



Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

2

SCUOLA DI FORMAZIONE
IN PSICOTERAPIA COGNITIVA



Maggio - 2005

Maggio

2005

2

Appunti... del Centro Terapia Cognitiva

COMITATO DI REDAZIONE:

Carla Antoniotti, Rita Arditto,
Maria Grazia Calzolari, Gianluca Chiesa,
Sabrina Manzi, Gianni Monti, Fabio Moser,
Giuseppe Nava, Patrizio Pintus,
Silvia Rinaldi, Matteo Vicentini.

COMITATO SCIENTIFICO:

Bruno G. Bara, Maurizio Dodet, Emanuela Iacchia,
Bruno Intreccialagli, Gianni Liotti,
Grazia Manerchia, Walter Mascetti, Adriana Pelliccia,
Rita Pezzati, Mario Reda, Giorgio Rezzonico,
Saverio Ruberti, Savina Stoppa Beretta,
Maria Grazia Strepparava, Fabio Veglia.

DIRETTORE:

Marzia Mattei

INDICE

EDITORIALE	pag. 7
IDENTITÀ PERSONALE E ATTEGGIAMENTI VERSO LA REALTÀ IN SOGGETTI CON ORGANIZZAZIONE COGNITIVA DI TIPO DEPRESSIVO: CENNI TEORICI E CLINICI Giuseppe Nava e Marzia Mattei	pag. 9
IL LINGUAGGIO METAFORICO NELLA PSICOTERAPIA COGNITIVA Marzia Mattei, Marco Mossi, Giuliana Berisso	pag. 51
COME VINCERE LE SFIDE E FARLA FRANCA Giovanni Battista Monti, Marzia Mattei	pag. 63
LO SPAZIO D'ASCOLTO: PSICOLOGI A SCUOLA Emanuela Iacchia e Marzia Mattei	pag. 69
GRUPPO PSICOEDUCAZIONALE PER ANZIANI PROTESIZZATI LA PRESA IN CARICO DEL DOLORE E DELLA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NEL PAZIENTE ANZIANO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA. Marco Pastorini, Luisa Pietrasanta, Sergio Rigardo	pag. 75
FILOGENESI DELL'AMICIZIA... Anna Banderali, Marcella Linguadoro	pag. 83
INTERVISIONE NARRATIVA Fulvio Bianchi, Monica Grobberio, Patrizio Pintus	pag. 89
INDIRIZZARIO STUDI COGNITIVISTI Rita Pezzati	pag. 95
CONGRESSI, CORSI E CONVEGNI. APRILE - DICEMBRE 2005	pag. 101

EDITORIALE

Marzia Mattei

Cip e Ciop e altre storie.

Il 7 di gennaio 2005 sono diventata zia, due nipotini in un colpo solo: *Cip e Ciop* (mi perdonino la mamma e il papà per i soprannomi). Festeggiamenti, allegria, eccitazione per il lieto evento e i nuovi arrivati hanno contagiato tutti, parenti e non.

Personalmente ho fatto un salto indietro nei miei ricordi, custoditi gelosamente, della nascita dei miei due figli, rivivendoli con la stessa gioiosa intensità.

Come per tutti gli inizi, entusiasmo, eccitazione, sorpresa, sono totalizzanti e pervasivi. E' così anche per l'avventura quadriennale della Scuola di Formazione: il primo anno è innamoramento incondizionato. E' reciproco: perché negare il piacere di essere visti perfetti!?. Nel corso del secondo anno gli studenti diventano più riflessivi e cominciano a dare soddisfazioni. Il terzo anno (l'adolescenza) fanno di testa loro, saltano le lezioni che non ritengono importanti, formulano modalità di pagamento bizzarre e personalizzate, diventano polemici ipercritici, o evitanti: più impegnativi ma indubbiamente stimolanti. Avviano un processo di separazione che si conclude il quarto e ultimo anno. Seppure in modi e tempi diversi, consolidano la loro autonomia personale e professionale e sono pronti a spiccare il volo.

Non posso impedire al mio pensiero di tornare, per analogia, ai miei figli, impegnativamente adolescenti, che mi regalano momenti di grande intensità emotiva e momenti di turbamento e sconforto. Anche loro si alzeranno in volo verso direzioni già immaginate o del tutto inaspettate.

Nel suo vagare, il mio pensiero si sofferma su "**Appunti.....del Centro Terapia Cognitiva**": la rivista è nata sulla scia dell'eccitazione per il decennale della Scuola di Formazione. Attesa creatura, il n° 1, ci sarebbe andata bene anche con mille difetti, solo per il fatto di essere riusciti a darle vita. Ora ci aspettiamo che cresca, diventiamo più esigenti e ci poniamo altri obiettivi. Ci stiamo impegnando per migliorarne la qualità e abbiamo bisogno del contributo dei docenti, degli studenti e degli ex studenti. E' una fatica, ma anche una scommessa..... una delle tante!

IDENTITA' PERSONALE E ATTEGGIAMENTO VERSO LA REALTA' IN SOGGETTI CON ORGANIZZAZIONE COGNITIVA DI TIPO DEPRESSIVO: CENNI TEORICI E CLINICI.

Giuseppe Nava* e Marzia Mattei**

INTRODUZIONE

Il presente lavoro ha lo scopo di proporre una sintesi teorica ed una esemplificazione clinica sul tema dell'identità personale e dell'atteggiamento verso la realtà in soggetti con organizzazione cognitiva di tipo depressivo. L'articolo è suddiviso in due parti: la prima di carattere esclusivamente teorico, la seconda di tipo essenzialmente clinico. Nella prima parte viene proposta una sintesi descrittiva dell'itinerario di sviluppo dell'organizzazione depressiva facendo riferimento ad alcuni Autori (Reda, 1986; Guidano, 1988; Ruberti, 1996) che hanno trattato esaurientemente questo tema.

Nella parte clinica viene invece presentato il caso di Francesca (nome di fantasia), una giovane donna per la quale si ipotizza un'organizzazione cognitiva di tipo depressivo e che all'epoca in cui è stato raccolto il materiale clinico qui presentato era seguita in terapia da uno degli scriventi (Nava) da circa un anno.

Oltre alla storia di sviluppo della paziente viene presentata anche un'autobiografia e la trascrizione di un colloquio. Il colloquio contiene anche un sogno i cui contenuti ben si adattano all'organizzazione cognitiva ipotizzata per la paziente. Il lavoro viene concluso da alcune sintetiche riflessioni sul materiale clinico presentato, a partire dalla teoria.

PARTE PRIMA: CENNI TEORICI

1.1 L'organizzazione cognitiva di tipo depressivo

Secondo Guidano (1988) "l'aspetto centrale di un'organizzazione depressiva consiste in una spiccata propensione a rispondere con

*Nava
Giuseppe*
Psicologo
Psicoterapeuta,
socio
ordinario
SITCC,
cotrainer
della Scuola di
Formazione in
Psicoterapia
Cognitiva di
Como.*

*Marzia
Mattei**
Psicologa
Psicoterapeuta,
socio ordinario
SITCC, socio
fondatore del
Centro Terapia
Cognitiva di
Como e docente
nella Scuola di
Formazione in
Psicoterapia
Cognitiva dello
stesso Centro.*

disperazione (*helplessness / hopelessness*) e rabbia a eventi discrepanti anche minimi, come risultato di un'attiva organizzazione di tali eventi in termini di perdita e delusione”.

Ruberti (1996) mette l'accento su di una modalità di organizzazione della conoscenza che implica “sentimenti di inadeguatezza personale e solitudine”, legati ad una percezione di sé come persona “incapace di avere amore e attenzione per i propri bisogni più intimi e personali; [...] destinata a ricevere indifferenza e ostilità qualora si presenti con le proprie autentiche caratteristiche”. Sempre Ruberti mette in risalto le differenze fondamentali sottese ai concetti di **organizzazione depressiva** e di **sindrome depressiva**. La prima “definisce un modo particolare di ordinare stabilmente il flusso dell'esperienza, le attribuzioni di significato e le conoscenze personali, un modo che è vissuto in maniera egosintonica dal paziente, vale a dire che è sentito come l'unico modo possibile e corretto di spiegarsi quanto *si esperisce*. Questa lettura della realtà porta ad un equilibrio personale e ad un'adattamento alla vita sociale particolari [...]. Questi, una volta raggiunti, non necessariamente si associano a sentimenti di intensa sofferenza. La **sindrome depressiva** indica invece l'emergere, generalmente episodico, di forti emozioni legate alle dimensioni di colpa, vergogna e rabbia e vissute con un pervasivo senso di tristezza e di disperazione. Tali emozioni negative interferiscono potentemente con la visione del mondo e con le capacità cognitive, operative e d'interazione sociale” (Ruberti, 1996).

Si parla quindi di sindrome depressiva quando ci si riferisce ad uno stato di perturbazione dell'equilibrio personale; ciò può avvenire sia in una persona con un'organizzazione cognitiva depressiva, sia in persone con altra organizzazione cognitiva.

1.2 La relazione di attaccamento e la prima infanzia

Diversi Autori (Reda, 1986; Guidano, 1988; Ruberti, 1996) concordano sul fatto che un individuo tende a costruirsi un'organizzazione depressiva della conoscenza a partire dalle proprie esperienze relazionali più significative; tra queste ultime grande importanza rivestono le relazioni di attaccamento, anche se, come emerge da recenti ricerche, al pattern d'attaccamento non può essere conferito carattere predittivo circa lo sviluppo, nell'individuo stesso, di una particolare organizzazione cognitiva piuttosto che un'altra.

Secondo Reda (1986) nella storia di sviluppo di un paziente con organizzazione depressiva si riscontrano spesso situazioni di reciprocità tra figlio e genitori caratterizzate dalla “carezza di contatti

affettivi e dalla presenza di prolungati e frequenti precoci distacchi". L'apprendimento dell'inaiutabilità non dipenderebbe tanto dalla perdita affettiva in sé, quanto dal fatto di non poterla elaborare recuperando mediante i propri sforzi la situazione di attaccamento e le cure necessarie. Oltre ai casi eclatanti di separazione dalla figura di attaccamento per decesso della stessa o per istituzionalizzazione del bambino, vi sarebbero "molto più frequentemente situazioni meno evidenti e meno considerate, i cui effetti si rivelano in età adulta, che costituiscono gli antecedenti per un'iniziale organizzazione della propria personalità in senso depressivo".

Reda (1986) fa un esplicito riferimento a quei casi in cui, in maniera molto evidente, un bambino venga messo nettamente in secondo piano dai genitori rispetto ai fratelli dal punto di vista affettivo, delle cure e delle attenzioni. Oppure ai casi in cui un bambino ancora piccolo venga responsabilizzato eccessivamente, quasi fosse un adulto, nei confronti di un fratello bisognoso di cure. O ancora a quei casi in cui esiste una manifesta conflittualità tra i genitori e il bambino si debba dividere fra il ruolo di consolatore di uno dei due e quello di elemento centrale per la riappacificazione della coppia. Diversi Autori (Reda, 1986; Guidano, 1988; Ruberti, 1996) concordano sul fatto che in queste situazioni spesso il bambino si sente anche responsabile in prima persona dei litigi dei genitori o del fatto di non riuscire ad evitarli. Ciò perché il bambino, per il fisiologico bisogno di cure, è naturalmente portato a vedere i genitori sempre in modo positivo e ad escludere informazioni contrarie a questa sua visione delle cose (Bowlby, 1980).

Secondo Guidano (1988) "la caratteristica di fondo alla base dell'itinerario di sviluppo di un'organizzazione cognitiva personale depressiva riguarda la continua elaborazione di un senso di perdita che accompagna l'andamento anomalo dei rapporti di attaccamento con i genitori. I modelli di attaccamento che possono favorire l'elaborazione di un'esperienza di perdita sono di diverso tipo, e nel singolo individuo essi possono essere presenti sia separatamente che in combinazione fra loro". L'Autore elenca, oltre all'evento di perdita di un genitore durante la fanciullezza, delle possibili modalità di attaccamento che possono, eventualmente, portare a questo tipo di organizzazione cognitiva. Per esempio nel caso in cui i genitori - poco espansivi e apparentemente distaccati - da un lato richiedano al bambino il raggiungimento di livelli non comuni di prestazione e di senso di responsabilità e dall'altro non gli forniscano il sostegno emotivo e affettivo che sarebbe necessario per raggiungere tali obiettivi sviluppando al contempo un adeguato senso

di competenza personale. Si tratta di genitori che attribuiscono una particolare importanza al successo e al prestigio personale, soprattutto quando è ottenuto con grande fatica e lottando contro le difficoltà. Secondo Guidano (1988) questi modelli di attaccamento sono piuttosto frequenti nelle esperienze di sviluppo dei soggetti con organizzazione cognitiva di tipo depressivo.

Frequenti sono anche le esperienze di attaccamento invertito in cui il bambino è costretto dal genitore a prendersi cura dello stesso che parimenti lo accusa continuamente di non essere degno del suo affetto. In quest'ultimo caso l'adesione del bambino a norme rigidamente stabilite è ottenuta tramite un atteggiamento più o meno costante di rifiuto e di distacco emotivo mentre nel caso precedente lo stesso fine è raggiunto con un uso alternato di induzione di responsabilità e minacce di abbandono. Secondo Guidano (1988) entrambe queste modalità rientrano nella più ampia categoria del "controllo parentale privo di affetto" ed in entrambi i casi "la strutturazione di un senso di perdita e di solitudine appare intrinsecamente connessa al senso della propria inadeguatezza e scarsa amabilità".

Anche Reda (1986) parla di "reciprocità invertita" e di "autonomia forzata" con sensazione di fatica e di immagine di sé di un bambino che da solo si impegna in funzione degli altri.

Secondo Ruberti (1996) il meccanismo di genesi di gran lunga più probabile nello sviluppo di questo tipo di organizzazione cognitiva poggia le sue basi in una relazione di attaccamento di tipo evitante, ovvero in situazioni in cui "le richieste di vicinanza e conforto ottengono con regolarità risposte di non ascolto e di indifferenza, quando non di infastidito allontanamento o di aperta ostilità". Si tratta di esperienze di disattenzione o vero e proprio rifiuto, alle quali il bambino reagisce con inibizione delle richieste manifeste di cura e di attenzione, solo perchè questo è l'unico modo che esperisce possibile per ottenere un minimo di relazione o di vicinanza potenzialmente protettiva, con la figura di attaccamento.

Fra le righe emerge chiaramente che ciò non significa che un pattern di attaccamento evitante debba necessariamente implicare un'organizzazione della conoscenza di tipo depressivo con ciò che ne deriva nei termini dell'attitudine verso di sé e verso la realtà. Oltre ai motivi citati dagli altri Autori, Ruberti mette l'accento sul fatto che un attaccamento di tipo evitante può essere anche dovuto alla non accettazione del proprio ruolo da parte della madre, oppure è possibile che anche "una madre tendenzialmente affettuosa e sensibile sia disturbata e ostacolata nelle sue capacità e poten-

zialità da importanti problemi medici o sociali”. (Ruberti, 1996). Questo Autore sottolinea anche come lo sviluppo di un’immagine di sé negativa passi attraverso quel processo di autocolpevolizzazione del bambino già citato in una parte precedente del presente lavoro. Questi bambini tenderanno quindi a celare aspetti di sé ritenuti cattivi, grazie alle esperienze pregresse, al fine di poter mantenere per lo meno un livello minimo di relazione (*protettiva*) con gli altri significativi. Nell’ambito dello sviluppo di un’organizzazione cognitiva di tipo depressivo si consolideranno quindi le suddette modalità di percepire le interazioni personali, di prevedere i rifiuti e di considerare inevitabile il dover celare parti di sé. Secondo Reda (1986) “solo se avviene un recupero affettivo si potranno affrontare e superare in modo adattativo le situazioni di perdita nel corso della vita, altrimenti si continuerà a percorrere e comunque a privilegiare la traccia della solitudine con sensazioni, aspettative e schemi emotivi di perdita in cui ci si riconosce.”

1.3 La fanciullezza

Diversi Autori (Reda 1986; Guidano 1988; Ruberti 1996) concordano su alcuni aspetti che si evidenziano nella fanciullezza di chi si colloca su di un itinerario di sviluppo di tipo depressivo:

- questi bambini mostrerebbero, in maniera significativa, aspettative di rifiuto e di abbandono che in genere sono continuamente rinforzate, anche in questo periodo dello sviluppo, dai comportamenti delle persone significative. Tali comportamenti, a loro volta, sarebbero in parte favoriti, in una sorta di circolo vizioso, dagli atteggiamenti stessi di questi bambini. Si tratta quindi di fanciulli con un’immagine di sé caratterizzata dalla poca amabilità e dall’incapacità di suscitare interesse e attenzione negli altri, a cui consegue un’esperienza di solitudine.
- sarebbero fanciulli che mostrano “un’autosufficienza compulsiva” (Bowlby, 1977) nel senso che, in seguito all’esperienza di solitudine cui si è fatto cenno al punto precedente integrano nella propria immagine di sé anche la sensazione di dover contare unicamente su se stessi nell’explorare il mondo sconosciuto che hanno di fronte.
- i genitori di questi bambini si mostrerebbero insufficienti sul piano affettivo e del riconoscimento personale, mentre sarebbero molto esigenti a livello delle richieste e dei doveri.

“Secondo Reda (1986) vi sarebbe, da parte di questi genitori, la tendenza a disconfermare i maschi sul versante intellettuale (“tan-

to non capisci niente”) e le femmine sul versante fisico-estetico (“come sei brutta...”). I messaggi svalutativi sarebbero tesi non solo al controllo ma anche al mantenimento di un costante distacco affettivo. “Le frequenti separazioni fisiche, il distacco affettivo e le continue disconferme dei genitori vengono vissuti in questo periodo dello sviluppo con sensi di colpa (Reda, 1986).

Per Ruberti (1996) vi sarebbe invece, a quest’età, la possibilità di uno spostamento attribuzionale: mentre alcuni fanciulli si sentono rifiutati in quanto indegni, altri attribuiscono all’esterno la causalità del rifiuto (“mi rifiuta perché è cattivo”) a volte con intensità tale da predisporre ad interpretazioni persecutorie. La negatività, attribuita a sé o all’altro, continua tuttavia ad essere uno degli elementi centrali della realtà costruita da questi fanciulli.

Il bambino, quindi, inizia a sentire che al fine del mantenimento della relazione con le figure significative deve nascondere parti di sé (fantasie, sentimenti, preoccupazioni) che potrebbero fargli vivere ulteriori esperienze di rifiuto: iniziano quindi ad evidenziarsi comportamenti di dissimulazione ed inganno come anche una scarsa spontaneità e autenticità nelle relazioni interpersonali.

Questi bambini che si sentono non accettati per le loro caratteristiche più personali, iniziano allora ad esplorare altre modalità per essere accettati e valorizzati. In molti casi si assiste quindi ad un grande investimento sulla scuola o su attività sportive o artistiche o sul dare aiuto agli altri, perlopiù con risultati brillanti. Tuttavia, episodici fallimenti in queste attività, per la valenza soggettiva e relazionale delle stesse, possono essere vissuti in maniera intensamente negativa da questi bambini; ciò, unito all’aspettativa di non ricevere supporto in caso di fallimento, può creare difficoltà nel campo della competizione per cui alcuni di questi bambini o la evitano o la vivono con eccessiva enfasi.

Il dare aiuto agli altri può essere vissuto come l’unico modo per conoscere una dimensione di attenzione mai ricevuta personalmente. In molti casi, però, diventa una dimensione fondante della propria identità che risulterà eccessivamente sbilanciata “su comportamenti e modelli di sacrificio personale a favore degli altri. Fino a sentirsi obbligati, per mantenere un livello sufficiente di attenzione e di autostima, a impegnarsi intensamente in costanti atteggiamenti e attività di cura” (Ruberti, 1996).

L’inversione del rapporto di attaccamento, di cui si è già parlato nel presente lavoro, altro non è che un caso particolare di espressione di questo “accudimento compulsivo” (Bowlby, 1980).

Secondo Ruberti (1996) il percorso che da uno stile di attacca-

mento evitante può portare allo strutturarsi di un'organizzazione cognitiva di tipo depressivo può evidenziarsi con diverse modalità che tuttavia sottenderebbero un identico modello operativo interno: "Io non sono degno di essere amato per le mie caratteristiche più autentiche, né per il fatto stesso di esserci; posso forse meritare un po' di stima e attenzione se sto attento a non dare fastidio, se mi faccio notare per la mia bravura e mi rendo utile per la felicità degli altri ". Guidano (1988) pone l'accento sull'oscillazione ritmica e antagonista tra rabbia e disperazione. Secondo questo Autore all'inizio della fanciullezza la realtà è come se fosse comprensibile, da questi soggetti, solo attraverso un continuo succedersi e alternarsi di rifiuti e reazioni di rabbia. Crescendo, grazie allo sviluppo cognitivo, il bambino manifesterebbe la tendenza a cercare attivamente gli stati intermedi sull'asse rabbia-disperazione. Ciò gli permetterebbe di ridurre le possibilità di ricevere rifiuti e di mantenere più efficacemente la relazione possibile con gli altri significativi. Ne "emerge un itinerario di sviluppo in cui la continua anticipazione di perdite e fallimenti viene sperimentata dal bambino depresso (*helpless child*) come il modo più efficace di essere sempre in grado di controllare e ridurre l'intensità delle emozioni dirompenti che si verificherebbero in occasione di delusioni o fallimenti personali, percepiti a loro volta come certi e inevitabili" (Guidano, 1988).

1.4 L'adolescenza

Se nella fanciullezza troviamo situazioni di reciprocità invertita, nelle quali il bambino che è chiamato a dare al genitore sostegno, e protezione, nell'adolescenza questo ruolo obbligato di care giver, è incompatibile con l'attivazione del sistema agonistico: non si può aggredire qualcuno che si ha il compito di accudire, pena la perdita della propria amabilità che è strettamente collegata al dover fare il bene della figura di attaccamento, fino al sacrificio di se stesso. In alternativa si trova il dilagare del *senso di colpa*, causato dal fatto di essersi concessi un qualunque ascolto dei propri bisogni, invece che di quelli dell'altro (Bara, Mattei, 2003). La sensazione di solitudine, che in adolescenza è produttiva quando finalizzata alla ricerca di nuove relazioni amicali, diviene una solitudine epistemologica (Reda, 1986).

L'esistenza di un gruppo amicale rappresenta per l'adolescente con scompenso depressivo, l'ennesimo doversi occupare di qualcuno che ha bisogno. Tutti soffrono più di lui e hanno maggiore diritto di essere compresi e confortati. Anche in questa fase evolutiva vi è quindi una conferma della tendenza all'isolamento ed a svolgere

le diverse attività in maniera solitaria ed anonima. Tale tendenza all'isolamento spesso si accompagna ad una maturità raggiunta precocemente; questo modo di essere, quasi inevitabilmente, è motivo di segregazione e di incomprensione non solo da parte dei coetanei ma, in genere, anche da parte degli adulti. Si assiste quindi ad una sorta di circolo vizioso in cui la scarsa stima di sé e la scarsa abilità comunicativa, già proprie del fanciullo, implicano un fallimento nelle relazioni; cosicché ripetute esperienze di rapporti che non si consolidano lasciano un ulteriore senso di vuoto affettivo e di solitudine nell'adolescente che sta percorrendo la traccia depressiva. A volte è proprio la tipica dedizione assoluta nei confronti del partner che fa sentire, al confronto, le attenzioni di quest'ultimo insufficienti. In queste situazioni talvolta, si assiste a manifestazioni di rabbia, sentite come l'unico modo possibile di manifestare i propri bisogni o la propria delusione, e ciò facilmente può portare alla rottura della relazione con un feedback circa il senso di incapacità personale a mantenere i legami sentimentali nonostante i propri sforzi. La rabbia appare quindi connessa con la tristezza e la disperazione. Le conseguenze si manifestano su due versanti: all'esterno le ricorrenti perdite precoci attivano una rabbia sempre meno controllabile con maggiori probabilità di ottenere sempre più rifiuti e abbandoni che inevitabilmente confermeranno la propria incapacità. All'interno le ripercussioni nell'attitudine verso il sé spiegano l'elevata incidenza, nei soggetti depressi, fin dall'adolescenza, di comportamenti autodistruttivi quali i tentativi di suicidio e l'uso di sostanze anestetizzanti come droghe e alcool (Guidano 1988).

I primi tentativi di ingaggiarsi sentimentalmente vanno spesso male anche perché, con una certa frequenza, si evidenziano grosse difficoltà ad impegnarsi totalmente in una relazione intima anche per la costante aspettativa di abbandono, che analogamente agli insuccessi e alle delusioni, viene attribuita a qualche aspetto interno stabile e negativo. Come si è già visto in parti precedenti del presente lavoro chi segue la traccia depressiva tende a non mostrare all'altro parti importanti di sé nell'ambito delle relazioni sentimentali. Ciò implica un vissuto soggettivo di indegnità collegato alla non autenticità nel relazionarsi all'altro, ma al contempo fa anche sentire l'amore dell'altro come inaffidabile in quanto basato su di una visione solo parziale delle proprie caratteristiche personali. Succede così che queste prime esperienze sentimentali, potenzialmente correttive rispetto ad alcuni schemi emozionali di base del soggetto come per esempio la non amabilità personale,

non vengano in genere sfruttate (Ruberti, 1996). Secondo lo stesso Autore anche la sessualità costituisce, per chi si colloca su di un itinerario depressivo, una dimensione relazionale difficile da affrontare in quanto implicherebbe l'aspettativa di deludere o di non piacere al partner, vissuto come giudicante, oltre a difficoltà riguardanti le capacità di intimità fisica e di abbandono all'altro. La sessualità può quindi essere evitata o vissuta come attività fantastica e masturbatoria oppure come una sfida tesa a dimostrare a sé, più che al partner, la propria abilità e dedizione; quasi mai costituisce, quindi, un'attività finalizzata alla comunicazione intima ed emozionale e al darsi reciprocamente piacere.

In adolescenza le aree dove vengono sperimentate minori difficoltà sono quelle in cui è possibile perseguire obiettivi socialmente apprezzabili. Si tratta in genere di attività condotte in maniera solitaria con molta serietà e solitamente a prezzo di grande fatica se non addirittura di sacrificio personale. Il fine implicito di tali attività è il riscatto delle parti di sé meno nobili e accettabili e il rafforzamento dell'immagine di sé più apprezzata socialmente (Ruberti, 1996).

