saranno prevalentemente di tipo umanistico, privilegiando uno stile colloquiale, con ascolto attivo e senza imporre un ordine rigido, al fine di trasmettere al paziente empatia, congruenza e accettazione non giudicante per generare l'inizio della fiducia e l'alleanza terapeutica, che si svilupperà gradualmente.

Il terapeuta osserverà le modalità interattive (mimica, l'eloquio e il flusso ideico) e comunicative del paziente, approfondirà la raccolta delle informazioni anamnestiche (anamnesi familiare, ricorrendo eventualmente al genogramma dell'approccio sistemico; per gli eventi di vita significativi del paziente si potrebbe utilizzare l'album fotografico; anamnesi sociale; anamnesi patologica prossima e remota) e approfondirà le tematiche finora accennate in sede di primo colloquio.

Le principali tecniche cui si tenderà a far ricorso durante i primi colloqui deriveranno dall'approccio rogersiano e dall'approccio gestaltico (riformulazione, reiterazione, delucidazione e il riflesso del sentimento, ecc.) osservando passo passo la reazione del paziente e orientare le successive fasi del colloquio in base al grado di accoglienza e responsività alle stesse.

Si rivolgerà attenzione ai temi introdotti dal paziente, agli aspetti conflittuali e ai markers affettivi problematici (Greenberg, 2004) che potranno essere esplorati, restituiti ed elaborati con il paziente anche più avanti, quando la relazione terapeutica sarà più consolidata. Inizialmente non si orienterà troppo l'attenzione sugli aspetti negativi per non attivare interventi prematuri ed evitare di rinforzare meccanismi difensivi, che verranno identificati e annotati per una seconda fase del trattamento, si lavorerà invece sul potenziamento dei punti di forza e delle risorse del paziente.

Si individueranno i pattern cognitivi che sono alla base delle problematiche del soggetto per poter inserire in una successiva fase la confutazione e la correzione delle convinzioni, delle credenze, dei pensieri irrazionali e la modificazione delle manifestazioni emotive (Terapia Razionale Emotiva di Albert Ellis; il modello terapeutico di Aaron T. Beck; Alberti, 2012).

Dato che il paziente accenna in prima seduta a sogni frequenti, si valuterà la sua disponibilità ad approfondire tale ambito, ricorrendo all'interpretazione dei sogni secondo un approccio integrato (psicodinamico e cognitivo-comportamentale, Gislon e D'Ambrosio, 2014), alle associazioni libere e alla lettura dei bisogni inconsci, secondo l'approccio psicoanalitico.

Il sintomo che conduce Alberto in seduta, il bruxismo, apre la lettura simbolica del linguaggio d'organo che fa riferimento alla psicosomatica e che suscita pensieri connessi ai denti, all'aggressività e ai sentimenti di rabbia che andranno indagati e contestualizzati assieme a lui al fine di accedere ad una significazione soggettiva (Frigoli, Masaraki, Morelli, 1980). Inoltre si accompagnerà il paziente ad incrementare le sue abilità di mentalizzazione (Bateman e Fonagy, 2010) e di auto-osservazione, verso l'acquisizione di una maggiore consapevolezza di sé e dei propri bisogni e delle dinamiche relazionali e transferali con gli altri.

Al termine di ogni seduta il terapeuta si interrogherà e appunterà cosa ha "sentito e osservato": i vissuti sperimentati, le richieste poste esplicite ed implicite, il comportamento verbale e non verbale, l'aspetto, l'andatura, il tono della voce, le pause e i blocchi nel discorso, lo sguardo, la postura e le mimica, il respiro, l'analisi del transfert e del controtransfert. Il lavoro psicoterapico non si svolge infatti solo nell'ora di seduta col paziente, ma c'è un tempo di preparazione e uno di riflessione e rielaborazione a posteriori da parte dello psicoterapeuta.

Nello sviluppo di una terapia integrata, lo stile e la risposta del paziente alle metodologie presentate influenza le scelte terapeutiche, seguendo un approccio che si basa sull'analisi del bisogno del paziente, e le modalità di intervento si adattano all'evolversi della domanda nel corso della psicoterapia. La questione è che non tutte le tecniche sono adatte a tutti i pazienti in uno specifico momento del loro cammino verso il cambiamento. Il terapeuta riflette sui vari passaggi del trattamento e sui vari livelli dell'integrazione: teorico, tecnico e multidisciplinare e considera tra i vari punti di vista il proprio, in uno sforzo di integrazione e nella valorizzazione del proprio stile terapeutico. L'integrazione è la rinuncia alla sicurezza di protocolli prestabiliti, al fine di adottare uno sguardo più autentico verso l'altro come soggetto unico.

Sarà lo stile del paziente ad orientarci durante i colloqui verso la predilezione di una seconda fase di trattamento più ad impronta cognitivo-comportamentale, gestaltico-umanistica, sistemica o psicodinamica, all'introduzione di modifiche nel setting o ad invii ad altri colleghi, psicologi o psichiatri, per trattamenti più mirati, di gruppo, o di supporto farmacologico, il lavoro di rete sarà fondamentale.

Risulteranno importanti le valutazioni dimensionali e il monitoraggio *in itinere* dei progressi raggiunti per procedere correttamente nel trattamento.

## **ANEB**

### **Istituto di Psicoterapia ad indirizzo Psicosomatico Psicoanalitico**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Sara Solbiati*

Il terapeuta ecobiopsicologico accoglie Alberto con atteggiamento caldo ed empatico. Inizia la seduta indagando il motivo di invio: il sintomo del bruxismo. Approfondisce tale manifestazione dal punto di vista diagnostico. Il terapeuta costella in sé una serie di quesiti che gradualmente approfondisce col paziente nel tempo anche oltre il primo colloquio. I quesiti riguardano innanzitutto l'invio e quindi la sintomatologia del bruxismo: solo durante il sonno? Alberto se ne accorge spontaneamente o gli viene riferito? Da quando? Quanto frequentemente? Con anche conseguenze sulle arcate dentali?

Sulla stessa linea, il terapeuta approfondisce anche il tema della malattia autoimmune di cui Alberto ha accennato: a carico di quale organo od apparato essa si presenta? Il terapeuta tiene conto che l'elemento distintivo di ogni malattia autoimmune è costituito dall'incapacità del sistema immunitario di riconoscere il proprio *self*. Il sistema immunitario produce anticorpi diretti contro un antigene endogeno con conseguente danno tissutale. Il terapeuta si informa approfonditamente su quali esami medici siano stati effettuati, con quali gli esiti, e quale sia la prognosi, allo scopo di valutare il rapporto di realtà del paziente riguardo la propria condizione.

L'indagine anamnestica prosegue sulle altre possibili patologie da eventualmente porre in relazione con lo sviluppo della malattia autoimmune.

Il terapeuta indaga, per contestualizzare il sintomo, rispetto a possibili eventi stressanti di vita che hanno preceduto l'insorgere della malattia, due anni prima. Il terapeuta deve cautamente esplorare i sentimenti di Alberto nei confronti del proprio matrimonio, avvenuto in precedenza allo sviluppo della malattia autoimmune. Andrà esplorato anche il vissuto emotivo di distacco dalla madre, in quanto Alberto rimanendo in casa con lei dopo la morte del padre, potrebbe aver sostituito affettivamente questa mancanza rimanendo invischiato in un rapporto dipendente.

A fronte di questo rapporto familiare il terapeuta deve esplorare i vissuti affettivi legati alla progettualità della coppia, al desiderio di paternità in relazione alla responsabilità lavorativa e alla maturità emotiva che la nuova dimensione esistenziale comporta. La gravidanza della moglie e la nascita di Linda sono poi da porsi in relazione con fantasmi inconsci responsabili della malattia autoimmune e del bruxismo?

Di fronte anche al cambiamento di ruolo lavorativo, che ha comportato una sofferenza emotiva, Alberto sembra rispondere servendosi del meccanismo di difesa di formazione reattiva affermando che "comunque sono stato molto fortunato perché ho un lavoro con uno stipendio fisso e sarei un ingrato a lamentarmi". La conseguenza di questo cambiamento di ruolo porta Alberto a "sentirsi costantemente in

uno stato di allerta", lasciando intuire l'emergenza di uno stato d'ansia al confine con un esordio di una condizione depressiva. Nella relazione terapeutica, Alberto lascia emergere una dimensione transferale dominata da un tentativo di isolamento affettivo, in cui si può ipotizzare una dinamica ossessiva ("non posso arrabbiarmi").

Per quanto concerne l'anamnesi familiare in cui il vissuto di Alberto del padre e della madre, il terapeuta ecobiopsicologo si orienta ad esplorare il tipo di attaccamento vissuto dal paziente con la coppia genitoriale, ipotizzando dalla storia clinica un attaccamento insicuro evitante.

Alla luce del proprio controtransfert, nel corso dei colloqui successivi, si esplorerà il tipo di transfert del paziente per poter meglio definire le ferite emotive.

In prospettiva psicodinamica, nel bruxismo si evidenzia simbolicamente un atto di digrignamento dei denti come modalità inconsciamente rappresentativa di una rabbia nascosta diretta verso situazioni esistenziali vissute come intrusive, mentre la malattia autoimmune esprime una maggiore introversione della dimensione auto-aggressiva in quanto viene coinvolto il sistema immunitario. Nel venire meno della differenziazione fra il *Self* e il *Non-Self*, la malattia autoimmune esprime il fallimento dei meccanismi di difesa di tipo nevrotico, sottolineando, attraverso il un processo di somatizzazione, la possibilità di un coinvolgimento di contenuti più profondi, inerenti dinamiche relazionali della primissima infanzia.

Dopo aver esplorato nei primi colloqui i vissuti emotivi e i ricordi del paziente ed aver permesso allo stesso di potersi sentire accolto nella sua complessità emotiva, il terapeuta ecobiopsicologico sonda con il paziente la relazione presente tra i vissuti emotivi del suo disagio, gli aspetti significativi della sua vita e l'espressività somatica delle malattie, eventi fra loro coerenti seppur espressi su piani differenti.

### Conclusione

La storia clinica di ogni paziente, le eventuali malattie organiche e gli affetti costituiscono per il terapeuta ecobiopsicologico un campo di lavoro unico e complesso, al cui centro c'è la relazione fra l'Io e il Sé, il processo di individuazione. Il lavoro iniziale sarà volto a permettere un incontro con l'inconscio del paziente e con le sue specifiche modalità espressive (sogni, sintomi, immagini, ecc...). In un secondo tempo favorirà l'elaborazione dei contenuti, in accordo con l'epistemologia ecobiopsicologica: si sonda il continuum di espressività fra il Sé e l'Io, che emerge negli istinti e nelle immagini mentali, nei processi somatici e nelle rappresentazioni psichiche corrispondenti.

L'Io che li scopre può così recuperare l'informazione emotiva e cognitiva necessaria alla propria guarigione.

## **AREA G**

### **Scuola di Psicoterapia a orientamento Psicoanalitico per Adolescenti e Adulti**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Micaela Russo*

Quanto v'illustrerò non è da intendersi come uno schema predefinito ma si riferisce a *"una cornice teorico-operativa che ho nella mente e uso per orientarmi"* che tiene conto del dato clinico, così come il paziente lo racconta, del modo in cui io/terapeuta riesco a comprenderlo, dell'inizio della relazione e del processo dinamico che si va instaurando tra di noi e delle ipotesi che nascono dentro di me in base alla mia formazione e alla mia storia.

I primi colloqui con un paziente si inscrivono all'interno di un percorso di consultazione che rappresenta un momento specifico e distinto dal trattamento, durante il quale provo ad avviare un processo trasformativo, assumo una posizione attiva, ascolto e interloquisco con Alberto, ipotizzo connessioni e legami tra i fatti, i pensieri e le impressioni per trovare significati nuovi non ancora ipotizzati dal paziente. Fino a delineare ipotesi di funzionamento mentale che mi orientino nell'intervento e nella valutazione di un possibile proseguimento. Centrale è l'impegno a dare una breve restituzione alla fine di ogni colloquio, per aiutare A. ad avere una maggiore consapevolezza del suo mondo interno e dei suoi bisogni.

A. è stato inviato da un altro professionista con cui collaboro e con il quale ho stabilito un contatto per raccogliere qualche informazione che mi aiuti a sintonizzarmi con il paziente e ad agevolare l'avvio della relazione. Relazione che, se la consultazione fosse cominciata con un contatto telefonico, sarebbe iniziata da lì. Almeno inizialmente A. non è portatore di una domanda esplicita, un'altra persona sembra avere colto la possibile influenza di aspetti psicologici sul suo disagio fisico e gli ha indicato l'incontro con uno psicoterapeuta.

Provo a porre attenzione alle prime impressioni che A. provoca in me. Come si presenta? Cosa mi colpisce? Come mi sento? Ha un aspetto "preciso", rigido, controllato ed è in ritardo: sembrano elementi discordanti, come se ci fosse uno scollamento tra l'immagine trasmessa e il comportamento. Quali sono le reazioni, le fantasie, le emozioni che fin dall'inizio suscita in me? Il ritardo è giustificato con un trasloco, un evento stressante nella vita di una persona: che senso avrà per lui?

La mia posizione inizialmente vuole essere di ascolto attivo e di raccolta. L'attenzione fluttua tra il racconto dei fatti e il suo modo di relazionarsi con me, con sé e con il mondo esterno. Mantengo monitorate anche

le mie impressioni ed emozioni, non le esplicito ma possono aiutarmi a comprendere il suo mondo interno e le sue relazioni interpersonali. A. racconta della malattia autoimmune, sottolineandone la "non gravità" e pertanto "la gratitudine", però questo evento "lo ha costretto a cambiare lo stile di vita".

In breve tempo sono accaduti due eventi: uno "vitale" (la nascita della figlia) e uno "distruttivo" (la malattia), che hanno prodotto un cambiamento nella sua vita, in termini di relazioni, con la famiglia e con la "professione", e d'immagine di sé. L'attenzione di A. si focalizza su elementi che sembrano averlo *passivizzato*: la malattia è un *evento inaspettato* che lo ha costretto a passare dallo svolgere un lavoro attivo e piacevole a uno passivo e costrittivo. Ora sembra cerchi di mantenersi attivo "facendo tutto senza sbagliare". Si evidenzia, inoltre, una modalità volta al voler mantenere il controllo sulle attività di vita come anche sulle emozioni, ad esempio sulla rabbia che è difficilmente esprimibile. In questo senso sembra che il corpo sia diventato portatore di un disagio o di una sofferenza che paiono essere negate.

Il suo racconto non approfondisce l'area delle relazioni interpersonali, in primo piano è portata la sua fatica, come se la malattia avesse rotto un equilibrio fino a quel momento mantenuto e A. non fosse riuscito ad adattarsi. La descrizione appare caratterizzata da un prima e un dopo la diagnosi della malattia. Prima sembra avere funzionato bene, si evidenziano delle risorse (il matrimonio, la famiglia, il lavoro) la cui presenza è importante a livello prognostico poiché potrebbero essere messe in campo dal paziente in un'ipotesi di proposta di psicoterapia.

Al termine del colloquio darei una restituzione accogliendo la fatica che esprime. Dal suo racconto si comprende quanto si senta stressato: da una parte sembra sia riuscito a "farsi andare bene" la malattia autoimmune e le sue conseguenze "senza lamentarsi", dall'altra è come se sentisse che qualcosa si è sgretolato dentro e fuori, si sente una "frana". Formulerei l'ipotesi di procedere con alcuni colloqui in modo da "potersi fermare un po'", dandosi del tempo per riflettere su alcuni aspetti e per trovare un modo affinché possa sentirsi un po' meglio e meno stressato. Proverei, inoltre, a comprendere e valutare insieme il senso di una presa in carico psicoterapeutica.

Nel primo colloquio generalmente si annunciano i temi che saranno ripresi in seguito. È importante che nel successivo colloquio io tenga a mente le riflessioni, le impressioni e la restituzione per focalizzare e approfondire alcuni temi evidenziati. Ad esempio, proverei ad approfondire alcune aree della storia personale di A., solo accennate o completamente escluse nel primo colloquio, quali le relazioni affettive e significative e le rappresentazioni interne dei *caregivers*. Un'attenzione particolare la rivolgerei alla fase adolescenziale: A. si presenta come molto adattato prima della malattia, chissà come sono andati i suoi compiti evolutivi adolescenziali?

## **CENTRO BERNE**

### **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ispirata all'Analisi Transazionale**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Maddalena Genco*

#### Il contratto

Una volta messo a fuoco il problema portato dal paziente, il terapeuta chiederà ad Alberto qual è il suo obiettivo, cioè che cosa si propone di ottenere per sé dalla terapia che sta per iniziare. Quanto detto rappresenta la fase contrattuale del lavoro. L'utilità di questa fase sta nel fatto che il paziente porta la propria attenzione consapevole su di sé, e riscopre la propria capacità di formulare un progetto, rivolgendosi al futuro. Naturalmente non si pretenderà troppa chiarezza da chi, per definizione, è in un momento problematico della propria esistenza.

Si può ipotizzare che la prima richiesta di Alberto sarà quella di risolvere il problema del bruxismo. Richiesta che si può accettare come punto di partenza, nella consapevolezza che il problema potrà venir risolto solo affrontando i contenuti di un'area più vasta, che riguarda aspetti importanti della personalità di Alberto.

#### Ipotesi di trattamento

Come traccia per il lavoro che il terapeuta intende fare con Alberto scegliamo il modello proposto da due analisti transazionali americani, R.Erskine e M.Zalcman. Secondo questo modello guarderemo anzitutto alle manifestazioni, comportamentali e verbali, del disagio che la persona davanti a noi ci propone. Oltre al bruxismo, che ci viene riferito ma non è evidente nel qui e ora della terapia, faremo attenzione alla postura rigida, al fisico contratto, all'atteggiamento chiuso; all'attenzione anche eccessiva che Alberto dà a come si presenta e a quello che dice (immagine del "perfettino"). Ascolteremo alcune frasi in cui Alberto sembra sintetizzare il suo atteggiamento verso la vita: "sono grato perché poteva andarmi anche peggio", "se mi lamento sono un ingrato", e anche "sono una frana". Queste osservazioni ci fanno comprendere come Alberto eserciti un forte controllo sulle proprie emozioni, si confronti con un modello rigido al quale deve adeguarsi (se non lo facesse sarebbe "un ingrato"), lasci emergere una visione negativa di sé ("sono una frana"). Il bruxismo, che si manifesta nel sonno, e quindi quando Alberto non ha il controllo cosciente di sé, sembra esprimere l'unica modalità di protesta possibile a questa sorta di gabbia nella quale Alberto vive.

Gli interventi del terapeuta mireranno quindi a far sì che Alberto divenga più attento alle proprie percezioni fisiche (comprese quelle legate alla sua rigida postura), e soprattutto più consapevole delle proprie emozioni, che appaiono sottostimate e sottoposte a un giudizio interno, anziché essere accolte e comprese nel loro valore e significato.

Nel nostro modello i comportamenti che, come quello di Alberto, risultano pesantemente negativi nella vita adulta di una persona rimandano a situazioni relazionali vissute nell'infanzia, rielaborate negli anni successivi sulla base dell'esigenza, tipicamente umana, di dare struttura e significato alla propria vita. Al momento sappiamo ben poco dell'infanzia di Alberto, salvo alcune informazioni sulla madre, descritta come "una donna molto apprensiva soprattutto con lui che era il figlio più piccolo, nonché l'ultimo maschio." Possiamo quindi pensare all'influenza dell'ansia materna, a cui Alberto ha verosimilmente risposto elaborando l'idea di un mondo pericoloso in cui, per poter vivere, bisogna stare molto attenti e tenere tutto sotto controllo. Si potrà quindi guidare Alberto a riconoscere come questa visione di sé e del mondo sia legata a una precisa esperienza di un bambino - di lui come bambino - oggi rivedibile e traducibile in un atteggiamento adeguato alle sue risorse di persona adulta.

La preoccupazione di Alberto di "dover far tutto senza sbagliare" fa pensare che gli siano stati proposti modelli di comportamento rigidi e aspettative esigenti sulla sua condotta. Sarà quindi importante aiutarlo a rendersi conto come sia possibile una visione di sé molto più accettante e comprensiva. L'abbandono dell'attuale rigidità non sarà però agevole, - potrebbe anche lasciarlo smarrito - e Alberto avrà bisogno di una presenza attenta e affettivamente partecipe da parte del terapeuta.

Il modello a cui ci riferiamo ci suggerisce di prestare attenzione anche a quegli eventi che il paziente ricorda e che sostengono la visione negativa di sé.

Nel nostro caso abbiamo due eventi oggettivamente importanti: la morte del padre, avvenuta quando Alberto aveva vent'anni, e la malattia, molto più recente. Della prima non conosciamo la risonanza affettiva in Alberto (sarà un tema, evidentemente, da indagare). Quanto alla seconda, sembra chiaro che A. si difende dall'esprimere i sentimenti, probabilmente di rabbia e di dolore, di fronte ai cambiamenti radicali della propria vita che la malattia gli ha imposto. Questo ricorda quanto sia importante per lui il "permesso" (termine che usiamo spesso in Analisi Transazionale) di esprimere i propri sentimenti. L'espressione dei propri sentimenti, nello spazio della terapia e con l'ascolto empatico da parte del terapeuta, permette di integrare una parte di sé messa ai margini e di affrontare con migliori risorse le difficoltà presenti nella situazione. È anche probabile che la scoperta di avere una malattia, e una malattia piuttosto "strana", abbia rinforzato la sua convinzione di "essere una frana" cioè una persona che ha qualcosa che non va bene. Sarà quindi importante proporgli gradualmente una prospettiva diversa, dove il riconoscimento del proprio valore sta insieme all'accettazione del limite. "Sono un uomo e posso anche ammalarmi".

