Il processo terapeutico

Una rotta tra modelli e tecniche d'intervento nella prospettiva sistemico-relazionale

A cura di
Katia Giacometti, Dino Mazzei

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page
al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Il processo terapeutico

Una rotta tra modelli e tecniche d'intervento nella prospettiva sistemico-relazionale

A cura di
Katia Giacometti, Dino Mazzei

Prefazione di Anna Mascellani

FrancoAngeli | Psicoterapie

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Immagine di copertina: Paolo Martorano

Isbn: 9788835164890

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

La carta geografica, anche se statica,
presuppone un'idea narrativa,
è concepita in funzione di un itinerario, è Odissea.

Italo Calvino, *Collezione di sabbia*

Indice

Prefazione, di *Anna Mascellani* pag. 9

Introduzione, di *Katia Giacometti, Dino Mazzei* » 15

Modello clinico

1. **Sulla strada dell'integrazione**, di *Katia Giacometti* » 21

2. **Il legame di coppia: collusione e parti di sé**, di *Katia Giacometti, Dino Mazzei* » 38

3. **Genitorialità, spazio mentale, trasmissione trigenerazionale**, di *Dino Mazzei* » 65

4. **La relazione terapeutica come discriminatore diagnostico**, di *Claudia Martorano, Alice Mazzei* » 81

5. **La risonanza emotiva come risorsa nello stallo del processo terapeutico**, di *Paola Marangio* » 101

Tecniche di intervento

6. **L'utilizzo delle tecniche all'interno del processo terapeutico. Una riflessione sulla responsabilità epistemologica del terapeuta**, di *Elena Doccini* » 119

7. **Quando l'immagine arriva dove le parole non riescono: l'uso del genogramma fotografico nelle terapie individuali**, di *Laura Borgogni* pag. 131

8. **L'esperienza del confine personale: integrazione e utilizzo di una tecnica sensomotoria nella terapia sistemico-relazionale**, di *Tommaso Innocenti, Claudia Martorano* » 145

9. **La tecnica delle sculturine: aspetti teorici e contesti clinici di applicazione**, di *Valentina Cesarali* » 157

10. **Cinema in psicoterapia: una porta di ingresso nella complessità della mente**, di *Elena Gargano* » 182

11. **L'integrazione dell'EMDR nella psicoterapia sistemico-relazionale individuale raccontata attraverso due casi clinici**, di *Francesca Volterrani* » 202

12. **Curare attraverso le immagini. L'uso della metafora nella costruzione della relazione terapeutica**, di *Diletta de Bernart* » 217

Conclusioni, di *Katia Giacometti, Dino Mazzei* » 237

Bibliografia » 239

Gli Autori » 253

Prefazione

di *Anna Mascellani*

In letteratura non sono molti i testi incentrati sul processo terapeutico e già solo per questo, il volume suscita subito una notevole curiosità. Soffermandoci poi sul sottotitolo: *una rotta tra modelli di intervento nella prospettiva sistemico-relazionale*, l'interesse non può che aumentare.

Nell'introduzione i curatori annunciano che si tratta di un testo in continuità con il lavoro da loro pubblicato nel 2011, dal titolo *Il terapeuta sistemico-relazionale. Itinerari, mappe e nessi tra interazioni e rappresentazioni*, il cui intento era quello di fornire ai clinici una mappa concettuale come guida durante il processo terapeutico. Sono passati diversi anni da quella pubblicazione e le numerose esperienze cliniche e di ricerca da parte dello staff dell'Istituto di Terapia Familiare di Siena si pongono ora come un riferimento importante per la psicoterapia sistemico-relazionale.

Il valore aggiunto di questo volume è il tentativo prezioso di integrare i principali costrutti teorici che nascono dai più recenti dati di ricerca in svariati approcci terapeutici, da quelli più psicodinamici, al cognitivismo fino alle neuroscienze per interrogarsi e comprendere come coniugare gli aspetti relazionali a tali scoperte e farli agire nel lavoro clinico. Un'impresa non facile e assolutamente in controtendenza alla frammentazione specialistica che caratterizza le comunità scientifiche dei nostri giorni. Oltre alla dicotomia da sempre esistente tra modello medico e modello sociale, non vanno sottovalutati i diversi approcci metodologici esistenti all'interno di uno stesso filone psicoterapeutico. Già nel 2003 Maurizio Andolfi affermava che quando si parla di psicoterapia familiare si ha la sensazione di entrare in un territorio dove non esistono fondamenta comuni o dove non c'è neppure un accordo di base sui modelli di riferimento e sulla stessa parola "famiglia" (Andolfi, 2003).

“Non esiste diagnosi al di fuori della relazione”, scrivono gli autori. La diagnosi come *processo diagnostico-relazionale* è tema centrale del testo. Della diagnosi viene fatta quasi un’analisi grammaticale, senz’altro un’analisi logica. Interessante è il concetto di *collusione clinico-diagnostica*, che evidenzia il ruolo conoscitivo e trasformativo della relazione terapeutica all’interno del processo. È la possibilità di abitare la collusione consapevolmente da parte del terapeuta che favorisce la sintonizzazione con i bisogni inespressi del paziente. Il contagio emotivo permette al paziente di esprimere la sua proposta relazionale, che va accolta per come è, ma che informa il terapeuta sui rischi a cui va incontro. Qui, avvertono gli autori, le risonanze possono seriamente giocare la partita.

Sovente le risonanze vengono ritenute pericolose dai terapeuti, un qualcosa da cui devono guardarsi perché li fanno rischiare di entrare in una collusione immobilizzante. Le risonanze in realtà sono alla base dell’empatia, sono la vera possibilità di entrare in contatto profondo con il paziente, purché vengano riconosciute e ben utilizzate al servizio della famiglia.