Nella costruzione dei ricordi da parte di chi segue una traccia di sviluppo depressiva si ritrova una particolare attitudine ad un massiccio utilizzo della memoria semantica e ad uno scarso uso della memoria episodica. Ciò implica una narrazione relativa alla propria infanzia fatta attraverso giudizi astratti e generali su quanto è avvenuto in quel periodo e sulla relazione avuta con i genitori, con scarsi richiami ad episodi particolari. Cosicché un ragazzo può dire di aver avuto un'infanzia felice senza però saper rievocare episodi che testimonino tale felicità.

In questo tipo di adolescenti si assiste spesso anche ad una polarizzazione delle rappresentazioni di sé e degli altri che implicano frequenti idealizzazioni o svalorizzazioni. Ciò succede in particolare riguardo ai genitori ma anche negli altri ambiti relazionali e sarebbe favorito dall'esclusione dalla propria elaborazione di importanti elementi emotivi e di alcuni dati di esperienza.

Guidano (1988), trattando dell'adolescenza di questi soggetti, mette l'accento sul decentramento del senso di incontrollabilità. Si assisterebbe infatti ad uno spostamento della centralità dalla percezione immediata e negativa della realtà, tipico della fanciullezza, ad aspetti specificamente negativi della percezione di sé (da qui i tipici rimproveri e le autoaccuse) a cui poi questi ragazzi cercano di contrapporsi attivamente al fine di superarli o perlomeno ridurli. Secondo tale Autore questa attribuzione a Sé sarebbe il processo

primario di equilibrare la coerenza sistemica di un'organizzazione depressiva, in quanto permetterebbe al soggetto di non sentirsi in balia di una realtà esterna negativa e stabile rispetto alla quale sentirsi completamente impotente.

1.5 Identità personale e atteggiamento verso la realtà in età adulta.

Diversi Autori (Reda, 1986; Guidano, 1988; Ruberti, 1996), sostanzialmente, concordano su alcuni aspetti caratteristici dell'immagine di sé di adulti con organizzazione cognitiva di tipo depressivo:

- Una valutazione di sé come persona negativa, poco amabile o indegna di amore, impotente di fronte a gran parte delle situazioni che deve affrontare.
- La sensazione di poter contare solo su sé stessi, con un grande senso di autoresponsabilità ed un vissuto di pesantezza anche per un minimo insuccesso o per il recupero dopo una perdita.
- Una visione di sé come perdente, a cui si reagisce con rassegnazione e fatalismo dopo una serie di vani e pesanti sforzi tesi a nascondersela.

L'atteggiamento verso la realtà di conseguenza avrà, in genere, le seguenti caratteristiche:

- Un'aspettativa di esclusione al momento in cui verrà scoperto lo scarso valore personale e l'incapacità di far fronte agli impegni ed alle responsabilità. Aspettative di rifiuto al momento in cui l'altro scoprirà la scarsa amabilità personale.
- Impossibilità ad accettare gratificazioni autonome o piaceri incondizionati. Le cose desiderate sono raggiungibili solo in parte e ciò può essere fatto solo con un grande sforzo e senza l'aiuto di nessuno. Quando tuttavia, con fatica, si riesce a raggiungere qualche obiettivo, questo, per il fatto di essere stato raggiunto (*"anche da uno come me"*) perde il valore che aveva inizialmente. I momenti di piacere sono immeritati e destinati a finire. A volte in essi non ci si riconosce e diventano fonte di ansia.
- Possibilità di suscitare interesse e affetto negli altri solo sforzandosi di aiutarli senza mai arrabbiarsi o senza assumere atteggiamenti oppositivi o intolleranti.

Guidano (1988) mette l'accento sul fatto che "l'oscillazione ricorsiva tra polarità emotive antagoniste fa sì che la percezione della propria scarsa amabilità e inadeguatezza venga di volta in

volta avvertita o come una caratteristica ineluttabile e intrinseca del proprio sé, per cui l'unico atteggiamento coerente appare quello autoaccusante e autocolpevolizzante (disperazione) o, in altri momenti, come qualcosa contro cui si può lottare allo spasimo (rabbia) nel tentativo di venirne a capo, ricavandone un senso di efficienza e competenza personale. Come a dire che se la "colpa" consiste in qualcosa di negativo in se stessi, il "merito" (riservato forse a pochi) consiste allora nell'affrontarla e nel superarla e questo rende l'atteggiamento verso di sé del depresso assolutamente tipico nel suo oscillare fra il sentirsi condannato ad un destino di solitudine ed esclusione ed il sentirsi chiamato, attraverso lo sforzo e l'abnegazione, a una vita di elezione. Tuttavia, dato che l'intero processo consiste in una dinamica regolazione reciproca tra polarità emotive antagoniste ma simultaneamente presenti, la disperazione e la tristezza appaiono sempre più o meno inestricabilmente connesse con la rabbia".

L'attitudine verso la realtà secondo Guidano (1988) è condizionata dalla percezione di un *gap* fra sé e gli altri (sia che si tratti di ostilità o di indifferenza), la cui intensità varia in funzione della qualità e struttura della rabbia che modula l'andamento dei rapporti interpersonali. Tale *gap* deriverebbe dall'atteggiamento tenuto nei rapporti affettivi che in genere produce rifiuti, abbandoni o delusioni; ciò avverrebbe o tramite un atteggiamento (apparentemente) distaccato o, al contrario, con una modalità che Bowlby (1980) ha denominato "accudimento compulsivo" o più frequentemente con la combinazione di entrambi.

Anche secondo Ruberti (1996) in certi casi "il percorso di vita avviato dall'esperienza ripetuta di essere tenuto a distanza dalle figure di attaccamento porta ad uno stile relazionale nel quale il tenere a distanza diventa un modo privilegiato di costruire le relazioni." Salvaguardarsi da condanne e abbandoni viene a coincidere con il diventare attivo costruttore di distanza e separazione.

Lo stesso Autore parla anche delle ricadute sulle capacità di accudimento di chi privilegia questa traccia organizzativa, che possono manifestarsi con diverse modalità:

- delega delle funzioni parentali ad altre figure,
- rinuncia alla maternità o paternità,
- svalorizzazione dei bisogni di attaccamento del piccolo,
- visione del piccolo come possibile sollievo alle proprie difficoltà emotive e relazionali (inversione del rapporto di attaccamento).

PARTE SECONDA: CLINICA

2.1 Il caso clinico di Francesca: storia di sviluppo

(terapeuta Nava).

(NOTA: i dati e le situazioni riportate sono riferiti all'epoca dell'inizio della terapia. I nomi di persone di paesi e città citati nel presente caso sono volutamente fittizi. Nell'autobiografia della paziente, essendo stati riportati diversi nomi di vie, località, città si è preferito anziché usare nomi di fantasia sostituirli con xxx.)

Francesca è una donna di 28 anni dal tipico aspetto mediterraneo che vive in una città capoluogo di provincia della Lombardia e che lavora come ragioniera nell'ufficio di un libero professionista. All'epoca in cui è iniziata la stesura del presente lavoro era in psicoterapia da circa dieci mesi; aveva deciso di intraprendere questo percorso in quanto si trovava in uno stato di ansia e di disperazione secondo lei riconducibile al suo modo di essere nelle relazioni amicali e soprattutto di coppia.

Francesca si è sposata che era ventenne; il legame matrimoniale è durato cinque anni dopodiché, in seguito a difficoltà relazionali con il marito e soprattutto ad un tradimento di quest'ultimo, hanno deciso di separarsi. Successivamente la donna ha avuto un paio di relazioni durate alcuni mesi e poi terminate. All'epoca dell'inizio della psicoterapia, che nel momento in cui si scrive è giunta alla 26^a seduta, viveva da sola in un piccolo appartamento e aveva iniziato una relazione da circa sei mesi con un ragazzo ventiseienne, Marco, di cui si diceva molto innamorata.

Francesca è cresciuta in un quartiere di periferia, abbastanza malfamato, della stessa città dove tuttora risiede. I genitori, attualmente separati, sono entrambi originari del sud-Italia; il loro è stato un cosiddetto matrimonio riparatore, nel senso che si sono sposati in seguito ad una gravidanza indesiderata. Il padre non voleva saperne di sposarsi, ma c'è stata una forte pressione delle famiglie d'origine in tale direzione.

Da questa gravidanza nacque una bambina, sorella maggiore della paziente, che ancora molto piccola venne affidata ai nonni che vivevano nel meridione d'Italia e restò con loro fino all'età di cinque anni. Francesca scoprì di avere questa sorella all'età di tre anni, quando ella tornò a vivere in famiglia. All'epoca in cui Francesca scrive l'autobiografia allegata al presente lavoro questa sorella ha trent'anni, è sposata ed ha un figlio di 8 mesi.

La paziente, inoltre, ha due fratelli gemelli, un maschio ed una femmina, che hanno quattro anni in meno di lei. Il maschio, ora, vive con la madre, mentre la ragazza vive fuori città con il padre; anche la sorella sposata dopo il matrimonio è andata a vivere in un'altra città lombarda. Secondo la paziente la madre ha messo al mondo i figli solo per riuscire a sposare il padre e, successivamente, per tenerlo legato a sé.

Francesca descrive la sua infanzia come un'esperienza molto brutta. Dice che mamma e papà litigavano molto frequentemente e che spesso doveva intervenire persino la polizia per fermare tali litigi e per allontanare momentaneamente i figli da casa. La donna ricorda queste scene in maniera molto vivida, rivedendosi all'età di nemmeno due anni in braccio alla madre mentre quest'ultima era inseguita dal padre che la voleva picchiare. In seguito a queste liti la madre, descritta dalla paziente come "una persona problematica", incolpava costantemente Francesca e negli anni successivi anche la sorella minore di ciò che era successo. Francesca, poi, visto che aveva un buon rapporto con suo padre, era spinta dalla mamma a parlare con lui per convincerlo a fare pace. Secondo la paziente, la madre era anche "gelosa" delle due figlie minori. Francesca ricorda che ad ogni litigio tra i genitori si sentiva parecchio "in colpa" e che cercava di controllare il proprio comportamento e di essere sempre "brava" affinché non ne succedessero più.

La madre, inoltre, rinfacciava costantemente a Francesca quanto le costava mantenerla in termini di cibo e vestiario, salvo poi comprarsi "la pelliccia" per se stessa contraendo, come era sua abitudine, dei debiti. La nonna, che dall'epoca in cui rientrò la sorella maggiore dal sud-Italia visse anche lei per dei periodi in famiglia, faceva invece delle differenze nella ripartizione del cibo e ne dava sempre di più alla sorella maggiore che era la sua preferita, oltre ad essere la figlia femmina a cui andavano anche le preferenze della madre.

Francesca, inoltre, ricorda che la mamma non si mostrava mai affettuosa nei suoi confronti, come pure lei non le chiedeva mai di essere coccolata (ancora oggi non riesce ad abbracciarla). Dice di non aver "mai ricevuto amore per quel che era, ma solo per quello che faceva su richiesta più o meno esplicita: mediare col padre". Ricorda inoltre che tra sé e sé, ma talvolta anche esternandolo, si chiedeva con disperazione: "ma perché mi avete messo al mondo?". Inoltre cresceva sentendosi "un peso" per il fatto di dover essere mantenuta economicamente, cosa normalmente accettata dalla maggioranza dei bambini e degli adolescenti. Anche la madre a

volte le diceva: “Ma chi me l’ha fatto fare di metterti al mondo?”. Il trattamento riservato alla sorella minore era anche peggiore, nel senso che oltre al resto, veniva picchiata pesantemente da mamma e nonna.

Il fratello invece era adorato dalla madre che sin dall’inizio voleva un figlio maschio e veniva accontentato, come succede tuttora in qualsiasi sua richiesta pur a costo di fare i soliti debiti.

Francesca nel corso dello sviluppo è sempre stata una bambina diligente: andava abbastanza bene a scuola, frequentava l’oratorio e tutti le dicevano sempre che era “brava”. Questo riusciva ad attenuare un po’ i suoi frequenti sensi di colpa. A scuola, come nei compiti, aiutava spesso gli altri trascurando addirittura il proprio lavoro: in terapia è arrivata a leggere questo comportamento come “un modo estremo di comprare amore”. Dice di aver sempre fatto tanto per gli amici ma di aver ricevuto in cambio solo delusioni e abbandoni. In effetti Francesca ancora oggi confronta il modo di essere degli amici, relativamente al rapporto di amicizia, al suo personale modo di essere in questa stessa situazione ma sistematicamente accade che gli altri, nei fatti, non rispondano alle sue alte aspettative: “Nessuno mi tratta come vorrei essere trattata; io ho pazienza con gli altri, gli altri con me no”.

Anche in adolescenza Francesca ha continuato a frequentare l’oratorio facendo un po’ da educatrice ai più piccoli; inoltre aiutava in parrocchia quando si dovevano fare delle attività per raccogliere dei fondi. Dai 13 ai 15 anni ha seguito con altre ragazze, come volontaria, un ragazzo disabile. Dai 15 ai 20 anni, invece, ha fatto la volontaria presso un’associazione cittadina seguendo uno-due pomeriggi alla settimana un adulto con un grave deficit sensoriale. Francesca è sempre stata una persona molto impegnata; tuttora presta servizio, sempre come volontaria, in almeno due associazioni senza fini di lucro. Oltre a questo ha sempre avuto diversi hobby e praticato con impegno alcuni sport. Dopo i 15 anni, durante le vacanze estive, Francesca ha iniziato a lavorare per contribuire al proprio mantenimento; alla fine del mese percepiva lo stipendio e poi faceva con la madre il giro dei negozi per saldare i debiti. In terapia ha detto che anche questo era “un modo per comprare l’amore della madre”. Francesca ricorda che quando era in quarta superiore la madre le disse che le pesava doverla mantenere agli studi e che sarebbe stato meglio se avesse iniziato a lavorare; la ragazza, per il solito senso di colpa, era quasi sul punto di interrompere gli studi ma poi, “per fortuna”, decise di portarli a termine. La madre le faceva pesare molto questa faccenda del mantenimento al punto

che un giorno, dopo l'ennesima lite, la ragazza sentì di non farcela più ("ero stufa, non volevo più essere di peso a nessuno"); andò in bagno e prese "una scatola di pastiglie medicinali". Uscì di casa e visto che ai tempi era molto religiosa andò a pregare di fronte ad una madonnina cui era parecchio devota. Tuttavia non le accadde nulla; comunicò l'accaduto alla madre solo due giorni dopo. La donna consultò il medico che disse che se non era successo niente nelle 48 ore voleva dire che era andata bene. La paziente riferisce che nel tempo le si sono manifestati dei "problemi intestinali" che lei attribuisce alle pastiglie assunte in quell'occasione.

Anche dopo il matrimonio di Francesca i familiari, comprese le due sorelle, hanno continuato a fare riferimento a lei per avere periodicamente delle somme di denaro che la paziente non riusciva a negar loro quasi come se fosse una *riparazione* rispetto al suo sentirsi "un peso" nel corso della crescita; un'altro ruolo che Francesca ha sempre ricoperto nel sistema familiare è quello del mediatore ogniqualvolta c'erano conflitti tra i diversi membri. Ancora oggi viene cercata a questo scopo dal padre e dalla sorella minore, ma sente di non reggere più questo ruolo e vorrebbe scrollarselo di dosso. In terapia si è resa conto del fatto che si è sempre impegnata in queste funzioni per cercare di farsi amare, "ma è sempre stato tutto inutile".

Francesca ricorda che prima di incontrare l'uomo che divenne suo marito ebbe un'unica relazione sentimentale. Aveva 17 anni e si mise con questo ragazzo molto possessivo che la voleva sempre vicino a sé; lei si era molto attaccata a lui perché lo vedeva come diverso rispetto alla sua famiglia. A quell'epoca la ragazza non sapeva nulla del sesso e rimase incinta al suo primo rapporto sessuale. Quando seppa della gravidanza il ragazzo sparì e non le diede nessun sostegno. Si ripresentò solo dopo che Francesca si era sottoposta ad interruzione di gravidanza e per cercare di rinquistarla mise in scena un tentato suicidio "con il gas", complice la madre della ragazza. Francesca dice che i familiari, in quell'occasione, non la sostennero per nulla "anche se avrebbero potuto farlo". Dovette prendere da sola la decisione di abortire anche perché, oltre al resto, si sentiva già lei un peso per la famiglia ("figuriamoci se avessi messo al mondo anche un bambino!"). Il padre quell'occasione le disse: "Quando l'hai fatto (*alludendo al rapporto sessuale*) ti è piaciuto, ora sono fatti tuoi". Francesca, oggi, sente di aver fatto la cosa che "era giusto fare" e di avere superato il lutto anche perché ha "razionalizzato" molto.

Conobbe l'uomo che poi divenne suo marito in un bar dove lei la-

vorò nell'estate successiva alla quarta superiore. Glielo presentò il gestore del locale; si misero assieme tre mesi più tardi. Francesca dice che all'inizio lui gli era solo simpatico, ma dopo due mesi nacque qualcosa ("non so se era amore, so che era bello che qualcuno si interessasse così a me, in maniera costante"). Dopo otto mesi che erano assieme decisero di sposarsi; dal momento della decisione iniziarono a convivere. Francesca dice di non sapere bene che significato avesse per lei il matrimonio, anche perché la sua famiglia era stata "un disastro". Dice che forse si trattò di "una fuga dalla famiglia", anche perché da sempre non vedeva l'ora di andarsene "per porre fine al fatto di costituire un problema per loro".

Francesca ricorda che i dissapori con il marito iniziarono per motivi legati alla comunicazione di coppia: lei si apriva e parlava tantissimo di sé e della loro vita a due, mentre il marito non si apriva per nulla. La donna riconosce che il coniuge abbia potuto viverla, in certi momenti, come aggressiva nelle sue richieste di ascolto e condivisione. A volte litigavano e lei ci stava male e si sentiva in colpa perché le tornavano in mente i conflitti dei suoi genitori. Durante il periodo di crisi con il marito si sentiva "rifiutata interiormente".

Il marito entrò poi in trattamento da uno psicoterapeuta che, a quanto racconta Francesca, ad un certo punto del percorso gli consigliò di trovarsi un'altra donna; di fatto il marito si mise realmente assieme ad una sua collega di lavoro e Francesca, dopo una discussione, lo cacciò di casa. La donna dice di aver vissuto in modo alquanto traumatico questa separazione, colpevolizzando esclusivamente se stessa per come erano andate le cose.

Nei tempi successivi alla separazione ebbe solo un paio di "storie" di scarsa importanza, fino ad iniziare la relazione con Marco che tuttora prosegue. Quest'ultimo faceva parte della "compagnia" frequentata dalla sorella di Francesca. La paziente racconta che si sono innamorati parlando e aprendosi reciprocamente; Francesca si è ritrovata a raccontargli dell'esperienza legata all'aborto, mentre Marco le ha rivelato un proprio problema personale, di cui la paziente per l'esigenza di preservare la privacy del partner non mi ha mai voluto riferire nei dettagli. Successivamente Francesca si è dedicata molto al ragazzo per aiutarlo a superare questo problema. Tuttavia una volta che il ragazzo ebbe superato il problema lei si aspettava di essere messa da parte e si stupì nel sentire che Marco, invece, continuava ad essere innamorato di lei: le sembrava strano che il partner provasse amore senza che lei gli desse "nulla in cambio". In quel periodo il fatto di sentire l'amore che il ragazzo pro-

vava per lei a tratti arrivava a commuoverla ed una volta si ritrovò davanti allo specchio, in lacrime, a dire a se stessa: “Vedi, non ci credevi, ma anche a te può capitare una cosa così bella”. Tuttavia Francesca si ritrova molto spesso a pensare di perdere l’amore di Marco: alla minima lite pensa che sia tutto finito. Inoltre si attiva molto quando ci sono delle ragazze a cui sembra che Marco presti attenzione, o viceversa: secondo lei il mondo è popolato da una moltitudine di ragazze facili e spietate (“avvoltoi”) che possono essere, da tutti i punti di vista, quasi sicuramente migliori di lei. Quando si trova in queste situazioni Francesca può reagire in due modi diversi, a seconda di come si sente: se è stanca lascia ampio spazio ai pensieri depressivi, si sente brutta e perdente e tiene il muso al partner finendo poi col litigarci; se invece si sente in forma e la situazione lo permette (ad esempio quando sono in palestra) si attiva sul versante competitivo (sfida) rispetto alla, supposta, concorrente. Nel corso di una seduta mi ha detto: “Non è che ho paura di essere lasciata: lo do per scontato, mi stupirei se una persona stesse con me per tutta la vita”; riguardo a se stessa, invece, dice di essere sicura di non stancarsi mai del partner. Francesca dice inoltre che quando ama non può vivere senza l’altro e che darebbe la vita per la persona che ama. Nella relazione con Marco, a causa delle aspettative sin qui elencate, la paziente sta mettendo in atto tutta una serie di strategie affinché il ragazzo non possa uscire senza di lei.

Per esempio evita di uscire con le sue amiche, anche se ne avrebbe il desiderio, perché altrimenti Marco ha una scusa per poter uscire, da solo, con i suoi amici “e si sa, l’occasione fa l’uomo ladro”.

Recentemente Francesca ha sostenuto un esame al fine di conseguire un titolo professionale per lei molto importante. Nonostante si fosse preparata per bene e avesse aiutato, com’è sua abitudine, anche altre persone a prepararsi alla prova è stata bocciata (mentre le altre persone che aveva aiutato sono state promosse). In seguito a quest’evento ha vissuto intere settimane di profondo sconforto. In seduta diceva di aver fallito tutto nella vita; infatti andava a ripescare nel tempo tutte le cose in cui non era riuscita, matrimonio compreso, quasi a voler ulteriormente appesantire questo suo vissuto (“Non riesco mai a raggiungere qualcosa di grande, di bello”). Inoltre era già anche perché una ragazza che aveva aiutato nella preparazione, la quale abita ad un’ora di auto dalla città di Francesca, in seguito alla bocciatura non era venuta di persona a trovarla per rincuorarla (“lo l’avrei fatto sicuramente”).

Recentemente la paziente si è sottoposta ad un intervento chirur-

gico in un ospedale distante circa un'ora di auto dalla città di residenza. Una sua amica era informata della cosa, ma si è limitata a farle solo una telefonata perché lavorava fino a tardi e poi a quell'ora c'è traffico. Francesca, invece, si aspettava una visita e c'è rimasta molto male, a tal punto da evitare di far sapere ad un'altra amica che era ricoverata per prevenire un'ulteriore delusione che non avrebbe sopportato. Sempre durante questo ricovero, specie nelle ore pomeridiane, si sentiva “abbandonata” e se con il “cuore” avrebbe voluto chiamare i familiari ed il suo ragazzo perché la venissero a trovare poi invece pensava: “Mi sento così, ma non li chiamo”.

Con Marco sta vivendo anche un problema simile a quello verificatosi col marito: sembra infatti che Francesca non riesca proprio a trovare un uomo con cui comunicare apertamente ed in profondità come lei, idealmente, vorrebbe.

Il motivo per cui ha voluto entrare in terapia è legato alla grossa sofferenza che implicano per lei queste dinamiche che caratterizzano la relazione con Marco.

Tuttora il partner non sa che Francesca viene in terapia poichè la paziente non vuole fargli conoscere le proprie “debolezze”.

2.2 Francesca (autobiografia consegnata dalla paziente in 26esima seduta)

Quando penso a Francesca piccina mi si colma il cuore di lacrime: ho l'impressione di vedere una bimba lontana da ciò che sono adesso, ma di vedere comunque un cucciolo piccolo ed indifeso da proteggere e portar via da tutte quelle brutte cose.

Sarà per questo che forse ho così tanto desiderio di diventare mamma avere tanti bimbi e dar loro ciò che non ho ricevuto io quando più ne avevo bisogno. Non so se sia un motivo sufficiente per diventare mamma; forse no. Sicuramente dovrò risolvere ancora tanti problemi per poter dar loro l'amore vero.

I miei primi ricordi risalgono a quando avevo circa l'anno e mezzo. Abitavamo in via XXX, io mamma e papà. Ero nella culla situata nella camera di mamma e papà portavo il divaricatore per la displasia alle anche che avevano scoperto nel momento in cui avrei dovuto cominciare a camminare. Piangevo. Non ricordo se qualcuno sia venuto a vedere cosa stesse succedendo. Quella casa aveva un grande salone. Ricordo mia mamma che scappava giù per le scale perché papà forse la voleva picchiare. Non ricordo il motivo della lite.

C'era una drogheria sotto casa (da molto tempo è stata rimpiaz-

zata mi pare da una libreria per ragazzi o qualcos' altro). E' il ricordo più bello di quel periodo. Entrare lì era come entrare in un altro mondo. Tutte quelle caramelle e tutti quei colori. La proprietaria mi regalava sempre qualcosa. Un'altro bellissimo ricordo è l'altalena che mio papà mi aveva costruito sul balcone (ma forse non era realtà, solo un sogno; ho sempre dimenticato di chiedergli se veramente l'avesse costruita o se fosse stato solo il mio desiderio di possederne una). Mi sentivo così sola in quella casa. Era tutto così triste. L'immagine di mia mamma che aspettava il mio papà che tornasse dal lavoro è un'immagine triste. Non ricordo un sorriso ma solo una donna un po' grossa che non camminava molto o forse era sulla sedia a rotelle ed ogni tanto si prendeva cura di me quando i miei genitori non c'erano.

Non ricordo il momento del trasloco. Le mie immagini passano direttamente alla casa di XXX vicino la Chiesa. L'asilo si trovava di fianco al condominio in cui abitavamo. Ci andavo ogni mattina passando da un muretto costeggiato da un recinto. Come non mi piaceva!!

Avevo paura di tutto. C'era una bimba di nome Susanna che mi sputava sempre addosso ed io cercavo di evitarla. Avevo paura addirittura di dire se e quando dovevo andare in bagno. Una volta ricordo che non l'ho più trattenuta e l'insegnante si è arrabbiata tantissimo.

Un'altra volta ancora avevo rotto il bottone della gonnellina e l'ho ingoiato. Volevo sempre tornare a casa, ma la cosa strana è che mio papà invece qualche anno fa mi ha detto che preferivo andare all'asilo anziché tornare a casa. E poi quelle brandine su cui ci costringevano a fare il riposino pomeridiano. Non mi piaceva, io volevo muovermi.

Avevo una bicicletta con le rotelle dalla quale i bambini, vicini di casa, mi facevano sempre cadere spingendomi con forza e prepotenza. Non volevano mai che io giocassi con loro. Chissà perché.