### La relazione terapeutica

Fin qui abbiamo messo in luce alcuni elementi che ci permettono di comprendere la vicenda di Alberto, e suggerito alcune linee d'intervento. Possiamo terminare sottolineando quanto sia importante, specie per un paziente come lui, il fattore della **relazione**, cioè della modalità, da parte del terapeuta, di essere con il paziente. Modalità che si costruisce anche con gli interventi, ma che non si riduce ad essi. Infatti Alberto vive un evidente smarrimento in un mondo che percepisce come troppo complesso e imprevedibile. Il terapeuta, attraverso il modo in cui lo accoglie, la capacità di comprendere i suoi sentimenti e di restituirglieli in una nuova lettura, può rappresentare quella "base sicura" che Alberto non ha mai avuto.

**Centro di psicologia e analisi transazionale**  
**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia**  
**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Alessandra Scolaro<sup>2</sup>*

L'orientamento dell'Analisi Transazionale è attento alle dinamiche relazionali e al mondo interno, mette in primo piano la relazione terapeutica, **contrattuale** e **bilaterale**.

Per strutturare un'ipotesi diagnostica che possa tener conto di ciò che motiva profondamente Alberto ad intraprendere un percorso terapeutico, abbiamo bisogno di altre informazioni.

Ci interessa poter connettere il sintomo che lo disturba (il bruxismo) alle sue modalità di funzionamento e relazione con l'altro (essere responsabile, "rigidino", dover far tutto senza sbagliare, non potersi arrabbiare), le ansie e le paure riguardanti la sua vita di oggi (la scoperta della malattia che gli ha "cambiato la vita"- la recente paternità?) e quelle radicate nella sua storia (la perdita del padre in giovane età - il cambiamento di rapporto con la madre?).

Ci interessa anche scoprire le sue aree di "funzionamento" e le sue risorse. Questi elementi ci serviranno per comprendere le dinamiche del "copione di vita" di Alberto e per mettere a punto un progetto terapeutico "sostenibile". Paziente e terapeuta lavoreranno ad un accordo reciproco e realistico sugli obiettivi di cambiamento.

Inizialmente, quindi, proponiamo ad Alberto 4/5 incontri individuali di consultazione definendo una prima cornice di regole (cadenza, luogo, costi); tali incontri saranno luogo di conoscenza reciproca e di approfondimento della possibilità di lavorare insieme (intersoggettività). In questa prima fase si pongono le basi dell'alleanza terapeutica. Per il terapeuta questo è un tempo di raccolta di informazioni: oltre all'approfondimento degli elementi salienti della storia di vita del paziente e dei pensieri ed emozioni ad essi connessi il terapeuta può prestare attenzione alle informazioni che provengono dal processo (Viene regolarmente? Quali atteggiamenti ha verso l'analista? Attacca la relazione?) e dalla lettura delle reazioni di transfert e controtransfert attivate nel campo relazionale.

A conclusione dei primi incontri c'è un tempo di restituzione in cui terapeuta e paziente possono decidere se e come proseguire il trattamento, anche in funzione degli elementi emersi, con la messa a punto di un **contratto di cambiamento**, rivedibile ed aggiornabile in itinere.

---

<sup>2</sup> All'elaborazione del caso han partecipato tutti gli alunni del quarto anno durante un'esercitazione in aula.

Un primo focus del trattamento potrebbe essere legato al qui ed ora, in modo che paziente e terapeuta possano **osservare insieme** le strategie "copionali" attraverso cui Alberto limita le sue possibilità di benessere e realizzazione, da un lato, e dall'altro le risorse che ha a disposizione; potranno quindi "far diagnosi" congiuntamente.

Il terapeuta porrà particolare attenzione ad accompagnare Alberto nel riconoscimento e espressione delle diverse **emozioni**, anche attraverso strumenti che attivino il canale immaginativo (fantasie guidate, metafore).

Una focalizzazione sulla **sintomatologia fisica**, attraverso l'uso di tecniche specifiche, potrebbe sollecitare una rilettura guidata in chiave simbolica della stessa e permettere al paziente di riconoscere le impasse e accedere ai bisogni di cui il sintomo si fa messaggero.

Altro focus di osservazione e di consapevolezza potrebbero essere i **comportamenti passivi**, manifestazioni osservabili di alcune **svalutazioni** che Alberto opera su se stesso, sugli altri e sulle situazioni, bloccandosi in convinzioni rigide e impedendosi di rispondere efficacemente alle difficoltà che incontra.

La focalizzazione sul presente e l'identificazione di pensieri, emozioni e comportamenti che Alberto sperimenta nell'attualità, ha l'obiettivo di **attivare le sue capacità adulte**, aiutandolo a **prendere consapevolezza** delle proprie modalità di funzionamento e della loro "genesi storica". Ipotizziamo che tali modalità di funzionamento abbiano un'origine arcaica (protocollo di copione) sviluppandosi nel contesto delle prime relazioni di attaccamento con il *caregiver*.

In particolare, a partire da alcuni "**permessi**" ed "**ingiunzioni**", spesso impliciti, ricevuti nella primissima infanzia, Alberto avrebbe preso alcune **decisioni** ed adottato delle vere e proprie **strategie di sopravvivenza**, che, seppur protettive e utili là e allora, rischiano di essere reiterate in modo automatico e di condurlo a comportarsi come se stesse seguendo un **copione** rigido con ruoli (Stati dell'Io) ripetitivi.

La strategia di sopravvivenza di Alberto potrebbe avere a che fare con l'impossibilità di sperimentare ed esprimere alcune **emozioni**, vissute come **proibite**, forse eccessive (ad esempio la rabbia e il dolore?) dovendo dimostrare la sua gratitudine per mantenere la relazione con gli altri significativi (il padre e la madre).

In una fase successiva del trattamento, potrà quindi essere utile aiutare Alberto a costruire un **ponte tra presente e passato**, dando voce ed energia a bisogni e aspirazioni attuali.

Un buon canale di accesso alle memorie implicite, non cosce, sembra essere costituito dai sogni, che il paziente riferisce essere presenti (in particolare i sogni che da alcuni mesi portano alla coscienza la relazione con il padre e forse alcuni processi identificatori legati al dolore e alla malattia).

In una **relazione intersoggettiva**, alimentata da vissuti e pensieri di entrambi, terapeuta e paziente possono andare alla ricerca delle "buone ragioni" per cui nell'infanzia Alberto ha preso alcune "decisioni", **aggiornandole** con **strategie più protettive per sè** e in linea con i suoi bisogni attuali, in modo da poter far fronte alle difficoltà della vita di oggi in modo più realistico ed efficace, tollerando l'incertezza.

**CSTG**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Maria Gianformaggio*

*"Un guerriero della luce non ha "certezze" ma un cammino da seguire al quale cerca di adattarsi in base al tempo" (P. Coelho)*

Se ad una prima lettura del caso proposto ho potuto cogliere molteplici spunti di riflessione tanto sulla personalità del paziente quanto sulle ipotesi di trattamento psicoterapico, rileggendolo ho sentito emergere in figura gli aspetti a cui rivolgere maggiore attenzione in un'ottica gestaltica e che qui mi accingo ad esporre. Il termine "bruxismo" deriva dall'espressione greca "*brichein odontos*" che letteralmente significa "digrignare i denti".

Il bruxismo, mi sembra utile ricordarlo, consiste nel serramento e/o digrignamento dei denti, che si manifesta durante il sonno o la veglia. Tale sintomatologia, può causare nel tempo danneggiamenti severi alla dentatura e all'apparato muscolo-scheletrico. L'analisi delle caratteristiche di personalità e degli stili di comportamento di chi soffre di bruxismo ha rivelato un chiaro deficit della funzione aggressiva, così come la descrive Perls, ossia quel senso dell'*ad-gredire* inteso come "l'andare verso" un oggetto di desiderio o un obiettivo.

Gli aggettivi con cui spesso sono descritti coloro che manifestano tale sintomatologia hanno a che vedere con un atteggiamento passivo di fronte alla vita: persone "*riservate, compiacenti, formali, ansiose, caute, perfezioniste afflitte da sentimenti di inferiorità, inadeguate nell'affrontare i problemi, bloccate nel manifestare apertamente irritazione o rifiuto verso ciò che le infastidisce, incapaci di esprimersi liberamente e soddisfare le proprie necessità*".

Come possiamo osservare nel paziente, Alberto presenta molte delle caratteristiche descritte sia attraverso i comportamenti ("*deve fare tutto senza sbagliare: con la moglie, con la figlia e sul lavoro*") sia attraverso la percezione di sé ("*ripete spesso di sentirsi una frana*", "*...non posso arrabbiarmi perché nonostante tutto sono stato fortunato*").

Possiamo dire che il bruxista, in modo più o meno consapevole tenta di "sbarazzarsi" della propria aggressività, ma così facendo si priva anche di una parte della propria natura, rinunciando alla possibilità

di essere pienamente "soggetto", colui che si "muove" verso l'ambiente per raggiungere obiettivi e soddisfare bisogni (*gestalt*) emergenti.

Nel bruxista il movimento c'è, anzi si tratta di un lavoro incessante, ma esso è rivolto all'indietro, contro di sé (*retroffessione*), mentre il mondo là fuori rimane intatto e quindi non utilizzabile: in questo modo la sua "fame" non può essere appagata. Questa strategia offre il "vantaggio" di fargli evitare i conflitti con l'esterno, che potrebbero derivare da un atteggiamento più aggressivo, ma il prezzo da pagare, per ottenere questa "protezione", è elevato e letteralmente usurante, come testimoniato dalla dentatura dei bruxisti di lunga data. L'auto-sabotaggio dell'individuo che retrofflette sta nel fatto che *"se è impegnato in un'impresa, egli lavora inconsapevolmente verso il suo fallimento"* (*ibidem*, pag. 260). Nel caso descritto, Alberto vive costantemente con l'ansia e paura di fallire nel far fronte ai suoi svariati impegni secondo i suoi standard elevati e questo gli provoca un forte stress. Secondo la descrizione dei caratteri personologici dell'enneagramma il paziente risulterebbe inserito nell'Enneatipo Sei, lo "Scettico Leale".

La passione di questo carattere è la paura, e la sua virtù è il coraggio. *"Che paura e dubbio siano o no consci e visibili ad un osservatore esterno, sono presenti nella vita interiore del Sei. [...] Indipendentemente dal carattere bellicoso, rigido o insicuro la motivazione centrale del Sei è l'angoscia, o meglio la fuga dall'angoscia"* (Naranjo, 2003, pag. 214).

Il nucleo del Se sarebbe quindi caratterizzato dalla autoaccusa e dal senso di colpa correlato che si ampliano nei vissuti di sfiducia verso gli altri e nell'insicurezza. La storia infantile del carattere Sei parla di punizioni e violazioni del proprio spazio personale ricevute in modo imprevedibile e incostante. Alberto descrive il padre come assente e la madre come molto apprensiva in particolar modo con lui che era il figlio più piccolo e l'unico maschio.

Tra le ipotesi di trattamento, Perls ci offre *"una tecnica semplice per cominciare a rimettere in movimento la mascella fissata"*, e riattivare l'aggressività dentale al fine di reintegrarla nella personalità (Perls et al, 1997, pag. 456): *"Se vi accorgete di tenere spesso i denti stretti, di essere in uno stato d'animo cupo invece di lavorare con facilità e interesse, fate in modo che i vostri denti superiori e quelli inferiori si tocchino appena. Non dovete tenerli né stretti né del tutto separati; concentratevi e aspettate gli sviluppi. Prima o poi forse i vostri denti cominceranno a battere come se aveste freddo. Lasciate che questo sintomo si diffonda, se lo farà, in una generale eccitazione di tremito attraverso tutti i muscoli; cercate di lasciarvi andare fino a che non tremerete o rabbrivirete dappertutto. Se ottenete successo nell'esperimento usate questa opportunità per cercare di aumentare l'ampiezza di apertura della mascella e per renderla comunque più sciolta. [...] Per rendere mobile la bocca irrigidita, spalancatela e mordete a fondo le vostre parole. Sparatele fuori come i proiettili di una mitragliatrice"*.

Questi esercizi sono particolarmente adatti per il bruxista. Egli, infatti, ha orrore all'idea di ferire qualcuno e ha paura di venire ferito a sua volta, ed è importante prestare attenzione al fatto che gli esercizi vengano

eseguiti non per far piacere al terapeuta ma con un effettivo coinvolgimento della persona. Nel bruxismo è presente una tendenza a rimuginare, che altro non è che un rimasticare situazioni incompiute, gestalt aperte che cercano una chiusura. Spesso il bruxista sperimenta senso di colpa, e si auto-tortura per non essere stato all'altezza delle aspettative proprie e degli altri. A tal riguardo, Perls ci dice: *"Ogni volta che vi sentite in colpa non avete che da scoprire con chi ce l'avete, e allora il senso di colpa svanirà, e voi farete in modo che a sentirsi in colpa sia l'altro [...] Il rancore è la situazione irrisolta per eccellenza [...]. Il rancore è l'equivalente psicologico del morso che non lascia la presa della mascella irrigidita"* (Perls, 1991, pag. 56-7). Naturalmente, accanto a queste, tante altre modalità d'intervento sono possibili, nel *setting* individuale così come in quello gruppale: lavoro con il sogno ("via regia all'integrazione"), fantasie guidate (es, la persona immagina di perdere improvvisamente il controllo, esplorando così le fantasie catastrofiche e anastrofiche), lavoro con le polarità (Top-dog/Under-dog, dottor Jekyll e mister Hyde,..) ne rappresentano solo alcune. La virtù del coraggio non appartiene ad alcuni rispetto ad altri, al contrario il coraggio è l'attitudine a sostenere la paura: l'immagine è quella del guerriero che va verso il nemico per difendere il suo territorio nonostante la paura. Nel caso dell'enneatipo Sei la virtù non è necessariamente quella di imbarcarsi in missioni eroiche bensì di entrare in contatto con la propria paura di riconoscere e realizzare i propri desideri rimossi.

**CTC - Centro di Terapia Cognitiva**  
**Scuola di formazione in Psicoterapia Cognitiva**  
**(Como)**

*Contributo a cura del dott. Gabriele Invernizzi*

In prima seduta il terapeuta accoglie il paziente e, dopo essersi presentato, indaga le motivazioni che lo hanno portato a chiedere l'aiuto del professionista. Si dispone in un atteggiamento di ascolto attivo, non giudicante; l'obiettivo di queste prime sedute è la definizione di un contratto terapeutico, aiutando il paziente a rendere esplicito e consapevole il proprio problema, senza riproporre tuttavia lo schema disfunzionale implicito nella richiesta di aiuto.

Nelle prime sedute, inoltre, viene spiegata la cornice teorica, il modello di riferimento della psicoterapia cognitiva ad orientamento costruttivista e il *setting* di intervento (frequenza e durata delle sedute, pagamenti, *homework*). In questo caso è funzionale una ripresa del sintomo (bruxismo), declinato nella vita quotidiana del paziente, per indagare frequenza, intensità, prima insorgenza, senza tuttavia restituire interpretazioni ma operando un'analisi funzionale (sintomo=espressione della rabbia?) che si configuri come strumento per un'esplorazione congiunta del mondo interno del paziente e della sua narrativa personale.

Grande attenzione nei primi colloqui deve essere dedicata alla costruzione della relazione terapeutica, intesa come attività costruita insieme, nel qui ed ora della pratica clinica, caratterizzata dall'assenza di giudizio, da una qualità *co-empatica* del terapeuta che si propone come "base sicura" per permettere un'ottimale esplorazione.

Emerge, dalla storia di vita portata nelle prime sedute, un cambiamento importante del senso di sé: da "tutto sotto controllo" a "niente sotto controllo", che sembra coincidere con la diagnosi di malattia autoimmune risalente a circa due anni fa. Il terapeuta, insieme al paziente, esplorerà gli eventi e le emozioni associate al momento di vita e i cambiamenti avvenuti successivamente a questo episodio, aiutando il paziente a focalizzarsi sui vissuti emotivi di tristezza e sul repertorio comportamentale della rabbia. Come si manifesta la rabbia? In quali situazioni di vita? Quali sono i pensieri e le emozioni che il paziente non si permette di provare o esprimere? In che modo la nascita della figlia ha influito sulla percezione di sé e del proprio ruolo di padre?

In questa prima fase di comprensione il paziente si sente capito dal terapeuta, che funge da "base sicura" e attraverso la sua comprensione arriva a capire con maggiore profondità se stesso e il proprio

funzionamento, con un incremento delle abilità metacognitive. Successivamente ci si muove nell'esplorazione dei temi di vita, degli stili di attaccamento e della propria narrativa personale.

Si ricostruiranno, insieme al paziente, il tema della responsabilità (ad esempio: il lavoro e il cambio di posizione lavorativa, la nascita dei figli e il costruirsi della famiglia), di obbligo, di dubbio, cercando insieme un senso nella specificità individuale. Verranno ripresi rapporti significativi, a partire dalle figure genitoriali (il rapporto con il padre e la madre, anche rispetto alla propria figura di padre), familiari (rapporto con le sorelle) e dai rapporti affettivi e d'amore. Raggiunta una buona capacità di distanziamento dal sintomo da parte del paziente, si pone attenzione al comportamento osservato, guardandolo senza valutazione e senza giudizio e mettendo in discussione l'automatismo.

Il paziente viene addestrato all'osservazione dei propri comportamenti in sequenza, e a ricostruirne un senso integrandoli con una dimensione emotiva. Anche l'utilizzo delle tecniche si configura come "strumento" calato all'interno della relazione terapeutica.

*Tale percorso, ricostruito a grandi linee, si declinerà con tempi e modi legati alla specificità del paziente e della relazione terapeutica, tenendo presente l'unicità dell'individuo e della diade paziente-terapeuta.*

**CTS**

## **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Strategica**

**(Arezzo)**

*Contributo a cura del dott. Vittorio Porpiglia*

La presa in carico di Alberto secondo l'approccio breve strategico prevede un processo terapeutico articolato in 4 fasi, ciascuna connotata da specifiche tecniche di problem-solving e comunicative:

Prima fase: definizione congiunta terapeuta-paziente del problema, dell'obiettivo dell'intervento e sintonizzazione con Alberto, ovvero l'avvicinamento relazionale.

Seconda fase: sblocco del sistema percettivo-reattivo patogeno attraverso la realizzazione di un'esperienza emotivo-percettiva correttiva.

Terza fase: consolidamento, ovvero di reiterazione delle esperienze emozionali correttive.

Quarta fase: chiusura della terapia, in cui sono ripercorse le principali tappe del processo terapeutico dando completa responsabilità al paziente dei cambiamenti positivi occorsi.

Nella prima fase si procede alla diagnosi operativa, caratterizzante l'approccio diagnostico-terapeutico breve strategico, attraverso gli strumenti del colloquio e dell'osservazione del comportamento verbale, paralinguistico e non verbale del paziente.

La specifica modalità di colloquio utilizzata è quella del dialogo strategico, tecnica evoluta di comunicazione suggestiva ed evocativa orientata sia alla conoscenza che al cambiamento della specifica realtà problematica percepita da Alberto. Le domande diagnostiche, saranno orientate alla comprensione di come funzionano e si mantengono nel presente i sintomi lamentati.

L'obiettivo è indagare da quanto tempo sono presenti i sintomi, se sono insorti gradualmente o repentinamente, se c'è stato un episodio o periodo che può definirsi scatenante, se erano presenti anche prima della scoperta della patologia autoimmune o se si sono manifestati successivamente.

Non possiamo, infatti, dare per scontato che lo stato di malessere sia secondario alla diagnosi medica. Inoltre la recente ricerca nell'ambito dei processi eziopatogenetici delle malattie autoimmuni vede implicati fattori psicologici e pertanto questi dovranno essere opportunamente valutati.

E' importante, inoltre, indagare con che frequenza e con quale intensità si esprimono i sintomi, se ci sono situazioni in cui non sono presenti o si esprimono con minor intensità, quando si verificano e se sono legati a circostanze particolari.

Cercheremo di ottenere una descrizione più concreta possibile di ciò che crea disagio a Alberto: cosa significa per lui essere stressato, in stato di allerta e riflettere troppo e se avverte altre manifestazioni

somatiche.

Al fine di raggiungere una conoscenza operativa del problema di Alberto è cruciale la rilevazione delle tentate soluzioni disfunzionali messe in atto da Alberto e dal sistema relazionale-familiare, in particolar modo dalla madre, descritta da sempre molto apprensiva, soprattutto con lui. È lecito supporre e valutare se la scoperta della patologia autoimmune abbia esasperato le sue preoccupazioni e in che modo le manifesti nell'interazione con il nostro paziente. Le tentate soluzioni individuali e relazionali vanno infatti a mantenere e esacerbare le problematiche lamentate e costituiranno l'iniziale focus dell'intervento terapeutico strategico.

Gli aspetti psicologici di Alberto, quali la pronta giustificazione ai pochi minuti di ritardo, il perfezionismo, la percezione di non riuscire a fare fronte come vorrebbe a tutti gli impegni, il senso del dovere spiccato verso la famiglia e il lavoro, la rigidità e il controllo nel comportamento non verbale e nell'espressione verbale delle emozioni, fanno anche ipotizzare una storia di precoce responsabilizzazione che sarà valutata.

I segni e i sintomi rilevabili sono ascrivibili a quello che la ricerca-intervento nel campo della terapia breve strategica ha definito "sistema percettivo-reattivo ossessivo", ossia una modalità ridondante di percezione e reazione, connotata dall'esasperato bisogno di gestire la realtà attraverso le tentate soluzioni del controllo.

Tale pervasivo tentativo di controllo nella maggioranza dei casi esita poi nella perdita di controllo, che può esprimersi anche attraverso manifestazione somatiche, come per esempio il bruxismo di Alberto, e che è vissuta da questi pazienti come forte fonte di sofferenza. L'intervento terapeutico pertanto avrà come obiettivo quello di rendere flessibile la struttura di percezione e reazione rigida nei confronti della realtà tipica di Alberto e si muoverà al contempo sul versante percettivo, comportamentale e cognitivo e su quello più propriamente emotivo.