Ogni incontro significativo nella nostra vita avviene attraverso la collusione: qualcosa di te la riconosco in me e mi attira, mi intriga e mi coinvolge, e viceversa. In un recente volume sulla terapia di coppia (Andolfi, Mascellani, 2019) viene descritto come, particolarmente nella scelta del partner, la collusione avvenga generalmente per somiglianze e differenze. È questione di feeling dunque: ci si sente attratti dall’altro per qualcosa di noi stessi che l’altro conosce perché lo ha già vissuto a livello profondo e quindi ci si sente in qualche modo compresi e accolti. È così che si accetta di affidare all’altro le parti più vulnerabili di se stessi nell’aspettativa inconsapevole di poterle proteggere all’interno della relazione. Ma ciò che fa realmente investire su un rapporto sentimentale è più probabilmente connesso alla speranza di poter continuare a crescere, aspettandosi che il partner potrà riparare antiche mancanze o sofferenze vissute a livello trigenerazionale. E spesso la cosa funziona, a patto che ci sia sufficiente flessibilità nel processo evolutivo dei partner, cioè che nella collusione lo spazio relazionale non sia “saturo” per dirla come gli autori di questo volume.

Dall’intero libro emerge chiaramente come la collusione sia fondamentale in ogni relazione significativa, inclusa quella terapeutica, in termini di grandi potenzialità per evolvere, fermarsi o regredire. Si percepisce la tensione degli autori verso la costruzione di una psicopatologia relazionale che trova la sua migliore evidenza nella rigidità, in quello “spazio saturo”, impossibilitato a evolvere verso il cambiamento.

Nel soffermarsi sulle difficoltà nel lavoro terapeutico con coppie altamente conflittuali, gli autori pongono il focus sul triangolo relazionale che viene a crearsi nel processo terapeutico. Accedono alle teorie dell’at-

taccamento, del cognitivismo evoluzionista, della psicoterapia basata sulla mentalizzazione, della psicoterapia sensomotoria per meglio comprendere ciò che sta accadendo e per avvalersi di tecniche efficaci per far riorientare le persone verso se stesse in presenza dell'altro. Si sente la difficoltà, l'impegno ma soprattutto la solitudine del terapeuta in un'operazione difficile: governare la complessità e portarci dentro le persone per far aumentare la loro consapevolezza. Ancora una volta viene sottolineato come l'attivazione o l'immobilità del terapeuta faccia parte del contesto diagnostico; le sue risonanze potrebbero subdolamente spostarlo dall'una o dall'altra parte; il compito del terapeuta è difficoltoso perché, particolarmente in terapia di coppia, il terapeuta deve "non scegliere" da che parte stare. Vediamo come il terapeuta sia centrale nel contesto terapeutico e come sia occupato nel mettere in atto le sue diverse tecniche e modalità di perturbare la relazione per sollecitare il cambiamento. L'intervento di attivazione delle risorse individuali e della coppia è diretto dal terapeuta, che deve creare all'interno del triangolo relazionale presente in terapia la flessibilità necessaria come derivato di spostamenti e/o trasformazione di ciò che quel triangolo contiene. La coppia è così isolata dalla più vasta rete di relazioni sociali come se fosse indipendente e monade. I figli, che pur sono nella mente del terapeuta, diventano destinatari indiretti del trattamento, come lo diventano le relazioni con le famiglie di origine. L'intervento si svolge incontrando soltanto la coppia perché è in quella relazione che vengono individuate le risorse da attivare, nonostante le criticità vengano individuate a livello trigenerazionale di ciascun partner. È vero che la maturità del terapeuta, il suo livello di differenziazione è fondamentale per non cadere nella trappola dell'invischiamento, ma si può pensare che il terapeuta potrebbe uscire da quel triangolo relazionale tra lui e la coppia, muovendosi all'interno di altri triangoli.

Nella mia esperienza clinica con le coppie, utilizzando da decenni l'approccio intergenerazionale (*ibidem*), ho toccato con mano quanto possa essere utile per il terapeuta avvalersi delle risorse naturali che la coppia ha a sua disposizione, convocando le famiglie di origine dei partner e i figli in sedute specifiche che hanno un obiettivo diverso, quello di promuovere una riconnessione affettiva o funzionale tra quel partner e quelle sue relazioni significative, così da risolvere quei blocchi evolutivi che inevitabilmente ricadono negativamente sulla relazione coniugale. Questo muoversi all'interno dei diversi triangoli relazionali a livello multigenerazionale può aiutare e molto il terapeuta a decentralizzarsi e quindi a proteggersi da triangolazioni paralizzanti e può più velocemente generare quella flessibilità tanto ambita per promuovere il cambiamento.

Dalla lettura del volume e particolarmente dall'esposizione di svariati casi clinici, emerge chiara l'attenzione che gli autori rivolgono al delicato tema del Sé del terapeuta. Sappiamo bene quanto la formazione personale dei giovani specializzandi sia fondamentale, quanto il lavoro sulla propria storia familiare sia necessario per poter avanzare nel proprio processo evolutivo mantenendo un buon livello di flessibilità che permetta di incontrare l'altro con curiosità e interesse, astenendosi da atteggiamenti rigidi e difensivi. Nel lavoro clinico degli specializzandi e dei professionisti la supervisione è il miglior modo di crescere, di prendere distanza da un coinvolgimento eccessivo che obnubila la mente, ma che soprattutto ci allontana dal paziente.

La mia esperienza di formatore mi ha portato a lavorare con tanti giovani psicoterapeuti e poi, negli anni, con svariati terapeuti stranieri che mi richiedevano di intervenire sull'*handicap professionale* (Andolfi, 2021), quella difficoltà ricorrente che i professionisti riconoscono nel proprio lavoro in situazioni che hanno tra loro qualche similitudine. Stiamo parlando di professionisti esperti e preparati, ma che evidentemente sentono la necessità di una formazione personale più approfondita, mirata su alcuni temi profondi del Sé del terapeuta, che nonostante la loro buona esperienza clinica emergono in silenzio nel lavoro terapeutico producendo un impasse.