Ricordo che un giorno sono uscita dal cortile e sono andata nel negozio di alimentari che c'era dietro l'angolo. Sono entrata ed ho comprato una di quelle cicche lunghe quanto un dito ed incartata come una caramella ed ho detto: "Passa dopo mia mamma a pagare!" Ho ringraziato e sono andata via. Naturalmente mia mamma: arrabbiata. Chissà cosa mi passava per la testa. Probabilmente stavo assimilando comportamenti di mia mamma che comprava le cose e faceva segnare. Forse pensavo che fosse la normalità. Ricordo un sogno che ho fatto allora. Avrò avuto all'incirca 3 anni e mezzo: mi trovavo dentro un armadietto (di quelli che s'installano

sotto il lavello della cucina) e precipitavo con esso giù dal balcone ma molto lentamente Sembrava che non finisse mai.

In realtà il giorno prima stavano proprio per montare quel mobilletto: erano gli ultimi lavoretti del trasloco.

Un'altra scena che ricordo di quel periodo è quando mia mamma mi ha portato dal parrucchiere. Non ricordo di per sé il momento in cui mi tagliavano i capelli, ricordo l'episodio in macchina e la forte lite tra i miei genitori. Mio papà si era alterato perché mia mamma mi aveva fatto fare la frangetta. Ha frenato di colpo ed io che mi trovavo seduta nel sedile posteriore (ma in mezzo) sono andata diretta contro il parabrezza rompendolo con la mia testa. Abitando in quella casa a XXX ricordo anche mia nonna materna che mi diceva sempre di non avvicinarmi alla finestra col buio perché potevo vedere il lupo che veniva a prendermi. D'estate mio papà preferiva portarmi con sé al suo paese natio dai nonni, zii e cugini anziché lasciarmi con mamma e nonna materna. Forse pensava che mi maltrattassero ma non ricordo se e cosa facessero in quel periodo. Ricordo un viaggio lunghissimo, ancora prima che costruissero il tratto finale dell'autostrada del sole, quando c'era la vecchia statale. Il caldo tremendo e che colonne. Mio papà la sera tirava giù i sedili posteriori dell'auto e poneva un piccolo materassino su cui farmi dormire, con una bacinella a fianco di acqua in caso di troppo caldo. Giunti a destinazione, in occasione di Ferragosto siamo andati in montagna con tutti i parenti. Mia nonna paterna ha avuto un attacco di cuore. Ricordo che continuavo a fare i capricci perché volevo tornare a casa. Mi mancava la mia mamma. Continuavo a ripetere: "Voglio la mamma!". Non ricordo nient'altro della mia permanenza a XXX.

In uno dei nostri viaggi in meridione ho scoperto di avere una sorella maggiore. Che strano avere una sorella, forse non mi rendevo neppure conto di cosa significasse questa parola. Ricordo che per amicizia prima di ripartire le ho regalato dei piattini e pentolini che usavo per giocare, quelli delle bambole fatti in plastica.

All'improvviso la mia vita veniva catapultata da una situazione solitaria ad una in cui mia sorella maggiore era tornata a vivere con noi, due fratellini più piccoli erano nati. Che confusione!

Avevo quattro anni quando sono nati Ermanno ed Alessandra (nomi di fantasia).

Ricordo che all'ospedale dove mamma ha partorito io le ho chiesto: "Ma come fanno a nascere i bambini?" E mamma mi ha risposto: "li porta la cicogna". Allora mi domandavo come avesse fatto la cicogna ad entrare in quell'ospedale. Forse era scesa dal camino

e li aveva riposti nella culla. Ma dov'era il camino? Mi sembrava una cosa così assurda.

La casa a XXX era diventata molto piccola per una famiglia di ormai sette persone: genitori, quattro figli e nonna. Così mio papà era riuscito ad ottenere in affitto una casa comunale a XXXX. I miei due fratelli erano ancora molto piccoli e ne combinavano di tutti i colori: dai pianti incredibili al gettarsi la vernice fresca addosso. La casa non era molto grande: una camera per mamma e papà, una per noi fratelli e la nonna, soggiorno, bagno, cucina ed un'anticamera.

C'erano tanti bambini nei dintorni, tutti più o meno della mia età e tanti avrebbero poi frequentato le scuole insieme a me. Non ricordo il primo giorno di scuola, ma quelli successivi...altroché!

Durante i miei cinque anni di elementari ero un vero e proprio maschiaccio ma amavo le cose giuste. Non avevo timore di fare a pugni con i maschietti purché ci fosse una buona causa. Non ricordo durante quale anno delle scuole elementari ma c'era una compagna sudamericana di carnagione scura e di nome Lucia (nome di fantasia) che veniva sempre derisa da un bimbo dispettoso razzista e senza scrupoli. Io la difendevo sempre fino ad un momento in cui l'ho addirittura sollevato di peso prendendolo per i capelli e picchiandolo a spintoni. Non so se abbia pianto a casa. L'indomani sua mamma è venuta a scuola e mi ha sgridata per le botte date a suo figlio. La mia risposta è stata: "Suo figlio è un maschio, non si vergogna nel farsi picchiare da una bambina!". Non ricordo cosa mi abbia risposto, forse me ne sono andata via subito. Ricordo con affetto l'insegnante di seconda, terza e quarta. Penso di aver amato tanto la matematica grazie a lei.

A volte quando arrivavo a casa non avevo molta voglia di fare i compiti. Andavo a giocare a pallone con gli altri bimbi e i compiti...venivano fatti dalla mamma (non sempre, sarà capitato qualche volta).

Un giorno la maestra davanti a tutti i compagni ha detto: "Tra voi c'è una persona che fa fare sempre i propri compiti dalla mamma!". Io ho subito pensato che si trattasse di una mia compagna non molto ferrata in quella materia. Tuttavia sebbene mi mancasse la voglia di studiare, avevo molte capacità e vincevo spesso gare di matematica. Ebbene, quando la maestra ha fatto il mio nome non ci volevo credere! Era la più grande umiliazione della mia vita! Non gliela avrei mai perdonata! Perché mamma mi aveva messo così in ridicolo?. Io non le avevo mai chiesto di farmi i compiti e nel caso, era capitato solo poche volte. Inoltre c'era un bambino,

Ernesto (nome di fantasia), che ho sempre amato sin dalla prima elementare: che cosa avrebbe pensato? Volevo morire! Quello per Ernesto è stato un amore fedele, durato fino alla prima o seconda media, fino a quando cioè non mi sono resa conto che non avevo speranze, che non mi guardava. Forse ero poco femminile, anzi direi un vero e proprio maschiaccio. Ero la capa della banda di bimbi del cortile e tutti facevano quello che dicevo. Forse non era per quello. Ernesto abitava al primo piano del nostro stesso condominio ed altri compagni nei condomini vicino, nello stesso cortile. Tutti potevano assistere alle nostre tragedie familiari: botte, due volanti della polizia alla volta ed ambulanza. Mia sorella più piccola sempre picchiata. Ricordo che sin da piccola mia nonna le ha spaccato due volte la testa (le ci sono voluti dei punti di sutura); le romperà i mestoli di legno addosso. La odiavano perché mio papà le dava più attenzioni, dicevano mia nonna e mia mamma. Ma questo accadeva perché mia mamma e naturalmente anche mia nonna avevano occhi e attenzioni solo per mio fratello: il maschio tanto desiderato. Anche quando aspettava me mia mamma desiderava un maschio e invece, purtroppo, ancora una femmina. Al terzo tentativo: ecco due gemelli un maschietto e una femminuccia. Penso fosse naturale che mio padre, per compensare, avesse più cura della mia sorellina. Ed io: stavo lì a guardare. Non ho mai avuto la forza da bambina di intervenire per difendere mia sorella: avevo paura. Mi sento ancora in colpa. Ero più grande di lei ma ancora troppo piccola per fare qualcosa.

I motivi che facevano scoppiare le liti tra mia madre e mio padre non li ricordo.

Erano scuse, troppo banali. Era il culmine che mio padre raggiungeva dopo averne viste tante. Esplose e picchiava a sangue mia madre. Ho assistito ad ogni scena, non ne ho persa una.

I miei fratelli invece non erano sempre presenti. Ricordo la peggiore: mia madre a terra che chiedeva pietà con una gamba rotta e mio padre che continuava a darle calci in faccia, nello stomaco, dove capitava. Era tutto un livido. Avevo otto anni e già pensavo di accoltellare mio papà. Per me era un mostro. Perché si comportava così? Erano i vicini di casa che chiamavano sempre ambulanza e polizia. Quella volta sono salita in ambulanza con mamma: era la prima volta. Come era livida: blu, nera. Avevo paura che stesse morendo. L'hanno ingessata e trattenuta in ospedale. Non ricordo dove io ed i miei fratelli abbiamo passato la notte: forse era poco importante rispetto a quello che era successo. A questa ed a tante altre scene ho dovuto assistere ed in più di un'occasione gridavo

di lasciar stare mamma, mi mettevo davanti a lei per difenderla, ma mio papà si arrabbiava maggiormente. Forse pensava di avere tutti i figli contro e aveva ragione. Una volta mi si è accanito contro per darmi uno sberlone per farmi spostare ma si è fermato con il braccio sollevato e non mi ha colpito. Quanto avrei voluto che divorziassero. Pregavo mia mamma che lo lasciasse ma ogni volta lei lo perdonava e ritornava tutto come prima: la calma, poi ancora un'altra sceneggiata. Ormai era diventata una sceneggiata per i vicini di casa, al punto che nonostante le nostre grida di aiuto, il suonare i campanelli, picchiare con insistenza alle porte per chiedere aiuto, non ci dava più retta nessuno:

forse perché mamma non prendeva mai una decisione definitiva. Le altre volte intervenivano, fermavano mio papà con forza, facevano molta fatica, infatti ci volevano almeno due persone per impedirgli ogni movimento: quanta rabbia aveva dentro; sembrava un diavolo!

Ormai però nessuno mi apriva: bussavo gridavo, pregavo di darmi aiuto. Maledetti! C'eravamo noi bambini, perché non aiutavano noi? cosa c'entravamo?

Forse è per questo che non interessavo ad Ernesto; forse è per questo che di fronte ad un fidanzato vedo ancora la mia famiglia come causa di una possibile rottura nel rapporto di coppia, chissà.

Quanta voglia che avevo di andare via. Gli anni passavano: ed ecco le scuole medie. Stranamente il mio caratterino si era placato. Ero calma, non più aggressiva. Studiavo. Le materie scientifiche erano sempre le mie preferite mentre storia, geografia e tutte le materie orali...che noia: non le digerivo. Avevo preso un'infatuazione per il più bravo della classe, era anche molto carino ed io non potevo essere da meno nel rendimento a scuola. Mi immedesimavo tantissimo in alcuni cartoni animati che davano in televisione: Candy (forse perché era senza famiglia ma sognava sempre e non perdeva mai la speranza, aiutava tutti ed era amata da tutti, sorrideva ed aveva il naso proprio come il mio; Anna dai capelli rossi, innamorata del suo compagno di classe molto secchione e con il quale era sempre in competizione; fino ad arrivare a Bia dotata di poteri magici. Come sarebbe stato bello possederne un po'; forse con un briciolo di magia avrei potuto cambiare tante cose. A volte ci credevo sul serio. Il mio rendimento scolastico non era proprio al massimo perché perdeva tanto tempo per aiutare tante compagne. Ricordo che una di quelle liti mostruose era scoppiata proprio durante i miei esami per il conseguimento della licenza media. Ma dovevo farcela. Era l'unica cosa che mi rimaneva da

fare e che ero in grado di fare in quel momento. La professoressa di francese si è avvicinata a me ed ha cominciato ad aiutarmi. Non capivo perché aiutava me e non gli altri. Dopo ho scoperto che una vicina di casa, anche lei professoressa in quella scuola media, l'aveva avvisata del forte shock della sera precedente.

Ricordo che dopo ogni lite la colpa veniva sempre data a noi figli. Una volta mio papà ha gettato la minestra o brodo bollente addosso a mia mamma, ustionandole il busto. Lei, insieme a mia nonna, mi hanno detto che era stata colpa mia e che dovevo fare attenzione. Non ricordo la causa, forse non era colpa mia. Ho sempre cercato di non dare grossi problemi, di andare bene a scuola, di andare a messa, fare la brava ragazza: forse convinta che mio papà non avrebbe picchiato più la mamma.

Nell'agosto prima della terza superiore mio nonno paterno è morto e mio papà mi ha chiesto di restare nel suo luogo natio -in meridione- con mia nonna paterna. Io naturalmente ho accettato a patto che lui non picchiasse più la mamma. Si è arrabbiato tantissimo. Sono rimasta: sei mesi da incubo. Scuola nuova, compagni nuovi. Una casa di campagna dove non c'era neppure una lavatrice. Dovevo lavare tutti i panni all'aperto, al freddo; cucinare, pulire; la sera, in cucina, stanca cercavo di studiare e vedevo tanti topi che entravano. Erano topi non grandi, quelli di campagna: non avevo paura. Soffrivo tanto la solitudine. Come avevano potuto abbandonarmi laggiù. Forse non mi amavano. A gennaio ho chiesto di tornare: mio padre se l'è presa tantissimo: mi sentivo così in colpa...ma stavo male: dal nervoso avevo raggiunto i 70/74 chili. Sono tornata al peso normale in poche settimane dal mio rientro. Intanto maturava in me l'idea di diventare suora o missionaria. Non sapevo. Stavo entrando in un ordine di suore a Novara insieme ad una ragazza conosciuta durante degli esercizi spirituali. Mi sono tirata indietro all'ultimo minuto. Lei è invece entrata. Aveva solo 16 anni. Ho perso tutti i contatti perché mia mamma per paura che entrassi in clausura strappava tutte le lettere che le suore mi spedivano. Io, non vedendo alcuna risposta alle mie lettere, ho smesso di scrivere e mi sono allontanata. L'idea della missionaria, tuttavia, è sempre rimasta negli anni successivi. Intanto continuavo a frequentare la scuola superiore, facevo "volontariato" in vari campi e commettevo tanti altri errori di cui non ho voglia di parlare o per lo meno di scrivere. Quando è arrivato l'uomo che divenne mio marito penso che l'entusiasmo di andare via di casa e di avere una vita diversa mi hanno fatto confondere cosa significa amare una persona. D'altronde nessuno me l'ha insegnato, se non il Van-

gelo e l'esempio di Gesù (forse un modo un po' estremo di amare, ma un modo in cui spesso mi riconosco). Non ricordo momenti particolarmente felici durante il mio matrimonio e neppure durante il giorno della cerimonia. Tesa e preoccupata per la tensione nella mia famiglia. Ne avrei ancora tante da raccontare. Non so quante pagine riuscirei a scrivere, tante, tantissime. Una cosa mi sono sempre chiesta: cosa ho io che non va?!?

2.3 Trascrizione di un colloquio terapeutico (24esima seduta)

T = Terapeuta

P = Paziente

Le note, utili per una migliore comprensione del colloquio, sono scritte in corsivo. tra parentesi.

T: Come va?

P: Sono un po' stanca perchè c'è tanto lavoro...e poi negli ultimi mesi tre miei colleghi si sono licenziati e quindi sono sovraccaricata...chiederò l'aumento (*ride*).

T: Ma non stava mica cercando un'altro posto?

P: Sì, sì...intanto sto cercando con calma...non voglio farmi prendere dalla fretta...però appena mi capita qualche occasione vado. Adesso il mio capo mi permette di fare gli orari che voglio io perchè sono diventata autosufficiente nel lavoro e non è che sono proprio controllata. Mi gestisco io gli orari di entrata e di uscita...la pausa di mezzogiorno. Questa libertà mi ha permesso anche di gestirmi le assenze e le malattie di quest'anno.

T: Noi abbiamo iniziato ad aprile, no? Da allora ha avuto: la caduta in bici, il dito del piede rotto e l'operazione? Altro?

P: No...però avevo già fatto parecchie assenze all'inizio dell'anno per studiare...per quel concorso...e il mio capo mi ha detto che nonostante le malattie e le assenze sono riuscita a fare il lavoro che un'altra persona fa in un anno pieno. Sì...sì...voglio cercarmi un'altro posto con calma... adesso poi è un periodo abbastanza tranquillo perchè il mio capo ha smesso di bere...

T: Ah sì che me l'aveva detto che era un po'...

P: Ed era quello che lo rendeva ...più cattivo ecco...poi forse un po' sono cambiata ...io...per il resto...questa settimana...ho avuto...mi è capitato di pensare a lei (*si riferisce a me, terapeuta*)...in diverse occasioni l'ho pensata come punto di riferimento...eeeh...con molta amicizia e con molto affetto...eeh

T: Uhm

P: Confidando in lei...

T: Uhm

P: Per delle difficoltà in cui mi sono venuta a trovare in questa settimana...

T: ah

P: Pensando a lei, in un certo senso, era come se nel momento in cui io la stessi pensando...stessi...era come se stessi facendo la seduta, insomma...

T: Mi faccia capire...

P: Mentalmente pensavo a lei quando mi trovavo di fronte ad una difficoltà...tipo ieri sera, che avevo l'ansia e allora...cioè, volutamente ho pensato a lei e...prima di tutto perchè mi serve come...mmmh...appoggio morale.

T: Uhm.

P: Nel senso che mi rasserena molto...il fatto che lei ci sia

T: Uhm.

P: E poi ho pensato: "Ah...se in questo momento stessi facendo la seduta e gli...raccontassi questo e questo lui cosa direbbe?" (*sorride*)

T: Sì...

P: Oppure...non so...cerco magari un attimino di conoscerla meglio...per cui di riuscire a capire anche...non so...tanti suoi suggerimenti.

T: Questa è una cosa molto importante è anche uno dei fini della terapia, no...che il paziente riesca ad integrare in sé modi alternativi di gestire...e di pensare alle cose...no?

P: Esatto.

T: Mi dica magari cosa è successo...e come ha utilizzato la mia figura.

P: Prima di tutto vorrei dire che durante la settimana...tutti i giorni...quando mi capitava di assumere quel comportamento dell'attaccamento di cui parlavamo la volta scorsa...

T: Ecco mi descriva il comportamento...

P: Non so...Marco (*il suo attuale ragazzo*) mi dava poco retta e io mi chiudevo in me stessa...evitavo di parlare e generalmente portavo un po' di rancore...o comunque diventavo distaccata...non riuscivo a manifestargli affetto.

T: Quindi esteriormente com'era? Cioè per uno che la vedeva da fuori com'era?

P: Eh...abbastanza seria...non ero la solita Francesca.

T: Distaccata diceva?

P: Distaccata. . . esatto.

T: Okay...ho capito.

P: Mi è successo diverse volte... ed è una cosa che comunque ho notato che mi succede molto sia con Marco, sia con amici, che con diverse altre persone.

T: Mi faccia qualche esempio.

P: Ieri sera sono andata in palestra con Marco...e, le (*terapeuta*) ho detto che quando c'è una ragazza...così...io sono abbastanza...diciamo in allarme.

T: Uhm

P: Ed è una cosa che mi fa star parecchio male...sono proprio le paranoie...

T: Uhm

P: E ieri sera mi è capitato ancora...siamo andati in palestra con lo sci-club a fare la presciistica

T: Ah

P: C'era una ragazza, l'insegnante di presciistica, che avrà più o meno la mia età. E' una ragazza abbastanza carina e vedevo che lui...come...come tutti gli uomini guarda qualsiasi ragazza...anche perché non la conosceva. Mi ha irritato tantissimo il fatto che lei...è arrivato Marco e lei...io quando sono arrivata in palestra non mi ha neanche dato retta...è arrivato Marco e gli ha fatto domande: "Che lavoro fai" qua e là...

T: Ah

P: E comunque questa cosa mi ha irritato...chiaramente io non potevo neanche prendermela con lui perché a delle domande una persona educata risponde, no...però ogni tanto vedevo che magari la guardava...però...magari non la guardava con le intenzioni che penso io...o che hanno a che fare con le mie paure, no.

T: Uhm

P: Però la cosa mi dava molto fastidio, per cui ha iniziato a venirmi questa...questa agitazione...facevo anche un po' fatica a respirare...per cui...stavamo facendo dei giri di corsa...mi sono un po' estraniata e me ne sono stata per i fatti miei...e non gli ho dato retta, insomma...

T: A chi?

P: A Marco.

T: Perché di solito quando corre...

P: Di solito è una situazione normale...normale...diciamo così...rido, scherzo, parlo, eccetera no...invece in quel momento mi è venuto proprio di pensare: "Me ne sto per i fatti miei...al diavolo...basta", no...come se quasi dovesse essere lui a venirmi a cercare. Eh...poi lui mi ha chiesto cosa avevo...gli ho detto: "Un po' di an-

sia” e mi ha chiesto: “Perché?”...e io gli ho detto che non lo sapevo

T: E invece lo sapeva?

P: E invece lo sapevo (*ride*)

T: Perché.

P: Perché non gliel’ho detto?

T: Uhm.

P: Perché...non lo so...perché al momento...perché prima di tutto se glielo avessi detto in quel momento non glielo avrei detto nel modo giusto...eh, sarei stata la solita persona gelosa...ossessionante...e queste cose qui...

T: Uhm

P: Eh...poi ho voluto soprattutto riflettere su questa cosa.

T: Sì.

P: E allora ho iniziato a pensare a lei (*terapeuta*)

T: Uhm

P: Ho detto: “Perché mi viene l’ansia? Perché lui ha iniziato a guardare questa ragazza.”

T: Uhm

P: Allora ho pensato: “Se fossi stata in seduta e avessi raccontato questa cosa... chiaramente sarebbe saltato fuori ancora il fatto che non posso impedire a Marco di guardare...”

T: Uhm.

P: E’ che non posso impedire alle altre ragazze di esistere.

T: Uhm

P: Sicuramente ci sono ragazze migliori di me...ma se Marco sta con me...c’è un motivo

T: Ci sono anche molte ragazze peggiori di lei...

P: Sì

T: Ah (*ridiamo assieme*)...non solo quelle migliori...

P:...se Marco sta con me c’è un motivo...non è parlando con un’altra ragazza che...un ragazzo intelligente no...può costruire qualcosa insieme ad una persona...e non manda a monte tutto solo perché parla con una ragazza...insomma tutti questi ragionamenti, no

T: Uhm

P: Poi...io mi sono anche detta...cavoli, però, è meglio che mi do una calmata perché...cioè, se continuo così a starmene per conto mio non va bene...

T: Uhm

P: Allora ho cercato un po’ di calmarmi e contemporaneamente di sforzarmi di essere la Francesca di sempre.

T: Uhm

P: Allora mi sono messa a fare le cose con Marco e ho visto però che mentre gli altri facevano gli esercizi, lui la guardava...allora l'ho guardato ridendo e gli ho detto "Cosa guardi! Guarda che devi guardare solo me!" (*accenna una mezza risata*)

T: Uhm

P: Eh...gliel'ho detto un po' così

T: Sì... con ironia

P: ...e lui mi fa: "Che cosa?" ...e io gli ho detto: "Eh la stavi guardando" ...e lui: "Non è vero" ...allora l'ho guardato e gli ho detto: "Eh non è vero...non è una brutta ragazza, l'ho guardata anch'io... cioè, figurati se...non l'ha guardata un qualsiasi ragazzo."

T: Uhm

P: Poi gli ho detto una frase come per dire..."Non mi dà fastidio se la guardi...però ammettilo...ammetti che la guardi"

T: Eh...questo mentre facevate ginnastica

P: Sì, sì

T: (*rido*) tutto al volo!

P: Sì, tutto al volo (*ride anche lei*)...eh, insomma...è successo un po' così...poi abbiamo continuato a fare ginnastica. Ridevo e scherzavo con lui...non so, gli facevo lo sgambetto...oppure...gli toccavo il sedere!

T: Uhm

P: Eh...un po' così, insomma...anche un po' per dimostrare a quella ragazza che era mio, insomma! (*ridiamo assieme*)

T: Eh...ah...una strategia....

P: Esatto...

T: Uhm...

P: Eh...come per dire: "Guardaci come stiamo bene assieme".....

T: Perché, lo puntava questa ragazza?

P: No magari sono mie fissazioni...o magari un qualcosa di fortuito...non so.

T: (*con tono molto pacato*) o magari...come abbiamo visto altre volte...una sua spiccata sensibilità...verso queste cose ...perché dietro c'è un'altro significato? Sì ricorda? Quello che ogni tanto viene fuori...

P: Del fatto che sono in allarme....

T: Eh, eh.

P: Sì.. no.. Quello sì: difatti qualsiasi ragazza ci fosse stata...magari anche più brutta di me avrei avuto la stessa reazione...

T: Eh.. nel senso che lei mi sembra molto sensibile su questa cosa...

P: Esatto...chiaramente certe volte preferirei non vedere...no? Oc-

chio non vede cuore non duole...può darsi che Marco parli con chissà quante altre rag...persone di sesso femminile durante la giornata...e io non ne so nulla...però il fatto di star lì ad assistere... mi sento un po' uno spettatore...non so come dire no...

T: Uhm...uno spettatore di cosa?

P: Mi sento un po' messa da parte...eh sì...anche ieri sera mentre stavano parlando mi è venuto il dubbio...magari starebbe meglio con lei...lui...per esempio.

T: Uhm....

P: Anche fisicamente no, vedendoli insieme...magari lo stesso colore dei capelli...e poi mentre correavamo cercavo di vedere noi due che correavamo.. e di vedere se anche esteticamente stavamo bene assieme (*sorride*)...cioè tutti questi pensieri un po'...

T: Uhm

P: Insomma...ieri sera però è stata troppo forte questa cosa rispetto alle altre volte...

T: Questa cosa...cosa?

P: L'agitazione, no?

T: L'allarme

P: L'allarme, sì

T: Uhm

P: Quindi ho avuto un po' paura...ma forse perché...in questi giorni non sono stata molto bene perché ho fatto un po' di incubi, sogni strani...

T: Vediamo un po' i sogni, magari...se le va...

P: Del tipo...la notte fra domenica e lunedì ...che già la domenica sera sono sempre un po' più agitata del solito perché venerdì sera e sabato sera Marco si ferma a dormire da me.

T: Uhm

P: E io sono contentissima...poi chiaramente domenica sera lui torna a casa sua perché poi lunedì deve andare a lavorare... per cui devo riabituarmi al ritmo settimanale...no...per cui devo stare a casa da sola...devo stare con me stessa...eh insomma...e il più delle volte, soprattutto i primi giorni della settimana dormo sempre con il mio orsacchiotto...eh...mi sento un po' non riesco a trovare la parola...confortata, ecco...

T: Ah...confortata.