Le tecniche elettive, che hanno dimostrato la loro efficacia nell'ambito della ricerca strategica sui disturbi ossessivi e fobici, saranno quelle della "violazione dell'ordine" e della "peggiore fantasia", oltre a specifiche tecniche per favorire l'espressione e la gestione delle emozioni, come "il diario delle emozioni e della rabbia".

Attraverso la "violazione dell'ordine" Alberto dovrà mettere in atto ogni giorno una volontaria variazione rispetto allo schema rigido della propria giornata, prestabilito dalla imposizione al controllo del suo sistema percettivo-reattivo ossessivo. Con tale indicazione si innesca un processo di cambiamento che da graduale diviene via via sempre più rapido, fino alla "violazione totale", ossia all'acquisizione di fiducia nella capacità di adattamento flessibile alle situazioni.

Alberto dovrà giungere a esperire che "la condizione di maggior controllo funzionale della realtà è propria di coloro che sanno perderlo per poi recuperarlo. La tecnica della peggiore fantasia, specifica per il superamento della paura invalidante, prevede invece un addestramento che consta di tre fasi.

Nella prima fase si chiederà ad Alberto di calarsi ogni giorno volontariamente per 30 minuti nelle sue peggiori fantasie e preoccupazioni ansiogene. Questo allo scopo di fargli sperimentare che la paura risponde al principio paradossale per cui il tentativo di esasperarla promuove il suo annullamento. Solo dopo tale prima esperienza emozionale correttiva sarà possibile passare alla seconda fase in cui è chiesto di consolidare a livello percettivo, emotivo e cognitivo questo apprendimento attraverso il tentativo di esasperare la paura per 5 minuti al giorno, ogni 3 ore a partire dalle 9 del mattino fino alle 21.

Infine, Alberto sarà in grado di fronteggiare le situazioni fobiche utilizzando la tecnica in anticipo, cioè prima di esporsi a esse, o al bisogno, ovvero nel momento in cui dovesse esperire la paura riuscirà a esasperarla per ridurla, mettendo in atto quello che nel linguaggio degli stratagemmi si definisce "spegnere il fuoco aggiungendo più legna". Per concludere, mediante le tecniche come "il diario delle emozioni" sarà favorita, attraverso la scrittura, l'espressione e l'elaborazione emotiva, in modo tale che Alberto impari a gestirli anziché esserne vittima. Inoltre appare importante guidarlo a esprimere le emozioni sia positive che negative anche nei confronti delle persone più vicine a lui, come la moglie e la madre. Questo allo scopo sia di interrompere la repressione emozionale, sia di cambiare il suo copione relazionale/familiare.

**EIST**

**European Institute of Systemic-relational Therapies**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Stella Chiara Guarnieri*

“Chi, Alberto, si è accorto per primo del suo bruxismo? Lei, sua moglie, o è stato il dentista? E chi è a conoscenza del fatto che lei ha deciso di rivolgersi ad uno psicoterapeuta, seguendo il suggerimento del suo dentista?”. Se a condurre il primo colloquio con Alberto fosse stato un terapeuta della nostra scuola avrebbe sicuramente posto queste domande, utili per decidere chi coinvolgere nella consultazione, che precede un'eventuale terapia, e per formulare una prima ipotesi sul problema.

Immaginiamo che Alberto risponda così: “Sono io ad essermi accorto del mio bruxismo: mi è capitato per ben tre notti consecutive di svegliarmi mentre digrignavo i denti... E non ho voluto di certo allarmare mia moglie. È l'ultima persona a cui vorrei parlarne! Non voglio pesare ulteriormente su di lei, mi sembra di averla già sottoposta anche a troppi stress con la mia malattia e il cambiamento di lavoro. Mi sentirei davvero una frana!”. Lo psicoterapeuta potrebbe allora chiedere: “Anche a sua madre non ha detto niente?”, “No, a lei qualcosa ho detto... Non volevo dirle niente perché è molto apprensiva, ma poi non ce l'ho fatta...”. Farebbe una bella differenza se, invece, Alberto dicesse al terapeuta che è stata sua moglie Silvia ad essersi accorta del bruxismo e ad averlo incoraggiato a chiamare per un colloquio, come il dentista gli aveva suggerito, aggiungendo “In questi due anni mi sto appoggiando molto a mia moglie, senza di lei non so come me la sarei cavata!”.

È evidente che queste due risposte ci suggeriscono una proposta di convocazione molto diversa. Nel primo caso proseguiamo la consultazione con Alberto, con la possibilità, eventualmente, di convocare Silvia in un secondo momento. Nel secondo chiederemmo ad Alberto se sua moglie sarebbe disponibile a partecipare alla consultazione. È possibile infatti che Alberto si senta sollevato all'idea di affrontare una situazione nuova, almeno inizialmente, con Silvia al suo fianco.

Obiettivo principale della consultazione iniziale è *trasformare un comportamento enigmatico* - come il bruxismo - *in un problema relazionale e formulare una strategia per risolverlo*.

La consultazione iniziale, la cui durata varia da due a quattro incontri, viene, previo consenso di Alberto, videoregistrata e condotta all'interno di una stanza dotata di uno specchio unidirezionale, alle spalle del quale ci possono essere dei colleghi con cui il terapeuta lavora in équipe. Le informazioni, raccolte nella fase di consultazione, vengono organizzate attraverso l'utilizzo di tre strumenti: la scheda familiare, il genogramma e la tabella cronologica. Quest'ultimo strumento, in particolare, permette di tradurre

graficamente la visione trigerazionale e il ciclo vitale della famiglia (Viaro, 2006). Nella consultazione possono essere utilizzati dei test, quando se ne ravvede l'esigenza, o quando partecipano i bambini, i quali hanno una diversa competenza nel conversare (Gandolfi & Martinelli, 2008; 2009) rispetto ai membri adolescenti o adulti della famiglia. Lo scopo è *formulare una diagnosi per il cambiamento*, ben diversa da una diagnosi nosografica, che ci consente di *impostare una strategia tesa a cambiare la situazione che ha generato il problema*, in questo caso il bruxismo. Un primo passo in questa direzione è la formulazione di una o più ipotesi diagnostiche che: attribuiscono un significato relazionale al bruxismo; lo inseriscano in una trama relazionale almeno triadica, e nel momento del ciclo di vita che il paziente sta attraversando; diano ragione del perché proprio ora si manifesta il bruxismo; facciano emergere le risorse oltre che i vincoli di cui il paziente e il suo contesto dispongono.

Ecco un esempio di una possibile ipotesi: il sintomo del bruxismo sembra emergere in un momento del ciclo di vita in cui il compito evolutivo fondamentale di Alberto - costruire il suo nucleo familiare -, sta passando da un coinvolgimento di coppia alla costruzione di una famiglia con i figli ed è ostacolato dall'emergere di una malattia autoimmune (non sappiamo che ripercussioni specifiche tale malattia ha avuto nella vita di Alberto, "Perché ha avuto la necessità di cambiare lavoro?", "Che malattia è?", "Ci sarà un peggioramento notevole nei prossimi anni?") che, come lui stesso afferma, lo costringe a cambiare stile di vita, "relegandolo in un ufficio" e minacciando la sua autostima e le sue sicurezze (teme di essere diventato una frana). In questo contesto la nascita di Linda e il trasloco, che sono gli eventi temporalmente più vicini all'emergere del bruxismo, possono diventare problematici.

Cosa significa per Alberto allontanarsi dalla madre e dalla sorella Roberta in un momento in cui la scoperta della malattia, il cambiamento di lavoro, la presenza di una bambina piccola che assorbe le attenzioni di sua moglie, possono generargli insicurezze e desideri di assicurazione? E la nuova famiglia a chi si avvicina? Alla famiglia della moglie?. Se così fosse, potremmo ipotizzare che Alberto abbia accettato un trasloco che minaccia le sue sicurezze. Per di più, se la nuova sistemazione abitativa fosse vicina alla famiglia della moglie, Alberto potrebbe temere che Silvia venga emotivamente risucchiata dalla sua famiglia di origine, con una conseguente riduzione di attenzioni a lui e al loro progetto familiare. Di questi timori potrebbe non aver fatto cenno alla moglie: convinto di averla frustrata con la sua malattia sente di non poter contrastarne i progetti. Il bruxismo potrebbe alludere a della rabbia repressa, quello che sicuramente è evidente è che Alberto è in uno stato di molta tensione e molto controllo.

Questa ipotesi potrebbe rivelarsi nel corso della consultazione sbagliata o poco plausibile. Ma proprio le informazioni che la invalidano permettono di costruirne altre (Ugazio, 1984). Alla fine della consultazione, quando disporremo di una diagnosi della situazione relazionale e della posizione del paziente entro tale situazione, frutto delle varie ipotesi via via esplorate, formuleremo un *reframing*, capace di restituire al paziente una nuova visione del problema, e un'indicazione terapeutica coerente con il progetto terapeutico suggerito dalla diagnosi. Nel caso di Alberto è probabile che basti proseguire la

consultazione per un ciclo di pochi incontri per risolvere il problema. Sono davvero tante le risorse che emergono dalle informazioni di cui disponiamo. La scoperta di essere affetto da una malattia autoimmune per la quale ha dovuto cambiare lavoro, non ha indotto né Alberto, né la moglie a rinunciare o a posticipare il progetto di avere figli: da un anno è nata Linda. Lo stesso sintomo del bruxismo, se lo inseriamo nei significati che intessono il colloquio, allude a non poche risorse: Alberto nasconde la tensione per salvare la relazione con le persone per lui importanti, non attacca chi gli sta vicino, "stringe i denti", li fa anche stridere durante la notte ma cerca di farcela da solo e di preservare le relazioni a cui tiene. La capacità di superare gli eventi negativi sembra caratterizzare la sua famiglia di origine. Sebbene il nucleo sia stato colpito da eventi negativi come alla morte improvvisa e prematura del padre e sebbene la madre venga descritta come "apprensiva", i tre figli, da quel che sappiamo, sono tutti usciti di casa. Naturalmente queste risorse sono congetturali fin tanto che la consultazione ne verifica l'esistenza. È invece certo che la diagnosi a cui approderemo e in base alla quale formuleremo il progetto terapeutico, non solo individuerà le risorse assieme ai vincoli, ma cercherà anche nei vincoli le risorse. Trasformare i vincoli in risorse è una caratteristica del nostro modello e comincia già dalla diagnosi (Ugazio, 2007; 2012).

**Fondazione Cecchini Pace**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Transculturale**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Mariacristina Rinaldi*

Ad una prima impressione il paziente appare avere una scarsa autostima, una struttura un po'rigida che apre il fianco a manifestazioni di tipo ansioso, e un rapporto molto stretto con la madre. Uno dei primi passi da fare sarà compilare con lui il genogramma familiare (Rosembaum, 1997) dove indicare, per tutta la parentela fino almeno al 4 grado, nomi, date di vita e di morte, cause di morte, malattie importanti, eventuali disturbi psichici, religione, lavoro, eventuali percorsi migratori. Questo ci permetterà di comprendere la struttura della famiglia, i significati ed i valori culturali più importanti che vi sono rappresentati, eventuali culture patologiche, e il relativo posto del paziente all'interno di questa rete di senso. A partire da questo primo step potremo indagare la genealogia maschile: in che relazione sono il paziente ed il padre, quali eredità egli ha avuto da lui e dalle altre figure maschili presenti nella famiglia, sia paterna sia materna, se esiste un Epos di genere riconosciuti all'interno della famiglia (Tullio Altan, 1995). In particolare in quest'ottica sarà utile indagare il significato dei sogni e gli artefatti (Inghilleri, 2009) che in essi emergono. Anche il significato della malattia del padre, il cancro al cervello, per come è stato percepito dalla famiglia sarà un elemento da prendere in considerazione, e bisognerà aiutare il paziente ad attribuire un senso culturalmente coerente al proprio disturbo autoimmune, con particolare attenzione al momento della vita in cui si è manifestato, e alla relazione di significato tra la malattia e i cambiamenti dei propri progetti di vita. Anche il bruxismo, sintomo che fa emergere il suo bisogno di terapia, sarà da collocare in una rete di significazione più complessa rispetto ai comportamenti quotidiani ed ai progetti di vita. Si potrà poi procedere con la relazione con la madre e le sorelle, e un approfondimento della tematica delle aspettative che il paziente ha verso se stesso e che i familiari hanno avuto o hanno nei suoi confronti. Cosa significa per lui "stringere i denti"? Cosa avere grinta? Si potrà infine affrontare la sua storia affettiva e matrimoniale con Silvia, e la sua esperienza di lavoro e far emergere quale dei tre assi assorbe maggiori criticità, se quello del biolignaggio (dove emergeranno le funzioni di genere e i ruoli di Alberto nei confronti dei maschi e delle femmine della sua famiglia), quello della società (dove emergeranno le funzioni del lavoro e della famiglia per la collocazione e significazione sociale del paziente), o quello spirituale (dove emergeranno i valori che danno un senso al suo stare al mondo).

In termini più pratici sarà importante occuparsi fin da subito della sintomatologia ansiosa di Alberto, facendo con lui una valutazione condivisa dei sintomi e della loro eziogenesi e prescrivendo dei semplici comportamenti utili per depotenziare i sintomi e per aumentare la sensazione di autocontrollo del paziente sul proprio corpo. Sarà utile anche indagare le capacità del paziente di provare esperienze psicologiche positive, e lavorare per incentivarle attraverso l'analisi delle caratteristiche della vita quotidiana di Alberto (Riva, Rainisio, Boffi, 2014). Attraverso l'approfondimento dell'esperienza quotidiana inoltre sarà possibile far emergere gli artefatti culturali con i quali il paziente più spesso si relaziona. Migliorare il rapporto con essi ci permetterà di aumentare le competenze culturali e personali di Alberto nell'affrontare i problemi della vita quotidiana, aumentando la sua consapevolezza, il suo controllo, e diminuendone quindi rigidità e problematiche ansiose.

## **ISTUTUTO DI GESTALT HCC ITALY**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Monica Pincioli  
e della dott.ssa Elisa Spini*

Il terapeuta della Gestalt accoglie il paziente, prestando particolare attenzione alla propria esperienza corporea nella relazione con lui, con un atteggiamento estetico (conoscenza relazionale estetica, basata sul sentire sensoriale) e fenomenologico (accetta la descrizione dell'esperienza del paziente per come è, stando in una profondità che si coglie dalla superficie): Alberto appare al terapeuta "rigido, controllato, decisamente tenuto" con un tono dell'eloquio contenuto anche nel racconto di episodi carichi emotivamente.

Nel suo racconto ci colpiscono altri elementi, che integrati con l'esperienza corporea, ci orientano nell'incontro con lui. Emerge con forza una richiesta di aiuto per superare un sintomo fisico, il bruxismo, che gli genera costante fastidio e tensione da diverso tempo e che rappresenta il motivo della richiesta di consultazione. Il bruxismo (che consiste nel digrignamento dei denti facendoli stridere, dovuto alla contrazione della muscolatura masticatoria, soprattutto durante il sonno) è un disturbo somatico abbastanza diffuso e molto fastidioso che, soprattutto a lungo termine, può produrre alterazioni importanti della dentazione, ma anche dolorabilità dell'articolazione temporo-mandibolare e cefalee.

Veniamo a sapere che è una persona molto impegnata e stressata, che riflette molto, che si sente in un costante stato di allerta e di paura di non riuscire a fare fronte a tutti i suoi impegni e per questo si sente "una frana". Ci colpisce che la sua vita negli ultimi due anni abbia subito grandi cambiamenti (malattia autoimmune, nascita della figlia, cambiamento lavorativo), che possono essere anche difficili da gestire, ma lui riferisce di non potersi arrabbiare perché comunque, nonostante tutto, sente di essere stato fortunato.

La narrazione del rapporto con la famiglia di origine è un elemento chiave per comprendere lo sfondo relazionale nel quale Alberto è vissuto: l'ultimo di tre figli, unico maschio, in una famiglia in cui il padre, morto nel 2003 per malattia, è descritto come molto assente e la madre come molto apprensiva, soprattutto con lui.

È proprio a partire da ciò che sente e da ciò che lo colpisce nell'incontro con Alberto che il terapeuta si orienterà nel suo lavoro. Il terapeuta della Gestalt non cede alla trappola della categorizzazione della realtà né cerca di stabilire ciò che dovrebbe o non dovrebbe essere, non interpreta, semplicemente sta con quello che c'è al "confine di contatto".

Nella seduta il terapeuta potrebbe avvertire questo essere controllato e trattenuto di Alberto anche nella relazione con lui: a partire dal proprio sentire il terapeuta starà attento a osservare la relazione, come Alberto può fidarsi e affidarsi al terapeuta, se non lo può sentire abbastanza "forte" per sostenerlo e per contenerlo o se invece non può affidarsi e sembra come che deve prendersene cura, come potrebbe essere sua abitudine fare nelle relazioni.

Sarà attento a se all'emergere di alcune emozioni, come la rabbia e la paura, il paziente può fidarsi a portarle nella relazione oppure trattiene l'energia di questo sentire, mettendo in atto una modalità di contatto che, in termini gestaltici, viene definita retroflessiva. Questa modalità di contatto è frequente nelle esperienze narcisistiche, in cui la persona è come se non conoscesse il vero Sé; per questo motivo la persona non può esprimersi con spontaneità e non può integrare le parti di Sé, quelle più accettate dall'ambiente e quelle invece non gradite. Probabilmente un paziente con un'esperienza di questo tipo ha vissuto relazioni in cui gli è stato chiesto di aderire a un Sé Ideale, adeguato e proposto dagli altri, senza la possibilità di essere riconosciuto per quello che è e non per quello che fa.

Di fronte al vissuto di Alberto il terapeuta si pone in una posizione di ascolto empatico<sup>3</sup> e assente da giudizio; guidato dal suo sentire il terapeuta sarà lì con lui e per lui, nel *qui e ora*. Possiamo ipotizzare che Alberto possa fare fatica ad affidarsi al terapeuta, a far sì che il terapeuta possa prendersi cura di lui, perché è lui a essere abituato a prendersi cura degli altri. In questo senso il lavoro terapeutico deve essere orientato al favorire un'esperienza del NOI senza ansia, per dirlo in termini gestaltici favorire un'esperienza di confluenza sana superando la fobia del legame. Sarà cura del terapeuta co-costruire con il paziente il *ground* sicuro e solido su cui potrà poggiare l'esperienza della sua spontaneità e la ricerca del Sé reale, con particolare cura e attenzione a sostenere le emozioni di vergogna e di umiliazione che potrebbe sentire nel contatto spontaneo con il terapeuta.

---

3 In Psicoterapia della Gestalt per empatia si intende la capacità incarnata di sentire le emozioni intenzionate dell'altro; si differenzia dalla capacità empatica rogersiana che viaggia sul canale verbale e mentalizzato.

Lo scopo della terapia gestaltica non è solo eliminare i sintomi portati dai pazienti, perché ogni sintomo rappresenta un "adattamento creativo" dell'individuo al suo ambiente: nella storia di Alberto la sua sofferenza e i suoi sintomi hanno un valore e un senso, unici all'interno della propria esperienza di vita. "Il terapeuta sta nel qui-ed-ora, sostenendo il now-for-next, l'energia di contatto che dimora dietro ogni sofferenza." (M. Spagnuolo Lobb).

## IACP

### Istituto per l'Approccio Fondato sulla Persona

(Milano)

*Contributo a cura della dott.ssa Giovanna Liberali<sup>4</sup>*

Riceviamo Alberto nel nostro studio privato in un **setting** vis a vis senza la presenza di un tavolo che divida il terapeuta dal cliente.

Alberto viene denominato "cliente" e non "paziente" perché coerentemente con la visione della natura umana che caratterizza il nostro approccio, l'accento viene posto sulle risorse, sulla salute e sul potere della persona di essere responsabile della sua motivazione alla cura. Come terapeuti centrati sul cliente mettiamo in atto una serie di attenzioni e modalità che stanno alla base di ogni incontro clinico.

1. Attivare ascolto attivo per facilitare la raccolta dei dati. Accanto alla raccolta dei dati anamnestici è importante che come terapeuti prestiamo attenzione non solo ai contenuti espliciti espressi dal cliente ma che anche possiamo cogliere attraverso la sua narrativa il suo modo di funzionare. Ciò consente di ipotizzare una "mappa di funzionamento" del cliente che abbiamo di fronte - di formulare una Diagnosi Funzionale -, ovvero di cogliere quale visione ha il cliente di Sé, degli Altri e di Sé in relazione con gli Altri, la qualità del contatto con le proprie emozioni e i propri bisogni, il suo modo di costruire e decodificare l'esperienza.
2. Attenzione alla costruzione della relazione attraverso la creazione di un clima facilitante caratterizzato dalle tre condizioni necessarie e sufficienti: considerazione positiva incondizionata (atteggiamento non giudicante), empatia (comprensione e rimandi empatici), congruenza (autenticità del terapeuta). Se il Cliente si sente compreso e accolto nel suo mondo, diminuirà in lui il senso di minaccia interna e di difesa, e ciò faciliterà la condivisione; il Terapeuta avrà quindi la possibilità di raccogliere sempre più informazioni, facilitato dal contatto empatico, ed imparare a muoversi nel suo schema di riferimento interno (SRI) senza perdere la qualità del "come se".
3. Il Terapeuta attraverso la modalità esplicita (verbale) ed implicita (meta messaggi) co-costruisce con il Cliente una realtà relazionale che faciliterà - nel Cliente - l'assunzione del potere personale. Il Terapeuta non usa l'interpretazione né etichette diagnostiche, ma costruisce via via i significati emergenti assieme al cliente, ritenuto il miglior esperto di se stesso, e al quale sempre è rimandata la responsabilità delle sue scelte. Grazie alla facilitazione del terapeuta il cliente sarà in grado di

---

4 All'elaborazione del caso han partecipato tutti gli alunni del quarto anno durante un'esercitazione in aula.

costruire in modo autonomo la propria esperienza ri-significandola. Nel corso della terapia ciò determinerà l'attivazione di un processo di *empowerment*, che nel nostro approccio non ha il significato di dare potere al cliente ma quello di non toglierglielo mai.