Tutto ciò fa riflettere su quanto la crescita del terapeuta venga stimolata proprio dalla sua esperienza clinica, mentre i pazienti possono evolvere soltanto fino al livello di differenziazione raggiunto dal terapeuta. Ciò che vorrei sottolineare è che, al di là del livello di differenziazione che il terapeuta può raggiungere attraverso un lavoro su se stesso durante la formazione, le sollecitazioni emotive che il lavoro clinico produce nel terapeuta lo riporteranno sempre a contatto con parti di sé sconosciute, che vanno accolte, toccate e risignificate. A mio parere, soltanto quando il terapeuta prende coscienza di ciò, quella "sindrome da competenza" di cui molti clinici sono afflitti guarisce all'istante e un incontro reale, umano e autentico può finalmente verificarsi tra la persona del terapeuta e quella del paziente. Maurizio Andolfi sostiene che il nostro non sia un mestiere, ma una *missione* (comunicazione personale), perché lavorare sui problemi della gente non è semplice se non siamo disposti a riconoscerci sui temi dell'umiltà, dell'autenticità, della verità nei rapporti umani, pur mantenendo la responsabilità di quanto avviene in terapia.

Infine, è veramente apprezzabile come gli autori abbiano dedicato gran parte del lavoro alle tecniche e soprattutto in questo libro, che vede la relazione terapeutica protagonista dell'intero processo clinico. Oggi la formazione psicoterapeutica avviene nelle scuole di specializzazione, ma avviene anche attraverso piattaforme online che producono corsi specifici,

a volte acquistabili con sconti “due corsi al prezzo di uno”, ecc. Sono corsi che vengono pubblicizzati per essere scelti come modalità agevoli di formazione (considerando anche l’obbligo di acquisire ECM per lo svolgimento della professione). Senza nulla togliere alla validità di quanto offerto, a mio avviso esiste il rischio di passare il messaggio che possedere un ricco bagaglio di tecniche sia sufficiente per svolgere al meglio la professione.

Al contrario, il volume illustra bene l’utilizzo di diverse tecniche, sia di matrice relazionale che di provenienza da altri approcci, sottolineando la loro funzione di strumento del terapeuta. Sono tecniche *contesto dipendenti*, tecniche utili alla costruzione e al mantenimento di una buona relazione terapeutica, fatta di equilibrio tra distanza e vicinanza in funzione dell’andamento del processo terapeutico.

In conclusione, il volume curato da Katia Giacometti e Dino Mazzei è un contributo prezioso, di grande attualità, che vede la psicoterapia come un’esperienza creativa, in cui il razionale e l’irrazionale si mescolano a favore di un’esperienza condivisa. Il rigore scientifico di un pensiero sistemico si unisce alla creatività umana, fatta di comunicazione analogica, indispensabile per un incontro autentico ed evolutivo. La composizione del testo, con capitoli redatti da diversi autori, mette bene in luce il lavoro di una scuola di specializzazione che vuole aggiornarsi, discernere e integrare, ovvero scegliere chi vuole essere. Scelta fondamentale per ogni terapeuta che non abbia timore di mettersi in gioco.

Introduzione

di *Katia Giacometti, Dino Mazzei*

> *La relazione terapeutica con il paziente e con la sua famiglia dovrà sempre comunque appoggiarsi su qualcosa di solido, cioè su di una teoria di riferimento provvisoria come base sicura. Ma questa sarà tanto più sicura quanto più il terapista saprà che la sta usando proprio a questo scopo e non sarà imprigionato e usato da essa.*
>
> Rodolfo de Bernart

Una prima tappa di questo itinerario, che qui proponiamo, può essere già intravista nel lavoro, scritto a due mani, pubblicato nel 2011 *Il terapeuta sistemico-relazionale. Itinerari, mappe e nessi tra interazioni e rappresentazioni*, dove abbiamo cercato di mettere a fuoco una prospettiva, nell'ambito sistemico-relazionale, in grado di fornire ai clinici una mappa concettuale come guida durante il processo terapeutico.

Questo volume raccoglie lo sviluppo di un percorso di esperienze cliniche e di ricerca che ha caratterizzato lo staff dell'Istituto di terapia familiare di Siena, in continuità con il precedente lavoro.

Il riferimento è a una sorta di struttura concettuale intermedia legata al percorso interno del terapeuta, per favorire l'interazione tra la scelta dei concetti essenziali del proprio orientamento, e quella metodologica, cioè l'esplicitazione della strada che si percorre per innescare processi trasformativi. Vittorio Cigoli (1988) proponendo una griglia epistemologica in merito ai generi terapeutici affermava: «Occorrerebbe tener in gran conto l'*accoppiamento* che si viene a creare nel rapporto tra metodo, quale struttura di influenzamento del primo, e permeabilità, quale disposizione ad accogliere ed elaborare del secondo» (p. 47).

In quel momento avevamo già chiara la necessità di valorizzare il concetto di integrazione che dal nostro punto di vista ha sempre costituito la dimensione fondamentale del pensiero sistemico. La centralità del contesto da un punto di vista terapeutico ci impone di ricercare in ogni momento del processo, attraverso l'assetto mentale del terapeuta, quell'ambiente relazionale che faciliti differenziazione e integrazione, senza essere vincolati alle rigidità dei modelli e ancor meno dai programmi e dai protocolli. Edgar Morin (1977) chiarisce mirabilmente questo punto affermando che

la complessità implica la strategia e non il programma: «La strategia deve prevalere sul programma. Il programma stabilisce una sequenza di azioni che devono essere eseguite senza variazione in un ambiente stabile, ma, dal momento che vi è una modifica delle condizioni esterne, il programma è bloccato. La strategia, per contro, elabora uno scenario d'azione esaminando le certezze e le incertezze della situazione, le probabilità, le improbabilità. Lo scenario può e deve essere modificato secondo le informazioni raccolte, i casi, i contrattempi o le sorti favorevoli incontrate strada facendo» (p. 93).

Coerentemente a questo assunto in questi anni siamo stati attenti a tutti quei modelli che hanno approfondito la dimensione relazionale, anche al di fuori dell'approccio sistemico. Lo staff dell'Istituto di Siena ha partecipato ad altre formazioni, approfondito le elaborazioni della psicologia del trauma, gli studi neurobiologici, trovando peraltro importanti conferme di alcune iniziali intuizioni dell'approccio sistemico-relazionale (Onnis, 2017), e ha avuto modo di riflettere attraverso la formazione e la supervisione sulle numerose esperienze di psicoterapia effettuate all'interno dell'Istituto.