P: Confortata...sì...eh, niente domenica ho fatto questo incubo... che andavamo in montagna con degli amici - probabilmente già pensavo a domenica prossima che andremo realmente a sciare con lo sci club - quindi ho sognato che eravamo già in montagna dal sabato mattina ed io nel pomeriggio mi sono addormentata in

questa casa e quando mi sono risvegliata Marco e gli altri amici non c'erano più...ce n'erano forse un paio di amici rimasti lì...e io cercavo Marco.Allora mi hanno detto: "Eh, sono andati a fare un'escursione su in cima"...eh, insomma è passato tutto il sabato, è arrivato sabato sera io non ho dormito sabato notte...è passata anche tutta la domenica e lui nel sogno è tornato domenica sera...e io ho passato quasi due giorni con un'ansia incredibile perché Marco non mi aveva avvisato...era andato via così...e io non sapevo come fare. Poi la domenica sera è tornato ed io stavo malissimo..., pianti nel sogno eccetera...e gli ho chisto: "Ma dove sei stato?"...e lui mi ha detto: " Eh, sono andato a fare un'escursione in montagna ehhh..."...e gli ho detto: "Ma perché io non sono venuta? Insomma, potevo venire anch'io, no?", mi ha risposto:"Stavi dormendo eri stanca e allora non ti ho svegliato"...ecco però il sogno era...ecco, è finito insomma questo sogno...

T: (*con tono molto pacato*) Mi descriva un po' le sensazioni...le emozioni...eh "stavo malissimo"...però volevo capire un po'...

P: Mi sentivo disperata, abbandonata...non considerata...avevo un blocco qui allo stomaco tremendo, mi veniva da piangere però ero disperata, cioè.....

T: Uhm

P: Ed ero anche arrabbiata perché...insomma...è andato via così...in quel momento mi sembrava che potesse fare a meno di me eh, diciamo che le sensazioni sono un po' queste.

T: Che interpretazione dà...a questo sogno?

P: Sicuramente la paura di perderlo (*si riferisce a Marco*)...

T: Uhm.

P: Anche perché il giorno prima era successo un' altro fatto molto forte...ehm, cioè sabato...

T: Nella realtà?

P: Sì...domenica sera ho fatto il brutto sogno, sabato è successo questo fatto che forse è collegato...

T: Uhm, vediamo

P: Vediamo...dunque...sabato ci siamo svegliati molto tardi verso mezzogiorno e Marco doveva fare dei lavori al computer ed io, siccome lo sto aiutando anche nel suo lavoro,...eh lui non è molto ferrato nell'usare Excel...questi programmi qui...e allora l'ho aiutato a fare tutte queste tabelle.

T: Ma è il lavoro della ditta?

P: Sì esatto.

T: Lo porta a casa?

P: Lo porta a casa...perché se lo facesse lui al lavoro impiegherebbe

dieci volte il tempo...

T: Ho capito

P: ...eh...io avevo invitato anche una mia collega e il suo ragazzo, con cui andiamo a fare presciistica, a mangiare da noi

T: Per il mezzogiorno o la sera?

P: La sera

T: La sera

P: Però non erano certi se sarebbero venuti...dovevano chiamarmi sabato mattina o nel primo pomeriggio per darmi la conferma... non avevo fatto ancora la spesa...siamo stati al computer fino alle quattro e mezza... loro poi hanno chiamato verso le cinque.

T: Per la conferma?

P: Sì, esatto... Marco mi ha detto: “Ma perché non gli dici di non venire che facciamo un'altra volta, no?” ...ma questo legato anche al fatto, scusi mi sono dimenticata di dirglielo, che la sera prima la mamma di Marco mi aveva detto che aveva comprato il pesce... siccome io sono molto brava a cucinare il pesce...aveva preso tutti gli ingredienti per fare gli spaghetti allo scoglio...che a me vengono perfetti...e Marco le ha detto: “Ma guarda che sabato sera noi non ci siamo perché abbiamo invitato degli amici” ...e sua madre: “Eh, ma io ho comprato il pesce...”, però le abbiamo anche detto che dovevamo aspettare la conferma...e sabato pomeriggio Marco mi ha detto: “Ma perché non dici a Sara e Aldo (nomi di fantasia) di venire un'altra volta?” e io ci sono rimasta troppo male, no?..Un po' perché li avevo già invitati e un po' mi sono sentita irritata per il fatto che sua mamma... perché sua mamma magari aveva preso il pesce...allora dovevamo rimandare la nostra cena, no?...siccome bene o male siamo sempre a casa dei suoi genitori, non è che facciamo molte cose con altre persone....insomma mi sono sentita un po' manovrata nelle decisioni, no?

T: Uhm

P: Perché, ogni tanto, piace anche a me organizzare qualcosa... far le cene con gli amici...eh, non mi ricordo esattamente come è saltato fuori, comunque dopo che...dopo che abbiamo finito di lavorare al computer abbiamo avuto una discussione perché io gli ho detto che insomma un po' per questa cena qui, no...e un po' perché saltato fuori il discorso di sua mamma e io gli ho accennato il mio la mia sensazione, no...cioè del fatto che avevo paura che sua mamma dicesse di volermi bene solo perché aveva paura di perdere lui, no....

T: Ah

P: Eh...non l'avessi mai detto (*sorridente*), è successo il finimondo,

lui si è arrabbiato...me ne ha dette dietro di ogni ha detto praticamente mi ha dato del mostro perché come potevo pensare certe cose di sua madre, no?

T: Ah

P: Ma io non è che ho pensato in senso cattivo...nel senso che da determinati comportamenti, seppur piccoli, o magari dalla cosa che ha detto una volta... un po' così ho avuto questa impressione, che.....

T: Che non fosse un volerle bene autentico?

P: Sì, esatto...anche ...cioè...perché io sono una persona che si attacca subito alle altre persone, no

T: Sì (*sottovoce*)

P: Per cui ho sempre paura di ricevere una delusione o una mazzata

T: Uhm.

P: E per cui forse mi sta poco a genio di essermi attaccata troppo... cioè troppo, tanto a sua mamma e ogni tanto avendo anche questi segnali di allarme...provavo un po' di ostilità e di rancore...questo non l'ho detto a Marco, ma qui posso dirlo...perché sento un po' che le nostre vite sono un po' condizionate dai suoi genitori

T: Questa ostilità verso chi la prova?

P: Eh beh soprattutto verso sua madre, perché è quella che parla di più, e un po' anche verso suo papà perché non so...se vogliamo andare in vacanza in un posto comincia: "No, non andate...", va beh è normale da parte dei genitori...

T: Non andate...per esempio?

P: Eh, non andate perché trovate la nebbia.

T: Ah, è un po' apprensivo?

P: Sì, quando siamo andati in Svizzera Francese abbiamo fatto Domodossola...io volevo fare la Val D'Aosta che ci si mette meno... e praticamente alla fine non siamo passati da lì perché loro erano agitati e alla fine era agitato anche Marco perché loro trasmettono queste loro paure per cui sabato scorso ho avuto questa discussione con Marco e io ho cercato di spiegargli che non era per cattiveria che lo dicevo, però io gli ho fatto l'esempio di Angela e di altre persone della compagnia con cui c'ero rimasta troppo male. Gli ho spiegato che mi ero attaccata troppo a sua mamma e che avevo paura di non ricevere lo stesso affetto, no...perché insomma lui è sempre suo figlio, no...io sono un po' un'estranea...mi sembrava strano, visto che non mi era mai capitato in tutta la mia vita.

T: Ah.

P: Che una signora, una persona così mi trattasse quasi come sua

figlia...e avevo molta paura.

T: Paura?

P: Paura di ricevere delusioni, paura di vedere che non era amore ma era solo opportunismo...diciamo che potrebbe essere un'event...

una possibilità, perché in fondo sua mamma ha paura di perderlo

T: Ah...perché ha già "perso" il fratello, no? (*il fratello di Marco ormai da tempo non parla più con sua madre, a quanto pare a causa di alcuni dissapori fra quest'ultima e sua moglie*).

P: Esatto, per cui ha insistito che andassimo ad abitare sopra di lei e tutte queste cose qua.

T: Per cui l'eventualità può essere, no? Può essere...nel senso che può essere una delle tante eventualità...poi è lei, che è nella situazione, che deve sentirla questa cosa...

P: Eh si però magari questa è una piccolezza...una volta è successo che sua madre ha detto una frase del genere...di come sono stata fortunata io Francesca a trovare uno come Marco, no...e allora io per difendermi le ho detto: "Ma anche Marco è stato fortunato, non sono brava anch'io?" qualcosa del genere, no...non con queste parole però il significato era questo...e allora lei ha detto: "Ma... dovete vederlo voi", cioè.....

T: E lì, come l'ha vissuta lei Francesca?

P: Eh...un po' male...perché è vero che l'affetto si dimostra non con le parole...ma era un po' come dire: "Non te lo voglio dire direttamente che non è vero, ma..."

T: E come l'ha vissuta questa cosa lei Francesca?

P: Per me, non voleva dire di sì...che ero brava anch'io, che andavo bene per lui l'ho vissuta un po' come se...ci fossi stata io o qualsiasi altra ragazza per lei sarebbe stata la stessa cosa.

T: Però è lui...cioè, qualsiasi ragazza dovesse mettersi con Marco è fortunata perché...

P: E' Marco

T: E' Marco...

P: E invece io pensavo di essere un po' più importante per sua madre perché sono io...

T: E ha sentito qualche sensazione o emozione particolare...in quel momento?

P: Un po'...un po' e non ricordo esattamente.. eh, sono rimasta male...e poi ho cercato di ragionare su questa cosa: "perché ha detto così, ma forse voleva dire così"... Il e questa cosa unita a tante altre piccole cose, non so, magari al fatto che... che lei ci rimane male se io...noi una tal sera non rimaniamo lì a mangiare, anziché una domenica decidiamo di andare a fare un'escursione in monta-

gna, no...magari torniamo e lei non è arrabbiata, però si vede che ha un'espressione diversa...cioè lo sento io e lo sente anche Marco perché gli continua a chiedere: "Ma cosa c'è, non stai bene?"... ecco tutte queste cose qua...oppure il fatto che l'altra sera, dopo questa discussione con Marco...sabato sera io avevo deciso di aprirmi e avevo detto alla mamma di Marco che le volevo bene.

T: Uhm

P: E poi lei non so come ha introdotto la questione della casa ed è saltato fuori il fatto di andare ad abitare sopra di loro ed io ho detto: "Beh, io sarei contenta",no...e lei mi ha detto: "Magari me lo dici così davanti...e poi dietro...mi parli dietro" e non è la prima volta che lo dice...

T:Uhm

P: Allora io mi dico: "Cavoli, ma che mostro pensa che io sia?" lo sono sincera quando faccio le cose, non lo faccio per accattivarmela...ecco...e sabato, dopo questa discussione qua, ho parlato con Marco ed ho cercato di fargli capire che ci sono tanti fantasmi che tornano dal passato (*termine che usiamo spesso in maniera condiziva in terapia io e Francesca e che sta un po' ad indicare che la sua costruzione della realtà sembra influenzata, almeno in parte, dalle sue dolorose esperienze infantili. Ovviamente non ha nulla a che vedere con il significato che il termine "fantasma" ha in altri ambiti teorici e terapeutici*).

T: Ehm

P: E' che ci sono dei momenti in cui mi sento particolarmente vulnerabile e che sto male a pensare a queste cose...e che ho tanto bisogno di amore mentre gli raccontavo queste cose, però, avevo un po' paura...perché di solito io non le dico mai...e ogni volta che mi capita di dirle mi sembra quasi di fare la vittima, no

T: Uhm

P: Ed è una cosa che io non ho mai voluto fare in tutta la mia vita.

T: Certo (*in modo pacato, che lascia trapelare un senso di tenerezza*)

P: Però ho detto va bene gliela dico: allora gli ho spiegato che purtroppo i miei genitori non sono sempre stati così...che non ho mai avuto la loro attenzione e che fin da piccola mi hanno sempre abbandonata a me stessa ed ho dovuto imparare a cavarmela da sola...e non ho mai trovato qualcuno che mi amasse per quella che ero, no...ho dovuto sempre fare la brava eccetera...cioè ho cercato di spiegargli a grandi linee queste cose... questo sempre con le lacrime che mi venivano fuori perché quando parlo di queste

cose miii...cioè sto abbastanza male...e nel frattempo, cioè, già da prima che gli raccontassi queste cose durante la discussione deve essere che ho toccato qualcosa in Marco...si è messo a piangere anche lui e non riusciva a smettere, no...e allora io mi sono sentita peggio perché mi sono sentita in colpa.....a causa del suo dolore di quel momento.

T: Perché?...invece può essere un vissuto...cosa poteva essere?

P: Eh, non so...ho cercato di capire.....

T: (*quasi sottovoce*) Mah...una condivisione

P: Sì

T: Forse in quel momento Marco ha capito davvero quanto lei ha sofferto, ha capito delle cose...

P: E lui mentre stava male che piangeva diceva: “Eh, sto male... raccontandomi queste cose mi hai fatto venire molta tristezza”

T: Ma era scocciato da questa cosa o era in sintonia con lei?

P: Beh all'inizio...del fatto della tristezza...prima che si mettesse a piangere... probabilmente si stava sbloccando qualcosa... stava avendo questa esplosione...era molto triste no...questa cosa gli stava aumentando...e allora mi ha detto: “Eh sono molto triste, mi hai fatto venire una tristezza”, come dire...queste cose depressive no... al che quando ho sentito “queste cose depressive” mi sono detta: “caspita sono una depressa, ne combino sempre una!” (*ride*), dopo invece si è messo a piangere e mi ha abbracciato... eravamo lì abbracciati sul divano...e...ma, l'ho sentito molto in sintonia.

T: Mi sembra questo il livello prevalente...mi sembra una condivisione...non è che lei l'ha fatto soffrire.

P: Esatto, anche l'espressione degli occhi, la sua, era completamente cambiata! (*dice questo con enfasi*).

T: Come?

P: Ma, prima era dura...molto ostile...dopo invece era molto dolce...cioè, si riusciva quasi a leggergli dentro

T: Era accudente?

P: Sì, ma poi proprio...un'espressione dolce...piena d'amore...cioè si vedeva che sembrava proprio che sentisse le stesse cose che sentivo io dentro.

T: E' stato un momento bello?

P: Eh, sì...infatti dopo alla fine lui ha detto: “E' bello ogni tanto piangere” no...aiuta tanto, no...

T: Ha visto? Quindi non l'ha mica fatto scappare, no?

P: E' vero prima quando era molto arrabbiato, invece,...ha messo su le scarpe e ha detto: “Basta, me ne vado...me ne vado via”. E io in quel momento mi sono detta: “Non lo fermo...non lo fermo”.

T: Ah?

P: No probabilmente ho applicato ancora quell' attaccamento di cui avevamo parlato...nel senso che sono stata zitta mentre lui si stava preparando per andarsene, però mi dicevo "Se ne sta andando, chissà come andrà a finire...ci lasceremo"...no...e poi pensavo: "No così non può andare, non ce la faccio...così non mi piace"... cioè proprio me lo ripetevo...

T: Non le piaceva...cosa?

P: Il suo atteggiamento.

T: Il suo atteggiamento.

P: Questo atteggiamento di sentirsi aggredito...gliel'ho anche detto dopo....prima del pianto...gli ho detto: "Non posso parlarti di niente, ogni volta che cerco di dirti qualcosa...di esprimerti quello che sento..." poi gli ho detto anche: "Ma che mostro pensi che io sia?" è allucinante...perché lui pensava che io pensassi chissà che cose su sua madre...cose negative su sua madre... "Ma chi pensi che io sia?"...è allucinante...l'ho guardato dritto negli occhi e gli ho detto: "Ma cavoli, è un anno che facciamo l'amore... cioè, ma tu con chi pensi di aver fatto l'amore in questo periodo...me lo dici?" e poi gli devo aver detto anche qualcosa del tipo: "Se è così, non voglio aver più niente a che fare..."

T:Uhm

P: Eh...sapevo che mi sarei pentita di questa cosa

T: Di dire questa cosa?

P: Sì, è chiaro...perché se ci fossimo lasciati sarei stata male da morire

T: Ah

P: Però, quando poi si è messo sù la giacca che se ne stava andando via...io mi sono detta veramente... "Lo lascio andare, basta..." cioè..."non posso costringere nessuno a capirmi, ad amarmi...se pensa queste cose su di me sono stufa di continuare a giustificarmi a dimostrare che sono tutt' altro"...cioè ero stanca...niente, ho lasciato. che si vestisse...fra l'altro eravamo venuti con la mia macchina, quindi avrei dovuto riaccompagnarlo io...se no se ne doveva andare a piedi...allora ha detto: "Siamo qui con la tua macchina, mi riporti a casa?" allora io mi sono alzata, mi sono vestita e poi mentre mi allacciavo le scarpe e stavo prendendo le ultime cose...lui probabilmente, che non voleva andare via ...perché pensava che l'avrei bloccato

T: (*ride*) Perché era un copione nuovo? (*ride anche lei*)

P: Esatto...(ridiamo ancora assieme)...insomma Poi c'è stata la discussione, poi il: pianto...va beh

T: Ha visto? E' come se lei Francesca avesse osato un po' di più... eh?

P: Sì.

T: E dopo si è sbloccato qualcosa...ed è riuscita ad arrivare a una cosa che sempre persegue ...che è questa condivisione profonda... questo esprimersi fino in fondo...eh?

P: Sì perché poi ho visto che ogni tanto quando mi esprimo...lui la prende un po' come giudizio...o come un volerlo colpevolizzare su qualcosa...lui vive tutto così, come se lo si volesse colpevolizzare... ma questo perché già sua mamma lo colpevolizza...c'è già un suo trauma di partenza...Io colpevolizza indirettamente per gli errori del fratello...e lui ha paura di commettere gli stessi errori e si sente sempre in colpa verso i suoi genitori... poi si sente in colpa anche se il rapporto non va eccetera... tanto è vero che una piccola discussione l'abbiamo avuta anche ieri sera allora posso capire che ci sono persone che quando lavorano si stancano di più e altre di meno...sono più forti, che ne so...io anche se sono stanca morta, che mi sono spaccata la clavicola che ho fatto l'operazione con l'anestesia e tutto, sono così contenta alla sera quando vedo Marco che qualsiasi stanchezza, veramente, non mi impedisce di sorridere e lui invece quando arriva a casa è distrutto, cioè praticamente gli si può mettere una flebo al braccio e lasciarlo lì...veramente

T: Uhm.

P: Va beh, nonostante questo si sforza di venire in palestra e ieri sera quando siamo tornati a casa proprio era distrutto, ha mangiato a casa mia...e però aveva un'espressione che probabilmente era assente...era lì che mi guardava che però ...a me è sembrato che mi guardasse con disprezzo...cioè, non mi piaceva...e insomma alla fine me ne sono stata per i fatti miei...ecco...mi sono un po' rinchiusa.

T: Ah

P: E dopo un po' lui mi ha detto: "Ma sei arrabbiata?" e io gli ho detto: "eh, un po' perché è tutta sera che ti chiedo che cos'hai e va beh, tu mi dici che sei stanco...io capisco che sei stanco...però capita spesso che...cioè io alla sera quando arrivo a casa sono contenta di vederti...sorrido solo per quello...invece a te, ultimamente, non si riesce a strapparti un sorriso quasi neanche facendo cabaret...io non so più cosa fare, ho paura di essere di troppo ed ho paura qualsiasi cosa faccio di disturbare" e gli ho detto: "io sono contenta solo a vederti alla sera...pensavo che anche per te fosse la stessa cosa"...però lui si è arrabbiato, si è sentito in colpa come se io gli dicessi che da quando ha iniziato a lavora-

re mi fa fare una vita di “emme”, no...e mi ha aggredita...poi ho cercato di spiegarglielo in un modo diverso e ha capito...abbiamo chiarito.

T: Ho capito ecco, prima di concludere vorrei un po' chiudere il cerchio riguardo al sogno che mi ha portato oggi...ad un certo punto lei ha detto: “Forse è ricollegabile anche a quello che era successo il giorno precedente, eccetera”, ecco...in che senso?

P: Un po' forse perché i due amici che dovevano venire a cena erano dello sci-club e allora l'aspetto paesaggistico...la montagna...poi dobbiamo andarci la prossima domenica. Poi anche la litigata con Marco, quella cosa che lui voleva andarsene ed io che lo lasciavo andare...l'ho ripercorso nel sogno, no...lui era andato via e non mi aveva avvisato

T: Ah...sì, sì.

P: E' troppo riduttivo?

T: No, no...mi sembra che ci possa stare...nel sogno ha rivissuto la paura che forse inconsciamente ha anche nella realtà.

P: Esatto.

T: Il sogno è abbandonico, eh...dove c'è disperazione, usando le sue parole,...vuol dire che in fondo c'è questa paura ma lo sapevamo già...la paura di essere abbandonata_

P: Che non mi piace...questa paura...anche la paura delle ragazze che mi portino via Marco...

T: Però adesso sa un po' il senso di questa paura, no?

P: Sì...però penso che ci voglia un bel po'...prima di riuscire ad attenuarla un po'...non è così automatica la cosa e poi la comprensione di Marco verrà da sé...prima...devo riuscire ad aumentare la sicurezza...la fiducia in me stessa perché penso che me ne manchi molta.

T: E' vero non è così automatica la cosa si è strutturata in tanti anni e quindi ci vuol un po' di tempo, come le avevo detto nelle prime sedute, per raggiungere una maggiore elasticità... per sganciarsi un po' dai fantasmi del passato che le fanno vedere le cose in un certo modo e per vedere le stesse cose in maniera, magari, un po' diversa...magari con minore sofferenza...va bene, direi che) anche per oggi abbiamo finito.....come sta?

P: Bene...come se avessi buttato fuori un po' di tristezza...e di ansia

T: Va bene...ci vediamo settimana prossima.

2.4 Alcune riflessioni conclusive

Vorremmo fare a questo punto alcune riflessioni cercando di analizzare il materiale clinico con l'ausilio dei concetti teorici esposti nel presente lavoro.

Ad un livello precoce sembra che diversi fattori abbiano contribuito a far sì che Francesca iniziasse a seguire un itinerario di sviluppo di tipo depressivo; alcuni di questi sono stati descritti in maniera esauriente da Reda (1986):

La grande conflittualità esistente tra i genitori con l'attribuzione del ruolo di mediatore alla piccola Francesca che veniva incaricata dalla madre di cercare di recuperare il padre per la riappacificazione; nel caso della paziente oltre all'autocolpevolizzazione, che abbiamo visto essere pressoché normale nei bimbi che vivono tali situazioni, c'era anche un'esplicita attribuzione causale della madre alla stessa Francesca ("Se io e papà litighiamo è colpa tua").

La colpevolizzazione della madre nei confronti di Francesca per il fatto di doverla mantenere a cui si andava ad aggiungere il trattamento differenziato riservatole, rispetto alla sorella maggiore ed al fratello maschio, che la faceva sentire non degna di attenzione e comunque un peso per la famiglia.

Sembra evidenziarsi poi un fattore su cui c'è sostanziale accordo fra i diversi Autori (Reda, 1986; Guidano, 1988; Ruberti, 1996;), circa lo sviluppo di un'organizzazione depressiva: il comportamento anaffettivo della madre nei riguardi di Francesca e, conseguentemente, l'inibizione delle richieste affettive da parte della piccola (*attaccamento evitante*).

Un qualcosa di tipico della traccia depressiva che si impone all'attenzione anche nella storia di Francesca è l'*autosufficienza compulsiva* ovvero la sensazione, fin da piccina, di sentirsi sola nell'affrontare il mondo, cosa che ancora oggi non le fa paura, in quanto vi è da sempre abituata.

Tipica anche la tendenza all'*accudimento compulsivo* che emerge chiaramente nel racconto relativo ai primi tempi della relazione con Marco ed anche quando, nell'autobiografia, dice che il suo modo di amare è molto simile a quello descritto nel Vangelo riguardo a Gesù come anche, più in generale, nel suo modo di vivere le relazioni amicali e sentimentali. Ed è nel modo in cui Francesca vive con sofferenza queste relazioni che sembra evidenziarsi il "gap" di cui parla Guidano (1988): il modo di dare amicizia o amore degli altri non è mai all'altezza delle modalità di amare e delle aspettative della paziente, la quale tende ad alternare la modalità appena descritta ad un atteggiamento di distacco. Non a caso, in questi

ambiti relazionali, spesso la paziente dice di rimanere “delusa” e di ricevere “mazzate”.

L'accudimento compulsivo si evidenzia anche nell'impegno a livello di volontariato, nel desiderio di farsi missionaria, ed anche, in generale, nella grande predisposizione di Francesca ad aiutare gli altri (compagni di scuola, ecc.): forse è questo l'unico modo che conosce per avere l'attenzione mai ricevuta personalmente ed in fondo, come lei stessa più volte ribadisce, per (illudersi di) avere dell'amore in cambio.

Tuttavia, queste ultime attitudini assieme al grande impegno profuso in diverse discipline sportive, ed in altre attività ancora, spesso con buoni risultati, hanno ed hanno avuto nella storia di Francesca la funzione di far emergere delle caratteristiche positive di sé al fine, più o meno consapevole, di un riscatto rispetto alla propria *negatività*. Tuttavia tale senso di negatività diviene prevalente in Francesca in occasione di ogni insuccesso: per esempio quando è stata bocciata di recente ad un importante esame professionale, la paziente si è sentita una fallita” in modo generalizzato a diversi ambiti (“Ho trent'anni, sono una fallita, non ho ancora combinato niente di buono nella mia vita: mi sono sposata e separata, non sono soddisfatta del mio lavoro, gli altri che aiuto passano gli esami ed io no, ecc “). In Francesca si nota anche *l'aspettativa di essere rifiutata* non appena l'altro scoprirà la sua *scarsa amabilità personale*, come per la questione di non voler mettere Marco al corrente del fatto che sta seguendo un trattamento psicoterapeutico per non apparirgli “debole”. Tali aspettative, infatti, la portano a *celare parti di sé* nella relazione con l'altro. Difatti nelle prime sedute a volte la paziente mi poneva il problema di non sapere qual'era il comportamento giusto da adottare con Marco: ma non a causa di problemi di scarsa autoreferenzialità o di una forte tendenza al dubbio, bensì perchè viveva con conflittualità il fatto di assecondare i comportamenti dettatigli dalle sue aspettative di rifiuto sentendosi però poco autentica. Un'altro modo in cui frequentemente la paziente esplicita il proprio vissuto di non amabilità è quando teme di perdere il partner perché vive le altre ragazze come fondamentalmente più amabili di lei: questa aspettativa è una delle sue più potenti fonti di ansia e di sofferenza.