4. Per gli stessi motivi di cui sopra la raccolta dei dati derivanti dalla narrativa verranno riportati al Cliente con lo scopo di osservare quali siano le effettive richieste che lo stesso sta portando nell'incontro con il professionista, per poter avere sufficienti elementi che aiutino ad una analisi della domanda.
5. Nel caso che, oltre alle tre condizioni necessarie e sufficienti riguardanti il Terapeuta (considerazione positiva incondizionata, empatia, congruenza), siano soddisfatte anche le tre condizioni relative al cliente, ovvero che il cliente avverta il proprio disagio (è consapevole del proprio stato di incongruenza), che ci sia la motivazione al cambiamento (la persona manifesta l'intenzione a mettersi in discussione, a voler portare avanti una maggiore conoscenza di se stesso) e che sia capace di contatto psicologico (ovvero di entrare in relazione emotiva con gli altri e con il Terapeuta), allora si può immaginare di proporre una psicoterapia, se la si ritiene intervento d'elezione (questo passaggio può richiedere un lavoro sulla motivazione che può durare anche 2 o 3 sedute).
6. Usando parole e concetti facilmente comprensibili ed in linea con il livello culturale del Cliente lo si aiuta a comprendere cosa sia un percorso di psicoterapia.
7. Si passa alla descrizione del setting ed alla costruzione del contratto terapeutico, nonché agli adempimenti previsti dal Codice Deontologico (Consenso Informato).

Rispetto ad Alberto per realizzare un'accurata **analisi della domanda** (comprensiva di uno o più colloqui) rileviamo i seguenti aspetti:

- Presenta uno stato di incongruenza che esprime attraverso l'espressività dei vissuti ansiosi: sentirsi molto stressato in questo periodo, riflettere troppo, sentirsi costantemente in uno stato di allerta e avere paura di non essere in grado di far fronte a tutti i suoi impegni come vorrebbe. Manifesta un sintomo ansioso (bruxismo) che gli consente di veicolare sul corpo i disagi;
- I disagi appaiono in parte collegati agli eventi di vita (malattia organica) e cambio di lavoro. In effetti anche se non consapevolizzati sono presenti significativi vissuti di frustrazione "*...prima, quando facevo l'agente di commercio, ero sempre in giro e a contatto con la gente ... ora invece sono relegato in un ufficio come contabile*"; e disistima (sentirsi una "frana");
- Lo schema di riferimento interno di Alberto tende ad aumentare lo stato di incongruenza e quindi i disagi: rigido e controllato, precisino. Vorrebbe riuscire a fermarsi per un po', invece deve fare tutto senza sbagliare: con la moglie, con la figlia e sul lavoro;

- Dai dati a disposizione Alberto appare incastrato da modalità rigide di rapportarsi all'esperienza ed alla decodifica dei suoi significati attraverso costrutti quali ad esempio "*non posso arrabbiarmi perché comunque, nonostante tutto, sono stato fortunato*";
- L'incongruenza - cioè l'incapacità di essere a contatto con il suo mondo interiore - lo porta a discordanze emotive che aumentano lo stato di disagio "*comunque sono stato molto fortunato, ho un lavoro con uno stipendio fisso e sarei un ingrato a lamentarmi...*" ed essere "*grato*" perché gli poteva andare molto peggio;
- Da quanto emerso si può ipotizzare un'esperienza di accudimento ansioso-insicuro (la madre è descritta come molto apprensiva con lui) ma non ci sono sufficienti elementi per comprendere le dinamiche relazionali con le figure di riferimento genitoriali che potranno essere raccolti in colloqui successivi.

In conclusione all'analisi della domanda viene effettuata una **restituzione** al cliente dando rilievo ai passaggi significativi emersi. Sarà importante chiedere ad Alberto come si è sentito nel vivere l'esperienza relazionale con il terapeuta, se si è sentito riconosciuto attraverso i suoi rimandi, indaghiamo le aspettative e sottolineiamo che il "nostro lavoro" non sarà focalizzato esclusivamente sul sintomo ma sarà un lavoro più ampio in cui il sintomo è uno dei segnali di disagio. Si esplicherà al cliente quale secondo noi è il trattamento di elezione. In questo caso si propone un percorso di psicoterapia individuale.

Si forniranno tutte le informazioni relative al procedimento terapeutico e al contratto in modo tale che il cliente possa compiere una scelta consapevole.

**IAI**  
**Istituto di Analisi Immaginativa**  
**(Cremona)**

*Contributo a cura della dott.ssa Patrizia De Nunzio*

Alberto sembra essere un paziente nevrotico, che presenta un elemento di somatizzazione e tratti ossessivi.

Da come Alberto descrive i suoi genitori, gli è mancato l'appoggio paterno ("molto assente") e anche la madre rappresenta per lui un elemento di insicurezza, in quanto non è stata una madre contenitiva, ma una madre preoccupata dalle proprie apprensioni che finisce per proiettare le proprie ansie nel "più piccolo figlio maschio". I genitori "interni" pare non abbiano fornito sufficiente sicurezza in sé ad Alberto il quale risponde a questo modello genitoriale insicuro introiettato sviluppando tratti ossessivi, che si manifestano con il desiderio di controllo (controlla le sue incertezze e la rabbia) e il desiderio di perfezione ("il dover fare tutto senza sbagliare").

Questo conflitto interiore, tra necessità di controllo e insicurezza di base, ha generato in Alberto una risposta nevrotica. Infatti Alberto tenta di inibire la pulsione aggressiva nei confronti dei "genitori interni", la quale procura senso di colpa.

La morte del padre, sopraggiunta nel 2003, va ad inserirsi in un quadro di conflittualità già avviato e ad esacerbarlo. Questa risposta nevrotica viene somatizzata in varie manifestazioni corporee disfunzionali.

Alberto sembra essere un uomo che prende la vita con il "coltello tra i denti". Il sintomo del bruxismo evidenzia l'inibizione della rabbia, e per di più, il dover essere riconoscente per quello che ha ricevuto, sottolineato più volte da Alberto nel corso del colloquio con il fatto di "dover essere grato e di non potersi arrabbiare, né lamentare". Il significato simbolico di digrignare i denti, infatti, sta ad indicare la collera e l'accanita determinazione a superare gli ostacoli, che gli procura notevole dispendio energetico. Il fatto di "considerarsi fortunato", di esprimersi con toni contenuti, nonostante le situazioni raccontate siano molto cariche emotivamente, e di possedere una presenza fisica rigida e controllata si possono leggere come meccanismi difensivi di negazione del conflitto e di isolamento dell'affetto.

La malattia autoimmune (simbolicamente espressione psicosomatica di un conflitto generato dal senso di colpa) da cui ha scoperto di essere affetto negli ultimi due anni, nonostante non sia grave, è andata ad aggravare la sua situazione di stress e di stato di allerta. Infatti, gli accadimenti negativi o traumatici nel corso della vita di una persona, come per Alberto può essere stata la morte del padre o l'esordio della

malattia autoimmune, possono andare ad inserirsi in un preciso quadro strutturale pregresso per ognuno andando a smuovere reazioni difensive o sintomatiche specifiche, a seconda della struttura di personalità di appartenenza. La malattia ha generato in Alberto, prima incredulità e poi aggressività, subito negata con razionalizzazione ("devo essere grato, perché poteva andare molto peggio").

Le fasi di elaborazione del lutto sono cinque (1 rifiuto; 2 rabbia; 3 patteggiamento con la vita; 4 depressione; 5 accettazione) ed Alberto sembra essere nella seconda fase. Su questo terreno si sono andati ad amplificare gli aspetti conflittuali e l'ambivalenza nei confronti delle figure genitoriali interne, infatti lo stato di distress, di allerta e la paura di non essere in grado ("mi sento una frana") rappresentano in modo sintomatico il timore di Alberto di cedere alla collera e al dolore.

In generale, le persone che si ammalano di malattie autoimmuni sono particolarmente rigide verso se stesse e verso gli altri; questo comportamento contrasta con un sentimento di debolezza interiore che le porta a rinchiudersi sempre di più, indirizzando l'aggressività verso se stessi. Il nostro approccio, essendo ad orientamento psicoanalitico, implica anche una valutazione delle capacità introspettive del paziente e nel caso specifico di Alberto si evince dalla capacità di esprimere il proprio malessere e ciò che vorrebbe ("fermarmi per un po'"), dalla capacità di portare attenzione ai sogni ("ultimamente sogno spesso mio padre" dice), dalla tolleranza alla frustrazione, dall'intatto esame di realtà, dalla presenza di relazioni oggettuali significative, dal buon controllo degli impulsi e dalla capacità di mantenere un lavoro.

#### Proposta di terapia

Nel caso di Alberto prospettiamo un nostro intervento di Analisi Immaginativa con una seduta a settimana, in cui, attraverso l'Ascolto del Corpo ed il lavoro sull'Immaginario, Alberto potrebbe condividere la fatica di vivere i suoi conflitti e la malattia che incide sulla sua vita. Essendo Alberto così rigido, stressato e inibito, l'Analisi Immaginativa consentirebbe di creare nel sé lo spazio e la disponibilità per sentire il fluire degli affetti e le fantasie relative ad essi, favorendo lo spontaneo accostarsi ai modi di espressione della sua mente più scarsamente differenziati. Questo è l'approccio specifico della nostra Scuola, che affonda le radici nel pensiero teorico che attribuisce una fondamentale importanza alle fasi più arcaiche della vita, fasi in cui la mente nasce lentamente dal corpo e lentamente se ne differenzia, fasi in cui opera soprattutto la fantasia inconscia. La patologia della mente originata da vissuti molto precoci, che hanno nella memoria del corpo la loro espressione primaria e che si impongono prepotentemente da adulti, procurando disagi psicologici e somatizzazioni disturbanti.

Lo stesso schema corporeo si costruisce sulla base dei vissuti cinestesici e sensoriali, improntati in larga parte alla qualità della relazione madre-bambino. Per questi motivi il caso di Alberto potrebbe trarre beneficio da questo tipo di trattamento; un percorso terapeutico che consenta al paziente di passare gradualmente dal CORPO PERCEPITO al CORPO IMMAGINE, con il graduale inserimento nell'"lo

corporeo immaginario"; dalla dimensione immaginativa al "Corpo-Affetti" ed alle rappresentazioni psichiche che causano la sua sofferenza.

L'obiettivo della terapia è quello di portare il paziente alla fase adulta della vita in modo da ristrutturare i vissuti emotivi che più hanno inciso, nel passato, sulla sua vita relazionale ed affettiva. In questo modo sarà in grado di elaborare e completare le fasi dei lutti subiti e vivere in modo consapevole la realtà del proprio quotidiano.

**Scuola di Psicoterapia Costruttivista dell'Institute of Constructivist Psychology (Padova)**

*Contributo a cura della dott.ssa Marina Abbruzzese*

*e del dott. Francesco Tesser*

All'interno di una concezione epistemologica costruttivista la realtà non esiste a prescindere dall'osservatore, in altri termini non abbiamo accesso al mondo se non attraverso le nostre costruzioni di esso. Partendo da questo assunto il terapeuta costruttivista non sarà impegnato, nella relazione con il proprio paziente, a formulare ipotesi che abbiano carattere di verità, ma piuttosto sarà interessato a verificare che le proprie ipotesi possano avere un senso nel sistema di significati del paziente.

Partendo da questo presupposto provo a ricostruire l'esperienza di Alberto con gli elementi che ho a disposizione tentando di narrare una storia la cui plausibilità andrei a verificare nella relazione terapeutica con Alberto.

L'incontro e la comprensione del paziente

Mi muovo nella comprensione di A. guidata da due domande: "Verso cosa si sta muovendo il paziente, che cosa sta scegliendo?", viceversa "Che cosa non può permettersi di fare se vuole continuare a considerarsi la persona che è?". Parto da ciò che il paziente presenta considerandolo significativo per lui. Alberto arriva in terapia per un problema di bruxismo di cui però sembra non fare cenno nel colloquio con il terapeuta, piuttosto fa risalire il proprio disagio ad un cambiamento avvenuto circa due anni prima in relazione allo sviluppo di una patologia autoimmune che lo ha costretto a cambiare le proprie abitudini e il ruolo lavorativo. Possiamo ipotizzare che tale cambiamento abbia rappresentato per A. un'invalidazione nel proprio sistema di costrutti, in altri termini che il modo di costruirsi di A. e di vedersi in relazione agli altri non sia più così facilmente sostenibile alla luce di questo cambiamento. In una relazione terapeutica con A. cercherei di comprendere che cosa gli permetteva il ruolo di agente di commercio e che non è più possibile come contabile. La presenza di sintomi fisici può farci pensare ad un cambiamento che coinvolge gli aspetti più nucleari dell'identità di Alberto. Inoltre A. sottolinea in maniera esplicita quanto non gli sia possibile lamentarsi o arrabbiarsi. In un colloquio con lui sarei interessata a quali possano essere le implicazioni ai suoi occhi di un suo arrabbiarsi o lamentarsi e a che cosa si aspetta potrebbe accadere all'interno delle sue relazioni se dovesse sentirsi "ingrato". Altri elementi, come la rigidità e il controllo, ci possono far pensare ad un processo agito da Alberto nel tentativo di eliminare elementi che potrebbero far vacillare la propria idea di sé.

Il disturbo come blocco e la terapia come spazio di sperimentazione

La teoria dei Costrutti personali di Kelly vede il disturbo come un arresto del movimento, un blocco dell'esperienza, la sofferenza delle persone non ha a che fare con l'utilizzo di comportamenti disadattivi o con idee sbagliate, ma con costruzioni del mondo che non trovano più una loro percorribilità. La persona continua ad utilizzare costruzioni che non permettono più possibilità elaborative. Nel tentativo di comprendere A. mi chiedo pertanto dove si sia arrestata la sua possibilità di fare esperienza.

Rispetto alla storia personale di A. sappiamo che è cresciuto con un padre assente ed una madre apprensiva. È possibile ipotizzare che l'esperienza precoce di A. sia stata quella di cercare di rassicurare la madre limitando la propria esplorazione. Questo tipo di esperienza può aver favorito una costruzione delle relazioni personali come vincolo e del proprio movimento come fonte di sofferenza per gli altri. A questo può accompagnarsi un'idea di sé come persona sbagliata, inadeguata, o, nei termini di Alberto, "una frana". In questo sistema di significati la possibilità di esprimere un disappunto, di lamentarsi o di chiedere qualcosa per sé rappresenta un rischio per la relazione stessa e si accompagna alla sensazione di "essere ingrato". Possiamo ipotizzare che la scelta di A. sia stata, nel tempo, quella di non coinvolgersi in relazioni sentimentali troppo intime fino al matrimonio con Silvia e al concepimento della figlia, periodo in cui sviluppa la patologia autoimmune. Il ruolo di agente di commercio può avergli permesso, fino a questo punto, di avere relazioni con persone con cui potersi sentire efficiente e utile limitando, al tempo stesso, la possibilità di avere relazioni intime, e di sentirsi vincolato dall'aspettativa dell'altro.

A. presenta il proprio disturbo raccontando di sentirsi molto stressato, di sentirsi costantemente in uno stato di allerta e di avere paura di non essere in grado di far fronte a tutti i suoi impegni come vorrebbe.

Sulla base di quanto fin qui detto possiamo ipotizzare che A. sia impegnato a mantenere un'idea di sé come di una persona affidabile, efficiente, che non sbaglia e il tentativo che mette in atto va nella direzione di limitare ogni margine di errore sentendo sempre di più che qualcosa sfugge il suo controllo e proponendo, così, una sorta di circolo vizioso. Partendo da questa costruzione diventa importante permettere ad A. di fare un'esperienza alternativa tanto al sentirsi vincolato, quanto al viverci come persona sbagliata che ferisce gli altri. All'interno dello spazio della terapia potrebbe essere utile per A. sentire un interesse, da parte del terapeuta, per il suo modo di costruire la propria esperienza, in quanto suo modo. Potrebbe allo stesso modo aiutare A. favorire una comprensione degli altri non rivolta alle loro aspettative ma al loro modo di costruire gli eventi.

**IDIPSI**  
**Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata**  
**(Parma)**

*Contributo a cura del dott. Andrea Torsello*

La storia di Alberto appare fin da subito contraddistinta da una notevole complessità, da una crisi del "soggetto-nei suoi contesti":

- Decesso paterno;
- Costituzione di una propria famiglia;
- Dinamiche della coniugalità e della genitorialità;
- Diagnosi della malattia autoimmune;
- Cambiamento della dimensione lavorativa;
- Trasloco

Il disagio sembra caratterizzato da profondi e improvvisi cambiamenti a cui c'è stato poco tempo per adattarsi; si potrebbe ipotizzare, inoltre, un elevato costo emotivo nell'attuare tale sforzo adattivo. Si avverte il bisogno di incontrarlo, almeno in prima battuta, da solo.

Appare interessante rimandare, ad Alberto, come sia raro che una persona che si reputa tanto "fortunata" si trovi in terapia: cosa significa essere "li" per lui, come si connette con la sua fortuna? Introdurre un nuovo significato del concetto "fortuna" ridurrebbe la funzione, si ipotizza, di imprigionare emozioni "negative" nel silenzio di narrazioni reificate. Un ulteriore e basilare passo sarebbe agire in modo che fluiscano, senza attrito, i contenuti che l'uomo sente il bisogno di portare, al fine di costruire reciprocità, alleanza e una consapevole curiosità, che possa far sentire Alberto accolto e non giudicato. Sarebbe utile avere, secondo il modello IDIPSI, un affresco delle relazioni significative che Alberto intrattiene dentro e fuori la famiglia. Ciò consentirebbe di conoscere, possibilmente, il potenziale valore funzionale del contesto che l'uomo "abita". Il genogramma potrebbe risultare un buono strumento per un'analisi sistematica e precisa di tali aspetti.

In questa prima fase di valutazione e di costruzione della domanda, risultano altresì preminenti le emozioni che progressivamente emergono in Alberto, esplicitamente ma pure attraverso le reazioni implicite del suo corpo; al contempo, le emozioni che emergono nel terapeuta sono materia

fondamentale per l'edificazione cibernetica di un percorso, di ulteriori ipotesi, di domande circolari calibrate, per la scoperta di nuove narrazioni e metafore. Il terapeuta, nella visione del modello Sistemico-relazionale integrato, è parte di un "sistema circolare e cibernetico" che si costituisce in un percorso terapeutico sotteso da processi ricorsivi di differenziazione e integrazione, che rappresentano nella relazione con il soggetto, portatore della sofferenza, il divenire embricato caratterizzato da differenza e novità rispetto alla somma delle sue parti.

Un secondo passaggio, successivo all'assessment, sarebbe la costruzione del "contratto terapeutico": individuati i possibili bisogni e le possibili vie da percorrersi, dare avvio a una nuova presa di responsabilità del sistema sopracitato, tracciando regole, ruoli, scopi e tempi del processo a cui si dà vita, sempre in una ottica di ricorsiva libertà di scelta. Alberto, in una delle prime ipotesi, mostra nel sintomo, il bruxismo, una importante tensione che ha causato l'invio da parte del suo dentista: se si potesse dare un nome a codesto momento, come si potrebbe identificarlo? Sarebbe importante, in tal senso, confinare tale vaga e incontrollabile tensione, o ansia, in un'etichetta linguistica, in una metafora o in una immagine che possa ridonare all'uomo una certa percezione di controllo. Difatti si potrebbe ipotizzare che la capacità di autocontrollo, seppure un limite, sia una risorsa di Alberto. D'altra parte, potrebbe imparare a legittimare tutte le emozioni che nutre, magari a livelli differenti di intensità: si ritiene opportuno garantire che Alberto si possa vedere sia come "frana", ma pure come "fortunato", così pure come uomo ricolmo di vissuti che hanno generato una vastità di emozioni nominabili. Si potrebbe avvertire\_l'impotenza nell'usare esclusivamente il linguaggio per procedere in tal senso: si potrebbe ricorrere a strategie di natura analogica per ottenere particolari informazioni e per generare nuove "danze" in Alberto. Una "scultura della famiglia", nelle tre dimensioni del tempo (passato presente e futuro), potrebbe consentire l'emersione del piano emotivo oltre i filtri linguistici, ridonando a particolari esperienze il significato relazionale che esse hanno nella nostra cornice epistemologica. Inoltre, al momento più squisitamente corporeo, può fare seguito la verbalizzazione delle proprie percezioni ed emozioni di Alberto circa questa nuova modalità di relazione. La scultura viene così a mettere a disposizione dell'uomo nuove informazioni, che potrebbero favorire un cambiamento e una ridefinizione, nonché una riorganizzazione interna al sistema, attraverso lo svelamento di immagini implicite della famiglia (spesso definite miti), in aggiunta alla prossimità e alla qualità delle relazioni in un'ottica di aumento del grado di libertà e della legittimazione del sé. Un processo parallelo che avviene lungo le diverse tappe del percorso terapeutico, proposto nel modello IDIPSI, è rappresentato da un'attenta osservazione delle proprie emozioni e pregiudizi di terapeuta, un ripiegarsi riflessivo sul proprio "sentire" che diventi esso stesso un orientamento dotato di senso, una liaison tra terapeuta e cliente che permetta la co-costruzione di una riflessione nuova, consapevole, interna al terapeuta, ad Alberto e al sistema circolare e riflessivo composto dai due. Una "mente" che senta la prossimità e "in-corpi" nel ventaglio emotivo-cognitivo nuovi

significati delle relazioni, narrazioni, metafore e dei mandati che risiedono nell'esperienza condivisa tra Alberto e terapeuta.