I loro contributi raccolti in questo volume proseguono sulla strada dell'integrazione e introducono il tema delle tecniche, sottolineando come debbano essere accompagnate sempre da un ragionamento clinico che non può essere sostituito da nessun protocollo o modello precostituito. Certamente il modello è presente e poggia su una lettura sistemico-relazionale che tiene conto dei contesti e di una trasmissione intergenerazionale che riguarda la storia di ogni famiglia, coppia e individuo. Questa raccolta vuole essere il tentativo di catturare la complessità in una prospettiva clinica anche alla luce delle nuove acquisizioni all'interno dell'orientamento relazionale, in particolare riguardo alla diagnosi, alla relazione terapeutica e al Sé del terapeuta.

Nella prima parte abbiamo ripreso i temi del nostro precedente contributo del 2011, coniugalità e genitorialità, seguendo la via dell'integrazione con i contributi relativi soprattutto alle ricerche sul trauma, arricchite nella seconda parte dall'uso di nuove tecniche basate sull'immagine. Ogni contributo è corredato da casi clinici che sono stati opportunatamente modificati nel rispetto della privacy. Il filo conduttore resta lo stesso, il processo diagnostico, la relazione e l'uso del Sé del terapeuta, come strumenti determinanti, insieme alle tecniche, per avviare e sostenere quel viaggio affettivo condiviso, nel quale l'influenzamento e l'adattamento reciproco daranno vita a qualcosa di diverso, non prevedibile, che emerge dall'esperienza nella relazione terapeutica.

Ringraziamenti

Pur partendo dal debito che ciascuno di noi conserva con un'intera generazione che ha cercato di cambiare il modo di guardare al tema del disagio mentale e della diversità, vogliamo oggi ringraziare tutti i colleghi che stanno continuando su questa strada e che si trovano oggi riuniti nell'Associazione degli Istituti di Terapia Familiare (AITF), in particolare l'Istituto di Bologna, che da diversi anni ha promosso e portato avanti l'integrazione clinica delle ricerche sul trauma all'interno dell'ottica sistemico-relazionale.

Coerentemente ai temi trattati in questo volume, non possiamo non ricordare, in particolare, Rodolfo de Bernart che già dagli anni '90 aveva introdotto l'uso dell'immagine in psicoterapia e anticipato intuitivamente il ruolo dell'emisfero destro in questo processo.

Al di fuori della stretta appartenenza al campo della psicoterapia familiare, un grazie va a tutti quegli autori e terapeuti che all'interno dell'orientamento relazionale hanno contribuito ad approfondire i temi della relazione terapeutica e dell'uso del Sé del terapeuta.

Sicuramente la nostra riconoscenza va anche e soprattutto ai nostri pazienti che ci hanno impedito e ci impediscono di chiuderci nei limiti ristretti di un supposto sapere, fuori dalla relazione e dall'esperienza. Ma anche alle nuove generazioni, agli allievi e ai giovani didatti va il nostro riconoscimento, per la capacità che negli anni hanno sviluppato di porsi sempre di più come interlocutori attenti e aperti a nuove contaminazioni, come testimoniano i contributi di questo volume.

Un ringraziamento particolare va alla dott.ssa Anna Mascellani che ha accettato di leggere il nostro contributo e di fare una presentazione con la sua abituale precisione e il suo consueto entusiasmo.

Ringraziamo infine la casa editrice FrancoAngeli, in particolare la dott.ssa Ilaria Angeli e la dott.ssa Chiara Colombo per l'apertura e la disponibilità ad accogliere con fiducia tutte quelle proposte che mantengono vivi la riflessione e il dibattito su questa area delicata che è la psicoterapia che continuerà a richiedere a ciascuno di noi cura, ascolto e capacità di continuare a interrogarsi sull'esperienza.

Modello clinico

1. *Sulla strada dell'integrazione*

di *Katia Giacometti*

Chi pratica la psicoterapia raramente è un purista.

Nancy McWilliams

Pensiamo che continuare nel lavoro di integrazione sia il modo più utile per dare alla psicoterapia relazionale, come affermava già Liotti nel 1983, la dignità di una disciplina unificata.

In questo contributo ho deciso di mettere l'accento sulle acquisizioni delle ricerche sul trauma, che ci danno spunti di riflessione sulla dinamica tra rappresentazioni e interazioni, e sulla centralità ormai unanimemente riconosciuta della relazione terapeutica nei processi di cambiamento. In particolare questi studi hanno portato a interrogarci sulle modalità e sugli strumenti per affrontare quelle situazioni che presentano disregolazione emotiva e ostacolano, quindi, quella de-saturazione dello spazio necessaria a fare della relazione terapeutica un luogo di sperimentazione e di mentalizzazione dell'esperienza.

Come ho già avuto modo di sottolineare, negli ultimi anni il dialogo, all'interno dell'orientamento relazionale, con altri modelli teorici, che mantengono tra loro una compatibilità di coerenza epistemologica, ha portato ad approfondire il rapporto tra soggetto e qualità delle relazioni nei contesti di appartenenza. In particolare, gli studi sul trauma, insieme ai risultati delle ricerche nel campo delle neuroscienze, hanno confermato il ruolo centrale della relazione terapeutica come luogo di messa in sicurezza e come agente di cambiamento e rivalutato l'importanza del linguaggio non verbale, implicito, per facilitare l'integrazione e favorire un'esperienza trasformativa.

Come terapeuti sistemico-relazionali siamo abituati ad adottare una lettura a più livelli della realtà e sappiamo che la loro separazione dipende dalle punteggiature dell'osservatore che, nella propria mente, conserva però la complessità che deriva dalla loro interconnessione. Credo sia questa la grande forza dell'ottica sistemico-relazionale che permette di integrare altri contributi, cogliendone la loro complementarietà. Mi sembra utile ritornare

a citarne alcuni. La psicoanalisi relazionale, che ha permesso di cogliere l'articolazione all'interno dell'individuo di molteplici rappresentazioni di sé, dell'altro e della relazione, come mappa complessa che rappresenta la "teoria" che gli individui hanno su di sé e sulle relazioni affettive significative. Questo vuol dire che interazioni e rappresentazioni si influenzano a vicenda. Il problema è lo spazio che rimane per alterarsi reciprocamente e per far spazio all'esperienza presente. A questo proposito, è suggestiva l'immagine che offre Joseph Sandler (1991) del mondo rappresentazionale, paragonato a un palcoscenico in cui i vari personaggi sulla scena rappresentano immagini di sé del bambino, dell'altro e della relazione, insieme alle loro caratteristiche cognitivo-affettive che si collocano nell'esperienza personale. Questo teatro nel tempo sembra stabilizzarsi nelle sue rappresentazioni ed "esistere nell'ambito non esperienziale". Tuttavia questo teatro, se ha in sé un palcoscenico, «comprende anche varie funzioni come quelle di cambiare le scene, sollevare o calare il sipario, tutto il macchinario ausiliario per la produzione scenica, una produzione che fa la sua comparsa nell'ambito esperienziale» (p. 74).