Dal punto di vista emozionale, infine, la paziente mostra più frequentemente una tendenza alla *disperazione*, anche se non mancano momenti di *rabbia* specie in seguito alle delusioni o nei tentativi di comunicare in modo estremo i propri bisogni più intimi altrimenti inespressi.

BIBLIOGRAFIA

Bara B.G., Mattei M. *Psicoterapia cognitiva nell'età evolutiva*, a cura di Furio Lambruschi, capitolo " Homo sapiens civilizzato". Bollati Boringhieri.2004

Bowlby J., *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, trad. it. Cortina, Milano 1982 Ed. or.: 1977.

Bowlby J., *Attaccamento e perdita*. Vol. 3. *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino. 1980

Guidano V. F., *La complessità del Sé*, Boringhieri, Torino. 1988.

Pietropolli Charmet G.. *I nuovi adolescenti*. Raffaello Cortina, Milano2000

Reda M. A., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma. 1986.

Ruberti So, in B.G. Bara (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Boringhieri, Torino. 1996.

IL LINGUAGGIO METAFORICO NELLA PSICOTERAPIA COGNITIVA.

Marzia Mattei*, Marco Mossi**, Giuliana Berisso***

A partire dagli anni settanta gli psicolinguisti e gli psicologi cognitivisti si sono interessati alla metafora e hanno convenuto che non si tratti solo di una forma atipica del linguaggio poetico, ma che rappresenti un aspetto diffuso del linguaggio comune. Così le metafore hanno cominciato ad essere apprezzate come radici della creatività e del cambiamento tanto da essere un aspetto essenziale della conoscenza.

Nella psicologia contemporanea, col termine “**metafora**”, o “**linguaggio metaforico**” s’ intende ogni tipo di linguaggio non prosaico, cioè tutto ciò che cade sotto l’accezione di analogia, allegoria, esempio, confronto, paragone, racconto, favola, mito, proverbio ecc.

Consideriamo alcune significative definizioni della parola **metafora**: essa deriva dal greco *Μεταφέρειν* che significa *portare oltre*, nel senso di *creare una forma nuova*. Nella definizione Aristotelica “*la metafora consiste nel dare a una cosa il nome che appartiene a un’altra cosa: trasferimento che può effettuarsi dal genere alla specie o dalla specie al genere, o da specie a specie o sulla base di un’analogia*”. Proprio da questa definizione è ricavabile una singola regola di formazione per cui dall’intersezione dei due oggetti sorgerebbe un nuovo oggetto o significato indipendente dalla proprietà dei due termini.

Si osservi anche la seguente definizione di G. Bateson “*la metafora è la struttura che connette non solamente la mente e la natura, ma anche la mente e le emozioni*”.

Cercheremo di descrivere alcune utilizzazioni di questa forma di comunicazione in psicologia.

Absolutamente significativo l’apporto di Milton Erikson, il quale incentrava gran parte della sua terapia su aneddoti e racconti. Si deve inoltre alla collaborazione con E. Rossi uno studio sulla neurologia circa il funzionamento degli emisferi cerebrali. Lo studio effettuato sembrava evidenziare che le caratteristiche dell’emisfero

*Marzia
Mattei*
Psicologa
Psicoterapeuta,
socio ordinario
SITCC, socio
fondatore del
Centro Terapia
Cognitiva di
Como e docente
nella Scuola di
Formazione in
Psicoterapia
Cognitiva dello
stesso Centro.*

*Marco
Mossi**
Psicologo
Psicoterapeuta,
socio ordinario
SITCC, opera
presso il Centro
Multidisciplinare
di Co-terapia
Cognitiva di
Cadorago.*

*Giuliana
Berisso***
Psicologa
Psicoterapeuta
cognitiva*

destro rispetto all'elaborazione della comunicazione, sembrano riferirsi al fatto che è: sintetico (comprende l'insieme delle parti), concreto, spaziale (coglie le relazioni nello spazio), intuitivo (usa sensazioni e immagini), analogico (usa le metafore), irrazionale, solistico (percepisce le strutture d'insieme), atemporale e non verbale. E' la sede delle attività creative, della fantasia.

L'emisfero **sinistro**, per contro, presenta le seguenti peculiarità: è analitico (comprende i dettagli), astratto, lineare (lavora in ordine sequenziale), logico, numerico, razionale, simbolico, temporale, verbale. E' la sede di tutte quelle attività che coinvolgono il linguaggio, la scrittura, il calcolo.

Ora sappiamo che, se ciascun emisfero ha un proprio stile di elaborazione delle informazioni, i due emisferi funzionano anche come un'unità di cooperazione.

Nebes (1977) sostiene che l'elaborazione che fa l'emisfero sinistro è di tipo consequenziale, logica, letterale, mentre quella dell'emisfero destro avviene in forma simultanea, olistica e implicativa. In altre parole, l'emisfero sinistro dispone nel giusto ordine ogni singolo pezzo del puzzle, mentre il destro ne percepisce l'intera figura.

Poiché la metafora si basa sull'implicazione più che sui significati letterali, per decodificarne il senso sembrerebbe necessaria "più" attività dell'emisfero destro di quanta non ne comportino le comunicazioni di tipo analitico-logico (Mills, Crowley 1986).

Il compito di creare le metafore, in particolare le metafore nuove, potrebbe comunque coinvolgere sia l'emisfero destro sia l'emisfero sinistro. Nell'esprimere e nel suscitare la metafora, pare che il suo contenuto (immagini) sia elaborato nell'emisfero destro e la sua struttura o forma sia elaborata nell'emisfero sinistro.

In altre parole: *"Il modello interemisferico localizza nell'emisfero destro le componenti più immaginative della metafora basate su esperienze sensoriali o somatiche e nell'emisfero sinistro la trasformazione di tali componenti in principi astratti di organizzazione semantica"* (Danesi 1989).

Sempre Erickson e Rossi (1976) formulano ipotesi sul meccanismo di funzionamento del pensiero metaforico: *"Mentre si dà alla mente conscia un messaggio (in forma di concetti, idee, storie, immagini) che la tiene "occupata", si invia di nascosto alla mente inconscia un altro messaggio terapeutico tramite l'implicazione e la connotazione. Mentre la mente conscia è all'ascolto degli aspetti letterali dell'aneddoto, le suggestioni accuratamente predisposte che vi sono inframmezzate attivano associazioni inconscie e signifi-*

cati variabili che “traboccano” infine nella coscienza”.

Una definizione costruttivista della metafora è quella di Richard R. Kopp: *“Uno specchio che riflette le immagini che abbiamo di noi stessi, della vita e degli altri”* (Kopp, 1988). Essa suggerisce l’idea che sia lo stesso paziente a generare le metafore mentre il terapeuta lo accompagna nell’esplorazione delle proprie sensazioni, che in questo modo vengono condivise.

Il costruttivismo attribuisce alla metafora anche la capacità di aprire un canale emotivo di libertà, privo del concetto di giusto/sbagliato, e di empatia, oltre che di mobilitare i processi mentali del paziente.

Il pensiero metaforico, come pure il sogno, catturano una prima mappatura dell’esperienza (Liotti 2001) ed è ciò che abbiamo di più vicino alla conoscenza delle nostre emozioni. E’ necessario ogniqualvolta si desidera comunicarle ai propri interlocutori. Può essere definito come l’elaborazione implicita della conoscenza emozionale, che precede la conoscenza cosciente delle emozioni: un ponte tra pensiero implicito ed esplicito.

Esso fa parte del modo di organizzare la conoscenza: ci viene in aiuto quando ci allontaniamo dalle esperienze concrete e ci permette di comprendere un concetto scarsamente definito, rintracciando delle corrispondenze con la struttura di un concetto maggiormente familiare e soddisfacendo la necessità personale di attribuire un significato condivisibile.

Nel contesto psicoterapeutico, la metafora possiede la proprietà di illuminare un campo ignoto (che nel caso del paziente è quello problematico e doloroso dal quale emerge la sintomatologia), per mezzo della struttura di un campo noto con il quale viene messo in relazione.

La connessione tra diversi campi dell’esperienza sembra produrre un nuovo significato nell’hinc et nunc; nelle presentazioni successive il paziente si richiama la metafora utilizzandola come base per riflettere, comprendere, osservare una diversa prospettiva.

Sandra, una giovane paziente (Mattei) ha pensieri intrusivi di tipo sessuale e teme di essere omosessuale. Riferisce: “in certe situazioni, (nelle quali percepisce un contenuto emotivo per lei pericoloso come aggressività, sessualità) mi trovo automaticamente a fermare la scena, come alla moviola e se lo sguardo si sofferma sulla donna, partono i pensieri angoscianti ai quali devo dare risposte certe. Continui test ai quali mi sottopongo con il pensiero e mi fermo solo quando il mio povero cervello va in tilt e mi viene mal di testa..... ma il dubbio rimane”.

In terapia viene ripresa la metafora della moviola utilizzata dalla paziente riferendosi però a un altro ambito nel quale l'uso della moviola è abituale: il calcio.

La terapeuta fa notare come una scena alla moviola, perde il significato emotivo iniziale

(“ Che bel gol !”) e finisce per mettere a fuoco tutti i particolari, anche quelli non significativi (lo striscione con la pubblicità di una marca di automobili). Di conseguenza se iniziamo a chiederci “Perché avrò guardato lo striscione?” “ Forse non mi interessa la partita?” “ O addirittura non mi interessa più il calcio?” “ E’ giusto allora continuare a spendere i soldi per i biglietti e venire allo stadio?”... così via all’infinito. Si cadrebbe nella sua stessa trappola.

L'impegno del terapeuta è quello di raccogliere e comprendere la più piccola informazione metaforica data dal paziente rileggendola insieme all'interno della sua storia di vita e riutilizzandola nella relazione terapeutica, dal momento che essa permette l'accesso alle trame narrative sviluppate dal paziente. Il terapeuta interviene successivamente agendo sulle metafore per favorire condivisione di spazi mentali e trasformazioni di schemi patogeni.

Una giovane paziente, in un momento della terapia in cui si affrontava il complesso e difficile rapporto con il padre, utilizza una metafora che le permette di accedere a propri stati emotivi molto intensi, condividerli con la terapeuta, e immaginare una possibile soluzione. L'illuminante metafora è riferita a particolari situazioni in cui il padre in difficoltà, la chiama in causa con incessante attribuzione di responsabilità: *“Mio padre è come uno che sta affogando, si aggrappa a me e mi tira giù. Io devo tramortirlo per non lasciarmi affogare”*.

Potremmo dire che il paziente usa le metafore, per poter condividere con il terapeuta ciò che egli percepisce a livello implicito. Altresì il terapeuta ricorre al pensiero metaforico, utilizzando anche frasi che introducono similitudini come: *“ Questo mi ricorda...”*, *“ E’ un po’ come...”* ; o anche i proverbi, che sono enunciazioni metaforiche, per sottolineare dei concetti, passando da un livello di conoscenza esplicito a uno più implicito ed emozionale.

Un paziente ossessivo (Mattei), con l'invalidante problema delle ruminazioni, stava riproponendo durante una seduta, una situazione per lui critica, che aveva attivato la sequenza interminabile e tormentosa di domande alle quali era solito sottoporsi: *“Avrò fatto la cosa giusta?”*, *“Mi sembra di non aver voluto contrappormi con decisione, forse ora potrei rimediare spiegando al mio capo cosa era successo.....”* *“ Mi chiedo se sia meglio telefonare o parlargli*

di persona?...” farò bene ? Lei (terapeuta) cosa ne dice?..” Avrei potuto, come terapeuta, continuare la seduta in mille modi riprendendo i temi del dubbio, del giusto/sbagliato e altro, ma ho detto *“Mi è venuto in mente questo proverbio: Più la lava più la sporca”*. Il paziente ha sorriso, rasserenato in volto e nello spirito, non ha più ripreso l'argomento.

Talvolta è il terapeuta che successivamente può guidare il paziente stesso all'approfondimento della metafora, ponendo domande che orientino il paziente alla ricerca di altri possibili punti di vista (come nei casi clinici descritti da Berisso e da Mossi). L'esplorazione così condotta ha la potenzialità di far indossare un nuovo paio d'occhiali con lenti di diverso colore, al variare dello stato mentale può variare la sua visione del mondo e il suo stesso sistema di credenze.

Un ambito dove l'utilizzo di metafore appare particolarmente efficace è quello del trattamento di pazienti psicosomatici. Le persone con questa organizzazione di personalità necessitano di ambienti metaforici in grado di stimolare la riflessione circa modalità alternative di relazione con sé e con il mondo. Infatti i deficit metacognitivi tipici di questa organizzazione impediscono un'efficace attività introspettiva e di autoregolazione. La metafora offre il vantaggio di consentire da un lato l'aggiramento del problema, garantendo la possibilità di effettuare delle narrazioni sul mondo interiore della persona; dall'altro stimola le competenze metacognitive rappresentando un modello di analisi ed interpretazione delle proprie emozioni.

Ad esempio, nel caso di una paziente bulimica (Berisso), è stato possibile lavorare su come avere degli ideali possa essere “un motore”, “un volano”, una spinta a sviluppare aspetti nuovi di sé, oppure una “palla al piede” se questi diventano una meta irraggiungibile dal cui confronto non si può che uscirne a pezzi.

Sempre attraverso l'uso di metafore è stato possibile esplorare la differenza tra “ideale dell'Io e Io ideale”, la possibilità di “coltivare il proprio giardino” occupandosene, lavorandoci alacremente oppure continuando a “buttare immondizia lamentandosi che non è bello come quello del vicino”.

Il tema del corpo e della sessualità rappresenta un'area sulla quale è spesso molto difficile lavorare con persone con un'organizzazione psicosomatica, in quanto il corpo appare come un mezzo spesso odiato per entrare in relazione con l'altro sesso. A questo proposito attraverso una rilettura in termini psicologici della favola della Bella Addormentata nel Bosco, è stato possibile lavorare sulla

possibilità di porsi in relazione con l'altro a partire da un immagine di sé diversa. La Bella Addormentata della favola, propone una immagine di persona che, non avendo una vitalità propria, aspetta il bacio del Principe Azzurro. Questi le ridà sì la vita, ma contemporaneamente mette a grave rischio di frustrazione la Bella perché, qualora se ne andasse, porterebbe la vita via con sé. La costringe, inoltre, ad una relazione basata sulla necessità più che sul desiderio: non si è mai sentita una versione della favola in cui la Bella Addormentata, risvegliata dal Principe Azzurro, ringrazia e vive per i fatti suoi!

L'uso delle metafore risponde inoltre alla necessità di evitare di definire e giudicare il paziente. Questo rischio è particolarmente alto con pazienti psicosomatici, perché più facilmente tendono ad aderire, per addestramento familiare, alle definizioni altrui. Nella metafora, invece, certe affermazioni vengono attribuite alla Bella Addormentata nel Bosco e non, ad esempio, alla paziente. In questo modo ella lascia cadere quello che non le appartiene e al tempo stesso può utilizzare quello in cui si riconosce. E' inoltre importante sottolineare come, nel corso della terapia, la paziente abbia selezionato e utilizzato solo alcune della metafore proposte, che pertanto sono diventate parte condivisa della narrazione.

E' possibile anche ipotizzare che l'utilizzo di metafore possa sviluppare nei pazienti la capacità di utilizzare metaforicamente e quindi metacognitivamente i propri sogni. In altre parole, scoperta la ricchezza fornita dall'uso delle metafore per "leggere" la propria realtà emotiva, fino ad allora sconosciuta e inesplorabile, le persone possono applicare tale possibilità, ai temi proposti dai sogni, cioè al mondo delle emozioni. Infatti la paziente di prima inizialmente riportava in seduta i sogni sempre con un tono allarmato e spaventato, come se il materiale onirico fosse esplosivo e molto pericoloso. Successivamente, nel corso della terapia, ha cominciato a descrivere i sogni quasi con entusiasmo, con desiderio impaziente di condividere parti di sé verso le quali ora provava curiosità ed affetto.

Il terapeuta impegnato con i pazienti difficili incontra spesso una grande difficoltà quando il naturale dipanarsi del dialogo terapeutico viene ostacolato dalla frammentazione della narrazione tipica delle organizzazioni poco integrate, nonché dai deficit di monitoraggio metacognitivo. Sono le situazioni nelle quali è molto forte la sensazione di non riuscire a comprendere il paziente e di non riuscire a farsi comprendere da lui. La metafora rappresenta spesso lo strumento principe per raggiungere l'obiettivo di facilitare

ed accompagnare il processo di integrazione emotiva. Infatti l'ambientazione metaforica ha il vantaggio di spostare in un territorio neutro le tematiche in particolare di natura competitiva, consentendo vari disputing "come se" che mettono al riparo la relazione dal rischio di rottura, soprattutto nelle fasi iniziali

Da questo punto di vista è possibile ripensare alla metafora come ad un'immagine in sintonia con il progredire del processo terapeutico, che si arricchisce dei significati che lo sviluppo della relazione terapeuta/paziente fa emergere gradualmente. Si può quindi immaginare il processo di ideazione delle metafore come finalizzato a creare ambientazioni fluide che, partendo da un significato accettato e condiviso dal paziente, nonché suggestivo dal punto di vista dei suoi temi emotivi, si caratterizzino sempre di più come il prodotto dell'interazione tra terapeuta e paziente. Ci sembra opportuno esemplificare quanto affermato con due esempi di metafore fluide, che sono state utilizzate nella terapia di un paziente affetto da un disturbo borderline di personalità (Mossi).

Metafora del radar e della spia dell'olio

Questa ambientazione metaforica è stata utilizzata per accompagnare le attribuzioni di significato date ad alcuni atteggiamenti difensivi del paziente. Egli infatti manifestava una grande ansia derivante da relazioni interpersonali vissute come costanti segnali di svalutazione da parte degli altri. Tale ansia non veniva però messa in relazione di causa/effetto con questa sua preoccupazione relazionale ed egli oscillava tra gli estremi di una grande aggressività agonistica e di grandi cadute depressive ed autosvalutative.

Il paziente necessitava di una chiave di lettura delle proprie reazioni in grado di metterlo in pace con se stesso e che rappresentasse il trampolino per la strutturazione di sistemi di difesa più orientati in senso evolutivo. La metafora del radar ci ha permesso di dotarci di una chiave di lettura condivisa della sua ansia, che abbiamo descritto come qualcosa di analogo all'emozione di allarme sperimentata dal radarista nel momento in cui vede un aereo nemico comparire sullo schermo del proprio strumento. Ciò ha permesso di dargli alcune informazioni sui meccanismi fisiologici dell'ansia, facendo emergere gli elementi disturbanti per lui, che abbiamo definito nei termini di un radar troppo preciso. I suoi attacchi d'ansia potevano infatti venire interpretati come le reazioni di un radarista che aveva subito troppi attacchi nemici e che quindi si attivava tutte le volte che qualcosa appariva sullo schermo, indipendentemente dal fatto che fosse amico o nemico. Chi subisce un attacco

abbassa la soglia di allarme, in quanto nel contesto della guerra è meglio essere puniti per “procurato allarme” piuttosto che subire impreparati un attacco nemico. Abbiamo perciò condiviso una lettura tale per cui gli attacchi subiti dal radarista corrispondevano agli attacchi in termini di svalutazione subiti in età infantile e adolescenziale ad opera dei propri genitori.

Con il procedere della terapia anche la metafora si è modificata infatti abbiamo potuto uscire da un contesto di guerra per ricercare un sistema di monitoraggio più consono ad un sistema cooperativo. Il segnale d'allarme è diventato la spia dell'olio che si accende sul quadro degli strumenti della nostra automobile e che ci “invita” a portarla da un meccanico per un controllo.

In altre parole siamo usciti dall'ambito della guerra (contesto-problema) per entrare in quello di pace (contesto fisiologico), in sintonia con il migrare della narrazione del paziente dai soli temi agonistici verso contenuti relativi anche al sistema cooperativo e quindi dell'accudimento, sempre però mantenendo viva la connotazione positiva dei suoi sistemi di difesa basati sull'ansia.

Si è quindi utilizzata questa metafora tutte le volte che il paziente si colpevolizzava per non aver saputo affrontare una situazione, sentendosi implicitamente inadeguato e riproponendo i consueti schemi disfunzionali autosvalutativi. La connotazione positiva del fatto che è intelligente fermarsi quando si accende la spia dell'olio ha determinato una lettura alternativa di alcune sue insicurezze, nel senso di coglierne il significato autoprotettivo: prima controllo (ascolto le mie emozioni) e poi agisco, in contrapposizione all'idea che l'uomo forte decide senza pensarci.

Inoltre ha consentito di proporgli un nuovo modo di gestione dell'ansia basato non sulla consueta sfida a tutti i costi ma sull'ascolto emotivo: la spia dell'olio non va sfidata continuando la marcia, ma va ascoltata fermandosi.

Metafora aerodinamica: dagli alettoni della Minardi e della Ferrari ai razzi dello shuttle

La metafora aerodinamica è un esempio di come sia possibile sfruttare un'ambientazione metaforica per l'intera durata di una terapia, integrando nella metafora nuovi significati, coerentemente e contemporaneamente al procedere del processo integrativo della terapia. In particolare si è rivelata un prezioso strumento relazionale per affrontare la tematica delle aree fragili del paziente.

Crediamo che sia una sensazione conosciuta a tutti coloro i quali si occupano di pazienti con gravi disturbi della personalità quella

della cautela tutte le volte che il processo terapeutico richiede dei commenti o delle interpretazioni. Si ha spesso il timore che la relazione non possa reggere.

In questo quadro, nel corso di una seduta incentrata sui costanti attacchi svalutativi subiti ad opera dei genitori, al paziente è stata proposta una metafora inerente il mondo delle corse automobilistiche. Abbiamo sottolineato come fosse ammirevole che una scuderia (la Minardi) con pochi mezzi ma tanto coraggio (lui, con pochi strumenti ereditati dai genitori, ma con tanto coraggio e determinazione), sfidasse scuderie come la Ferrari dotate di mezzi illimitati.

L'intenzione del terapeuta era di connotare positivamente gli sforzi che il paziente stava facendo per dotarsi da solo degli strumenti che non aveva ereditato. Implicitamente si intendeva dire che la Minardi aveva più valore della Ferrari.

Egli, coerentemente con le sue difficoltà di tipo metacognitivo, non ha percepito questa intenzione, sentendosi ancora una volta giudicato come quello meno dotato degli altri. E' come se la metafora avesse agito da specchio, rimandandogli un'immagine per lui estremamente sgradevole.

All'inizio ciò ha determinato l'insorgere di una serie di attacchi al lavoro terapeutico. La metafora sembrava innescare una specie di recrudescenza della sensazione di inadeguatezza del paziente, che aveva quindi ricominciato a chiedere tecniche per risolvere i propri problemi, negando l'utilità del lavoro che si stava svolgendo.

Questa metafora però ha consentito di affrontare l'analisi del livello metacognitivo della relazione terapeutica, in quanto l'approfondimento dei motivi per i quali si era così arrabbiato nel sentirsi paragonato alla Minardi ha fatto emergere tutte le sue paure di essere svalutato anche dal terapeuta, riportandolo immediatamente nella sua posizione di difesa privilegiata, quella della svalutazione di chi lo svaluta e quindi la messa in discussione della bontà della terapia. Abbiamo quindi potuto parlare dei limiti oltre i quali egli non si sente rispettato quando si parla dei suoi problemi e ciò ha in qualche modo "sdoganato" il terapeuta, che ha avuto la possibilità di raccontargli il suo pensiero su di lui: riteneva cioè che il paziente "avesse" un problema, non che "fosse" un problema, esattamente come la Minardi "ha" il problema di non avere molte risorse a disposizione, ma gareggia con la stessa determinazione degli altri.

Il paziente ha potuto quindi agire sui contenuti della metafora, sentendosi meglio descritto come un'auto da corsa molto potente ma con gli alettoni aerodinamicamente molto carichi, che quin-

di gli impedivano di raggiungere i risultati in termini di velocità che la scuderia si prefiggeva. La metafora si è quindi trasformata in quella degli alettoni ed essendo nata da un processo di condizione della narrazione è risultata subito estremamente potente. Infatti ha contemporaneamente risposto al bisogno del terapeuta di descrivere il peso dei problemi del paziente per aumentarne la consapevolezza dei danni subiti (alettoni carichi) ed al bisogno del paziente di viverci con delle possibilità di vincere nonostante un handicap in partenza: il carico aerodinamico si può modificare!

Gradualmente ciò ha portato ad un ulteriore livello di strutturazione metaforica quando è emersa l'immagine dello shuttle, che raggiunge l'orbita per merito di due razzi che poi vengono eliminati per non appesantire il velivolo nelle successive fasi di navigazione. E' stato come dire che alcuni atteggiamenti aggressivi, che egli viveva come un peso, sono stati in realtà determinanti per consentirgli di spiccare il volo. Adesso egli avvertiva l'ostacolo da essi rappresentato, ma lo poteva percepire perché in qualche modo era uscito da una situazione di emergenza e poteva permettersi di alleggerirsi.

Ecco quindi come la storia di questa metafora ha ricalcato la storia della terapia, che si è costantemente caratterizzata per una connotazione positiva dei sistemi di auto-organizzazione del paziente, che si sono rivelati obsoleti per ragioni evolutive, ma dei quali egli faticava a liberarsi per il fatto di non avere a disposizione una base sicura in grado di offrirgli un modello alternativo di relazione.

E' stato quindi possibile immaginare che uno dei due razzi dello shuttle potesse essere il terapeuta che, dopo aver rappresentato un importante elemento di spinta per Christian (nome di fantasia), poteva venire "sganciato" in modo che egli potesse proseguire il volo utilizzando solo le proprie risorse. Era come se il senso del rapporto terapeutico si potesse riassumere nella possibilità di venire accudito e poi emancipato senza che questo significasse un rifiuto o una svalutazione nei suoi confronti. L'ultima strutturazione della metafora poteva quindi anche venire interpretata come l'ipotesi di conclusione della terapia.

BIBLIOGRAFIA

Barker, P., *L'uso della metafora in psicoterapia*, Astrolabio, Roma, 1987.

Bateson G., *Mente e Natura. Un'unità necessaria*, Milano, Adelphi, 1995.

Bettelheim, B. *Il mondo incantato: uso, importanza e significati psicoanalitici delle Fiabe*, Feltrinelli, Milano, 1986.

Crowley, R. e Mills, J., *Metafore terapeutiche per i bambini*, Astrolabio, Roma, 1988.