**IIPG**

**Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Sara Perego*

*e della dott.ssa Camilla Cappini*

### Invio

Il primo elemento da considerare nell'analisi del caso proposto riguarda la modalità con cui il paziente arriva all'attenzione del terapeuta.

Alberto si rivolge inizialmente a un dentista, focalizzando la sua preoccupazione su un sintomo somatico. Possiamo già ipotizzare di essere in una situazione somatopsicotica o psicosomatica. E', infatti, il medico a consigliare al paziente di rivolgersi a uno psicoterapeuta.

### Arrivo e presentazione

Il paziente si presenta con qualche minuto di ritardo, segnale forse di una certa resistenza ad entrare in contatto con i propri vissuti, ipotesi che si allineerebbe al quadro psicosomatico. Inoltre, precisa subito di non sentirsi invalido e di essere "grato" perché poteva andargli peggio, parole in apparente contrasto con i sentimenti di rabbia e impotenza che si potrebbero provare in un momento tanto complesso. Alberto giustifica il proprio ritardo affermando di star affrontando un "trasloco", che lo impegna molto e prosegue la sua presentazione affermando che la sua vita è molto cambiata negli ultimi due anni, dopo aver scoperto di soffrire di una malattia autoimmune e di essere stato "costretto" a cambiare lavoro. L'immagine del trasloco allora, rafforzata dall'idea del paziente di sentirsi una "frana", sembra una metafora della situazione di cambiamento e di paura di ciò che potrebbe accadere. A questo proposito un elemento su cui riflettere è anche il cambiamento di medico: dal professionista dell'"igiene dentale" a quello dell'"igiene mentale". Teniamo a mente che questo passaggio, se non mentalizzato, potrebbe essere anch'esso vissuto come "traumatico" e incidere sul processo di costruzione dell'alleanza terapeutica, ma allo stesso tempo potrebbe indicare una nuova spinta verso la conoscenza, la "O" di Bion. L'aspetto di Alberto appare subito piuttosto rigido e controllato, un "precisino", una dimensione quella del controllo da indagare nei successivi colloqui ma che già ci rimanda ad una difficoltà nell'entrare in contatto con l'esperienza dolorosa.

### Il motivo per cui è qui

Il bruxismo sembrerebbe proporsi come sintomo di un assetto difensivo (somato)psicotico che "tiene insieme i pezzi" di un corpo e di una vita che franano; la malattia autoimmune pone la persona a confronto con il limite e la fallacia del contenitore-corpo su cui perde il controllo. Secondo Winnicott il raggiungimento dell'"unità psicosomatica" permette di separare il mondo interno da quello esterno e di portare a termine il processo di "personalizzazione". L'interrelazione tra psiche e soma costituisce il centro dal quale può svilupparsi il senso di Sé: "[...] In uno stadio successivo il corpo vivo, con i suoi limiti, e con un interno e un esterno, è percepito dall'individuo come il nucleo del Sé immaginativo" (Winnicott, 1949, p. 293). La paura è quella della frammentazione. "Trasloco" e "frana", le parole usate da Alberto, sembrano essere metafore di un cambiamento che potrebbe essere disastroso. Si può pensare, che, da parte del paziente, il porsi in modo preciso e controllato, come una "macchina" di "devo" e "non posso", abbia a che fare anche con una mancanza delle figure genitoriali come contenitori positivi. La madre sentita come apprensiva e il padre come assente, potrebbero aver portato Alberto alla costruzione di un Falso Sé per il quale egli da una parte viene "servito" dalle donne di casa e dall'altra, unico uomo presente, non può permettersi debolezze. In quest'ottica è importante notare che la morte del "padre assente" è occorsa poco tempo prima dell'insorgenza della malattia autoimmune e del sintomo bruxista del paziente. Così come il tumore al cervello di cui è stato vittima il padre richiama un impoverimento/danneggiamento dell'organo corrispondente a quello che Bion definisce l'apparato per pensare i pensieri, la malattia autoimmune di Alberto porta con sé l'immagine del corpo che attacca se stesso. Il lavoro del terapeuta dunque si pone come obiettivo primario quello di poter dare pensabilità ai pensieri non ancora pensati, trasformando gli "elementi  $\beta$ " - non digeriti in "elementi  $\alpha$ " - pensabili.

#### Indicazioni al trattamento

"L'esperienza clinica come il piccolo gruppo è un luogo elettivo per la cura dello psicosoma, ma anche un luogo ove esso mostra le sue falle [...]. La via privilegiata per la comprensione risiede nello studio dei rapporti tra il sistema protomentale, gruppaltà interna e massa" (G.Rugi, 2014). Con l'ipotesi del sistema protomentale, Bion aveva indicato un legame essenziale tra il funzionamento del gruppo "per sé" e la gruppaltà interna, ipotesi che implica una "concezione della vita di gruppo entro l'individuo [...] che può emergere come comportamento di gruppo o, al contrario, esprimersi attraverso processi corporei" (Meltzer, 1986). Secondo questa ipotesi di una vita grupपालe interna, le parti primitive della personalità svolgono il loro pensare per mezzo del corpo, e sono connesse con i livelli primitivi di gruppo intrapsichico da cui dipende la capacità di mentalizzare; questo rappresenta l'indicazione di Bion sulla direzione da seguire nella ricerca sui fenomeni psicosomatici. Un'analisi di gruppo, dunque, potrebbe essere indicata per Alberto, magari preparata attraverso un breve percorso di terapia iniziale.

**Il Ruolo Terapeutico**  
**Scuola di Formazione Psicoanalitica**  
**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Mikaela Bonvini  
e della dott.ssa Alessia Paganelli*

Alberto giunge nella stanza del terapeuta su invito del proprio dentista; non è insolito, per un terapeuta, incontrare un paziente che forse non sarebbe mai giunto da lui, se non "su suggerimento di". Tuttavia, ciò che conta è il fatto che quella Persona sia lì, ora, nella nostra stanza. Cosa chiede? Perché lo chiede a me? Cosa si aspetta da me? Si aprono da subito mille finestre nella mente del terapeuta; finestre che devono rimanere però socchiuse per lasciare spazio al paziente.

Ancora prima di iniziare a raccontarsi, Alberto pone il terapeuta di fronte ad una "questione di setting". Arriva in ritardo e si giustifica. Andando oltre le più immediate e banali interpretazioni (ritardo al primo appuntamento=difficoltà all'approccio col terapeuta, per esempio), è importante chiedersi: Cosa mi sta comunicando il paziente? Cosa esprime di se stesso, arrivando in ritardo, anche se di pochi minuti? Cosa lo induce a giustificarsi, senza che gli si sia chiesto nulla in merito? Domande che il terapeuta conserva dentro di sé come una lampadina che sarà utile strumento, un giorno, di lavoro insieme con il paziente. Cosa e/o come rispondere a tale agito? Una semplice frase "Questo è il suo spazio, lo può usare come desidera. Io sono qui", o un silenzio accogliente, possono trasmettere sin dai primi istanti il messaggio d'Amore che si vuole offrire al paziente. Questo, naturalmente, dopo aver accertato la disponibilità del paziente a impegnarsi in prima persona a intraprendere il cammino propostogli. Poche parole e tutto è già iniziato, il viaggio ha preso il via. Emozioni circolano sia nel paziente che nel terapeuta. Cosa mi muove questa persona? Cosa sto provando mentre mi racconta uno stralcio della sua storia? Quali corde vibrano dentro di me? Quali, tra queste corde, è il paziente a farle vibrare, e quali invece appartengono alla mia storia di terapeuta-persona? Il vortice emotivo che travolge il terapeuta nell'incontro con il paziente comunica molto, sia del paziente che del terapeuta stesso; e delle proprie ferite interiori il terapeuta deve essere consapevole.

Il terapeuta deve porsi in una condizione di ascolto attivo del paziente, deve saper cogliere ciò che egli comunica con le sue parole, con i suoi gesti, con la sua postura, ma deve essere attento uditore del linguaggio più importante, quello affettivo-emotivo. Emotività, quella di Alberto, che colpisce per il suo essere coartata. Egli, sia nel suo modo di atteggiarsi che nelle sue parole, esprime la necessità di controllare ciò che ha dentro, e lo esprime chiaramente dicendo "Non posso arrabbiarmi". Colpisce la

discrepanza tra ciò che appare essere il clima emotivo del colloquio, caratterizzato da una tensione frenata ma esplosiva, e il modo di porsi e le parole di Alberto, il quale nega ogni evidenza di fermento interiore. Rimandare al paziente tale dissonanza, potrebbe essere il primo passo per aprire uno spiraglio di dialogo tra la sua parte razionale e la sua parte emotiva, senza nemmeno toccare i contenuti che egli descrive, che agli occhi del terapeuta sono solo in parte funzionali al lavoro. Nascono sempre molti interrogativi nella mente del terapeuta; la curiosità dello stesso è una dote importante. Nel caso di Alberto verrebbe spontaneo chiedersi "Da dove nasce la sua necessità di tenere tutto sotto controllo? Perché non può concedersi la rabbia? Da dove origina tale emozione?". Domande legittime, che forse nel tempo troveranno risposta. L'importante è essere vigili, ascoltare il paziente con un'attenzione fluttuante; così facendo il terapeuta potrà rispondere non alla domanda del paziente, ma sulla domanda che egli porta. Il percorso terapeutico è un cammino da svolgere insieme; lo si comunica ad Alberto, affinché egli si senta soggetto pensante, attore della propria storia, anche di quella terapeutica.

Alberto, in un solo colloquio, racconta moltissime cose di sé, ci apre il suo mondo: parla della malattia autoimmune, del conseguente cambiamento di lavoro, della sua famiglia, della sua famiglia d'origine. Sorge spontanea un'osservazione, ovvero il fatto che riguardo al bruxismo non dice nulla, come se esso fosse stato solo il tramite necessario per giungere ad una domanda di aiuto. Cosa chiede dunque Alberto? Qual è la sua Domanda? La Domanda del paziente - concetto fondante la teoria del Ruolo Terapeutico - è il suo riconoscersi non solo bisognoso, desiderante, ma anche portatore di una domanda, ossia di una capacità di messa in atto delle iniziative necessarie per la realizzazione del proprio desiderio ("Domanda e risposta", Sergio Erba, Ed. Franco Angeli). Il fatto che Alberto sia venuto, che ci abbia invitato ad entrare nel suo mondo, testimonia il desiderio - forse ancora inconscio - di arrivare lì, a quella domanda che è il punto di partenza per un viaggio da intraprendere insieme.

Il viaggio inizia a partire dal primo contatto tra paziente e terapeuta; o forse ancora prima, nella mente del paziente, e nelle fantasie del terapeuta prima dell'incontro con lui. Un colloquio, anzi, un percorso terapeutico è un incontro tra due Persone, due esseri umani che portano con sé la propria storia. Due persone con il proprio modo di essere, con il proprio carattere, con le proprie risorse e fragilità. Quello tra un paziente e un terapeuta è, a tutti gli effetti, un Incontro. Tuttavia, è un incontro particolare. Cosa distingue la persona del paziente e la persona del terapeuta? Il ruolo che il terapeuta assume. Esso, secondo l'approccio della scuola di formazione in psicoterapia psicoanalitica "Il Ruolo Terapeutico", entra a far parte degli elementi del setting ed è prezioso strumento di lavoro con il paziente.

**IPP**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica**

**(Brescia)**

*Contributo a cura della dott.ssa Margherita Zanoni*

Paziente e Analista: due menti e due corpi che si incontrano, due mondi emotivi diversamente organizzati che entrano in contatto in uno spazio che è quello della seduta terapeutica. L'attenzione è posta sulle soggettività dei due individui e sul flusso intersoggettivo dinamico e comunicativo che essi creano. Il "campo" terapeutico è co-costruito, è creato da due persone, dalle loro interazioni e dalla relazione tra le due soggettività. Nel dialogo entrambi i partecipanti cercano di ampliare le loro prospettive soggettive originali per accogliere, includere, e comprendere di più dell'esperienza emotiva, all'essere dell'altro.

Alberto verrà accolto nello spazio della seduta, e verrà fatto accomodare su una poltrona. La prospettiva intersoggettiva prevede infatti la posizione vis a vis importante sia per cogliere quel tipo di comunicazione che opera a livello non simbolico e implicito-procedurale, sia perché viene così sottolineato l'aspetto dell'interazione reale della coppia terapeutica.

Il momento iniziale del percorso terapeutico ha lo scopo di costruire la relazione, di imparare a conoscersi, di fare esperienza di coppia, di arrivare a costruire un rapporto solido che consenta al paziente di affidarsi al terapeuta.

Il terapeuta nei primi colloqui ascolterà la storia di Alberto, i suoi vissuti e le sue emozioni. È un ascolto analitico quello che deve mettere in atto il terapeuta, che non è solo ascolto verso il paziente ma un ascolto anche del proprio mondo interiore. L'analista deve inoltre familiarizzare con i personaggi della storia di Alberto, con quello che hanno significato per lui, con il suo linguaggio, con i sintomi, con i vissuti emotivi, con le sue angosce e le sue paure e con l'inespressività dei suoi sentimenti. È attraverso l'ascolto analitico che giungiamo alla sintonizzazione emotiva con il paziente. La sintonizzazione emotiva è un atteggiamento, una disposizione, una modalità essenziale dell'analista, una capacità di comprendere l'altro, entrando in contatto con le sue emozioni per cercare un ambiente facilitante e una base sicura. Il mondo emotivo non viene inteso come un'entità, ma è qualcosa che viene attivato nell'incontro; paziente e analista concorrono e lottano insieme al fine di dare un senso sia all'esperienza del paziente che a quella della loro relazione in analisi. Dobbiamo inoltre ricordare che Alberto avrà un'estrema sensibilità nel cogliere le emozioni del terapeuta. Diviene così fondamentale, per l'indagine analitica, considerare anche la personalità complessiva del terapeuta e i suoi contributi personali al processo terapeutico. Ogni terapeuta deve conoscere la propria storia, i propri desideri e le proprie paure in quella precisa coppia

terapeutica. Il metodo analitico non può essere preso in considerazione isolandolo dalle variabili personali e dall'esperienza affettiva immediata del singolo terapeuta.

L'approccio intersoggettivo utilizza anche le libere associazioni meglio definite come processo associativo, poiché la terapia è un processo ed un'esplorazione di senso e di significato, di conoscenza ed esperienza reciproca, continua dell'altro. Il non verbale del terapeuta incoraggia, stimola il processo associativo del paziente, portandolo all'universo esperienziale; aiuta a ricercare i nessi, a dare un senso di continuità temporale alla narrazione, consentendo una funzione riflessiva e un'interiorizzazione dell'esperienza, favorendo l'individuazione di un senso di identità integrato. Il terapeuta deve stare molto attento nell'individuare lo stato emotivo del paziente, deve saperlo cogliere; deve sintonizzarsi con quello stato emotivo e familiarizzare con ciò. Il paziente deve percepire che noi abbiamo compreso il suo stato emotivo.

Le narrazioni che Alberto farà non devono essere considerate come una "memoria del passato", una "memoria fotografica", ma come narrazioni co- costruite e non "nel qui e ora" ma "del qui e ora", in quell'esperienza, nuova, che il paziente co- crea con il terapeuta.

Il paziente che narra è continuamente impegnato nel processo di integrazione di sé; ciò che emerge non è il ricordato, ciò che è avvenuto, ma è il presentificato che verrà, nella relazione analitica con quel terapeuta, risignificato e metabolizzato. In questa cornice il transfert e il controtransfert si configurano quindi come un processo intersoggettivo rispecchiante l'interazione dei mondi soggettivi del paziente e del terapeuta, che non avverrebbe senza una relazione reale.

Alberto dovrà nel corso della terapia entrare in contatto con quelle emozioni che non ha potuto sperimentare e che hanno creato il sintomo e compito dell'analista è creare le condizioni perché possa fare una nuova esperienza, al fine che possa reintegrare, vivere, sperimentare, ciò che non ha potuto sperimentare perché vissuto come pericoloso.

E' l'attenzione del terapeuta a percepire e a sentire, correttamente lo stato emotivo del paziente e, successivamente, a condividerlo con lui che porterà Alberto a sentirsi capito e riconosciuto come persona sperimentando così una nuova relazione basata sulla presenza a fronte di quella originaria basata sull'assenza.

Anche il sogno portato da Alberto verrebbe interpretato dall'analista come un evento relazionale e inserito in uno specifico campo intersoggettivo. Il sogno però non è di per sé intersoggettivo, ma lo diventa quando viene narrato, in quanto si colloca all'interno di quella particolare seduta.

E' sulla base dell'ascolto che si costruisce così il significato del sogno: Alberto racconterà il sogno in seduta e quando la narrazione si sarà conclusa si potrà chiedere che cosa ha provato o sentito durante il sogno. Queste domande servono per portare non solo Alberto ad ascoltarsi ma anche per facilitare il

coinvolgimento della coppia terapeutica e ad aumentare il senso della significatività dell'esperienza del sogno. Si lascia poi spazio al materiale associativo e si lascia che il paziente lo racconti. Sul materiale del processo associativo è necessario fare un'analisi del significato e in quest'ottica il processo interpretativo è una co-costruzione della coppia terapeutica, ovvero costruire insieme un possibile senso. Nell'analisi dell'interpretazione dei sogni emerge l'immagine di Sé, l'immagine dell'altro e come questo viene vissuto, nonché le aspettative che si hanno.

L'analista intersoggettivo dà molta importanza al momento diagnostico poiché questo gli consente di poter conoscere l'organizzazione soggettuale della persona che incontra nello spazio della seduta.

L'ipotesi diagnostica in quest'accezione non è data una volta per tutte, ma procede di pari passo con l'evoluzione dell'analisi e coi cambiamenti che essa porta nella struttura di personalità del paziente, grazie alla costruzione di un rapporto sicuro e solido.

Possiamo concludere affermando come il percorso analitico non ha il solo scopo di togliere il sintomo e di dare alla persona una migliore qualità di vita, ma si pone anche l'obiettivo di accompagnare il soggetto verso un cambiamento evolutivo, dove i vecchi schemi relazionali divengano meno rigidi e normativi e possano integrare nuove modalità di entrare in contatto con se stessi e con il mondo.

## **IRIS, Insegnamento e Ricerca Individuo e Sistemi**

### **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemico-Relazionale Integrata**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Camilla Pozzi*

La cornice di riferimento utilizzata per avvicinarmi al caso è quella del Modello Sistemico-Relazionale Integrato che coniuga i principi della terapia familiare e dell'orientamento sistemico agli studi e alle applicazioni cliniche della Teoria dell'Attaccamento.

Le informazioni ricavate dal primo colloquio mi consentono, ricorrendo alla Teoria dell'Attaccamento, di fare un'ipotesi relativa al funzionamento di Alberto: ipotesi che dovrebbe poi essere indagata e verificata all'interno di un percorso di consultazione individuale.

Alberto appare un tipo rigido e controllato, dice di essere molto stressato in questo periodo, di essere sotto pressione su più versanti, di avere paura di non farcela e di sentirsi non all'altezza degli impegni che deve portare a termine, sia a casa che sul lavoro, uniti alla percezione di essere una "frana" e di "dover fare tutto senza sbagliare".

Alberto riferisce di soffrire da qualche tempo di una forma di bruxismo e di aver scoperto circa due anni fa di essere affetto da una malattia autoimmune che lo ha costretto a mettere in atto molti cambiamenti relativi al proprio stile di vita, soprattutto nella sfera lavorativa. Nonostante riporti una serie di disagi, sofferenze e fatiche non riesce legittimarsele, impedendo l'accesso a vissuti inevitabilmente intesi e arrivando quasi ad idealizzare la propria condizione: *"non mi sento un invalido, ma sono grato perché poteva andarmi molto peggio...comunque sono stato molto fortunato, ho un lavoro con uno stipendio fisso e sarei un ingrato a lamentarmi...non posso arrabbiarmi perché comunque nonostante tutto, sono stato fortunato"*. Da quanto emerso Alberto appare un "tipo rigido e controllato" che prende le distanze dagli eventi emotivamente carichi della sua vita; sembra non legittimarsi le emozioni negative, non se le riconosce e non permette a se stesso di esprimerle.

La scoperta della malattia ed il conseguente cambiamento di vita che questa ha causato, hanno comportato il crollo delle strategie di difesa messe in atto da Alberto, difese che fanno pensare ad un modello di funzionamento di tipo evitante.

Il paziente manifesta una bassa autostima, ansia da prestazione e la percezione di non sentirsi capace, dotato di abbastanza valore. Le forti emozioni negative che fino ad ora sono state taciute e non riconosciute hanno così trovato un canale di espressione attraverso il sintomo fisico.

A livello metodologico proporrei ad Alberto un iniziale percorso di consultazione individuale: scelgo per il momento di non coinvolgere altri familiari in quanto si tratta di un paziente adulto, che non presenta una grave compromissione del suo funzionamento, tengo tuttavia presente la possibilità di coinvolgere in un secondo momento la moglie, come utile risorsa per il processo di cambiamento.

La consultazione, articolata in quattro/cinque incontri, ha come obiettivi quelli di comprendere il funzionamento di Alberto e di capire le cause che lo hanno portato a sviluppare la sintomatologia in questione, cercando di dare una spiegazione ed un senso alla sua attuale condizione ansiosa.