È su questo nesso tra mondo rappresentazionale ed esperienza, tra passato e presente, che dagli anni '90 si è spostata l'attenzione della psicologia e psicoterapia relazionale, sulla possibilità che resti uno spazio insaturo tra rappresentazioni e interazioni per continuare ad apprendere dall'esperienza. Su questo tema i terapeuti relazionali che lavorano con le famiglie (i contesti di appartenenza) hanno dato un contributo importante attraverso lo studio della trasmissione intergenerazionale e dell'influenza del contesto interpersonale sul rinforzo a un dato funzionamento.

Sappiamo che nella dinamica tra mondo rappresentazionale ed esperienza, nel tempo e in alcuni contesti situazionali, alcune parti di sé, con le relative disposizioni relazionali, acquistano, di volta in volta, una maggiore centralità per poi lasciare posto ad altre; oppure alcune vengono rimosse perché vissute in contrasto con il mantenimento del legame. O ancora, per il loro mancato riconoscimento e per i processi di invalidazione presenti nel contesto di crescita, altre vengono dissociate fino a diventare nel tempo inutilizzabili.

La teoria dell'intersoggettività ci ricorda che il confine tra queste parti è soggetto a modificazioni in base alla qualità delle relazioni, quelle vissute e quelle che si stanno vivendo. Basta pensare alla distinzione tra inconscio preriflessivo, inconscio dinamico e inconscio non convalidato (Stolorow, Atwood, 1992; Orange, Atwood, Stolorow, 1997). L'*inconscio preriflessivo* riguarda quei principi organizzatori dell'esperienza che operano al di fuori della consapevolezza dell'individuo. «Essi nascono dalle inferenze emotive che il bambino trae dall'esperienza intersoggettiva nella

famiglia di origine». L'*inconscio dinamico* invece consiste di quelle configurazioni del Sé e dell'altro che alla coscienza non è permesso assumere perché sono associate a conflitti emozionali e rappresentano un pericolo per il soggetto e i suoi legami. In questo modo quello che viene ipotizzato è che l'inconscio dinamico contenga «informazioni emotive, *una volta conosciute*, che hanno dovuto essere "sequestrate" o dimenticate perché creavano conflitti per il soggetto» (Orange *et al.*, 1997, p. 9). Un'ultima forma di inconscio che viene indicata è l'*inconscio non convalidato*, che descrive invece «quegli aspetti della vita soggettiva che non sono mai potuti diventare pienamente esperienza, perché non hanno trovato mai nell'ambiente emotivo una risposta che li convalidasse»[1]. Tutte e tre queste forme di inconscio derivano da specifici contesti di apprendimento. Anche se teoricamente possono essere distinti, nella realtà clinica questi tipi di inconscio possono mescolarsi in modo complesso, soprattutto nei casi in cui l'esperienza traumatica ha comportato, oltre a una mancata sintonizzazione e convalida, anche negazione, inganno, tradimento e azioni violente che hanno portato alla disorganizzazione del Sé.

Gli studi sul trauma hanno arricchito le nostre conoscenze sul funzionamento di queste parti e sui meccanismi che regolano il loro incontro-scontro, mettendo l'accento sul rapporto tra funzionamento individuale e qualità delle relazioni dei contesti di appartenenza e dei contesti situazionali. È su questo punto che vorrei porre l'attenzione, vale a dire sulla connessione tra le caratteristiche di certi contesti interpersonali e le risposte patologiche ai traumi, consapevole che la psicoterapia dei disturbi che ne derivano richiede una conoscenza approfondita di come gestire, nella relazione terapeutica, le difficoltà interpersonali che ne conseguono.

Un contributo centrale delle ricerche e degli studi sugli sviluppi traumatici è stato proprio quello di evidenziare l'incidenza degli eventi reali e delle pratiche educative nell'alterazione dei meccanismi neuronali, nella modificazione dei ricordi e nella regolazione e disregolazione delle emozioni. Insieme la psicotraumatologia ci ha permesso di comprendere come l'integrazione non sia un risultato raggiunto una volta per tutte. Anche la mente più integrata, se esposta a eventi soverchianti dal punto di vista

1. Usando la metafora di un edificio composto di vari piani e di uno scantinato, gli autori osservano: «Nella nostra immagine l'inconscio non convalidato compare sotto forma di mattoni, legname da costruzione e altri materiali inutilizzati che sono stai lasciati sparsi qua e là nell'edificio e nello scantinato, materiali che non fanno parte della costruzione ma che avrebbero potuto farne parte. Questi oggetti vari rappresentano esperienze che non sono state articolate e integrate nella struttura della coscienza e che pertanto, fino a quando non ricevono un'eventuale convalida, restano prevalentemente inconsce» (Stolorow, Atwood, 1992, p. 46).

emotivo, può perdere la sua integrazione e sviluppare nel tempo nuovi percorsi di adattamento. I contributi sulla mente relazionale, confermati dalle ricerche sulle neuroscienze, hanno riaffermato non solo l'impossibilità di separare la mente e il suo funzionamento dai contesti e dalla qualità delle loro relazioni, ma anche il ruolo determinante delle relazioni attuali nei processi riparativi ed evolutivi, e hanno portato a rivedere le variabili del processo conoscitivo che non può prescindere dalle sensazioni, dalle emozioni, dal movimento e dall'azione, in altre parole, dal corpo e dall'esperienza. Apprendimento e consapevolezza non nascono, dunque, da un mero esercizio speculativo ma richiedono di sperimentare in un nuovo contesto differenti modi di *essere con*, per poter integrare nuove informazioni su di sé e l'altro.