Danesi M., *The neurological coordinates of metaphor*, "Communication and Cognition", vol 22, n. 1, pp. 73-86, 1989.

Gordon, D. [1978], *Metafore Terapeutiche, Modelli e strategie per il cambiamento*, Astrolabio, 1992.

Liotti G., *Le opere della coscienza*.
Raffaello Cortina Editore 2001.

Kopp, R., *Le metafore nel colloquio clinico, l'uso delle immagini mentali del cliente*, Edizioni Erickson, Trento, 1998.

Nebes, R. "Man's so-called minor hemisphere", in M Wittrock (a cura di) *The Human Brain*, Prentice-Hall, Inglewood Cliffs, 97-106, N.Y. 1977.

Zeig, J., *A teaching seminar with Milton H. Erikson*.
New York, Bruner- Mazel, 1980.

COME VINCERE LE SFIDE E FARLA FRANCA

Giovanni Battista Monti* e Marzia Mattei**

All'interno della relazione terapeutica spesso si affaccia la dimensione agonistica, particolarmente quando tratti di disorganizzazione dell'attaccamento accompagnano il paziente nei nostri studi. Parlando di forza, definizione del rango, vittoria e sconfitta all'interno di un conflitto, sono stato colpito particolarmente dalle modalità notate con pazienti maschi rispetto a pazienti femmine (o maschi spesso sconfitti).

I maschi riescono a leggere la loro forza in tante piccole cose, simili ai combattimenti figurati degli animali. Agiscono, attraverso le poderose strette di mano, le pacche sulle spalle, gli spintoni ed altre ritualità "da banda" la loro prova di forza e attribuiscono così valore agonistico a loro stessi.

Sembra un sistema semplice ed efficace, soprattutto se chi lo applica si percepisce più spesso forte che debole, più spesso vittorioso che sconfitto.

Cosa succede invece quando questo sistema "naturale" non è applicabile? Come può sentirsi una ragazza che vuole vincere ma fisicamente è meno prestante di un ragazzo? Usa sistemi simili oppure si muove su altri registri?

Secondo me non esiste una risposta univoca, tuttavia mi è capitato di vedere all'opera persone particolarmente gracili e particolarmente agonistiche; la loro vittoria veniva ottenuta attraverso modalità completamente differenti da quelle descritte sopra, ma tremendamente efficaci.

E' questo il caso di A., persona con sintomi anoressici e bulimici di notevole entità, nonché paziente in coterapia con la collega (*Mattei*)

E' descritto in letteratura come le persone con disturbi del comportamento alimentare abbiano storie di sviluppo contraddistinte più spesso da genitori di tipo Entangled. Anche la mamma di A. parrebbe appartenere a questa categoria, tuttavia nella storia della paziente ci sono tratti di disorganizzazione del sistema di attaccamento con tentativi di organizzare il comportamento attraverso strumenti più tipici di chi ha un pattern di attaccamento D/A.

*Giovanni
Battista Monti**
Medico Chirurgo,
Gastroenterologo,
Psicoterapeuta
Cognitivo,
Centro
Multidisciplinare
Co-terapia
Cognitiva,
Cadorago.

*Marzia
Mattei***
Psicologa
Psicoterapeuta,
socio fondatore
del Centro
Terapia Cognitiva
di Como e
docente
nella Scuola
di Formazione
in Psicoterapia
Cognitiva dello
stesso Centro.

Nei suoi racconti A. descrive la mamma come una persona su cui non si può fare affidamento; riferisce di aver sviluppato una forte autonomia fin da piccola e di essersi presa cura lei della mamma. Quando stimolata dalle dinamiche della naturale relazione di attaccamento da parte della figlia, la mamma non si mostrava, agli occhi di A., in grado di adempiere ai suoi compiti, a volte esagerava nella risposta, altre volte era molto spaventata, altre volte si mostrava come incapace. Nonostante il tentativo della mamma di veicolare la relazione attraverso i sistemi motivazionali di attaccamento e accudimento, spesso la loro relazione avveniva attraverso il sistema agonistico prima ed attraverso l'accudimento invertito successivamente.

A. ha costruito un sistema di attribuzione di significato agli eventi di tipo A, però sperimentando frammentazioni della coscienza e della memoria che hanno reso disorganizzato il sistema stesso. Entriamo nel merito.

Nel caso di A., i sintomi anoressici vennero usati come strumento per percepire la propria forza. E' nota la dimensione agonistica che accompagna i sintomi anoressici, tuttavia la peculiarità di questo caso vede come la paziente voleva mostrare alla mamma il suo valore (in cambio di amore e cure!) competendo con lei e indicandole com'era possibile portare a termine una dieta e mantenere una magrezza anche eccessiva, cosa che alla mamma non era mai riuscita.

Il clima di fondo di questa relazione era la necessità, percepita dalla paziente, di accudire una mamma vissuta come fragile ed imprevedibile. Fin da piccola A. si preoccupava di dare sintomi alla fragilità della mamma, si accollava grandi sacrifici per sgravare la mamma da pesi e difficoltà, soprattutto emotive, si aspettava di essere amata in quanto brava ed accudente, non trovando però una rispondenza tra i suoi desideri e quanto avveniva in realtà. L'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento di A portava ad un aumento della percezione di fragilità ed imprevedibilità della mamma; la relazione quindi preferiva svilupparsi attraverso l'accudimento di A. verso la mamma oppure attraverso il sistema motivazionale agonistico, anche per evitare frammentazioni della coscienza e della memoria di A..

Crescendo, il confronto agonistico con la mamma stessa si dipanava attraverso il disputing tra *“quando hai difficoltà mangia come mangio io”* della mamma e tra *“guarda che ho ragione io a non mangiare”* di A.

Nelle occasioni in cui la paziente necessitava di percepire la propria

forza, metteva in atto un rituale legato al sacrificio ed alla restrizione alimentare. Date le particolarità di legame con le principali figure di attaccamento, non entrare direttamente in una dinamica agonistica di definizione del rango, le consentiva di non sentire la solitudine in caso di sconfitta. Ricorrere alla restrizione alimentare oppure all'abbuffata con vomito le consentiva di agire l'agonismo all'interno di un contenitore privilegiato ove la vittoria dipendeva solo da lei e dove, in caso di sconfitta (abbuffata) la possibilità di ricevere conforto con il vomito non l'avrebbe abbandonata. Il "fidanzamento" con il vomito autoindotto è durato lunghi anni fino a diventare una prigione molto scomoda.

Queste dinamiche non si sono mai interrotte nonostante i corposi progressi di A. ottenuti attraverso le psicoterapie e le terapie farmacologiche. Ogni volta che si configurava un progresso tangibile, A. avvertiva inconsciamente il potenziale pericolo nei confronti del suo meccanismo di legame con la mamma. La credenza profonda di A. era incentrata sulla impossibilità di accudire la mamma di fronte ad una crescita fisica o personale. Ad ogni progresso seguiva quindi una regressione e di fatto si configurava una situazione di stallo: *"se io penso con la mia testa. O ancora peggio... se io faccio di testa mia, e poi sbaglio è doppiamente una catastrofe: non ho ascoltato la mamma che sa cosa è giusto per me". E ancora: "Quando litigo con la mamma ho paura di perdere il controllo come quando mangio e poi sto male. Paura di un cambiamento, di perdere una persona a cui voglio bene(mi ricordo quando mi ha lasciato Alessandro l'ultimo dell'anno, tornata a casa le mie mani erano in una scatola di focchi di mais, mentre parlando con i miei mentivo dicendo che era stato un ultimo dell'anno uguale a tanti altri). Finita la litigata mi sento come un cane che è stato sgridato dal suo padrone e alla fine lo cerca, cerca conforto. Tutto deve tornare come prima e ho una grande paura di sfogarmi domani con il cibo."*

Durante il nostro lavoro abbiamo affrontato tante volte il tema agonistico, senza però ottenere risultati sensibili sul peso e sul numero degli episodi di vomito autoindotto. Quando sembrava fossimo destinati a ripercorrere vie già altre volte percorse, abbiamo intuito quale profondo significato dell'agonismo dividesse A. da noi terapeuti. Per noi la dimensione agonistica, pur nelle differenze personali e di genere, assomiglia di più a quella descritta all'inizio dell'articolo. In particolare ciò è vero per il terapeuta maschio. Essere riusciti a cogliere quanto differente fosse per A. il tema agonistico e quanto differenti fossero le sue modalità, ci ha

consentito di affrontarlo insieme a lei e di modularlo secondo le sue caratteristiche. Sono apparse chiare le dinamiche utilizzate da A. per percepire la sua forza all'interno delle relazioni più significative. Abbiamo visto sopra come A. usasse i sintomi anoressici come strumento agonistico; per Lei era importantissima la vittoria perché da essa dipendeva l'interesse dei genitori nei suoi confronti. Ha imparato quindi ad agire l'agonismo attraverso quello che le appariva come l'unico modo fruibile, non direttamente, ma attraverso il sacrificio, la fatica e la rinuncia dei sintomi anoressici, sentendosi forte e vincente. A volte invece l'accudimento invertito le appariva la via per ottenere la vicinanza parentale. Per esercitarlo si abbuffava trovando nel cibo la forza e le energie per far fronte ai suoi doveri. L'attivazione dell'accudimento invertito in luogo del più fisiologico sistema di attaccamento, la conduceva però a stati alterati di coscienza che Lei definisce *“non mi riconoscevo più in me stessa, non mi piacevo, anzi, non mi piacevo tanto, allora vomitavo per rientrare in me e per azzerare il meccanismo così da aver la possibilità di riprovare un'altra volta questo ciclo di piacere”*; in questo modo la sfida con se stessa era vinta e la sua percezione di forza molto alta.

Si può desumere come fosse praticamente impossibile per A. accedere a feedback di percezione della propria forza con caratteristiche di immediatezza e semplicità; ogni volta era obbligata a complessi rituali dai costi personali molto onerosi. Dopo la condivisione con A. di tutto questo, è stato possibile accedere a livelli metacognitivi di descrizione e spiegazione degli eventi agonistici di vita principali e del qui ed ora agonistico con noi terapeuti. Attraverso il sistema agonistico “personalizzato” è stato possibile accedere agli altri sistemi motivazionali, sia in termini di spiegazione sia in termini di utilizzo in relazione e di fatto sono comparsi i primi periodi liberi dai sintomi bulimici. Partendo dalla disorganizzazione del sistema di attaccamento di A. abbiamo ricostruito la storia e l'utilità dei sintomi ed abbiamo potuto iniziare un percorso di distanziamento da essi.

Ritengo questo caso interessante per le caratteristiche di A., affetta da un disturbo di comportamento alimentare originato dalla disorganizzazione del sistema motivazionale di attaccamento; i sintomi rappresentano un tentativo evolutivo di organizzare le informazioni all'interno di un sistema di attribuzione di significato molto rigido, dicotomico, fondato sui sistemi motivazionali agonistico e di accudimento. Attraverso la visione squalificante di sé, A. ha trovato le energie ed il modo di raccontarsi gli eventi della sua vita

all'interno di un legame forte ed ambivalente con i genitori, si è sentita di doversene prendere carico e di non poterli abbandonare, pur alla ricerca di un suo "plan" di sopravvivenza. Quando nella mente di noi terapeuti è comparso un prototipo di spiegazione funzionale della sua storia di vita, A. ha potuto esplorare altre vie che ora riconosce come più funzionali.

BIBLIOGRAFIA

Bara, B. G. : (a cura di) Manuale di Psicoterapia cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino 1996

Semerari, A. : (a cura di) Psicoterapia cognitiva del paziente grave, Raffaello Cortina, Milano 1999

Liotti, G. : Le opere della coscienza Raffaello Cortina, Milano, 2002

LO SPAZIO D'ASCOLTO: PSICOLOGI A SCUOLA

Emanuela Iacchia* e Marzia Mattei**

Da diversi anni continua l'esperienza dei Centri Ascolto, attivati da Scuole Superiori e Scuole medie inferiori, nell'ambito delle attività di educazione alla salute e di prevenzione, in collaborazione con Enti ed operatori esterni alla scuola, in particolare psicologi.

Se è vero infatti che è un ascolto "psicologico" quello che viene offerto ai ragazzi in questo servizio, è altrettanto vero che esso avviene all'interno dell'istituzione scuola, dove cultura educativa e cultura psicologica si trovano di fatto affiancate.

L'adolescente che ascoltiamo può portare problemi che riguardano la sfera e l'evoluzione personale: problemi relativi al corpo che cambia, alla separazione dalla famiglia, all'assunzione di un'identità definita sia sul versante psicologico che su quello sociale, oppure difficoltà più attinenti al proprio ruolo di studente: rapporti con gli insegnanti, inserimento nel gruppo-classe, difficoltà nello studio, adattamento alle regole scolastiche.

Non è sempre facile distinguere le due sfere, (personale e scolastica): spesso, quanto più è profondo lo stato di crisi, tanto più diventa difficile stabilirne un confine perché è esperienza comune che, un'inibizione nello studio o problemi rilevanti di relazioni con adulti o coetanei della classe, possano innescare una crisi di identità; viceversa, un problema familiare o affettivo può interferire con il rendimento scolastico.

Non è compito della scuola risolvere i problemi personali degli studenti, ma è importante che si attivi per leggere i segnali di un disagio che necessitano di un ascolto e che di fatto possono inibire o impedire i processi di apprendimento e la partecipazione alla vita scolastica.

Di fronte ai problemi posti dai ragazzi è utile che l'ascolto si orienti prima di tutto cercando di rispondere ad alcune domande fondamentali.

Alcune hanno direttamente attinenza con il problema stesso:

- è un problema dell'adolescente o dello studente, personale o istituzionale?
- è un problema per lui o per gli adulti?

*Emanuela
Iacchia **
*Psicologa
psicoterapeuta,
Didatta
SITCC, docente
nelle Scuole di
psicoterapia di
Torino e Como,
docente
del Corso
"L'approccio
clinico
cognitivista
ai disturbi
dell'età
evolutiva"*

*Marzia
Mattei***
*Psicologa
Psicoterapeuta,
socio ordinario
SITCC., socio
fondatore del
Centro Terapia
Cognitiva di
Como e docente
nella Scuola di
Formazione in
Psicoterapia
Cognitiva dello
stesso Centro.*

- è un problema individuale o di gruppo?
- è un problema che l'adolescente crea alla scuola o è un problema che la scuola crea all'adolescente?

Altre riguardano la presenza o meno di una precisa richiesta ed i canali attraverso cui si è espressa:

- a chi ha chiesto aiuto l'adolescente?
- che significato ha la modalità scelta?

Questa prospettiva allarga evidentemente molto l'orizzonte dei problemi e la gamma delle possibilità di intervento.

In realtà penso che sia dalla collaborazione fra le varie figure presenti nella scuola, insegnanti (intesi sia individualmente che collettivamente come Consiglio di Classe), tutor e psicologo che possano costruirsi interventi efficaci, nel rispetto della diversità delle competenze e delle modalità di intervento specifiche.

L'attenzione comune condivisa, la possibilità di scambio dei punti di vista e della "lettura" delle situazioni diventa componente essenziale per poter attivare risposte diversificate a problemi che forse sono identici nella sostanza, ma che per le modalità con cui si evidenziano richiedono elasticità, e, talvolta, creatività nelle risposte da parte degli adulti coinvolti nel percorso educativo, seppure a diverso titolo e con diversi ruoli.

Ma allora che posto e che funzioni può avere uno spazio di ascolto psicologico e quali limiti di intervento e come può integrarsi con altri interventi nella scuola?

L'ascolto psicologico è un'offerta all'adolescente di uno spazio di consultazione in cui essere ascoltati ed aiutati da un adulto competente a poter "pensare" le proprie esperienze emotive e ad affrontare le proprie difficoltà migliorandone la comprensione e la possibilità di rappresentarle mentalmente.

L'obiettivo è quindi quello di aiutare il ragazzo nello sforzo di capire se stesso in un momento di crisi, evidenziando il suo rapporto con il mondo relazionale ed affettivo in cui vive, e a riconoscere i suoi interessi, le sue capacità e le risorse disponibili per far fronte ai problemi attuali.

Si tratta quindi di un sostegno all'esplorazione. Questo lavoro di presa di contatto con aspetti diversi di Sé e dei propri vissuti può portare ad un diverso modo di vedere i propri problemi, come premessa necessaria nel cercare le possibili vie per risolverli.

Accanto a questo, vanno comunque ben tenuti presenti i confini all'interno dei quali l'ascolto psicologico a scuola può operare, occorre tenere presente che esso non si propone obiettivi di diagnosi e cura; l'attenzione dei colloqui è rivolta all'analisi dei problemi, più

che alla valutazione di personalità: nei colloqui si cerca di aiutare l'adolescente ad affrontare un problema evolutivo.

Ma qual è "l'identikit" dell'adolescente che fa richiesta di colloquio, e che tipo di domande pone?

E' in genere un ragazzo in crisi, che ha consapevolezza del proprio disagio, talvolta in modo parziale, e che accetta l'idea di un aiuto da parte di un adulto.

Talvolta è un ragazzo spinto dalla curiosità di scoprire "di che si tratta" in genere come primo approccio per valutare la consistenza della possibilità di aiuto, quasi un assaggio preventivo di qualcosa che potrà essere usato successivamente.

In alcune situazioni, in particolare nelle scuole dove più alto è il numero di ragazzi con problemi comportamentali gravi, alcuni di essi vengono inviati al Centro Ascolto dai loro insegnanti.

Sulla necessità che la richiesta fatta allo psicologo sia spontanea, si può discutere molto.

L'esperienza di questi anni ci ha fornito alcune indicazioni in proposito.

La mancanza di una richiesta da parte del ragazzo, o la sua difficoltà a cogliere il suggerimento a rivolgersi al consulente psicologo è già un dato importante da cui partire.

Anche se formalmente il ragazzo può partecipare agli incontri con lo psicologo a cui è stato forzato in maniera diretta ad andare, risulta evidente che ciò che si sta facendo non gli appartiene, è qualcosa che riguarda gli altri che lo circondano, e risulta, in ultima analisi, inutile.

Lo psicologo non lo deve trattenere a forza ma, in un contesto di rapporto positivo e di fiducia, segnalargli la possibilità di questi colloqui, non l'obbligatorietà.

Un rapporto positivo prevede anche la possibilità di accettare e rispettare un eventuale rifiuto. E' difficile accettare di dover attendere, senza sentirsi impotenti, ma è importante mantenere il compito di "accoglienza, giocando sul tempo", cioè sostenendo l'attesa, senza essere né interventisti né passivi.

In realtà, molto si può fare, nel momento in cui si dà al ragazzino lo spazio di pensare e di trovare altre strade.

Capita abbastanza spesso che un adolescente che non ha raccolto il consiglio di rivolgersi allo psicologo, possa richiederne l'aiuto l'anno scolastico successivo.

Il ragazzo in crisi che viene al centro Ascolto, fondamentalmente pone queste domande: "Ho qualcosa che non va?", "Sono normale?".

Gli amici non bastano (quando ci sono) a sostenere ed a rispondere in modo contenente e coerente.

Con genitori ed insegnanti a volte è difficile parlare, soprattutto se sono oggetto del conflitto attuale, o più semplicemente, è presente l'idea che il problema è proprio e che forse bisogna cominciare a trovare da sé le risorse per affrontarlo.

Spesso quindi il ricorso all'ascolto psicologico non è solo un segno di disagio, ma il segno di una emancipazione e di una crescita dove l'adulto non è giudice né riferimento affettivo da cui si dipende in modo ambivalente, e dove l'adolescente è contemporaneamente portatore di richieste di aiuto e sostegno, ma anche della voglia di sbrogliarsela da solo, senza la rete di protezione degli adulti di riferimento o del gruppo di coetanei.

Riguardo alla "riservatezza" di questo spazio e del contenuto delle comunicazioni, spesso si generano confusioni.

Da un lato nello psicologo c'è l'esigenza di rispondere ad un bisogno fondamentale di uno spazio comunicativo riservato, dall'altro la necessità di condividere con genitori e scuola il disagio dell'adolescente.

Quali siano i contenuti riservati, e quali siano invece da condividere con genitori ed insegnanti, se lo psicologo debba avere funzioni di garante dello spazio segreto oppure debba porsi come mediatore tra il ragazzo da un lato ed adulti di riferimento dall'altro, è questione da definire di volta in volta, è anzi uno degli aspetti e degli argomenti d'affrontare nel colloquio d'ascolto.

L'importanza di uno sportello d'ascolto nella scuola e non all'esterno, è da sostenersi per diversi motivi

Esiste, per alcuni ragazzi, un fattore di urgenza; situazioni di difficoltà, a volte non necessariamente gravi che possono però essere vissute molto intensamente, e generare sintomi e stati emotivi che preoccupano e mettono alla prova la tenuta di un'immagine di sé già così esposta a rapidi cambiamenti, procurando a volte stati di ansia profonda.

La possibilità di una risposta rapida, "a portata di mano", meno medicalizzata di quanto preveda l'accesso come "paziente" al Servizio Sanitario esterno, riveste per alcuni un'importanza fondamentale.

La scuola ha compiti di socializzazione, di apprendimento, di scambio e crescita. Proprio perché riveste queste caratteristiche la scuola è un ambito dove possono in alcuni casi evidenziarsi meglio, nel confronto con coetanei ed adulti, aspetti di sé conflittuali.

La richiesta di aiuto è il segno della fiducia nella possibilità di ri-

correre all'adulto come risorsa, e alla scuola come luogo di appartenenza e, talvolta, come contenitore da utilizzare in varie forme a seconda delle necessità.

Una buona esperienza di accoglienza da parte delle figure educative e dello psicologo permette al ragazzo l'utilizzo delle risorse adulte e gli apre la strada della conoscenza e della riflessione personale.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M. Patterns of infant- mother attachment: antecedents and effect on development. Accad. Med N.Y. (1985)

Fuligni C. Romito P., *Il counseling per adolescenti*, McGraw-Hill Milano (2002)

Lambruschi F. *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva* Bollati Boringhieri, Torino (2004)

Liotti G. *Le opere della coscienza*. Raffaello Cortina, Milano. 2001

Maiolo G., *Adolescenze spinose*, Erickson Trento (2002)

GRUPPO PSICOEDUCAZIONALE PER ANZIANI PROTESIZZATI

LA PRESA IN CARICO DEL DOLORE E DELLA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NEL PAZIENTE ANZIANO IN RIABILITAZIONE INTENSIVA

Marco Pastorini^o, Luisa Pietrasanta^{oo}, Sergio Rigardo*

*“Che i pazienti ed i medici lo riconoscano o no,
i fattori psicologici nel dolore sono sempre presenti.
Essi possono essere ignorati, sebbene i loro effetti sul dolore
possano essere molto forti, oppure possono essere trattati
sistematicamente in modo tale da ottenere il massimo effetto.”
IASP (Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore) 1987*

Premessa

La frequenza dell'intervento di artroprotesi nella popolazione ultrassessantenne spinge i reparti di riabilitazione intensiva a fornire prestazioni assistenziali e riabilitative in grado di rispondere ai criteri di efficacia (i risultati e la qualità percepita dai pazienti) e di efficienza (espressa in numero di giorni di degenza, occupazione di posti letto, ecc.). Ciò impone una razionalizzazione delle risorse e ad una presa in carico complessiva del paziente in grado di affrontare ogni possibile criticità e favorire così un positivo iter riabilitativo. Recenti studi hanno mostrato che paura, ansia, depressione, oltre a contribuire ad aumentare il dolore, sono anche predittori della risposta alla terapia. L'atteggiamento generale nei confronti dell'esperienza dolorosa e il tono dell'umore paiono quindi incidere in maniera rilevante sul percorso riabilitativo e spingono, talvolta, a modificare gli obiettivi di recupero e le modalità di intervento. Pare quindi utile sperimentare tecniche operative efficaci nel gestire questi aspetti al fine di favorire la maggiore compliance del paziente ed un iter riabilitativo lineare ed efficace. In quest'ottica risulta particolarmente interessante l'utilizzo del gruppo psicoeducazionale come momento di condivisione, socializzazione e di rafforzamento delle conoscenze su sé e sulla limitazioni acquisite.

^o *Psicologo,
reparto di RRF,
Casa di Cura
Villa Igea,
Acqui Terme;
specializzando
in psicoterapia
cognitiva;
Dottorando in
Psicologia
Clinica,
Università degli
studi di Torino*

^{oo} *Medico
Chirurgo,
reparto di RRF,
Casa di Cura
Villa Igea,
Specialista in
Idrologia Medica
e in Psicoterapia
cognitivo-com-
portamentale.*

* *Medico
Fisiatra,
Primario RRF,
Casa di Cura
Villa Igea,
Acqui Terme*

IL DOLORE

“Il dolore è un’esperienza sensoriale ed emotiva associata a danno tissutale in atto o potenziale” (IASP)

“Il dolore è un’esperienza sempre psichica, sia nella sua fase percettiva che nella sua modulazione” (L. Zanus)

Dolore Acuto

Il dolore acuto è associato ad una lesione identificabile chiaramente (danno tissutale, infiammazione, processo patologico). Generalmente è di breve durata ed è associato ad imperatività del SNA. Tende a regredire con la guarigione. Ha un significato funzionale finalizzato alla conservazione dell’integrità dei tessuti

La definizione del Comitato per la Tassonomia della Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore indica il dolore acuto come *una complessa costellazione di penose esperienze sensoriali, percettive ed emotive che si accompagnano a risposte vegetative, psicologiche, emotive e comportamentali.*

Nel dolore acuto si manifesta un predominio dell’attività simpatica adrenergica che, associata ad una inibizione vagale, prepara l’organismo con aumenti consistenti di energia necessaria per una risposta di emergenza. Il danno tissutale acuto tende a provocare paura ed ansia in ogni persona.

L’ansia abbassa la soglia del dolore e riduce in modo cospicuo la tolleranza al dolore. La persona che esprime il dolore con forti componenti di ansia aumenta l’esteriorizzazione oppure facilita un processo di anticipazione cognitiva della risposta.

I pazienti con dolore acuto sono solitamente più ansiosi rispetto a pazienti che non hanno sintomatologia dolorosa. La pratica clinica dimostra che la somministrazione di farmaci ansiolitici o l’aiuto psicologico sul piano cognitivo attraverso la spiegazione e rassicurazione determinano una netta diminuzione del dolore.