#### 1° colloquio:

- Genogramma: si tratta di un diagramma che organizza le informazioni sulla famiglia relativamente ai legami, agli eventi, e alle separazioni attraverso due o tre generazioni. Si utilizza per formulare delle ipotesi relazionali e in particolare trigerazionali per la comprensione del disagio e della sofferenza dei soggetti.
- Approfondimento sulla malattia autoimmune, diagnosi, momento del ciclo di vita in cui si verifica, cambiamenti messi in atto. Le malattie autoimmuni comportano una quota d'ansia consistente in quanto non si sa bene che cosa sono, che origine hanno, come possono evolvere e implicano spesso il fatto di doversi appoggiare all'altro e di dover chiedere aiuto, strategie che un individuo con funzionamento evitante fa molta fatica a gestire e mettere in atto.
- Analisi dei fattori di stress che caratterizzano e hanno caratterizzato l'ultimo periodo (lavoro, rapporto con la moglie, costruzione della relazione con la figlia, malattia autoimmune).
- Approfondimento sul bruxismo e connessione dei sintomi fisici ad un disagio psicologico: l'ansia, le emozioni intense negative non riconosciute, né manifestate, trovano una via di sfogo, un canale per esprimersi attraverso il sintomo.
- Mi riservo la possibilità di utilizzare un altro colloquio per completare l'indagine su queste tematiche.

#### 3° colloquio

- Separation Anxiety Test/ Separation Anxiety Test (SAT), nella versione modificata da Attili (2001) è un test semi-proiettivo che consente di individuare il modello mentale dell'attaccamento in bambini e adulti, attraverso le reazioni e le risposte a ipotetiche separazioni moderate e severe di un bambino/a dai genitori

#### 4° colloquio

- Intervista ispirata all'Adult Attachment Interview
- L'Adult Attachment Interview è un'intervista strutturata focalizzata sulle esperienze precoci di attaccamento e sui suoi effetti, che permette l'identificazione dei Modelli Operativi Interni della

persona. Ai soggetti viene chiesto di descrivere nel dettaglio la loro relazione con i genitori Durante l'infanzia, andando in particolar modo ad indagare la presenza di esperienze di sostegno e scambio affettivo ma anche di perdita, separazione, rifiuto e minaccia, e di valutare come ciò possa aver influenzato lo sviluppo della loro personalità.

#### 5° colloquio

- Restituzione
- Durante questo colloquio effettuerei una restituzione di quanto emerso nella prima fase valutativa e concorderei insieme al paziente, qualora risulti necessario, un percorso psicoterapeutico individuale, con cadenza settimanale o quindicinale, esplicitando la possibilità di convocare la moglie Silvia, come eventuale risorsa e supporto al percorso terapeutico di Alberto.

**ISeRDIP**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Integrata**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Daniela Tagliabue*

Il Modello di psicoterapia breve focale integrata, schema teorico-clinico di riferimento Iserdip, si fonda su alcuni principali parametri, di cui illustriamo quelli pertinenti al caso proposto.

L'orientamento integrativo, un modello comprensivo bio-psico-sociale, adatto a cogliere la molteplicità e la complessità dell'essere umano e dei fattori interni, esterni e contestuali, che ne fanno parte: una prospettiva ampia ad alcuni fondamentali livelli, finalizzata ad evitare la frammentazione della realtà umana nelle sue componenti e la conseguente parzialità della diagnosi, della presa in carico e dell'intervento.

La teoria dei bisogni "specifici", che si differenziano dai bisogni dell'essere umano in quanto risultato della dinamica paura - difesa, disadattiva e disfunzionale, dalla paura.

La prospettiva evolutiva, schema di riferimento integrativo che permette di capire il processo evolutivo nella sua globalità, da molteplici prospettive. Della prospettiva evolutiva fa parte la teoria del ciclo della vita, che presenta, a livello generale, due principali fasi: della crescita, caratterizzata dal passaggio dal familiare e conosciuto al nuovo, e della stabilizzazione, quando il processo della crescita è fondamentalmente compiuto a livello psicofisico e l'individuo deve confrontarsi con una nuova dimensione, quella del limite, che deriva dalla fondamentale stabilità delle sue acquisizioni e delle sue scelte. Tale prospettiva considera quindi lo sviluppo nei termini di stadi o fasi, ognuna correlata a nuove esigenze e richieste della realtà attuale interna ed esterna, che promuovono sia la spinta al cambiamento sia, dato che inizialmente persistono prospettive contrastanti derivanti dal passato accanto a quelle derivate dall'attualità, un *dilemma evolutivo* e un *conflitto evolutivo*.

Il conflitto evolutivo è parte del decorso normale dello sviluppo e la sua risoluzione porta a un cambiamento sia nella struttura, in quanto le nuove prospettive diventano parte della definizione del sé, sia nel funzionamento, con il recupero di funzioni inibite e lo sviluppo di funzioni nuove, che sono in grado di contrastare le influenze deterministiche infantili. Se la risoluzione della problematica che ostacola il corso dello sviluppo non avviene naturalmente, a causa di un conflitto intrapsichico inconscio o di una disfunzione cognitiva, è necessario un lavoro psicoterapeutico, mediante *un'unità di lavoro evolutivo*.

*Alberto si trova in una fase della vita in cui ha fatto delle scelte, il matrimonio, la figlia. Sia queste scelte sia altri eventi certamente non voluti come la malattia autoimmune e le sue conseguenze, l'hanno, per usare le sue parole, "costretto a cambiare stile di vita". L'elaborazione di tali eventi, esterni e interni, richiede una fondamentale accettazione del limite senza che ciò assuma un significato solo negativo di perdita in quanto sono sempre possibili ulteriori acquisizioni, e questo a sua volta richiede il riconoscimento dei sentimenti che tale passaggio comporta, tra cui la tristezza e la rabbia; sentimenti, la rabbia in particolare, che Alberto pare temere molto, tanto che se ne difende rigidamente.*

Quindi il conflitto evolutivo non ha una risoluzione a causa della interferenza di un bisogno specifico. Individuare il bisogno specifico è essenziale, in quanto significa individuare il focus dell'intervento, elemento centrale nella psicoterapia breve.

*Il conflitto intrapsichico di Alberto ha essenzialmente a che fare con la rabbia. Alberto ha paura della propria rabbia in quanto la sente come potenzialmente distruttiva (la parola stessa "frana", che ripete, fa venire in mente un evento distruttivo), la difesa consiste nella negazione della rabbia e il risultato è un bisogno "specifico", quello di un rigido controllo che viene esercitato sia sui pensieri ("devo essere grato"), sia sulle emozioni ("non posso arrabbiarmi"), sia sui comportamenti (essere "precisino"). Il bisogno di esprimere la rabbia e il bisogno di difendersene coesistono senza possibilità di una soluzione evolutiva, in quanto il conflitto è a livello inconscio. Il sintomo bruxismo può essere letto come una soluzione di compromesso disadattiva e non evolutiva: un'espressione somatica, non mentalizzata della rabbia. Il conflitto, inoltre, coinvolge il rapporto con i propri bisogni più autentici: il problema relativo all'aggressività impedisce la sua utilizzazione in termini costruttivi, quindi per un atteggiamento assertivo, di autoaffermazione, e comporta la difficoltà a riconoscere altri eventuali bisogni, ad esempio la ricerca di un lavoro più soddisfacente ma anche di un'esistenza in cui siano possibili altre soddisfazioni. Quello di Alberto è più simile ad uno pseudo-adattamento fondato sulla rassegnazione, sull'accontentarsi, che genera inevitabilmente frustrazione a sua volta fonte di rabbia, e si determina un circolo vizioso.*

*La consultazione quindi sarà volta, oltre a verificare tali prime ipotesi, a cercare di capire - attraverso la raccolta dell'anamnesi, gli approfondimenti psicodiagnostici se indicati, e i colloqui clinici particolarmente attenti alle narrative del paziente - l'eziopatogenesi del conflitto intrapsichico, e cioè: come mai la rabbia viene percepita come solo distruttiva? Quali influenze precoci hanno creato assunti inconsci che mantengono un funzionamento non (o non più) adattivo? La consultazione è volta inoltre ad evidenziare le potenzialità evolutive e le eventuali resistenze al cambiamento: su questi elementi si basa l'indicazione al trattamento*

Il modello ha come base, oltre la prospettiva evolutiva, le teorie psicoanalitica e cognitiva, utilizzate singolarmente o in integrazione sulla base delle caratteristiche dell'utente e dei suoi bisogni. Tali prospettive costituiscono infatti una reciproca fonte di informazioni in fase diagnostica, rispetto al

comportamento adattativo e disadattivo e alle variabili alla base delle sue origini, del suo permanere e dei processi di cambiamento.

L'integrazione tra le teorie psicoanalitica e cognitiva può essere utilizzata anche in fase terapeutica: la formulazione del caso, infatti, oltre ad individuare il focus del trattamento, le presenti potenzialità evolutive del paziente e le eventuali resistenze al cambiamento, si propone di individuare il tipo di trattamento, o la integrazione, contemporanea o in successione, di trattamenti, per lui più fruibili in base alle caratteristiche del suo malessere e del suo funzionamento.

*La consultazione con Alberto, quindi, avrà anche l'obiettivo - attraverso l'osservazione, la raccolta di elementi ed evidenze cliniche, l'analisi degli aspetti transferali e contotransferali ed eventuali interventi di prova - di comprendere quale tipo di tecnica o quale integrazione potrà aiutarlo di più a lavorare sul focus individuato, a rimettere in moto i suoi processi di resilienza e, in ultima analisi, a riprendere il suo percorso evolutivo.*

# **ISIPSE**

**Istituto di specializzazione in Psicologia Psicoanalitica del Sé e**

**Psicoanalisi relazionale**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Stefania Secci*

Alberto sembra avere grandi difficoltà nell'esprimere le emozioni e nel dare loro un senso. Anche in relazione agli eventi e ai traumi vissuti, la sua inclinazione sembra essere quella di reprimere stati emotivi come aggressività, ansia, paura. Cerca quindi di controllarli e di minimizzarli attraverso l'intellettualizzazione e l'isolamento affettivo. All'interno di una struttura di personalità che appare rigida e controllata, il fenomeno del bruxismo sembra collegarsi alla tendenza a trattenere rabbia e tensione, forse accentuate negli ultimi anni a causa degli eventi vissuti, e a negarle, permettendo loro di esprimersi durante il sonno, quando il controllo attivo esercitato su questi stati diminuisce. La morte del padre, il matrimonio e la nascita della figlia, la scoperta della malattia autoimmune di cui soffre, sono esperienze importanti e significative nella storia di Alberto che forse non è stato in grado di vivere pienamente. Per salvaguardare l'integrità del proprio Sé, il paziente tende ad organizzare il mondo che lo circonda, incasellando in precisi schemi quanto più materiale possibile, nel tentativo di evitare un'angosciante senso di frammentazione.

Temendo di essere sopraffatto dagli imprevisti della vita e dalle situazioni difficili, sminuisce ciò che gli accade, dissociando aspetti della propria esperienza soggettiva, in particolare gli affetti vitali. Tutto questo a spese della perdita di vitalità e di autenticità che caratterizzano il vivere la vita nella sua interezza, con le sue contraddizioni ma anche con la sua bellezza. Alberto lamenta un grande accumulo di tensione psichica e fisica, una paura accentuata di commettere errori, un senso del dovere che lo appesantisce, facendolo sentire sempre in bilico, pronto a cadere, a "franare", sperimentando stati sempre maggiori di paura e ansia. Nonostante non manifesti apertamente il grande disagio causato dalla malattia, appare chiaro dalle sue parole come essa abbia generato cambiamenti che egli vive come pesanti e frustranti, nonché un crescente sentimento di precarietà.

Avverte il proprio corpo come disidentificato da sé, come un oggetto, dando luogo allo scacco del sentimento di "dimora interna", avvertendo probabilmente il proprio corpo come una casa non confortevole. Forse anche la grave malattia del padre, e la sua morte, avevano innescato in lui lo stesso sentimento di angoscia. Avverte il carico di responsabilità legato alla famiglia e al lavoro accettandolo con

stoica rassegnazione, rinunciando ad esprimere se stesso. Il lavoro, che in precedenza era dinamico e flessibile, è diventato statico e monotono.

L'esperienza terapeutica può permettere ad Alberto il raggiungimento di una sufficiente coesione del proprio Sé, superando il ricorso a difese rigide, quali la dissociazione di parti della personalità, favorendo l'evoluzione di quella articolazione del Sé mancante o deficitaria, probabile esito di inadeguate risposte empatiche da parte delle figure di accudimento. Il rafforzamento del Sé e una sua maggiore integrazione, permetteranno al paziente di conoscere il proprio mondo emotivo e lo aiuteranno a stare a contatto con gli stati dolorosi di paura e incertezza che si sperimentano nella vita, imprescindibili in essa ma che contribuiscono a darne un senso.

Nella relazione analitica, il terapeuta promuoverà la creazione di un clima amichevole ed accogliente, capace di garantire una regolazione emotiva degli stati affettivi del paziente e fornire quel sentimento di sicurezza necessario affinché possa sentirsi accettato per quello che è, nella propria soggettività ed autenticità, con la propria storia fatta di dolori, sofferenze, gioie. Il terapeuta, spinto dalla certezza che la reale motivazione del paziente sia quella di cambiare e di stare meglio, si metterà in gioco, anch'egli con la propria soggettività, lasciandosi ingaggiare emotivamente e partecipando attivamente alla costruzione della relazione. All'interno di questo spazio co-creato, lo spazio intersoggettivo, gli strumenti del terapeuta, quelli dell'ascolto e della comprensione empatica, lo guideranno nel difficile compito di restituire al paziente la possibilità di sperimentarsi all'interno di una nuova relazione, di una configurazione di "sé-con-l'altro" diversa, che possa essere occasione per generare nuovi schemi relazionali, più funzionali e flessibili.

Nella relazione terapeutica l'esplorazione degli affetti vissuti dal paziente sarà un'esperienza co-creata e condivisa da entrambi i membri della diade analitica, lo scambio fra paziente e terapeuta sarà sempre attento agli aspetti emotivi del paziente e all'identificazione degli stati del suo Sé e dei loro cambiamenti nel qui e ora.

Con Alberto, il terapeuta potrà fornire la vicinanza emotiva necessaria per garantirgli sicurezza e comprensione affinché possa esprimere i suoi vissuti sentendosi realmente capito e riconosciuto nella propria soggettività. Cercando di restare vicino all'esperienza reale che Alberto porta nei propri racconti, l'analista cercherà di ricostruire con lui i momenti di sofferenza, di dubbio, di paura, partendo da quelle situazioni che lui sperimenta come difficili e portatrici di disagio, per poi individuare altre immagini del passato simili e significative dalle quali partire per ricostruire ricordi, esplorare vissuti, individuare altri significativi, capire difficoltà, blocchi evolutivi, rotture, riparazioni, momenti di cambiamento.

Il terapeuta esplorerà insieme al paziente le articolazioni dei sistemi motivazionali, riconoscendo gli affetti da lui provati nelle situazioni che descrive, trovando congiuntamente il senso che hanno per lui. Potrà chiedersi che affetto cerca, perché lo cerca, qual è l'obiettivo del suo comportamento. Tali messe in atto,

allorché emergenti nella relazione terapeutica, saranno considerate e "vissute" congiuntamente, come momenti significativi di cambiamento.

Gli affetti negativi sperimentati da Alberto quali rabbia, paura, vergogna, considerati come secondari ad esperienze di cattiva sintonizzazione empatica delle aspettative, saranno esplorati anche in riferimento a schemi "affetto-azione" propri di stili di attaccamento insicuri, evitanti o disorganizzati. Tali affetti, ancorché connessi a situazioni traumatiche vissute, saranno messi in luce e possibilmente avviati ad essere "pensati" e "sofferti" nel vivo della seduta.

## **ISTITUTO FREUDIANO**

### **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia a orientamento Psicoanalitico**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Emanuela D'Alessandro  
e della dott.ssa Sofia Gessi*

Il paziente chiede una consultazione psicologica su indicazione del proprio dentista. Il terapeuta può dunque ritenere rilevante avere chiarimenti circa il rapporto che intercorre tra il paziente e la figura inviante, e i motivi che questa ha addotto per suggerire una presa in carico psicologia.

Il problema del bruxismo notturno, attorno al quale il paziente formula una prima domanda perché si risolva, deve essere indagato inizialmente nei suoi aspetti fenomenici: il bruxismo si presenta ogni notte o solo alcune? In che momento specifico? E' continuo o intermittente? Il paziente ha consapevolezza della situazione di tensione mandibolare? Si sveglia ritrovandosi a digrignare o continua a dormire? Com'è la qualità del sonno?

È fondamentale altresì capire qualcosa di più circa il momento esatto dell'insorgenza, e l'intensità con la quale si è presentato e poi eventualmente sviluppato. In questo senso si può chiedere al paziente quando sia apparso il sintomo per la prima volta, in che occasione, che periodo della sua vita stava attraversando in quel momento, se l'intensità del problema è sempre stata costante fin dall'insorgenza o è aumentata oppure se subisce variazioni, e se sì in base a cosa.

Appare necessario dunque approfondire la condizione di "stress" a cui il paziente fa riferimento, poiché si rintraccia nelle parole che porta, come "stato di allerta" o "frana", la presenza di un forte malessere che può aver trovato nel corpo la via per esprimersi. In particolare è interessante la spinta a "fare tutto senza sbagliare", sotto la quale il paziente non riesce a vivere serenamente ma in un costante stato di controllo e riflessione. Il terapeuta può quindi indagare i motivi che possono causare lo stress, potendovi eventualmente trovare un correlato con il sintomo del bruxismo.

Gli eventi che possono aver destabilizzato l'equilibrio del paziente sono plurimi: la scoperta della malattia, il cambiamento di lavoro, la paternità. Bisogna capire in che posizione si trova il soggetto in rapporto a questi tre eventi, invitandolo alla parola circa i momenti di vacillamento così che il corpo ne sia un po' meno investito.

I sentimenti negativi sono infatti negati: i toni del paziente appaiono sempre pacati nonostante i contenuti di sofferenza. La questione della gratitudine sembra essere in questo senso indicativa, infatti riguardo la

sua malattia si dice "grato" di non avere niente di più grave e sente che si lamentasse sarebbe un "ingrato": il paziente non può arrabbiarsi poiché è stato "molto fortunato", "gli poteva andare molto peggio", quindi deve andare avanti e "stringere i denti".

Il terapeuta può ritenere importante chiedere informazioni circa il rapporto matrimoniale e la situazione familiare attuale, in modo da chiarire il contesto di vita entro cui si muove il paziente. Quale che sia la natura del lavoro terapeutico, non si può tuttavia prescindere da una adeguata anamnesi familiare che includa il rapporto con le figure genitoriali e la posizione di figlio e fratello del paziente. Della madre si potrebbe capire meglio in che cosa sia consistita la sua "apprensività", del padre invece cogliere meglio la presenza o meno di una elaborazione del lutto, vista la modalità del paziente di tenere a distanza i sentimenti negativi.

Il carattere "tenuto", "precisino", "rigido" e "controllato" del paziente fa segno di una pulsionalità aggressiva e controllante che non trova nel momento attuale la strada per scaricarsi, probabilmente dal momento in cui è stato costretto a cambiare lavoro e modo di vivere. Il lavoro terapeutico potrebbe allora puntare a che il paziente possa riconoscere questa aggressività e renderla funzionale, ad esempio nel suo nuovo lavoro, come energia di spinta, anziché lasciarla legata al senso di perdita per il nuovo stile di vita che "a denti stretti" ha dovuto adottare.

**Istituto Miller**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale**

**(Genova)**

*Contributo a cura della dott.ssa Priscilla Nannini*

*e del dott. Marino Donà*

Secondo l'approccio cognitivo-comportamentale, per comprendere e analizzare la specificità del disturbo di Alberto è essenziale formulare un'esauriente concettualizzazione del caso, attraverso le procedure di assessment. L'assessment clinico può essere descritto come un complesso processo di raccolta e di elaborazione di informazioni relative al soggetto; man mano che progredisce questo processo, diminuisce l'incertezza circa le varie ipotesi di intervento nel caso in esame. E' obiettivo importante individuare i fattori ambientali e individuali che hanno predisposto il soggetto alla vulnerabilità biologica e/o psicologica (fattori predisponenti), i fattori che hanno agito come una rottura dell'equilibrio omeostatico (fattori scatenanti) e i fattori di mantenimento, ossia quegli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali che mantengono in vita il disturbo, ma di cui il soggetto non è consapevole.

Strumenti di valutazione

Durante la fase di assessment si somministrano diversi strumenti di valutazione iniziando con un'analisi "ad ampio spettro". Si tratta dell'osservazione orizzontale che deve avvenire su diversi piani: cognitivo, verbale, comportamentale (motorio e psicofisiologico). Alcuni dei test utili a questo scopo possono essere:

- CBA 2.0 - *Cognitive Behavioural Assessment* (Bertolotti et al., 1985);
- MMPI-2 - *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Butcher et. Al, 1995; 2011);
- SCID II Version 2.0 - *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*;
- MCMI-III - *Millon Clinical Multiaxial Inventory - III* (Millon, 2008);
- YSQ-L3 - *Young Schema Questionnaire* (Young, 2007);

Una volta stabilita, grazie ai colloqui ed ai primi test, qual è "l'area problematica", si procede per approfondimenti successivi (integrazione verticale) attraverso altri test, da scegliere caso per caso. Alcuni potrebbero essere:

- BDI 2- *Beck Depression Inventory* (Beck, 2007)
- OBQ-R A cura di: *Obsessive Cognitions Working Group* (2009)

- *MPS- Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt, Flett, 1991)

#### Concettualizzazione del caso

Analizzando la descrizione del caso clinico, si possono ipotizzare, quali fattori predisponenti:

- Uno stile di attaccamento insicuro-evitante
- Una vulnerabilità biologica all'ansia: (indagare le componenti ansiogene della madre)
- Il lutto del padre all'età di 20 anni che può aver tracciato una vulnerabilità emotiva in giovane età adulta o una flessione nel tono dell'umore
- Una predisposizione al perfezionismo clinico che necessita di un'indagine accurata
- Una probabile tendenza nel versante dell'estroversione
- Tendenza a standard elevati sia dal punto di vista lavorativo che familiare

#### I fattori scatenanti che si rilevano sono i seguenti:

- Da un punto di vista individuale, la scoperta di una malattia autoimmune che può aver agito minando la stabilità e abbassando il tono dell'umore
- Da un punto di vista ambientale, il cambio di lavoro di cui Alberto fondamentalemente non è soddisfatto
- Il cambio di casa che lo impegna molto

#### Tra i fattori di mantenimento si possono rilevare:

- Aspetti cognitivi: pensieri rigidi, negativi, dicotomici, assoluti che s'innestano su errori di ragionamento che l'approccio cognitivo definisce quali "distorsioni cognitive". Nello specifico:
- Giudizi totali su di sé: *Sono una frana*
- Doverizzazioni: *devo fare tutto senza sbagliare con la moglie, la figlia e sul lavoro; non posso arrabbiarmi*
- Generalizzazione: *Ho paura di non riuscire a fare tutto*
- Locus of control prevalentemente esterno (gratitudine, fortuna)
- Aspetti emotivi: distacco emotivo (rabbia, tristezza, coinvolgimento).
- Aspetti comportamentali: evitamento di tempi di recupero e rilassamento; cura di altri aspetti, quali dedicarsi ad attività piacevoli, hobby, sport e passatempi.