Kaës (2009) sembra interrogarsi su questo nesso quando stabilisce un rapporto tra alleanze inconsce e formazione dell'inconscio, quando cioè vede l'inconscio prodursi attraverso i processi che accompagnano la costruzione dei legami. Il legame è infatti co-costruito sulla base di processi collusivi che mettono in primo piano patti e alleanze tra immagini di sé, dell'altro e della relazione, che si affermano sulla rimozione di altre parti che devono restare silenti per garantire continuità al rapporto e stabilità al proprio Sé. In questo senso ciascun individuo si inserisce in una cornice di un già rimosso e la storia del soggetto è anche la storia dei legami tra diverse parti di sé.

1.1. Gli studi sul trauma: la dissociazione

"Tutti possono vivere" per sostituire il mondo spaventoso in cui "Solo uno può vivere".

Jessica Benjamin

Su questo tema, vale a dire sulla dinamica nel mondo interno di queste parti di sé, che è legata a un contesto di apprendimento e a date configurazioni relazionali, gli studi sul trauma ci danno ulteriori spunti di riflessione, in particolare rimettendo al centro dell'attenzione dei terapeuti la dissociazione. Questo meccanismo, o questa funzione, è stato registrato anche nell'organizzazione di alcuni disturbi come quelli alimentari e, in generale, nelle dipendenze, da sostanze, sessuali e relazionali, soprattutto in presenza di un funzionamento border e/o psicotico.

Negli stessi anni gli studi delle neuroscienze, insieme alle ricerche della psicologia evolutiva, hanno stabilito che nei primi due anni di vita è l'emisfero destro a essere dominante e registra la coloritura globale

dell'esperienza. Sempre dal destro viene a dipendere la significazione delle sensazioni (corpo) senza che ancora sia presente la consapevolezza, con la costruzione di quella che viene definita *memoria implicita*. Inoltre, dato che ogni esperienza è filtrata dal passato relazionale, l'emisfero destro fa da filtro anche all'esperienza presente. Per quanto riguarda il trauma, esso resta per sua natura in questa zona implicita e può essere riattivato da trigger che si presentano nelle relazioni attuali. Dal momento che il trauma relazionale riguarda anche età (prima dei due-tre anni) e momenti della vita in cui non si sono costituite tracce mnestiche che renderebbero conto del meccanismo della rimozione, molti terapeuti, anche di stampo analitico, ora utilizzano l'aggettivo *non conscio* per indicare ciò che, pur essendo fuori della consapevolezza, guida gran parte della vita mentale, inclusi atteggiamenti, comportamenti e affetti. Questo è esattamente ciò che suggerisce la *memoria implicita* (Mucci, 2020). In effetti anche in base agli studi neurobiologici sembra che la rimozione, a cura dell'emisfero sinistro, sia una difesa più avanzata in termini di sviluppo, mentre la dissociazione compare prima ed è più primitiva. «È quindi alla dissociazione come modalità più primitiva di origine traumatica che il trattamento dei pazienti gravi deve rivolgersi» (p. 88).

Per quanto riguarda il trauma evolutivo, che è quello che ci interessa, diversi autori distinguono tre livelli: il primo riguarda una cattiva sintonizzazione nell'esperienza infantile; il secondo quando sono presenti trascuratezza, abuso, violenza, mentre il terzo livello è quello che riguarda guerre, genocidi, torture. Come osserva la Mucci, sono tutti traumi *da mano umana*. Ed è infatti solo il trauma da mano umana che crea dissociazione, in casi di vulnerabilità.

La dissociazione si riconosce quando non c'è corrispondenza tra quello che viene detto e il modo in cui viene detto, a cui si associano spesso anche agiti, amnesie e vuoti di memoria. Si registra uno scollamento tra comunicazione verbale e non verbale. Sembra che in questo modo vengano tenute fuori parti che se entrassero in gioco frantumerebbero la mente. Nella mente dissociata sembrano esserci verità incompatibili con il Sé attuale e il sintomo si inserisce al posto di queste verità incompatibili.

Guardando ai tre livelli di trauma, in genere, anche se con alcune differenze, i vari studiosi si interessano alla dissociazione che accompagna i primi due. In questi casi, insieme alla dissociazione, viene registrata una disregolazione dei livelli di arousal. La mente traumatizzata tende a funzionare per iperarousal e dissociazione, anche se è possibile che l'uscita dalla finestra di tolleranza si manifesti con un ipoarousal. Il protrarsi di queste esperienze va a inficiare il funzionamento delle aree superiori delle aree frontali (simbolizzazione, pianificazione, senso estetico…).

Nei casi di patologia grave influisce anche la trasmissione di stili di attaccamento insicuro (insicuro evitante del narcisista; insicuro preoccupato del border; insicuro disorganizzato del border con dissociazione). È presente in altre parole il fallimento della sintonizzazione tra l'emisfero destro del bambino e quello del suo caregiver. Oltre alla mancata sintonizzazione, non si registrano movimenti riparativi né a carico della madre né a carico di altre figure accudenti.

In questi casi l'esperienza non simbolizzata che va a formare la memoria implicita resta dissociata dalla consapevolezza e può far incursioni in relazioni significative attraverso agiti, flashback, emozioni disregolate. Il passato non simbolizzato non assume la forma di ricordi e ciò che non può essere elaborato viene ripetuto anche nelle generazioni successive, come ben sappiamo se guardiamo alla trasmissione transgenerazionale (Giacometti, Mazzei, 2011).

Anche in questi studi viene sottolineato come nevrotico, border e psicotico siano dei funzionamenti, da distinguere dall'organizzazione di personalità. Ad esempio un funzionamento border si può esprimere con una personalità isterica, istrionica, narcisista, perversa, antisociale. I pazienti gravi non hanno capacità di mentalizzare i propri bisogni e quelli dell'altro. Più precoce è il trauma più grave è il disturbo. In base al modello eziologico di sviluppo dei disturbi di personalità formulato da Allan Schore (in Mucci, 2020, p. 41), nei pazienti con comportamenti antisociali il trauma viene collocato tra il quarto e il nono mese, nei border tra il nono e il dodicesimo mese (con il possibile interessamento di stress prenatale in entrambi i casi), mentre per il narcisista tra il diciottesimo mese e il secondo anno di vita. Queste considerazioni ci rimandano alla necessità di valutare il funzionamento e le caratteristiche dei contesti interpersonali di crescita che lo rinforzano.