Dolore Cronico

A differenza del dolore acuto, che è sintomo di malattia, il dolore cronico è malattia di per sè. Il dolore è considerato cronico quando: A) persiste oltre la guarigione della malattia acuta, B) si associa a processi patologici cronici; C) si manifesta in assenza di cause organiche identificabili. La depressione è stata spesso documentata nel dolore cronico e si distinguono due forme principali di coesistenza tra dolore cronico e depressione: A) in pazienti che presentano depressione primaria, il dolore insorge come corollario sintomatologico; B) in relazione al protrarsi del dolore si sviluppa una depressione clinicamente rilevante.

In diversi pazienti, soprattutto anziani, si assiste ad una somatizzazione della depressione determinata da una focalizzazione dell'attenzione sugli aspetti somatici e sulla inabilità acquisita in contrasto con un'abitudine di vita contrassegnata da autonomia, elevata funzionalità lavorativa, cura di altri familiari. Il dolore viene definito come una complessa e spiacevole esperienza soggettiva che deriva da stimoli sensoriali, modulabile dalle emozioni e dalla memoria. La polipatologia, l'aumentata prevalenza del deficit cognitivo e sensoriale e la presenza di depressione sono fattori che possono sottostimare la sintomatologia dolorosa da parte dell'anziano.

PSICOLOGIA DEL DOLORE

La Gate Control Theory di Melzack e Wall.

A partire da osservazioni sui meccanismi neuronali di trasmissione del dolore, la "gate control theory" sottolinea l'influenza di attività cognitive quali l'attenzione, la suggestione o l'ansia nell'attivazione o riduzione della sensazione dolorosa (nel "chiudere il cancello del dolore"). La percezione del dolore e la risposta al dolore sono il frutto di un fenomeno complesso e multidimensionale nel quale interagiscono tre dimensioni:

- 1) Dimensione sensoriale-discriminativa.
- 2) Dimensione cognitivo-valutativa.
- 3) Dimensione affettivo-motivazionale.

Tale concezione multidimensionale evidenzia come l'azione degli stati emozionali, dei fattori socio-culturali, dei pensieri e delle valutazioni, possono amplificare l'intensità del dolore e produrre a loro volta intensi disagi emotivi. Il modello cognitivo-comportamentale fa riferimento all'esperienza soggettiva del dolore e all'assunto che le reazioni emotive e il comportamento di un individuo sono determinati da un processo cognitivo di valutazione degli eventi. La percezione del dolore è quindi influenzata da variabili come l'attenzione, l'aspettativa, le convinzioni, la memoria sviluppata in seguito a esperienze precedenti.

A partire dalla "Gate control theory", Turner e Romano (10) propongono un modello interpretativo del dolore in cui evidenziano l'azione coordinata di fattori fisici, emotivi e cognitivi nella percezione algica:

Gli input somatici sono soggetti alla modulazione dei fattori cognitivi, affettivi e comportamentali. I fattori psicologici possono mediare la percezione del dolore alterando la valutazione dell'individuo riguardo alla minaccia, all'abilità di controllo delle sensazioni nocicettive, e al livello di attivazione emozionale. Il rapporto

fra lesione e dolore evidenzia come ci sia un coinvolgimento del sistema nervoso centrale che va al di là della sola conduzione di un messaggio nocicettivo dalla periferia al sistema nervoso centrale e che questo messaggio non sia interpretato in modo meccanico. Gli stati emozionali possono amplificare l'intensità del dolore che a sua volta può produrre intensi disagi emotivi.

Turner e Romano propongono un'ipotesi interpretativa della concezione multidimensionale in cui i fattori psicologici, oltre che fisici, possono svolgere un ruolo importante nella percezione e della modulazione del dolore:

DIMENSIONE	CANCELLO APERTO (aumento della percezione algica)	CANCELLO CHIUSO (riduzione della percezione algica)
SENSORIALE DISCRIMINATIVA	Esercizio eccessivo; Tensione muscolare	Rilassamento muscolare; Contro stimolazione Applicazione di ghiaccio; Esercizio muscolare
AFFETTIVO MOTIVAZIONALE	Ansia; Depressione	Gioia; Rilassamento muscolare
COGNITIVO VALUTATIVA	Preoccupazione; Attenzione selettiva al dolore Catastrofismo (tutto andrà male)	Distogliere l'attenzione dal dolore; Autoasserzioni di adeguatezza

LA RICERCA

Campione

40 pazienti del reparto ricoverati in seguito a interventi di protesi di spalla, ginocchio, anca, femore, di età superiore ai 60 anni e punteggio MMSE non patologico.

Materiali e metodi

GDS (Geriatric Depression Scale) versione ridotta

Scala di 15 item costruita sulla base di 100 domande selezionate per caratterizzare la depressione nell'anziano. Di semplice somministrazione: ad ogni domanda le risposte possibili sono SI/NO. Le dimensioni valutate includono: sintomi cognitivi, motivazione, orientamento al passato e al futuro, immagine di sé, perdita, agitazione, tratti ossessivi, umore; minimizza gli aspetti somatici. Modalità di somministrazione: autovalutazione o valutazione assistita; durata: circa 8 minuti

FIM (Functional Independence Measure)

La FIM misura l'autosufficienza in 18 "attività della vita quotidiana" (tra cui: nutrirsi, rassettersi, lavarsi, vestirsi, controllo sfinterico, mobilità, trasferimenti, locomozione, comunicazione, capacità relazionali e cognitive) che cumulativamente forniscono un indice quantitativo di disabilità. I punteggi sono graduati da 1 (assistenza totale) a 7 (autosufficienza completa) e si riferiscono alle abilità osservabili del paziente. E' compilata dal fisioterapista o dal medico.

BPI (Brief Pain Inventory)

Questionario autosomministrato basato su 11 scale graduate da 0 (nessun dolore) a 10 (il più forte dolore percepito) che valutano l'intensità del dolore (4 scale) e l'interferenza con le attività quotidiane e psicosociali (7 scale) che esso causa.

"Gruppo psicoeducazionale":

2 incontri di 45 min. con due conduttori (medico e psicologo)

Attività:

- autopresentazione dei partecipanti
- esplicitazione dell'esperienza personale di dolore
- identificazione delle caratteristiche dell'operazione subita (endoprotesi, protesi totale o monocompartimentale, ecc.) con l'ausilio di radiografie, tavole mediche e di immagini specifiche
- definizione delle caratteristiche cognitivo-emozionali del dolore
- problem solving di gruppo
- attività alternative e di socializzazione
- rilassamento (esercizi di respirazione e rilassamento muscolare)

GRUPPO A (controllo):

- **Entrata:** Valutazione FIM; percorso riabilitativo standard (riabilitazione individuale + partecipazione al gruppo di rinforzo muscolare)
- **Uscita:** GDS, BPI, FIM

GRUPPO B (sperimentale):

- **Entrata:** Valutazione FIM; percorso riabilitativo standard (riabilitazione individuale + partecipazione al gruppo di rinforzo muscolare)
- **Gruppo psicoeducazionale + GDS e BPI**
- **Uscita:** GDS, BPI, FIM

ANALISI DEI DATI

Tipo di analisi: test t

FIM - confronto fra la differenza dei punteggi in uscita tra gruppo

A e gruppo B. La differenza tra Gruppo A e Gruppo B non è significativa ($F=1,287$; $p=0,264$)

FIM - Confronto all'interno dello stesso gruppo (B) tra FIM in entrata e FIM in uscita. La differenza tra FIM in entrata e in uscita nel gruppo B è significativa ($p=0,000$)

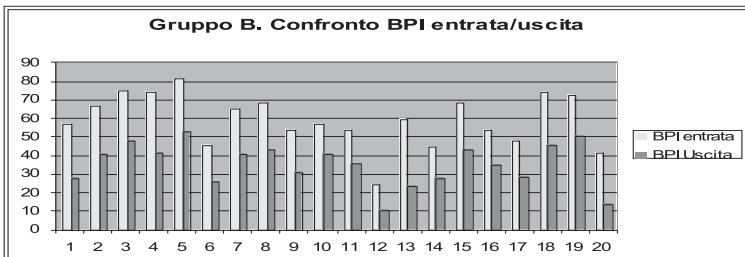
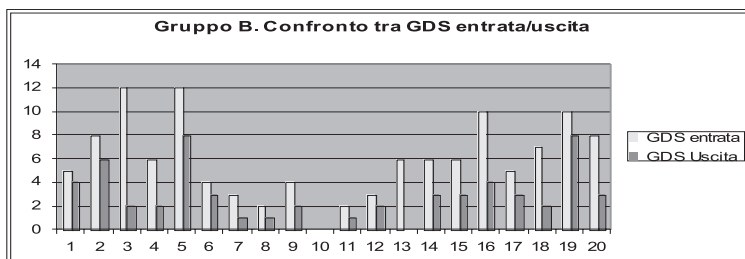
FIM - Confronto all'interno dello stesso gruppo (A) tra FIM in entrata e FIM in uscita. La differenza tra FIM in entrata e in uscita nel gruppo A è significativa ($p=0,000$)

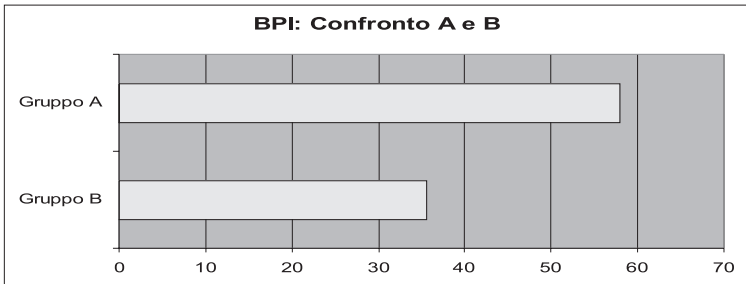
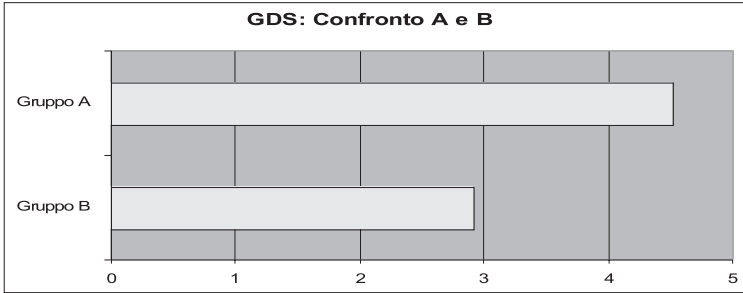
BPI - Confronto all'interno dello stesso gruppo (B) tra BPI in entrata e BPI in uscita. La differenza tra Bpi in entrata e in uscita nel gruppo B è significativa ($t=5,645$; $df= 19$; $p=0,000$)

BPI - Confronto tra gruppo A e B: "BPI in uscita". La differenza tra Gruppo A e Gruppo B per la variabile BPI in uscita è significativa ($t= 4,167$; $df= 38$; $p=0,000$). Il gruppo sperimentale presenta in uscita un punteggio al BPI significativamente inferiore al gruppo di controllo.

GDS - Confronto all'interno dello stesso gruppo (B) tra GDS in entrata e GDS in uscita. La differenza tra GDS in entrata e in uscita nel gruppo B è significativa ($t=18,587$; $df= 19$; $p=0,000$)

GDS - Confronto tra gruppo A e B: "GDS in uscita". La differenza tra Gruppo A e Gruppo B per la variabile GDS in uscita è significativa ($t=2,282$; $df=38$; $p<0.05$). Il gruppo sperimentale presenta in uscita un punteggio al GDS significativamente inferiore al gruppo di controllo.





COMMENTI E CONCLUSIONI

L'analisi dei dati ha evidenziato che il campione nel suo complesso compie un percorso terapeutico in grado di favorire un significativo recupero funzionale (FIM), aspetto necessario per la ripresa delle attività di vita quotidiana. I risultati ottenuti dal gruppo sperimentale evidenziano che aspetti specifici come le variabili cognitivo-affettive e la percezione di inabilità acquisita vengono solo parzialmente prese in carico nel normale percorso riabilitativo, mentre mostrano di essere fattori fondamentali nella percezione del dolore e nella abilità di coping del paziente. L'intervento attuato sul gruppo sperimentale era teso ad aumentare le conoscenze del paziente circa l'operazione subita e l'iter riabilitativo, ad esplicitare l'influenza di fattori quali ansia e depressione nella percezione del dolore e a favorire la condivisione delle esperienze e delle modalità di affrontare le difficoltà. Attraverso interventi di condivisione e normalizzazione, sono stati affrontati aspetti di tipo depressivo quali il senso di perdita delle capacità fisiche, la perdita di ruolo sociale e familiare, la frustrazione per i fallimenti terapeutici e per "l'essere malati" e aspetti di tipo ansioso, quali la paura per la perdita dell'indipendenza e dell'autonomia, la paura di un dolore incontrollabile e di ulteriori interventi.

Pur essendo significativa la differenza del GDS tra i due gruppi, i punteggi medi risultano al disotto del “cut off”, mentre il BPI nel gruppo A presenta un punteggio medio vicino al “cut off”. Ciò indica che la percezione di inabilità, di perdita di ruolo e di inefficacia, che il BPI indaga in maniera più circostanziata del GDS, risulta contrassegnare in maniera importante i pazienti. I dati che emergono evidenziano che l’esperienza psicoeducazionale è intervenuta nella percezione del dolore acuto dei pazienti fornendo modelli concettuali e comportamentali utili per la gestione dell’esperienza algica. Si può inoltre supporre che le informazioni proposte e il sostegno di gruppo offerto ha rappresentato un fattore protettivo nei confronti del dolore cronico.

L’intervento psicoeducazionale mostra quindi la propria utilità nel fornire ai pazienti strumenti per la gestione del dolore acuto, per la prevenzione del dolore cronico. Appaiono particolarmente a rischio per tale patologia quei soggetti che hanno mantenuto in uscita punteggi elevati al GDS e al BPI; essi sono in maggioranza donne, vedove o con scarsa rete sociale e con una pregressa sintomatologia depressiva. Per questo sottogruppo di pazienti deve essere previsto un percorso di sostegno individuale anche a lungo termine.

FILOGENESI DELL'AMICIZIA...

Anna Banderali* Marcella Linguadoro**

*“...tutto il mondo ha bisogno di amicizia...”
(Saba, 1951)*

Ci sono animali che vivono in gruppo e altri rigorosamente solitari. Tali inclinazioni si sono sviluppate nel corso della filogenesi, è giusto chiedersi quali vantaggi selettivi abbiano comportato.

Qui di seguito approfondiremo i benefici della vita in gruppo, essendo l'uomo “l'animale sociale” per eccellenza.

L'aggregazione ha significati e scopi diversi in base al livello di evoluzione dell'animale nella scala filogenetica: a partire dagli insetti, che hanno un cervello molto semplice, per passare ai pesci, dotati di cervello rettiliano, successivamente agli uccelli, con un'organizzazione cerebrale più complessa; più avanti nella scala evolutiva troviamo i mammiferi, cui si aggiunge il cervello limbico, fino ad arrivare ai primati, dotati di neocorteccia e all'uomo, dove l'evoluzione cerebrale raggiunge i massimi livelli.

Per esempio gli aracnidi falangi messicani in tempo di siccità si raggruppano in masse di migliaia di individui per proteggersi dal disseccamento. Animali che si sono allontanati dalla consociazione tendono a ritornarvi presto, attratti ai congeneri da speciali sostanze odorose.

Le formiche coltivatrici del SudAmerica tropicale sono addirittura organizzate in “caste”: le grandi operaie difendono il nido in qualità di soldati, le operaie medie tagliano e trasportano i pezzi di foglia, le piccole operaie lavorano le foglie per formare l'humus necessario per la crescita dei funghi di cui queste formiche si cibano.

Quando le api tornano al nido vengono invitate dalle compagne a vomitare il cibo per nutrirle. Se una di esse si perde, viene accolta in un altro alveare solo se imbecca i soggetti che la attaccano.

La maggior parte dei pesci d'alto mare vive in branchi. La necessità che essi hanno di associarsi è molto forte: gli individui che si trovano emarginati dal branco cercano di riguadagnare il contatto, guizzando come presi dal panico. Fino a questo punto della scala

*Anna
Banderali *
Psicologa,
Psicoterapeuta
Cognitiva,
specializzata in
Psicologia
scolastica e
Psicologia dello
Sport. Si occupa
di Formazione
in ambito
scolastico.*

*Marcella
Linguadoro**
Psicologa,
specializzanda
in psicoterapia
cognitiva,
psicologa presso
l'ambulatorio di
diagnosi e cura
dei disturbi
ossessivi,
Ospedale S.
Martino di
Genova, fa parte,
presso lo stesso
Ospedale, della
Commissione per
la diagnosi dei
casi di mobbing,
in collaborazione
con l'Università di
Medicina di
Genova.
Si occupa di
Formazione in
ambito scolastico,
e di Ricerca
nell'ambito
dei disturbi
alimentari.*

evolutiva i singoli membri del gruppo sono anonimi, cioè non si riconoscono individualmente e lo scopo della loro aggregazione è principalmente di alimentazione e difesa contro i predatori.

Con gli uccelli inizia ad esserci una prima forma di attaccamento che comprende comportamenti di cura della prole, non presenti negli stadi evolutivi precedenti. Per esempio, cince, corvi e pappagalli non solo nutrono i piccoli ma, nei rituali di corteggiamento, imbeccano anche il partner. Il maschio di cincia fa tremolare le ali come fosse un piccolo e, così facendo mette in moto il comportamento di nutrizione della femmina, allettandola ad avvicinarsi.

Nei lupi si assiste al riconoscimento individuale dei vari componenti del gruppo ed ogni elemento ha un ruolo nel raggiungimento di un obiettivo comune. Si pensi al loro sofisticato sistema di caccia: alcuni sorpassano la selvaggina e le tagliano la strada mentre altri la inseguono e la attaccano: a questo livello della scala evolutiva compare la capacità di cooperazione.

Vediamo questo comportamento anche nell'accudimento dei piccoli: mentre il maschio si occupa della protezione dei cuccioli, la femmina si dedica alla loro nutrizione, pulizia e riscaldamento.

E' a questo gradino della scala evolutiva che si consolida l'accudimento della prole, come spesso c'è capitato di osservare nei nostri amici a quattro zampe.

Nei primati la cura dei piccoli si affina notevolmente insieme alle regole della vita di gruppo.

I giovani scimpanzé maschi, per esempio, raggiungono livelli di cooperazione molto sottili: mentre alcuni individui distraggono il maschio dominante, che è il solo ad avere diritto ad accoppiarsi con le femmine del branco, altri riescono ad "intrattenersi" con le giovani cospicive.

D'altro canto lo spidocchiamento reciproco (grooming talk) delle scimmie rhesus ha come funzione secondaria ma rilevante quella di stabilire e coltivare un contatto sociale amichevole, avulso dal raggiungimento di qualsivoglia obiettivo. In questi casi gli individui sono spinti a stare insieme dall'esigenza di affiliazione al gruppo, schema di comportamento presente solo nelle specie di animali più evolute.

Assistiamo a una simile cura corporea con funzione sociale presso i Papua. Spesso nell'uomo la conversazione ha il medesimo carattere di intrattenimento e di coesione sociale né vincolato dal contenuto dell'informazione (per esempio il parlare del tempo durante un lungo viaggio in treno) né dalla realizzazione di una meta specifica.

A differenza di tutti gli altri animali, l'uomo è l'unico ad attribuire significati alle situazioni che vive e alle azioni che compie, ha cioè consapevolezza del valore delle relazioni che intrattiene

Quindi l'aggregazione è un comportamento filogeneticamente antico dotato di significato e scopi diversi secondo il livello evolutivo raggiunto dall'animale; a qualsiasi grado lo si consideri ha comunque valore ed importanza per la sopravvivenza degli individui e della specie.

Esistono due ordini di regole che lo governano: biologico e sociale. Appartengono al livello biologico i comportamenti di esplorazione, predazione, alimentazione e difesa (personale, del territorio e della prole) osservabili in tutte le specie di animali mentre i comportamenti di accudimento, attaccamento, affiliazione, agonismo, i comportamenti sessuali e di cooperazione sono di ordine sociale.

Anche la forma più evoluta di aggregazione, l'amicizia, ha basi biologiche e valore per la sopravvivenza. Le sue radici affondano nell'attaccamento e nella cura della prole, esperienze che permettono di maturare la fiducia nell'altro. Un altro schema comportamentale coinvolto nella genesi dell'amicizia è la cooperazione, che ci permette di avere un obiettivo comune ad altri soggetti.

Con la cooperazione è possibile fare un'esperienza di pariteticità in cui ci si trova ad agire fianco a fianco per arrivare dove, da soli, sarebbe impossibile giungere.

L'ultimo fondamento biologico dell'amicizia, nonché quello filogeneticamente più evoluto, è il comportamento di affiliazione al gruppo. Questo elemento è svincolato dal raggiungimento di uno scopo, è invece dettato, dall'esigenza di condivisione e appartenenza al gruppo di conspecifici.

E' questo il sistema che ci instilla la voglia di stare con gli altri per il piacere della loro compagnia.

Quanto più l'animale è evoluto, tanto più la relazione di attaccamento / accudimento tra mamma e cucciolo diventa fondamentale per una crescita sana e armonica del piccolo.

Un'esperienza di attaccamento "sicuro" con lo sviluppo di un senso di fiducia nell'altro, nei primi anni di vita, pone le basi di una crescente abilità nella collaborazione e condivisione con gli altri durante la crescita. Favorisce, infatti, la costruzione di un sé coeso e dà continuità alla coscienza dell'individuo. Questo comporta la capacità di instaurare relazioni paritetiche soddisfacenti in età adulta.

L'esperimento dei coniugi Harlow negli anni '50 coi cuccioli di macaco è stato rivoluzionario perché ha sganciato la relazione madre

- piccolo dai semplici bisogni di nutrizione. Le giovani scimmiette venivano private della madre e sistemate in gabbie in presenza di un surrogato materno di peluche, che non dava nutrimento, e una struttura metallica che forniva il latte. I cuccioli passavano la maggior parte del tempo accanto alla mamma - peluche, andavano a nutrirsi dalla mamma - metallica per poi tornare immediatamente alla morbidezza della prima. Quando gli sperimentatori creavano situazioni che provocavano paura nei piccoli, questi ultimi evitavano di alimentarsi pur di non perdere il contatto col surrogato materno di pezza.

Bowlby osservò che i bambini separati dalla madre avevano grossi problemi relazionali durante la crescita, resi ancora più gravi in assenza di una figura sostitutiva di attaccamento.

In quest'ottica la relazione di sé con l'altro acquista valore intrinseco, non è più solo strumentale al raggiungimento di un obiettivo. L'altro diventa un amico, che ricerchiamo per il piacere di stare insieme.

I sentimenti che caratterizzano questa esperienza sono sentimenti di fiducia che ci permettono di condividere spazi mentali di reciprocità ed hanno carattere di continuità e di progettualità futura. Come effetto secondario, Liotti (1994) sottolinea che “nella transizione dalla cooperazione paritetica all'amicizia è inscritto un notevole potenziale curativo di ogni frattura o discontinuità della coscienza”, elementi implicati nella genesi di diversi disturbi mentali.

Sullivan (1962) suggerisce che una sola protratta esperienza di autentica amicizia, sperimentata nell'adolescenza, possa proteggere dallo sviluppo di disturbi mentali gravi; l'amicizia, in quanto durevole e profonda esperienza di pariteticità e di cooperazione, protegge quindi la coscienza dalla frammentazione.

Una tale relazione prevede, come risposta sana, possibili “sbilanciamenti” su altri sistemi motivazionali a seconda delle situazioni di vita. Per esempio a tutti noi è capitato di piangere sulla spalla di un amico, ritornando a modalità di comportamento tipiche della relazione madre - bambino, dove l'asse dell'attaccamento - accudimento risulta in primo piano rispetto alla cooperazione paritetica. E' in questi momenti che ci facciamo contenere dall'abbraccio consolatore di una persona cara e ci lasciamo accudire, senza percepirci come meno adulti.

E' sempre con il nostro amico che ci troviamo a competere e ad arrabbiarci per gioco, per scherzo sui campi da tennis, accentuando l'aspetto agonistico della relazione senza dimenticarci quanto

ci siamo divertiti insieme l'altra sera e quanto sarà appagante il nostro prossimo viaggio di nuovo insieme.

Quanti di voi si sono domandati se esiste l'amicizia tra uomo e donna? Il responsabile di tanta curiosità è il sistema motivazionale della sessualità che si attiva in determinate circostanze, facendoci dubitare se si tratta di amicizia o di qualcos'altro.....

Prima che maschi o femmine, vincitori e vinti, genitori e bambini, ora bisognosi di aiuto ora capaci di darlo, prima di tutto ciò l'amicizia, fondata sulla cooperazione paritetica, ci rende coscienti del nostro essere partecipi della fondamentale comunità umana.

BIBLIOGRAFIA

Gianni Liotti, "La dimensione interpersonale della coscienza", Carocci, Roma, 1994.

H.S. Sullivan, "Schizophrenia as a Human Process", Norton, New York, 1962.

INTERVISIONE NARRATIVA

F. Bianchi*, M. Grobberio**, P. Pintus***

In questa trattazione si suggerisce un'attività di self-help per i terapeuti senza l'ausilio di un supervisore. Tale metodologia, detta di *intervisione*, prende spunto dall'esigenza di chi, entrando a contatto con il complesso lavoro clinico, potrebbe sentire l'esigenza di condividere le proprie esperienze in un gruppo di colleghi che consenta di trovare un luogo in cui poter esplicitare le proprie difficoltà professionali.

In tal senso il nostro scopo è anche quello di aprire uno spazio di riflessione sui rischi professionali e sull'equilibrio emozionale del terapeuta, perturbato all'interno dell'attività clinica.

Quanto di seguito proposto non intende assumere una valenza empirica, mancando elementi strutturali che ne costituirebbero l'ossatura, il nostro intento è di proporre una base di riflessione su tale modello, un'opportunità per il confronto con altri modelli.

Bisogni del terapeuta

La particolare complessità del ruolo terapeutico rende fondamentale che il clinico, come *persona*, tenga conto dei propri bisogni nello svolgimento della propria attività professionale.

Come evidenzia Bara (1996), è necessario proteggere la vita privata dalla "conoscenza di seconda mano" che proviene dalla professione, in quanto priva dell'esperienza reale e vissuta attraverso la narrazione degli altri. Il rischio di ridurre il proprio mondo al proprio studio e di trasformare la propria vita in "un'unica, grande seduta" non è da sottovalutare quale segnale di difficoltà nell'interazione con il proprio ambiente e nel vivere le proprie passioni. La fatica del terapeuta, inoltre, nell'entrare in relazioni genuine con i propri pazienti con un avvicendamento da una seduta all'altra, espone comunque la *persona-terapeuta* ad un contatto che può metterlo in difficoltà a seconda dei temi che emergono.