Inoltre si rileva una tendenza a coltivare elevate aspettative su di sé che lo mettono in uno stato di tensione e agiscono quali fattori di mantenimento. I pensieri negativi su di sé e sull'ambiente potrebbero

innestarsi su un abbassamento del tono dell'umore dovuto alla scoperta della malattia e al conseguente cambiamento di ambiente lavorativo che ha ingenerato in lui una perdita di autoefficacia, sentimenti di insoddisfazione e scarso entusiasmo.

#### Ipotesi diagnostica

Sulla base della concettualizzazione del caso, si ipotizza una diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti (DSM-5; ICD-10: Codice F43.23)

#### Obiettivi della terapia

Il modello passa alla definizione degli obiettivi della terapia, partendo da quelli più urgenti o quelli ritenuti più importanti per il paziente, nello specifico:

- Abbassare il livello di arousal
- Creare una relazione terapeutica che permetta al paziente di far emergere i modelli operativi interni dell'attaccamento
- Migliorare il tono dell'umore
- Incrementare attività piacevoli
- Rilevare le distorsioni cognitive e i pensieri automatici negativi
- Esplorare e incrementare la consapevolezza emotiva
- Indagare la rete sociale del soggetto
- Ridurre il perfezionismo

#### Tecniche utilizzate:

- Diario e automonitoraggio delle attività quotidiane
- Biofeedback
- Neurofeedback
- Automonitoraggio dei pensieri ed emozioni
- Ristrutturazione cognitiva e/o dialogo socratico
- Analisi funzionale dei comportamenti, pensieri ed emozioni
- Training di rilassamento muscolare progressivo di Jacobson
- Stress inoculation training (Meichenbaum) o tecniche di stress management
- Training di regolazione emozionale

- Training di assertività per migliorare la comunicazione non verbale e l'espressione delle proprie emozioni
- Detached mindfulness

## **PANTA REI**

### **Scuola di Psicoterapia a orientamento Sistemico e Socio-Costruzionista**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Georgia Napolitano*

Di seguito daremo un breve esempio di come l'approccio della nostra scuola condurrebbe la terapia del caso descritto. Perché fosse più chiaro abbiamo pensato di indicare i passaggi base di una nostra terapia e per ciascuno di essi inserire delle ipotesi di procedimento legate al caso in oggetto.

#### 1- Approfondimento invio e domanda del cliente

- Invio: Prendere in considerazione l'invio da parte del dentista, facendo domande di approfondimento su cosa lui portava in quella particolare sede rispetto il suo problema.

- Tempo: Come mai arriva ora o non due anni fa?

- Modo: si definisce preciso, ma arriva in ritardo; indagare il tema della precisione (cosa rappresenta per lui? Esempi?).

#### 2- Alleanza terapeutica

Per favorire l'ingaggio terapeutico, alcune strategie che fanno parte della nostra modalità di stare in terapia sono: l'attenzione al lessico portato dal cliente e il suo riutilizzo con obiettivo di chiarimento e di conferma, in modo da mantenere la narrazione conosciuta dal cliente e arrivare al suo eventuale cambiamento insieme. Porre attenzione ai feedback non verbali e verbali; importanza dell'analogico anche per come il cliente si posiziona nel setting.

#### 3- Gestione del qui e ora

Si intende l'attenzione che il terapeuta deve mettere in gioco rispetto al cliente e a se stesso. Secondo il nostro approccio infatti il terapeuta è parte integrante del processo e nell'ottica della co- costruzione ciò che accade ad ognuno dei membri presenti in seduta rientra nel processo terapeutico. Per questo è importante durante il procedere della terapia porre attenzione al cliente, ma anche a come il terapeuta si relaziona e utilizza linguaggio e feedback portati dal cliente. Importante ascoltare le risonanze e i pregiudizi del terapeuta che si attivano in seduta.

#### 4- Neutralità, circolarità, ipotizzazione, strategizing ,curiosità e altravisione.

Queste caratteristiche tipiche del nostro approccio si sviluppano nella conduzione della terapia tramite intervista. Le varie posizioni vengono espresse attraverso le domande che possono quindi essere strategiche o circolari, tenere conto dell'approccio neutrale al problema portato dal cliente, costruite per andare ad indagare le varie ipotesi attivate nel terapeuta e seguendo la curiosità dello stesso, sollecitando l'incontro con la novità del paziente (altravisione).

#### 5- Costruzione prime ipotesi

Le ipotesi che esporremo di seguito sono emerse da un incontro di intervizione interno al gruppo classe del quarto anno e sono espresse in mappe cliniche e in possibili aree da indagare:

- polarità semantiche riscontrate: giusto / sbagliato, efficiente / non efficiente, dovere / piacere; da chi o da dove hanno origine tali significati? Come sono in merito a queste polarità i posizionamenti della famiglia attuale? E in quella d'origine?
- Mappa della fase del ciclo di vita: siamo di fronte alla fase del passaggio da coppia coniugale a coppia anche genitoriale. Esplorare i compiti evolutivi.
- Esplorare se Alberto è stato un "figlio parentale": doveva consolare la madre per l'assenza del marito? Cosa sogna del padre?
- Il bruxismo: sembra che A. non possa permettersi di riconoscere ed esprimere emozioni e si trovi a doverle gestire ricorrendo ad una razionalizzazione (il tema della fortuna). Come questo sintomo lo sta aiutando? La malattia viene definita non grave, ma cambia stile di vita e lavoro ( quali sono le malattie gravi e cosa fanno cambiare?), quali effetti della scoperta della malattia? Suoi pregiudizi? Come si è mossa la famiglia in merito? E le sue amicizie?
- La fortuna: cosa succede a quelli non fortunati come lui? A chi deve essere grato? Grato- ingrato, chi é quello ingrato in famiglia?
- "Precisino": come può un precisino accettare una malattia autoimmune? Che effetti ha questa malattia sulla quotidianità?
- Lavoro: che senso ha per lui? quanto è importante? Cambiamenti con la nascita della bambina? Silvia lavora?

#### 6- Strumenti possibili

All'interno del nostro approccio ci sono diversi strumenti che entrano in gioco in terapia, dai più specifici dell'approccio sistemico (genogramma, sculture, reflecting team, etc) a quelli più integrati ed entrati a far parte a pieno del nostro modello (collage, maschere, narrazione, autobiografia, etc). In questo caso specifico potremmo iniziare con le seguenti tecniche:

- *Diagnosi Relazionale*, prevede l'introduzione dell'asse temporale passato presente futuro (analisi di fatti salienti avvenuti due anni precedenti o che stanno o che capiteranno entro l'anno successivo). In questo modo possiamo ad esempio far emergere dati relativi il tema della malattia, il tema della fase del ciclo di vita e il tema dell'emancipazione.

- *Genogramma familiare*. Tramite ciò terapeuta e cliente possono avere un inquadramento visivo della storia familiare, con cui esplorare relazioni, ruolo di maschile e femminile nella famiglia e indagare alcune ipotesi suddette. - *Genogramma amicale* per indagare la sfera relazionale esterna alla famiglia, vicinanze e distanze, tipi di relazioni, ecc.

- *Noci di cocco*, per lavorare sul problema portato dal cliente tramite immagini, facendogli rappresentare il problema, la sua soluzione e da ultimo la rappresentazione di come si può passare dal problema alla soluzione (mondo ponte).

#### 7- Interruzione di seduta e metacomunicazione

Prevede il processo di auto riflessione del terapeuta, per cui si pone attenzione alle sue mappe, pregiudizi ed emozioni. Prevede il confronto con l'equipe dietro lo specchio da cui possono anche emergere nuove ipotesi oltre che riflessioni sul sé del terapeuta. Nel caso di terapeuta che lavora da solo (estremamente frequente), l'interruzione di seduta risulta un momento utile di time out che permette al terapeuta di "uscire" per un breve tempo dal sistema e nel cambio di posizione sviluppare una differente riflessione.

#### 8- Restituzione, accordo sul lavoro e proposta di un eventuale compito

Dare al cliente un compito da svolgere a casa è una strategia terapeutica appartenente al nostro modello che si inserisce nell'idea che il cliente è parte attiva del proprio processo terapeutico, pertanto anche quando non è nel setting della seduta continua a lavorare su di sé. Alla seduta successiva il terapeuta dovrà in tal senso partire dal qui ed ora in quanto il tempo trascorso al di fuori del setting da parte del cliente ha previsto cambiamenti e non è detto che si possa procedere da dove si è lasciato. Ogni seduta è una terapia con inizio e fine. L'intervallo tra le sedute, che nel nostro modello tende ad essere lungo (15gg/1 mese), risulta essere utile e necessario perché si evidenzi il possibile cambiamento e perché l'attivazione del processo indotto dalla seduta di terapia si sviluppi nel sistema del paziente.

## **PSIBA**

### **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica del Bambino e dell'Adolescente**

**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Virginia Luciola Ottieri  
e della dott.ssa Gloria Galbiati*

Immedesimandoci nel terapeuta, consideriamo di primaria importanza le sensazioni controtrasferali che il paziente suscita in noi. Ciò che noi diremo, dipende anche da come noi siamo perché riteniamo che il cambiamento discenda anche dalla relazione che si stabilisce tra terapeuta e paziente. È all'interno di questa che emergono gli aspetti inconsci che permettono al paziente di seguire a una trasformazione.

La prima informazione che il paziente porta è la "grave forma di bruxismo" di cui è affetto e che sembra rappresentare un aspetto psicosomatico della rabbia: simbolicamente il mordere rimanda a una tematica aggressivo-orale. Inoltre, il paziente si presenta "rigido e controllato" e la mancanza di controllo è l'unica condizione nella quale la rabbia riesce a esprimersi: l'energia rabbiosa trattenuta deve trovare, infatti, uno sbocco e una via d'uscita.

La nostra curiosità clinica ci porterebbe a domandare al paziente, rispettando le sue difese ed entrando con cautela nel suo mondo interno, che cosa succederebbe se manifestasse la rabbia e, perché sente di doverla censurare.

Il ritardo del paziente suggerisce un'ambivalenza rispetto allo psicoterapeuta. La scusa del trasloco, sicuramente realistica, rivela una titubanza e conferisce un ruolo secondario al colloquio clinico, che appare meno importante.

Notiamo l'utilizzo della formazione reattiva come difesa che consente ad Alberto di trasformare il suo sentire nell'opposto, in modo che sia per lui accettabile ("sottolinea di sentirsi grato perché gli poteva andare molto peggio... comunque sono stato molto fortunato, ho un lavoro con uno stipendio fisso"). Inoltre, nel suo eloquio organizza le cose in modo da zittire l'interlocutore, il quale non può empatizzare ed avvicinarsi alla sofferenza rispetto alla malattia, che viene negata ("non mi sento invalido, anzi sono grato...").

Accanto a tale difesa, emerge una fragilità narcisistica quando il paziente cerca di ottenere dal terapeuta una rassicurazione rispetto al suo "sentirsi una frana", svelando aree del Sé precarie e insicure. Tali aspetti si rilevano anche in una certa ossessività del paziente, il quale mostra ideali irraggiungibili e molto elevati di Sé: "non voglio sbagliare mai!" Accanto a un'area "controllata", sembra emergere anche un'area impotente e sofferente.

Nonostante la verità emotiva del paziente sia funzionale al suo adattamento, ci interrogheremmo con lui sull'ipotesi che la limitazione della libertà causata dalla malattia, possa scatenare sentimenti di sofferenza e angoscia. Questi interventi andrebbero anche nella direzione di scardinare, con prudenza e sensibilità, la formazione reattiva, favorendo un iniziale e pacato contatto con il dolore.

La nostra formazione, rivolta all'infanzia e all'adolescenza, ci porta a prestare particolare attenzione al tema della separazione che, dai dati anamnestici riferiti, sembra riguardare la famiglia del paziente: una sorella pare essersi poco separata dalla madre, l'altra ha potuto farlo solo con un netto distacco e Alberto si è allontanato solo grazie al matrimonio ("ho sempre abitato con i miei genitori non intraprendendo mai una convivenza prima del matrimonio"). Colpisce poi che il paziente giunga da uno psicoterapeuta dopo essere diventato padre, come se la paternità avesse slatentizzato vissuti infantili anche rispetto al lutto del proprio padre.

Non andando a scardinare con urgenza la struttura difensiva del paziente, che pare al momento fornirgli una certa stabilità e proteggerlo da incursioni emotive, terremo a mente tali tematiche e cercheremo di avvicinarci ad esse avvalendoci anche di test proiettivi (The Blacky Pictures, Test di Rorschach, TAT). Questi ultimi potrebbero rivelare la centralità di alcune questioni e, fungendo da terzo, potrebbero facilitare una critica riflessione insieme al paziente.

**SIAB**

**Società Italiana di Analisi Bionergetica**

**(Milano)**

*Contributo a cura delle dott.ssa Alessia Azzini*

*e dott.ssa Giulia Strada*

Nello svolgimento di questo lavoro, ci troviamo di fronte ad una circostanza atipica, poiché il modello psicocorporeo analitico-bioenergetico fonda la diagnosi sulla lettura del corpo. Per meglio comprendere l'approccio suddividiamo la lettura del corpo in due campi di applicazione:

1. La lettura dell'espressione corporea, come si declina nelle contingenze della comunicazione tra paziente e terapeuta nella seduta.
2. La lettura strutturale del corpo.

La prima forma di lettura non si può considerare una caratteristica specifica di un singolo modello. Orientata a cogliere i significati veicolati dalla comunicazione non verbale, costituisce un patrimonio condiviso da quasi tutte le prassi di lavoro terapeutico. La seconda, la lettura strutturale, è specifica dell'analisi bioenergetica e presuppone la presenza corporea del paziente di fronte al terapeuta.

Nel corso della seduta il terapeuta esamina la qualità dello sguardo, le posture, i movimenti involontari, la mimica del volto... Queste informazioni si stagliano sullo sfondo di un'architettura di tensioni corporee permanenti, che costituiscono la struttura caratteriale: una struttura corporea che corrisponde ad una struttura psichica difensiva. Nel caso di Alberto, ci troviamo di fronte ad un testo scritto. Benché il corpo si possa leggere come un testo, un testo non ci fornisce il tipo di informazioni che si possono leggere in un corpo. Il corpo si può leggere come un testo nel senso che la storia del paziente, i traumi, le dinamiche relazionali e le vicissitudini che hanno caratterizzato il suo sviluppo sono iscritti nel corpo come configurazioni stabili di ipertensioni ed ipotensioni.

Queste costituiscono difese corporee cui corrispondono tipici meccanismi difensivi. Una storia che viene ricostruita insieme, paziente e terapeuta, nel corso del processo. Poiché la possibilità di un percorso terapeutico proficuo presuppone la realizzazione dell'alleanza terapeutica, saranno necessari approfondimenti per costruire una motivazione solida, coadiuvati anche da tecniche psico-corporee.

Alberto viene su invito del proprio dentista, per cui un lavoro sulla motivazione sarà diretto ad una esplorazione della stessa, attraverso domande quali: "Lei cosa pensa di questo invito da parte del suo dentista?"; "Cosa ha provato quando il suo dentista le ha proposto di rivolgersi ad uno psicoterapeuta?".

Rispetto alla preoccupazione per il bruxismo sarebbe utile un'esplorazione psicocorporea dell'argomento.

Nei colloqui preliminari, non introdurremo alcuna tecnica espressiva legata al segmento orale, piuttosto potremmo lavorare sulla consapevolezza che Alberto può sviluppare nei confronti delle proprie tensioni alla mascella, mediante tecniche di auto percezione. Lavoreremo quindi sulla consapevolezza del senso di "stringere i denti per farcela, per tenere". Consideriamo che Alberto si trova di fronte all'assunzione delle responsabilità della funzione paterna. Fa riflettere la coincidenza tra l'inizio della gestazione e la scoperta della malattia.

Possiamo vedere la malattia autoimmune come una rottura di un equilibrio e un disconoscimento del sé biologico, da cui è ipotizzabile un equivalente disconoscimento nel campo psichico. Nei colloqui procederemo quindi all'analisi dello sviluppo, appurando se esso sia stato caratterizzato da forme di etero-regolazione che limitano la spontaneità a favore della rigidità. Un'ipotesi compatibile con la descrizione della madre come molto apprensiva. Tale relazione potrebbe aver favorito la formazione di un Super-lo esigente e preoccupato. Ipotizziamo inoltre che di fronte alla necessità di sviluppare le qualità paterne, ad Alberto siano mancati i riferimenti etero-regolatori; questo vuoto può avere accentuato lo stato di perenne allerta in cui ha vissuto, fino alla soglia di tracollo della difesa, come luogo simbolico di origine della malattia autoimmune. Alberto viene descritto come rigido e controllato, i toni del colloquio sono sempre contenuti anche di fronte ad eventi molto carichi. Sembra che Alberto utilizzi un controllo ossessivo nel perseguimento di un ideale di sé orientato alla perfezione. Questa forma di controllo e trattenimento potrebbe far pensare ad una diagnosi di "carattere rigido", che è un tipo caratteriale le cui caratteristiche, per utilizzare un linguaggio più diffuso del nostro, ma compatibile con il nostro, sono simili a quelle dei disturbi lievi di personalità, o "personalità di alto livello" (Caligor - Kernberg - Clarkin, 2007).

Il fallimento dell'ideale dell'lo potrebbe essere all'origine della condizione frustrante in cui si trova: ha vissuto il passaggio da una mansione che lo teneva «a contatto con la gente» ad una dove è «relegato in un ufficio» in solitudine.

La "gente" fornisce una forma di contatto ideale per la relazionalità narcisistica, in quanto i membri del gruppo "gente" non sono individui investiti affettivamente, ma spettatori della rappresentazione narcisistica di sé. L'investimento affettivo di Alberto, invece, è evidentemente intenso nei confronti della moglie. Da un lato possiamo vedere la scoperta della malattia autoimmune come incontro con il limite e la fragilità. Prologo del fallimento dell'ideale di sé e della rabbia orale.

Dall'altro lato possiamo vedere la malattia come espressione delle difficoltà inerenti al ruolo paterno (non c'è più la madre che viene in supponenza alle parti mancanti di sé). Solo le esperienze emozionali nel corso della terapia forniranno le risposte ai nostri interrogativi.

**Studio di Psicodramma**  
**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia**  
**(Milano)**

*Contributo a cura della dott.ssa Laura Delle Curti*

**Alberto e lo psicodramma: l'incontro con un nuovo se stesso, morbido come il mare**

*"...sono riuscito non con facilità a lasciare il grembo materno che mi avvolgeva, senza aver un padre da portare con me come buon modello di uomo; ho mosso i miei passi verso l'indipendenza: ho incontrato Silvia, con lei il mio cuore ha pulsato davvero... qualcosa di nuovo per me! Ho sempre portato dentro una certa insicurezza, grandi timori e forti aspettative su me stesso... ho lasciato andare mio padre nel buio definitivo della morte e poi ho scoperto di avere una malattia autoimmune: il mio corpo non è in grado di difendersi dagli aggressori... un po' quello che mi sta accadendo in questo periodo... sento di non riuscire a rispondere allo stress adattandomi alle situazioni.*

*Mi impantano in un turbinio di pensieri e mi sento una frana. Si stanno attorcigliando dei nodi che hanno radici lontane, mi sento come una corda tesa sull'abisso. Le mie emozioni, presenti ma nascoste, si coagulano come grumi di sangue al contatto con l'aria... sembro un guerriero che non sente, la mia pelle è una corazza fusa col ferro, contiene senza lasciar trasparire, devo combattere e vincere piccole e grandi battaglie per dimostrare di valere, senza poter mai arrestare il passo e riposare il respiro.*

*La corazza protegge, ma appesantisce e rende il movimento rigido e legato; solo di notte, steso nel buio, invisibile al mondo, posso lasciare respirare la pelle, lasciar trasparire le ansie e le rabbie... non possono essere voce e così si trasformano in graffi rumorosi tra i denti che si sfregano, e mi faccio del male. Vorrei poter essere morbido come il mare, sicuro come il suo canto, capace di adattarmi alle situazioni come le sue onde a contatto col fondo delle barche, sincero con me stesso, con la mia rabbia come trasparente è la sua acqua." Queste parole rappresentano quello che potrebbe essere un Doppio... come in un film il doppiatore mette le parole sulle labbra dell'attore, così il Direttore di psicodramma o un membro del gruppo possono utilizzare questa tecnica per aiutare il protagonista ad entrare maggiormente in contatto col proprio mondo interno. E questo è Alberto, per come lo sento.*

*Come si potrebbe procedere con lui? Ogni psicodrammatista, nella sua pratica clinica, definisce una sua specifica modalità di lavoro. Ecco una possibile strada da percorrere, basata sul sentire che la situazione di Alberto suscita in me: dopo il primo colloquio potrebbe essere utile qualche altro incontro per accoglierlo e conoscerlo, per raccogliere elementi significativi della sua storia e comprendere la*

motivazione ad intraprendere un percorso di cura. Il terapeuta ha così occasione di farsi conoscere e 'sentire': è fondamentale che dopo questi primi incontri condotti con setting e modalità tipiche del colloquio, colga se ci può essere quella *disponibilità ad affidarsi*, radice dell'alleanza terapeutica.