Tornando alla dissociazione, a parte i contributi fondamentali di van der Hart e della Fisher con l'individuazione dei sottosistemi del Sé che vengono a crearsi e che comprendono le parti che proseguono la vita normale e quelle che invece rappresentano le componenti emotive, che restano fuori dalla consapevolezza e che contengono i sistemi di difesa attivati al tempo della traumatizzazione, ho deciso di soffermarmi su quello di Bromberg che ritengo più significativo, e forse meno conosciuto, per un'ulteriore riflessione sui temi della diagnosi e della relazione terapeutica.

Nei suoi contributi, alla dissociazione viene attribuito l'obiettivo di mantenere la personale continuità, coerenza e integrità del senso del Sé e di evitarne la dissoluzione traumatica. Possiamo pensarla quindi come il tentativo di una possibile "integrazione" per quel paziente in quel contesto.

In particolare Bromberg (1998/2001) si spinge più in là, affermando che i processi dissociativi svolgono un ruolo centrale nel funzionamento sia normale che patologico. «Come difesa la dissociazione diventa patologica quando essa limita proattivamente, e spesso preclude, la capacità di contenere e riflettere sui differenti stati della mente all'interno di una esperienza unitaria» (p. 10). In altre parole, anche nell'individuo meglio funzionante, in una struttura di personalità relativamente normale, la dissociazione limita l'autoriflessione a ciò che è sentito sicuro o necessario per la sopravvivenza del senso del Sé. La dinamica è sempre quella tra *sicurezza e rischio evolutivo*, e la differenza tra normalità e patologia è di nuovo solo quantitativa. In una personalità relativamente coesa la dissociazione può essere considerata una funzione sana e adattiva della mente, un processo che permette ai singoli stati del Sé di funzionare in modo non solo difensivo. Un esempio è il caso della necessità di immergersi in una certa realtà. Un singolo stato affettivo intenso e/o la sospensione della propria capacità di riflessione è esattamente quello che si sta cercando o si desidera. Il riferimento è a quei momenti di concentrazione su un compito o di abbandono a un'esperienza piacevole come nell'innamoramento. In circostanze normali la dissociazione promuove, dunque, l'integrazione delle funzioni dell'Io escludendo gli stimoli eccessivi o irrilevanti. In questo senso essa appare come «il processo mentale che rappresenta intrinsecamente quello che c'è di più umano nella continua negoziazione tra quello di cui soggettivamente facciamo esperienza come conscio e quello che chiamiamo inconscio» (Bromberg, 2011, pp. 48-49).

Nei casi di trauma evolutivo invece l'autoriflessione viene profondamente limitata. «Quello che prima era una normale dissociazione di una configurazione fluida di stato di Sé multipli, che rendono la persona capace di "sentirsi uno in molti", viene irrigidita all'interno di una struttura mentale dissociata… Ogni Sé si trova ora nettamente confinato all'interno di specifici pattern di relazione che forniscono al suo significato un valore di verità» (Bromberg, 1998/2001, p. 16). In questo modo si formano delle isole dai confini rigidi che non comunicano tra loro e che si possono attivare in presenza di stimoli che richiamino il trauma. In questi casi l'obiettivo di una psicoterapia è quello di facilitare il ripristino dei legami tra gli aspetti dissociati del Sé. E noi sappiamo che le diverse costanti del Sé comportano l'integrazione del Sé agente, del Sé dotato di coesione e del Sé affettivo, per fornire al bambino un senso unificato del Sé nucleare.

Quanto afferma Bromberg rimanda a un fallimento della regolazione interpersonale che porta il singolo ad autoregolarsi forzatamente attraverso un processo dissociativo che renda stabile e sicuro il suo modo di percepirsi. Si tratta dunque di un fallimento della sintonizzazione, dei processi riparativi e della regolazione emotiva nella relazione con il caregiver.

L'obiettivo diventa allora quello di allontanare tutte le informazioni che possano venire sia dall'interno che dall'esterno e siano dissonanti con l'equilibrio raggiunto, mentre sappiamo che la crescita implica di aprirsi all'esperienza che contiene possibilità di conflitto, necessità di rivedere i propri punti di vista e di rimodellare il proprio mondo interno in un movimento continuo fuori e dentro di sé. In questa cornice la salute appare come la capacità di rimanere negli spazi tra realtà diverse[2]. D'altra parte la continua dialettica tra l'unità e la separatezza tra stati del Sé fa parte del ciclo evolutivo e ciascun stato funziona come parte della salutare illusione di un'identità personale coesa.

Come aveva già osservato anche Stephen Mitchell (1988), tutti noi «siamo impegnati sia nella creazione e nel mantenimento di un senso del sé relativamente stabile e coerente, che trascenda gli alti e i bassi della percezione e degli affetti, sia nella creazione e mantenimento di legami con gli altri che siano affidabili e fungano da sostegno, nella realtà esterna come in quella interna» (p. 34). Gli schemi ripetitivi della psicopatologia procurano il collante organizzativo che tiene insieme il Sé e, nello stesso tempo, conservano le connessioni precoci con le figure di riferimento del passato. Il nuovo diventa terrorizzante perché richiede qualcosa che il paziente vive come l'abbandono di antiche fedeltà grazie alle quali si sente connesso e legato affettivamente.