La "solitudine psicoterapeutica" può far percepire al terapeuta la necessità di condividere con i colleghi il proprio sentire attraverso la narrazione. Ciò può così permettergli di fruire di quell'"appiglio professionale" che consenta il riordino di sensazioni, immagini, pensieri ed emozioni non solo attraverso l'esplicitazione delle pro-

*Fulvio
Bianchi **
*Psicologo,
Psicoterapeuta
cognitivo*

*Monica
Grobberio***
*Psicologa
Psicoterapeuta
cognitiva,
Psicologa presso
il Laboratorio di
Neuropsicologia
e Psicologia
Clinica - U.O di
Neurologia A.O.
S. Anna di Como*

*Patrizio
Pintus ****
*Psicologo,
Psicoterapeuta
cognitivo*

prie difficoltà, ma anche attraverso la consapevolezza che esse sono condivisibili e sperimentabili allo stesso modo da altri.

Un'ulteriore necessità sembrerebbe essere riconducibile ad un più generale bisogno di accettazione interpersonale che si potrebbe esplicitare secondo due differenti modalità:

- la necessità di percepire “normali” le emozioni e i sentimenti che si sperimentano nel lavoro clinico;
- la necessità di rassicurazione rispetto al proprio ruolo e valore professionale che si inserisce in un'inevitabile tensione agonistica di riscontro da parte del gruppo.

In tal senso “la sdrammatizzazione attraverso il supporto intelligente e simpatico” (Bara, 1996) dell'intervisione può consentire l'accesso ad un aiuto concreto in una dimensione collaborativa.

La validazione degli aspetti relativi ad un eventuale errore professionale si innesca su una dinamica di confronto e valutazione di sé in una situazione di compito, che può innescare la paura del giudizio dei colleghi. La condivisione di questo piano può permettere al terapeuta di riconnotare in un'ottica più accettabile le proprie sensazioni di inadeguatezza, trovando nell'intervisione la possibilità di sentirsi autenticamente accolti, compresi ed accettati. Ciò gli può consentire inoltre di percepire che le emozioni ed i sentimenti sperimentati nel lavoro clinico sono appropriati al contesto professionale.

Intervisione Narrativa: proposta di un modello operativo

L'intervisione, intesa come modalità di self-help del terapeuta, offre un luogo di incontro, esplicitazione, condivisione e comprensione delle esperienze con un piano formale di uguaglianza. Mutuando il concetto dell'“assenza della figura dell'esperto” (Hoffman 1998), tale luogo può essere strutturato per favorire la pariteticità, con peculiarità che si distinguono dalla supervisione.

La supervisione si differenzia nel riconoscere una figura professionale come sovraordinata, fungendo da punto di riferimento, alla quale viene richiesta competenza e supporto tecnico/professionale. Nei gruppi di supervisione, il ruolo del supervisore è anche quello di conduttore e moderatore delle dinamiche interpersonali che si possono creare. In quest'ottica il gruppo può anche avere un carattere estemporaneo e di non continuità per due motivazioni principali:

- il bisogno di supervisione può essere richiesto e sentito necessario a fronte di specifici momenti che si possono esaurire in un singolo incontro;

- il supervisore è colui che presta la sua professionalità secondo le proprie teorie di riferimento, consuetudini procedurali e metodologie che vengono accettate dal gruppo.

Nell'intervisione questi aspetti appaiono difficilmente trasportabili poiché manca il riferimento che permette la gestione del gruppo e soprattutto i bisogni possono essere diversi.

L'intervisione, a nostro parere, non deve essere un modo per sostituire la supervisione che mantiene la sua preziosa, indispensabile e insostituibile funzione di supporto professionale. Riteniamo infatti che utilizzare l'intervisione come una semplice supervisione tra pari, senza definizione e condivisione della metodologia e delle modalità di gestione del gruppo, potrebbe diventare rischioso in termini di concordanza e coordinamento con la possibilità di lasciare deluse le aspettative iniziali.

Rispetto alla supervisione, la continuità degli incontri acquista notevole importanza in quanto permette l'affiatamento e la stabilità del gruppo in un'ottica di fiducia e disponibilità interpersonale verso l'altro.

Viste le precedenti considerazioni, l'impostazione di base degli incontri si potrebbe organizzare intorno alla narrativa personale del terapeuta (Hoffman, 1998), lasciandolo libero di esprimersi rispetto al suo modo di articolare l'esperienza e di lasciar emergere il suo sentimento (Damasio, 1995) in modo spontaneo.

Da questo proviene l'idea di definire tale proposta come *Intervisione Narrativa* proprio perché pone le sue basi sulle narrative dei terapeuti.

Di particolare rilevanza è la riduzione dei possibili atteggiamenti di tipo valutativo e critico rivolti alla competenza professionale o agli errori. Come evidenziano Safran e Muran (2003), relativamente al contesto relazionale della supervisione, *“Un terapeuta che si sente giudicato dal suo supervisore può diventare più facilmente autocritico con i propri pazienti...questo tipo di autocritica ha probabilità di tradursi in un processo terapeutico negativo”*.

All'interno dell'intervisione non utilizzare supporti esterni informativi (come appunti, cartelle cliniche, ecc.) potrebbe consentire la riduzione di tali atteggiamenti. Ciò rende i processi di memoria, all'interno della propria narrativa personale, l'unica fonte “attendibile” di quanto il terapeuta “porta con sé” nel ricordo esperito ed incarnato della relazione interpersonale con i propri pazienti.

Riteniamo quindi che proprio le dimenticanze, le incongruenze o le informazioni molto chiare e distinte, insieme agli infiniti scenari dei sentimenti, consente di dipingere un quadro di esperienza in-

terpersonale che nella cornice dell'intervisione narrativa può essere condiviso ed esplicitato.

Un ulteriore elemento che pensiamo possa essere importante è la dimensione del gruppo. Un gruppo troppo esteso rischierebbe di diventare di difficile auto-gestione, aumentando le necessità di organizzazione e coordinamento a scapito dell'espressione dei bisogni dei singoli.

La metodologia dell' *Intervisione Narrativa*, si può configurare come sintetizzata nei seguenti punti:

- impegno di una periodicità degli incontri che dia costanza al lavoro di gruppo;
- definizione e condivisione delle modalità di organizzazione e gestione del tempo a disposizione in funzione dei bisogni esplicitati;
- preferibilmente, costanza dello spazio fisico condiviso volto a favorire la stabilità del gruppo;
- la dimensione del gruppo non dovrebbe essere troppo estesa (non superiore a 5-6 persone);
- esplorazione della narrativa personale rispetto al vissuto e alla memoria dell'esperienza;
- scarsa rilevanza conferita alla sistematica ricerca/risoluzione di elementi tecnico/professionali, diagnostici descrittivi e esplicativi quale finalità degli incontri;
- rispetto al punto precedente, astensione dal giudizio volta anche a permettere l'emergere di un clima di fiducia;
- assenza di cartella clinica, fascicoli, appunti e supporti informativi.

Considerazioni sul modello

L'intervisione narrativa, come più sopra descritto, offre al terapeuta opportunità di condivisione che gli possono consentire la soddisfazione di alcuni suoi bisogni. Ciò tuttavia non può certo essere esaustivo di ogni necessità che possa emergere ed in questo senso il modello qui proposto non ha alcuna pretesa empirica. Proprio da alcune delle peculiarità di questa ipotesi di lavoro possono pertanto prendere spunto i maggiori limiti del modello stesso.

Rivolgersi alla narrativa personale del terapeuta può talvolta rischiare di trasformarlo nel "paziente del gruppo", inteso come colui che ha un problema che il gruppo stesso deve risolvere. In tal senso, il pericolo in cui si incorre è lo sbilanciamento della pariteticità riconducibile alla messa in atto, da parte di chi ascolta, di "azioni psicoterapeutiche" ("mi comporto in intervisione come se

fossi con i miei pazienti”) pur nell’intento di fornire un aiuto.

L’assenza, peraltro, di un moderatore delle dinamiche interne (il supervisore), che si prenda anche carico della gestione del tempo nello spazio condiviso, può generare una percezione di efficacia del gruppo rispetto ai suoi obiettivi. Nell’intervisione narrativa, infatti, ogni componente diventa supervisore di se stesso e, contemporaneamente, degli altri. Può essere infatti alquanto difficile e faticoso far parte del gruppo ed allo stesso tempo co-condurlo.

La condivisione delle proprie esperienze non si limita ad ogni modo ai momenti particolarmente disagiati o difficoltosi, ma può essere anzi il luogo in cui esprimere le soddisfazioni che il lavoro clinico può suscitare. La narrazione non solo dei dolori ma anche delle gioie può permettere al terapeuta di riappropriarsi della dimensione piacevole del proprio lavoro, altrimenti negletta. L’intervisione narrativa è, in tal senso, l’occasione di riemergere come novello Dante “a riveder le stelle”, ritornando a percepirsi come terapeuti che possono esperire un’ampia gamma di sentimenti ed emozioni.

BIBLIOGRAFIA

BARA B. G., *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri 1996.

DAMASIO A. R., *L'errore di Cartesio*, Adelphi 1995.

GUIDANO V., *Il sè nel suo divenire*, Boringhieri 1992

HOFFMAN L., *Un’ottica riflessiva per la terapia familiare* - cap. 1 in *La terapia come costruzione sociale* di McNamee S. e Gergen K., Franco Angeli 1998.

SAFRAN J. D. e MURAN J. C., *Teoria e pratica dell’alleanza terapeutica*, Edizioni Laterza 2003.

INDIRIZZARIO STUDI COGNITIVISTI.

A cura di Rita Pezzati*

Rita Pezzati. Psicologa, psicoterapeuta, didatta SITCC., socio fondatore del Centro Terapia Cognitiva di Como e docente nella Scuola di Formazione in Psicoterapia Cognitiva dello stesso Centro.*

Abbiamo pensato di fare cosa gradita, ma anche molto utile, cercando di raccogliere gli indirizzi degli studi professionali, nei quali esercitano i terapeuti Cognitivi che in questi anni si sono specializzati presso la nostra Scuola di Formazione. Il desiderio é che questo elenco si arricchisca non solo quantitativamente ma qualitativamente, diversificandosi nelle aree di specializzazione, fornendo all'utente risposte sempre più competenti.

Come noterete, alcuni riportano molte indicazioni, altri dovranno essere integrati in modo da rendere l'elenco più funzionale e accessibile.

LOMBARDIA

COMO CITTA'

BIANCHI FULVIO - Psicologo Psicoterapeuta
c/o Via Cesare Cantù 30 - 22100 COMO - Tel. 031 260869

CALZOLARI MARIA GRAZIA
Via Cesare Cantù 30 - 22100 COMO - Cell. 347 2983698

GROBBERIO MONICA - Psicologa Psicoterapeuta ed Esperta in Neuropsicologia (accreditamento OPL) c/o Laboratorio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica, U.O. Neurologia, A.O.Sant'Anna Via Napoleona, 60 - 22100 COMO - Tel. 031 5854099

NAVA GIUSEPPE
Via D. Fontana, 1 - 22100 COMO - Tel. 031 2753418

COMO PROVINCIA

Centro Multidisciplinare di Co-Terapia Cognitiva - C.M.C.C.

BENARDO SIMONA

MOSSI MARCO

MONTI GIOVANNI BATTISTA

Via Pirandello, 8 - 22071 Cadorago - Tel. 031 90397

BERNASCONI GIUSEPPINA - Medico Psichiatra Psicoterapeuta

Casa di Cura Le Betulle - via Italia, 36 - 22070 Appiano Gentile

Tel. 031 973311

IACCHIA EMANUELA - Psicologia dello sviluppo

Via G. Pascoli, 10/a - 22071 Cadorago - Tel. 031 904415

PALMISANO NICOLA

Corso Unità d'Italia, 4 - 22063 Cantù - Tel. 347 9794036

LECCO CITTA' E PROVINCIA

BURRO ELISABETTA Cell. 349 5517025

GAMBARANA DARIO

“Centro di Psicologia Clinica e Prevenzione” della Coop. IL VOLO

Via Castelbarco, 2 - 23080 Casatenovo - Tel. 039 9202289

PAGANI RAFFELE

“Centro di Psicologia Clinica e Prevenzione” della Coop. IL VOLO

Via Castelbarco, 2 - 23080 Casatenovo - Tel. 039 9202289

PONTIFICALE MARCO, Cell. 338 1258999

Centro di Psicologia Clinica e Prevenzione della Coop. “IL VOLO”

Via Castelbarco 2, - 23080 Casatenovo - Tel. 039 9202289

MILANO CITTA'

COHEN SUSANNA - Medico Psichiatra Psicoterapeuta

Via Pordenone, 36 - 20132 Milano (vicino a Piazza Udine a Milano zona est). - Tel. 347 4265641

GAMBARANA DARIO

Studio c/o Centro “Panta Rei”

Via G.B. Morgagni, 4 - 20129 Milano

GHIDINI GIULIA - Psicoterapia dello sviluppo ed adulti

Cell. 328 9240026

GIRTANNER ELIANA

Studio Privato, via Paolo Uccello, 6 - 20148 Milano
Tel. 333 6923569

GROBBERIO MONICA - Psicologa Psicoterapeuta ed Esperta in Neuropsicologia (accreditamento OPL). Riceve privatamente per appuntamento:

venerdì dalle 14.30: c/o E.M.C. (Euro Medical Check) - c.so di Porta Romana 74 - 20122 Milano (fermata MM3 Crocetta)
Tel. 02 5831 6539.

MARCO MALNATI

Istituto "Golgi", via Golgi - 20133 Milano - Tel. 338 6043002

QUAINI PATRIZIA

Corso Garibaldi, 7 - 20121 Milano

MILANO PROVINCIA

BIANCHI FULVIO - Psicologo Psicoterapeuta

Istituto Medico Diagnostico ARISTEA - Via Calini, 16 - 20025 Legnano - Tel. 0331 597097 - Cell. 393 0098853

BURRO ELISABETTA Cell. 349 5517025

Via Carlo Cattaneo - 20052 Seregno

COLCIAGO DEBORAH - Cell. 335 273454

DIAVOLIO NADIA

PINTALDI GIOVANNI

SANTAMBROGIO LORENA

Via Valcava, 20 - 20052 Monza - Tel. 039 743139

GIRTANNER ELIANA

CENTRO WAPAX, via Don Gnocchi, 4 - 20091 Bresso
Tel. 02 66500884

PINTUS PATRIZIO - Psicologo Psicoterapeuta esperto in Psicologia dello Sport (accreditamento OPL) - Cell. 347 6643922

Istituto Medico Diagnostico ARISTEA - via Calini, 16
20025 Legnano - Tel. 0331 597097

Solo per atleti: Policlinico di Monza, via Modigliani,
20052 Monza - Tel. 039 83799

VARESE CITTÀ

Studio di Psicologia Clinica e Psicoterapia Cognitiva

Via Bagaini, 9 - 21100 Varese - e-mail: stupsico.varese@virgilio.it

RINALDI SILVIA - Medico specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta - Cell. 348 761156

FRANZETTI MARINA - Psicologa Psicoterapeuta esperta in Psicologia giuridica (accreditamento OPL) - Cell. 338 8786703

CHIESA GIANLUCA - Psicologo - Cell. 348 2464970

GUALANDI ELENA Medico Psichiatra e Psicoterapeuta

CAMPUS MEDICO Poliambulatorio Specialistico - Via Pirandello 31

21100 Varese - Tel. 0332 823601 - 0332 823602

MARCO MALNATI

CENTRO DIAGNOSTICO VARESINO - Vicolo S.Michele, 6

21100 Varese - Tel.338 6043002

VARESE PROVINCIA

BERNASCONI GIUSEPPINA - Medico Psichiatra Psicoterapeuta

Studio privato, via Mameli, 29 - 21049 Tradate - Cell. 347 2749737

GAMBARANA DARIO

Studio c/o "Studio Bruno-Ferrario" - Corso XXIV Aprile, 4

21013 Gallarate

EMILIA ROMAGNA

PIACENZA CITTA' E PROVINCIA

MANNO FILIPPO

Via Roma, 43 - 29100 Piacenza - Tel. 347 7240699

PERONI MARIACRISTINA

Via Pietro Cella, 26 - 29100 Piacenza - Tel. 339 3681201

SPOTTI ROSSANA

Servizio SERT, Ospedale di Cortemaggiore

29016 Cortemaggiore (PC) - Cell. 335 6621492

PARMA PROVINCIA

SPOTTI ROSSANA

Studio privato - Via Pascoli, 16 - 43039 Salsomaggiore Terme
Cell. 335 6621492

FORLÌ E RAVENNA

MARCHINI MONICA - Cell. 338 7014270

Studio privato - Via A. Cantoni, 30 - 47100 Forlì

Clinica "Villa Azzurra", Ospedale Privato Accreditato
Via Cavina, 9 - 48025 Riolo Terme (RA)

LIGURIA

GENOVA

Studio di Psichiatria e Psicoterapia - Via Roma, 7/5 A - 16100 Genova

BANDERALI ANNA, Cell. 347 8260035

BENIGNO VINCENZA, Cell. 349 4779747

LINGUADORO MARCELLA, Cell. 349 4186338

VENETO

TREVISO

VESTRI ALEC - Psicologo, Psicoterapeuta. Referente area psicologica del Centro di Riabilitazione per le Turbe Neuropsicologiche Acquisite - IRCCS "E.Medeo" - Ass. La Nostra Famiglia.

Si riceve privatamente presso un centro di medicina a Conegliano e a Padova. - Cell. 348 2681443

SICILIA

PALERMO

IMBORNONE EMILIA

Via Resuttana Colli, 454 - 90146 Palermo

CONGRESSI, CORSI E CONVEGNI

Aprile-dicembre 2005

MAGGIO 2005

L'AIAMC presenta:

XIII CONGRESSO NAZIONALE

Vivere una società a rischio

6-8 Maggio, Milano

INFO: <http://www.aiamc.it> - Email: aiamc@libero.it

La Casa di Cura "Villa Margherita" presenta:

IL DISTURBO BORDERLINE:

esperienze cliniche a confronto

13 - 14 Maggio, Vicenza

INFO : TEL 0444-966235;

<http://www.bordervillamargherita.com>

L'Università della Svizzera Italiana (USI) organizza

Simposio "Cervello, coscienza e cultura"

Venerdì, 20 maggio; orario: 13.30 - 17.30

presso l'Aula magna dell'Università della Svizzera Italiana,

Lugano

Nella giornata saranno affrontate da una prospettiva multidisciplinare alcune problematiche centrali nell'attuale dibattito sulla natura della coscienza umana. In particolare come la mente/il cervello produca il pensiero cosciente.

L'ingresso è gratuito.

Maggiori informazioni sono disponibili sul sito www.unisi.ch

Programma del simposio "Cervello, coscienza e cultura"

13.30 Benvenuto e Introduzione:

Antonella Carassa, Università della Svizzera Italiana

14.15 Mente e coscienza: il punto di vista filosofico.

Michele di Francesco, Università Vita-Salute S. Raffaele, Milano

14.45 Coscienza e comunicazione sociale complessa: due facce della stessa medaglia?

Giovanni Liotti, APC Roma

15.15 Pausa caffè

15.45 La forma della mente e la forma del corpo

Maurizio Tirassa, Centro di Scienza cognitiva, Università di Torino

16.15 La consonanza intenzionale: dai neuroni mirror all'empatia

Vittorio Gallese, Università di Parma

16.45 Tavola rotonda con di Francesco, Gallese, Liotti, Tirassa

Moderatore: Antonella Carassa, Università della Svizzera Italiana

17.30 Fine del simposio

La Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche (SIPS)

organizza a **Genova dal 26. al 28.05**

The36 Annual Conference of the European Working Group on Psychological Aspects of Children with Chronic Renal Failure

E' stato richiesto l'accreditamento ECM dell'evento.

Maggiori informazioni sul programma e sulla scheda di iscrizione sono disponibili sul I sito web: www.sispge.com

GIUGNO 2005

Lo Studio di Psicologia Clinica e Psicoterapia Cognitiva organizza la I serata Cognitiva Varesina,

Incontro con il Prof. Giorgio Rezzonico

Tema: Il Trattamento del paziente Borderline.

Varese, 16 Giugno, h.20.45

Centro Congressi Ville Ponti, Villa napoleonica, P.zza Litta,3.

INFO :rinaldis@lu.unisi.ch

International Conference on Family Therapy "Politics, Community and Clinical Practice"

Washington, Hyatt Capitol Hill, 22-25 Giugno

The American Family Therapy Academy (AFTA) and The International Family Therapy Association (IFTA)

INFO :secretariat@afta-ifta2005.org

LUGLIO 2005

Tailoring Health Messages: bridging the gap between social and humanistic perspectives on health communication"

Conferenza Internazionale organizzata da Health Care Communication Laboratory (HCCLab) dell' Università della Svizzera Italia-

na, Facoltà di Scienze della Comunicazione.
6-10 Luglio al Monte Verità di Ascona, Svizzera.
INFO: www.theme.usilu.net

XVII World Congress of Sexology
“UNITY IN DIVERSITY “
10-15 Luglio Montréal, Québec, Canada H2Y 2M4
INFO: info@montrealsex.com
www.montrealsex.com

XXVII Annual Conference of the Cognitive Science Society:
CogSci2005 will be the annual meeting of the premier society for basic and applied cognitive science research. Researchers from across the world are encouraged to submit their best work and to attend CogSci 2005 to hear the latest theories and data from the world's best cognitive science researchers.

dal 21 al 23 Luglio - Stresa
INFO: <http://www.psych.unito.it/csc/cogsci05>
E-mail: cogsci05@psych.unito.it

SETTEMBRE 2005

World Psychiatric Association (WPA)
XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY
10-15, September, Cairo Egypt
INFO: <http://www.wpa-cairo2005.com>
E-mail: secretariat@wpa-cairo2005.com

L'SPR Italia presenta:
V CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETA' PER LA RICERCA IN PSICOTERAPIA
Ricerca in Psicoterapia e Qualità della Cura
16-18 settembre, San Benedetto del Tronto (AP)
INFO : <http://www.studicognitivi.net/>

XXXV ANNUAL CONGRESS OF THE EABCT.
Cognitive Behaviour Therapy:
The Art of an Integrative Science
22-25 Settembre, Thessaloniki, Greece
INFO: email: eabct@gacbp.com
Sito Web <http://www.eabct.com/> - <http://www.gacbp.com/>

OTTOBRE 2005

**4TH EUROPEAN CONGRESS ON VIOLENCE IN CLINICAL
PSYCHIATRY**

20 -21 Ottobre - Vienna

INFO: www.oudconsultancy.nl/

NOVEMBRE 2005

La SITCC presenta:

**INCONTRI - GIORNATE CAPRESI - PER UNA TERAPIA
COGNITIVA INTEGRATA: Approcci Farmacologici e**

Psicoterapeutici a Confronto

4 - 6 Novembre, Capri

INFO : sitcc@sitcc.it

IL DIRETTIVO REGIONALE SITCC LOMBARDIA

Organizza:

incontri di intervizione

Calendario:

sabato 11 Giugno 2005:

presso studio dott. Giuseppe Nava, via Fontana n. 1
Como. Orario: 10,00 - 13,00

sabato 10 Settembre 2005:

presso studio Nautilus, Mendrisio.

Orario: 9,30 - 12,30.

In coda (I convocazione 12,15 e II convocazione alle
12,30): assemblea soci SITCC Lombardia

sabato 19 Novembre 2005:

presso studio dott.ssa Silvia Rinaldi, via Bagaini n.9
Varese. Orario: 10,00-13,00

Per ogni incontro è previsto un numero massimo di
15 partecipanti.

Coloro i quali desiderano presentare il caso clinico,
si ricorda che la scelta dell'intervisione è stata fatta
proprio per realizzare un momento di scambio tra
colleghi, possono contattare la segreteria organizza-
tiva.

Per ragioni organizzative si prega di confermare la
propria presenza con almeno 20 gg. di anticipo via
mail al seguente indirizzo: simona.bennardo@infinito.it
it o eventualmente chiamare il seguente numero, dal
lunedì al venerdì: 333.2165328

IL CENTRO TERAPIA COGNITIVA

DIVISIONE FORMAZIONE:

Organizza il corso di specializzazione

“CLINICA DELL’ETA’ EVOLUTIVA: UN APPROCCIO COGNITIVO”

Direttore scientifico: Dr. Emanuela Iacchia

Responsabile del corso: Dr. Adriana Pelliccia

L'interesse per le problematiche psicologiche dell'infanzia sta rapidamente aumentando; il lavoro in ambito evolutivo, per i clinici, rappresenta spesso un impegno notevole e implica l'acquisizione di tecniche e procedure specifiche. All'interno dell'approccio cognitivo sono stati sviluppati protocolli efficaci per affrontare il disagio e le sindromi psicopatologiche dell'età evolutiva. Il corso si propone di offrire un ventaglio esaustivo di tali sindromi, dei protocolli di assessment, delle procedure e delle strategie d'intervento, secondo l'approccio cognitivo della psicopatologia. Le esercitazioni simulate e l'analisi dei casi clinici proposti dai docenti o dai corsisti saranno una concreta occasione di scambio e di approfondimento. Inoltre un modulo sarà interamente dedicato alla valutazione e al trattamento terapeutico in ambito giuridico. E' sicuro desiderio degli organizzatori del Centro di terapia Cognitiva che questo Corso apra la strada allo scambio, alla ricerca e all'informazione sul tema dell'Età Evolutiva.

Docenti: C. Benetti, B. Bellotti, S. Cattaneo, F. Celi, L. Colle, M. Doret, E. Fusi, E. Iacchia, A.M. Inverso, F. Lambruschi, M.D. Maggi

Durata: 170 ore totali. 21 giornate formative da 8 ore ciascuna, più 2 ore di conclusione e verifica finale. Il corso avrà inizio sabato 17 settembre 2005 e si concluderà a giugno 2006.

Destinatari: psicologi e medici. Verrà rilasciato un attestato di partecipazione. Sarà richiesto l'accreditamento ECM per medici e psicologi

Sede del Corso: Como - Centro Terapia Cognitiva - via Rusconi 10

Segreteria organizzativa: per informazioni e iscrizioni Centro Terapia Cognitiva via Rusconi, 10 - 22100 Como - Tel. 031.266718 (dal lun al ven. dalle 11 alle 13) fax 031.260374 - email: c.terapia@tiscali.it

Finito di stampare nel mese di giugno 2005
da Larioprint - Como