Si stabilisce un contratto per un percorso individuale e/o di gruppo. Lo psicodramma moreniano nasce come terapia di gruppo, ma si presta ad entrambe le strade. In questo caso un percorso di gruppo può essere più indicato per Alberto e i suoi bisogni. Ha appena cambiato lavoro e vive una situazione attuale di chiusura: il gruppo è un luogo relazionale dove fermarsi, prendersi cura di sé, sperimentare la dimensione dell'*Incontro*, della valorizzazione di sé e dell'altro. Ciascuno ha uno spazio per esprimersi e il giudizio è sospeso: trionfa la *verità soggettiva*.

Alberto potrebbe beneficiare di un clima affettivo fondato su questi principi essendo molto esigente e legato alle aspettative altrui, sempre in allerta perché "deve fare tutto senza sbagliare". Nel gruppo condotto con approccio psicodrammatico l'*Azione* è strumento per esprimersi, comprendere, crescere: corpo, mente, emozioni sono protagonisti; nel gruppo, Alberto potrebbe sperimentare attivazioni corporee, contatto tonico, modalità creative di espressione emotiva attraverso gesti, posture, drammatizzazioni. Per come si presenta è una persona che ha molto bisogno di prendere consapevolezza del suo corpo e delle sue emozioni, in particolare della rabbia, di imparare a riconoscerle e a renderle esprimibili, perché la rigidità del solo pensiero lasci il posto alla flessibilità dell'intero Essere. Lo psicodramma ha come finalità quella di attivare la *spontaneità/creatività* affinché si stabilisca un morbido dialogo tra corpo, emozioni, pensiero: dall'ansia alla spontaneità, da copioni rigidi a modalità nuove e flessibili di essere e relazionarsi. Alberto è trattenuto, poco capace di "lasciarsi andare", non può essere se stesso, con ciò che prova.

Lo psicodramma è il regno dell'autenticità, dell'ascolto di sé, della possibilità di esprimere la propria verità coi propri tempi e diversi linguaggi; dove non arriva il pensiero può arrivare un movimento, una postura plasmata... dove non arriva in quel momento la persona, può essere un compagno di gruppo che dà voce a ciò che sente. Il sintomo col quale Alberto si presenta è emblematico di una rabbia che non ha trovato modo di esprimersi con naturale equilibrio e spontaneità, rimasta ingabbiata e costretta a trovare un altro linguaggio per mostrarsi, quello corporeo. Nello sguardo del terapeuta Alberto è una *persona*, non un paziente. Non ci si concentra sul sintomo, ma lo si tiene in mente, come espressione di un bisogno.

Alberto può lavorare all'interno del gruppo come Protagonista di un viaggio, di una esplorazione attraverso la messa in scena in teatro di contenuti e rappresentazioni del suo mondo interno. Lo psicodrammatista è un regista: fa accadere situazioni relazionali che facilitano lo sblocco dell'energia coartata. Lo psicodramma promuove lo sviluppo di percezioni e modalità relazionali nuove, di *ruoli nuovi e flessibili*. Alberto potrà agire nel teatro i suoi diversi *ruoli* più o meno cristallizzati: il ruolo di lavoratore,

paziente, amico, figlio, padre, marito, fratello... Potrebbe lavorare sul ruolo cristallizzato di chi si sente "fortunato". Rispetto alla malattia potrebbe essere significativo esplorare in che modo Alberto vive questo ruolo: la sua teoria sull'origine di questa malattia, i significati attribuiti, i vissuti, le ripercussioni sulle relazioni familiari, la prospettiva sul futuro, la percezione del proprio corpo, il legame col Padre morto per una malattia, lui che in questo periodo è molto presente.

Attraverso l'attivazione della parte di Sé che osserva e che fa dei pensieri, attraverso la tecnica principe dello psicodramma, *l'inversione di ruolo*, Alberto potrà guardare se stesso attraverso altri occhi. Il decentramento percettivo favorirà intuizioni e cambiamento.

**SIPRe**

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia indirizzo Psicoanalisi della Relazione  
(Milano)**

*Contributo a cura del dott. Livio Provenzi*

Se Alberto mi telefonasse per un'analisi e raccogliessi i dati riportati nel *Caso clinico*, certamente non focalizzerei il mio intervento sui "contenuti" (bruxismo, l'essere "precisino"). Quello che coglierei nella sua domanda di analisi è unicamente la sua sofferenza. Infatti, Alberto non parla di sofferenza, ma solo di "stato di allerta" e di "paura di non essere in grado" di fare fronte alla vita di tutti i giorni. Alberto sembra impegnato a non toccare la sua sofferenza, ripetendosi che è "fortunato" e di non avere nessun diritto a "lamentarsi". Tuttavia, nonostante i suoi sforzi di controllo, non è difficile cogliere che Alberto *soffre* per non permettersi di riconoscere tranquillamente quella che è ed è stata la sua vita e, di conseguenza, osare prenderla in mano come sua e camminare libero lungo la sua strada.

Nella linea della formazione fatta mia presso la Scuola di Psicoanalisi della Relazione di Milano, adotterei questo approccio:

1. La presenza, come metodo. Per prima cosa farei in modo di far sentire Alberto a suo agio nel rapporto con me. Non come un sentimento artificioso, ma come condivisione partecipata della sua soluzione "precisina" di stare in piedi. Sarei molto curioso di capire quale significato assumono, per Alberto, il suo essere "fortunato" e "precisino". In fondo Alberto ha un lavoro, una moglie e una bimba, traguardi importanti di vita, raggiunti attraverso la sua soluzione storica di "precisino", che ora fa problema. Inoltre, imposterei un ascolto attento al processo di Alberto. Darsi la possibilità di essere presenti, in due, all'interno di una relazione nuova per Alberto è un'occasione per portare in seduta ed entrare in contatto con la propria sofferenza, del suo "dover" essere per essere all'altezza, invece del suo sentirsi una "frana". Da questo punto di vista, la nostra relazione assumerebbe i contorni di un'opportunità per "fermarsi per un po'" e prendere sul serio la sofferenza di Alberto alla luce delle sue soluzioni di vita.
2. Il livello analitico. Lentamente aiuterei Alberto a scoprire che la sua soluzione di vita e il suo modo di stare nel mondo non sono gli unici possibili. Lavorare insieme a livello analitico significa riconoscere le motivazioni di modalità storiche di stare in relazione e dare significato. Certo, non è una scoperta di tutto riposo. Ci vuole molta comprensione da parte dell'analista per cogliere che

questo passaggio è lungo ed è destabilizzante. Il passaggio a vedersi con occhi diversi crea certamente uno sconvolgimento e una serie di difficoltà.

3. La creatività. Questo passaggio, proprio dell'analisi, va rispettato e sostenuto.

Tutte le reazioni di Alberto in questo delicato passaggio sono comprensibili e suscettibili di essere colte dall'analista e discusse nella relazione analitica. Se una molla rimane per tanto tempo compressa, appena intravede la possibilità di distendersi è normale che vada al soffitto prima di riprendere il suo ruolo di oscillare a seconda dei pesi. In questo passaggio, accompagnerei Alberto a leggere le nuove soluzioni che prova a darsi in modo creativo, rispetto alla sua soluzione storica di vita.

4. Il cambiamento. Il cambiamento non è mai suggerito, nei tempi e nei contenuti, dall'analista. Piuttosto, riconoscerei ad Alberto di essere il maggiore esperto di se stesso. Per questo motivo, l'analisi non diventa un braccio di ferro tra le intuizioni teoriche di un analista e le resistenze di un paziente. Piuttosto, l'obiettivo è arrivare a mettere mano, da parte di entrambi, alla sofferenza di Alberto, riconoscendone il significato nella sua vita attuale. Sicuramente l'analista non sa chi potrebbe o dovrebbe essere Alberto, ma neppure lui lo sa. Alberto arriva con la sua soluzione storica di vita e una sofferenza che sente esterna a lui. Appropriarsi della propria sofferenza è un processo importante per liberare molte possibilità inespresse e inesplorate di vita.

5. La complessità del processo. Piano, piano Alberto prende posizione sul fare i conti con la sua realtà storica e su quello che lui vuole essere attualmente. La complessità dell'essere umano fa sì che non sia un processo lineare, ma un andirivieni carico di tensione e di dubbi e un procedere a vista nelle diverse situazioni in cui Alberto si viene a trovare. Compito dell'analista è mantenersi presente, nella relazione con Alberto, tenendo saldo il timone sul processo dell'analisi, seduta dopo seduta, offrendo ad Alberto la possibilità di portare nella loro relazione ciò che lui è autenticamente. Il processo di Alberto nella sua vita e il processo della terapia (il "come è" del suo stare nel mondo) procedono e vengono letti insieme da analista ed Alberto, disinnescando la tentazione di correre dietro ai "contenuti" delle sue esperienze (il "cosa fa" nel suo stare nel mondo).

Tratteggiare questo processo in assenza di un paziente "reale" può risultare eccessivamente teorico. In realtà, bisognerebbe avere sottomano, seduta dopo seduta, il processo che è proprio di Alberto e della sua relazione con l'analista in quanto essere umano, più che in quanto analista in un "ruolo" che prescinde da Alberto. Tuttavia è necessario avere delle linee guida di metodo. Senza una guida non è possibile avventurarsi nel cuore del paziente, ma l'idea teorica del processo è come un faro: illumina il presente del processo ma non può prevedere il futuro. La presa sul timone del processo è sempre negoziata tra analista e paziente.

## SLOP

### Scuola Lombarda di Psicoterapia Cognitiva Neuropsicologica

(Pavia)

*Contributo a cura della dott.ssa Francesca Salvini*

La sofferenza psicopatologica può essere «*causata*» da patologie organiche (non storiche) e/o da «*motivi esistenziali/identitari*» (storici). Le patologie organiche/non storiche sono studiate da discipline scientifiche che adottano il metodo della scienza naturale (neuroscienze, psichiatria biologica, genetica, ecc.), mentre quelle funzionali/storiche sono studiate dalle discipline che adottano un metodo perlopiù interpretativo (scienze umane).

Le prime studiano l'essere umano in terza persona (oggettivazione) e hanno come oggetto di studio sostanzialmente l'organismo che la biologia descrive. Le scienze interpretative, al contrario, indagano il «Chi?», cioè l'essere umano in prima persona attraverso i suoi modi esperienziali e narrativi.

La Psicoterapia Cognitiva Neuropsicologica utilizza un approccio diagnostico e clinico fortemente interdisciplinare, che scaturisce dalla costruttiva mediazione tra questi due grandi domini disciplinari. Si richiama l'*interdisciplinarietà* dell'approccio cognitivista, pur sottendendo l'esigenza di ripensare alcuni fondamenti teorici per accostarsi a una visione più complessa dell'essere umano, della psicopatologia e del concetto di cura. La *neuro-psicologia* è la scienza preposta a realizzare questo dialogo.

#### Il caso clinico

Nel caso di Alberto bisogna innanzitutto comprendere la natura della patologia autoimmune di cui è affetto. La letteratura scientifica descrive l'esistenza di diverse forme di patologie autoimmuni che favoriscono l'insorgenza di sintomi e segni di ordine psicologico (ma vale anche il contrario, ad es. alopecia totale). Quindi, si tratta di capire quale rapporto possa sussistere tra la sintomatologia ansiosa di Alberto e la patologia autoimmune. Quest'ultima potrebbe essere una causa diretta dei sintomi osservati, oppure, più probabilmente, configurandosi come fattore di significativi cambiamenti esistenziali, potrebbe essere uno dei motivi dell'insorgenza del bruxismo, dei sintomi ansiosi e dei comportamenti di controllo che Alberto descrive.

L'uomo è contemporaneamente sia corpo-organico soggetto alle leggi naturali (Körper), sia corpo-vivo autore di un'esistenza (Leib). Nel primo caso si tratterebbe perlopiù di una patologia organica (non storica) che causa un insieme di sintomi, nel secondo caso, invece, si tratterebbe di un evento esistenziale

che *motiva* specifici cambiamenti di vita (es. rivalutazione dei progetti di carriera). Non è naturalmente esclusa una co-occorrenza di cause naturali e motivi esistenziali!

Ad ogni modo, la malattia autoimmune si profila come importante «*turning point*» della storia di vita di Alberto, in quanto implica significativi cambiamenti esistenziali sia in ambito lavorativo sia nell'area familiare-sociale. Si tratta di capire il *sensu* del racconto di Alberto, con specifico riferimento all'esordio della sofferenza e alle modalità di riconfigurarla narrativamente. Si procede con una contestualizzazione del *testo* del paziente, alla luce dello spazio di esperienza che lo precede e dell'orizzonte di attesa che lo segue (*ciclo testo/contesto*).

In sintesi, un determinato evento esistenziale è *com-*prendibile alla luce dell'interazione tra gli specifici eventi di vita che lo precedono temporalmente (spazio di esperienza) e i progetti di vita verso i quali la persona è *pro-*gettata (orizzonte d'attesa).

Da quanto tempo Alberto soffre di bruxismo? Quando inizia ad esperire la paura di non essere in grado di far fronte agli impegni presi? Quando inizia ad avvertire lo stato di allerta? Quando inizia a sentirsi nella necessità di agire senza errore? Come la diagnosi della malattia autoimmune modifica la sua quotidianità? Allo stesso tempo si indaga attraverso quali orizzonti di attesa e quali potenzialità, il paziente si «definisce»: ad esempio, indagando se la diagnosi della malattia obblighi Alberto a riposizionarsi su un versante esistenziale di fragilità, minore autoefficacia, ecc. Questo dipende dal ruolo che gioca l'identità personale di Alberto nel veicolare il disturbo. In poche parole, perché per Alberto era fonte di soddisfazione e/o benessere lavorare a contatto con altri individui? E il ritrovarsi nel nuovo contesto di lavoro, cosa implica a livello di progetto di sé?

Affinché Alberto si riposizioni rispetto *alle* esperienze che ne hanno generato la sofferenza esistenziale, è importante rilevare dove la narrazione di Sé appaia incoerente, incompiuta o poco comprensibile, ovvero dove il senso del racconto si sia svincolato dall'esperienza riportata.

L'alterazione dell'identità tra esperienza e racconto, determinando una mancata o incompleta *riappropriazione* identitaria di esperienze significative (frattura identitaria), rappresenta una delle principali cause della sofferenza psicopatologica. Per esempio, Alberto asserisce di sentirsi "grato" alla malattia autoimmune, definizione che stona rispetto alla diagnosi di una patologia cronica che inficia sia lo svolgimento della vita quotidiana sia la funzionalità lavorativa e che, proprio per questi motivi, sembra assumere un ruolo determinante rispetto al suo patire.

# post-fazione

a cura di Riccardo Bettiga (Presidente OPL)

Un'esperienza che unisce e accresce lo spirito della comunità professionale: questo il primo pensiero che nasce pensando alla Settimana dell'Informazione Terapeutica e a questo lavoro che da lì si struttura.

Grazie ad un'inesauribile energia, le *Associazioni GPL e Spazio IRIS* hanno saputo far incontrare i bisogni dei giovani colleghi di conoscere e informarsi con la voglia di orientamento delle Scuole e hanno saputo trasformarli in una reciproca opportunità. Questo incontro si è svolto in discontinuità rispetto al passato, in modo diverso e genuinamente "giovane". Il principio è stato quello della testimonianza: chi meglio degli studenti del quarto anno, già testimonial di una scelta ma ancora caldamente coinvolti nella loro esperienza formativa, può essere ascoltato e valutato per poterla intraprendere?

Questa modalità, che unisce ai contenuti il racconto vivo di un'esperienza ancora attuale, rappresenta il completamento ideale per l'attività di formazione ed informazione, e non poteva che nascere e crescere "dal basso", da chi è immediatamente coinvolto. Con il sostegno al S.I.T., l'Ordine Professionale ha riconosciuto e valorizzato un'idea vincente e di fondamentale utilità, una parte insostituibile per la nostra comunità professionale. E questo quaderno, che non solo concretizza operativamente i vari sguardi terapeutici ma esprime anche quanto sia importante e bello il dialogo tra diversi orientamenti, ne è testimonianza.

A tal proposito, per dirla con genuina semplicità, il S.I.T. è stata un'esperienza che definirei bella e coinvolgente. Un lavoro piacevole che dimostra ora tutta la sua serietà e concretezza trasformandosi da momento di incontro ad oggetto.

Realtà tangibile e utile.

Il quaderno rappresenta quindi il risvolto documentale migliore del medesimo principio descritto sopra, è l'esempio clinico che completa e chiarisce l'informazione teorica.

Con la speranza che tutto ciò rappresenti l'inizio di un proficuo lavoro futuro, da parte mia ringrazio tutti i colleghi che si sono impegnati nella realizzazione del S.I.T. e di questo quaderno, ringrazio le Scuole e tutti coloro che hanno arricchito i pomeriggi e quest'opera in qualità di relatori, realizzatori e come semplici fruitori.

A nome dell'Ordine e di tutti gli psicologi che rappresento, complimenti!

Con affetto e una sincera stima

Riccardo Bettiga

# ringraziamenti

Per concludere questo viaggio, vorremmo condividere con voi i nostri ringraziamenti.

In primis, il nostro grazie va alle **Scuole di Psicoterapia** che hanno aderito al progetto e a tutti **studenti del quarto anno**, i veri protagonisti del SIT. Credendo in questa idea, hanno mostrato non solo grande coraggio, ma anche voglia di mettersi in gioco e capacità di offrire il loro sapere e la loro passione in modo innovativo.

Ringraziamo gli Enti patrocinatori che hanno riconosciuto il valore del nostro progetto, il **Comune di Milano** e **Regione Lombardia** ma soprattutto le Istituzioni che rappresentano la nostra professione, ovvero il **CNOP** - Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, e **OPL** - Ordine degli Psicologi della Lombardia, che hanno appoggiato le due Associazioni sostenendo e supportando a gran voce il nostro lavoro sia prima che dopo il suo sviluppo. Un ringraziamento speciale va a **Riccardo Bettiga**, Presidente di OPL, che ha presenziato con costanza durante lo svolgimento in loco del SIT quale portavoce sul territorio dell'Istituzione che rappresenta, e che ha scelto di chiudere questo testo di suo pugno.

Ringraziamo i nostri partner e supporter, iniziando dal collega e amico **Marco Mozzoni**, che ci ha sostenuto in maniera impeccabile attraverso la sua rivista scientifica **Brainfactor** e che ha condotto e coccolato tutti i nostri ospiti, tra cui anche l'intervisione che rappresenta la genesi di questo scritto. Ringraziamo **Giunti O.S.** ed in particolare **Patrick Cislaghi** per il sostegno offerto e per la disponibilità. E un grazie va a **Libreria Aleph**, punto di riferimento storico per gli psicologi lombardi, che ha contribuito alla diffusione del progetto.

Ringraziamo l'ufficio stampa di GPL, **Gruppo Aretè**, ed in particolare l'amministratore delegato **Annalia Martinelli**, per il suo impeccabile e decisivo lavoro di sponsorizzazione.

Ringraziamo tutti gli ospiti che hanno scelto di mettersi in gioco portando la loro vita nel SIT intrecciandola con la psicologia, a partire da **Marco Mangiarotti, Luigi Ambrosio, Elena Mora, Ignazio Senatore, Alessandro D'Alatri, Angela Staude Terzani, Carlo Imbimbo** e **Marco Neirotti**.

Ringraziamo il **Liceo Classico Parini**, che ci ha aperto le porte permettendoci di trasformare la nostra idea in realtà. Un particolare e affettuoso grazie va a **Nicola**, per il supporto, la pazienza e il calore con cui ci ha seguiti.

Ringraziamo le radio che ci hanno ospitato per parlare del SIT, **Radio Dixieland** e **Radio Bla Bla**.

Un grazie speciale va a tutti i nostri **collaboratori**, che ci hanno aiutato nella gestione operativa di ogni singola giornata del SIT: **Giuseppe De Fazio, Alessia Maisano, Martina Segrini, Davide Montermini, Michele Clemente, Paola Ripamonti, Elisabetta Perego**, e il nostro webmaster **Matteo Mazzella**.

Ed infine, ringraziamo noi, il **Gruppo SIT**, nato quasi per scherzo davanti a uramaki e sashimi e che ha creduto talmente tanto in quest'idea da trasformarla in una realtà senza eguali. Un gruppo che per mesi ha dedicato anima e corpo al progetto, che ha condiviso gioie e sofferenze, che ha saputo giostrarsi tra problemi e traguardi e che, con grande umiltà, è riuscito a raggiungere il proprio obiettivo.

Grazie a ciascuno di noi:

- **Tiziano Schirinzi** - Direttore SIT
- **Cecilia Pecchioli** - Direttore Scientifico SIT
- **Matteo Baruffi** - Tesoriere SIT
- **Laura Grimelli** - Responsabile Ospiti e Pubbliche Relazioni SIT
- **Elettra Pezzica** - Responsabile Scuole di Psicoterapia SIT
- **Alice Baroni** - Responsabile Sponsorship and Endorsements SIT
- **Luca Granata** - Responsabile Progettazione e Sviluppo SIT
- **Alice Quadri** - Responsabile Organizzazione dello Spazio e del Personale SIT
- **Michela Lussu** - Responsabile Redazione SIT
- **Sara Timpanaro** - Responsabile Contatti con gli Studenti SIT

Ci vediamo nel 2016!