Sicuramente la dissociazione svolge una funzione di difesa, ma diversa dalle altre. Quando si dice che rappresenta una reazione al trauma, si intende una reazione a un conflitto intrapsichico insostenibile. Il trauma poi non termina mai per il cervello, perché esso lascia il residuo di un affetto non elaborato, dissociato, che il cervello non è in grado di regolare. E quello che il cervello non riesce a regolare cerca di controllarlo. Così dopo il trauma, la mente arruola la dissociazione per assicurarsi che lo shock destabilizzante non si ripeta. Da questo momento c'è una struttura dissociata che ha il compito di anticipare in maniera vigile questo rischio. In questo caso «la dissociazione non è più una funzione della mente, la mente diventa una funzione della dissociazione» (Bromberg, 2011, p. 50). Vengono così danneggiate la funzione riflessiva e la capacità intersoggettiva. Le informazioni provenienti dagli altri stati del Sé o dagli altri individui vengono ostacolate a favore della singola verità di ogni stato. In questa cornice l'emergere di un *Io osservatore* diventa, quindi, segnale della presenza di una

2. «… lavorare "tra gli spazi", seguendo le indicazioni di Bromberg, significa riuscire a mantenere nella mente le varie possibili rappresentazioni di sé-con-l'altro senza identificarsi totalmente con un ruolo», da Farina B., Tombolini L., Onofri A. (2014), "Come sulle montagne russe", in Liotti G., Monticelli F., *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 188-189.

crescente capacità dell'individuo di contenere ed elaborare la comunicazione interna tra stati del Sé discrepanti, senza che questa comunicazione venga preclusa difensivamente. Integrazione e dialogo richiedono riconoscimento, differenziazione e accoglimento delle varie parti in gioco, mentre la patologia segnala l'identificazione e fusione con una parte limitata di sé.

In una psicoterapia l'obiettivo diventa allora quello di favorire e rendere possibile la simbolizzazione cognitiva dell'esperienza affettiva non elaborata, che include la memoria procedurale, perché sicuramente la dissociazione interrompe il normale collegamento tra la comunicazione simbolica e sub-simbolica, per lo meno per un certo periodo. E qualunque sia lo stato della realtà dissociata dell'individuo, la persona che entra in relazione sarà interpersonalmente "adattata" per combaciare con l'immagine dell'oggetto interno necessario per assicurarsi una stabilità affettiva. Non esiste spazio per una negoziazione relazionale. Come osserva Bromberg (1998/2001), «parte del lavoro in ogni analisi, a un certo punto della terapia, è quello di facilitare la transizione dalla dissociazione al conflitto, così che possa realizzarsi una rimozione autentica e i contenuti della mente diventare accessibili all'esplorazione autoriflessiva, alla ristrutturazione interpretativa, e all'esperienza di possedere un passato autentico» (p. 213).

Sotto il regime della dissociazione, infatti, senso del Sé e alterità non possono essere negoziati e le parti di sé che non vengono simbolizzate sul piano cognitivo sono organizzate come isole di realtà affettiva che restano segregate. La possibilità che queste parti tornino vive e abbiano una esistenza relazionale è che entrino a far parte della comunicazione con l'altro, siano riconosciute e possano essere oggetto di riflessione. Ma proprio perché anche nel rapporto terapeuta-paziente la dinamica è quella tra sicurezza e rischio evolutivo, nella relazione terapeutica la coesistenza di sicurezza e rischio diventa essenziale per uscire da una cieca ripetizione del passato e rivivere un processo di crescita.

1.2. La relazione terapeutica

> *Il compito è di ampliare la nostra ragione per renderla idonea a comprendere ciò che in noi e in altri precede e sopravanza la ragione.*
>
> Maurice Merlau-Ponty

Queste osservazioni, calate nel contesto della terapia, ci portano a rivalutare la comunicazione non verbale del terapeuta stesso (i nostri gesti, il nostro tono di voce, il nostro modo di ascoltare e comunicare) e, nello

stesso tempo, a guardare alla relazione terapeutica come a un incontro di sistemi dinamici che hanno caratteristiche indipendenti e che devono trovare dei punti di incontro.

Come sottolinea Daniel Stern (2004), il *momento presente* agirà come un nuovo contesto di sperimentazione e di apprendimento di altri modi di essere con l'altro. Pertanto il processo terapeutico sarà un viaggio affettivo condiviso, nel quale l'influenzamento e l'adattamento reciproco daranno vita a qualcosa di diverso, non prevedibile, che emerge da questa nuova esperienza relazionale. Entrambe le parti contribuiscono continuamente alla direzione terapeutica, attraverso la comunicazione verbale e non verbale. L'accento è sull'esperienza presente e sul processo di negoziazione congiunta tra terapeuta e paziente per trovare una direzione comune e un punto di incontro. Nel corso di questo processo, attraverso tentativi ed errori, rotture e riparazioni, il terapeuta dà il suo contributo a co-creare un nuovo contesto in cui la qualità intersoggettiva della relazione acquista un ruolo centrale. E Stern parla chiaramente del sistema intersoggettivo come di un sistema motivazionale che permette una regolazione del senso di sicurezza e di appartenenza a distanza. Per questo la *qualità intersoggettiva* della relazione sarà sempre obiettivo e fondamento del lavoro psicoterapico, soprattutto nei casi in cui la mancanza o carenza di intersoggettività ha contribuito al realizzarsi e al mantenersi di un funzionamento border e/o psicotico (Giacometti, 2020). L'intersoggettività è infatti quella condizione che rende possibile l'elaborazione dell'esperienza e rende ogni scambio area di riconoscimento reciproco dell'altro come interlocutore da scoprire. Al posto di risposte reattive e automatiche deve potersi aprire uno spazio di sperimentazione, di sospensione, per ricercare momenti di condivisione e di cooperazione, momenti di separatezza, di revisione delle aspettative, di scoperta dei limiti propri e dell'altro, di rottura, di riparazione e di negoziazione.

Sappiamo che, ai fini evolutivi, elementi fondamentali del contesto interpersonale sono sintonizzazione, flessibilità di risposta, negoziazione e intersoggettività. È quest'ultima che garantisce uno spazio di ascolto, di elaborazione e l'arresto di reazioni e automatismi che danno per scontato l'altro e la qualità della relazione. È l'intersoggettività che introduce la possibilità che un nuovo legame faccia emergere nuove versioni di sé. L'evoluzione dell'individuo passa, dunque, attraverso esperienze diverse in cui si alternano ruoli oggettivi e ruoli soggettivi e l'idea di famiglia in evoluzione coincide con una rete di relazioni che comprendono la possibilità di dialogare. Nel dialogo infatti è contenuta la possibilità di riconoscimento e di individuazione per entrambi i partecipanti. Nell'esperienza clinica, in presenza di funzionamenti border e/o psicotici, si è tornati a mettere l'accento