

Ottobre

2009

7

Appunti...

del Centro
Terapia
Cognitiva

COMITATO DI REDAZIONE:

Carla Antoniotti, Rita Arditò,
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

CONSIDERAZIONI SULL'ANNIVERSARIO

Bruno G. Bara	pag. 7
Marzia Mattei, Adriana Pelliccia, Rita Pezzati, Savina Stoppa Beretta	pag. 11
Marzia Mattei	pag. 12

TESTIMONIANZE

- Maria Pina Lauria Gutierrez Corso A, cotrainer Savina Stoppa Beretta	pag. 13
- Rossana Spotti Corso B, cotrainer Marzia Mattei	pag. 17
- Dario Gambarana Corso C, cotrainer Adriana Pelliccia	pag. 24
- Simona Bennardo Corso D, cotrainer Saverio Ruberti	pag. 30
- Silvia Rinaldi Corso D, cotrainer Saverio Ruberti	pag. 35
- Gruppo Corso E, cotrainer Emanuela Iacchia	pag. 39
- Eleonora Grasso Corso G, cotrainer Rita Pezzati	pag. 41
- Raffaella Massagranti Corso G, cotrainer Rita Pezzati	pag. 45
- Allegra Fisogni Corso H, cotrainer Maria Grazia Strepparava	pag. 48
- Luca Pievani Corso I, cotrainer Grazia Manerchia	pag. 52
- Chiara Borgini, Corso J, cotrainer Giuseppe Nava	pag. 56
- Natalia Caimi Corso K, cotrainer Carla Antoniotti	pag. 60

ARTICOLI

BREVI NOTE A DIECI ANNI DALLA SCOMPARSA DI VITTORIO F. GUIDANO

Maurizio Dodet	pag. 64
----------------	---------

LA RICERCA COME PERTURBAZIONE STRATEGICAMENTE ORIENTATA

Fabio Moser, Rita Pezzati	pag. 71
---------------------------	---------

STATO VEGETATIVO: QUALE NARRATIVA POSSIBILE?

Camilla Pisoni	pag. 82
----------------	---------

L'ESPERIENZA DI TUTOR DI TIROCINANTI DI SPECIALITA' ALL'INTERNO DI UN SERVIZIO PUBBLICO

Raffaella Massagranti, Sara Comerio	pag. 92
-------------------------------------	---------

CASO CLINICO

Daniela Bidinotto	pag. 95
-------------------	---------

15 ANNI DELLA SCUOLA DI COMO

Ritratto di gruppo con Bruno G. Bara

Non mi sono mai considerato un vero psicoterapeuta, piuttosto uno scienziato che si occupa di clinica. Questo è stato anche il ruolo che i miei colleghi terapeuti mi hanno sempre attribuito: un esperto della mente normale, un dilettante di quella patologica. Una posizione defilata, in cui mi sono trovato tanto a mio agio da non cercare mai di modificarla: ho potuto così conversare con Vittorio Guidano e Gianni Liotti, o successivamente con Mario Reda, Francesco Mancini, Antonio Semerari, Saverio Ruberti, senza partire la loro superiore competenza, col trucco di spostare il focus del discorso fino a trovarmi sul mio terreno, quello della mente e del cervello normali.

Non solo non me ne intendo granché di psicopatologia, non sono neppure particolarmente dotato nel gestirla: ho sempre guardato con ammirazione la scioltezza con cui Giorgio Rezzonico si immerse nei casi gravi, senza timore né estraneità. Si capisce quindi bene la mia riluttanza iniziale a far partire una Scuola di Psicoterapia: mettersi a insegnare qualcosa che non si sa fare non è esattamente una strategia vincente.

Come mi sono trovato a dirigere una scuola di psicoterapia è un buon esempio di azione priva di consapevolezza quanto ricca di fortuna: il primo gruppo di avventurosi allievi (si erano loro auto-nominati allievi, a tutti i costi) a fine anni '80 si trasformò in una squadra di bravissimi clinici, quattro dei quali erano anche diventati amici fra loro: Marzia Mattei, Adriana Pelliccia, Rita Pezzati, Savina Stoppa Beretta. Tutte loro avevano fatto la personale con me, e tutte erano fiorite ben al di là della mia capacità: se una cosa ho capito da quella prima fase, era che pur non essendo un

clinico, ero uno capace di aiutare gli altri a diventarlo. La mia dote è quella di leggere gli altri senza giudizio aggiunto, senza volerli far diventare “migliori”, diversi da come sono per adeguarsi a un asfissiante modello ideale, mio o loro o di chiunque altro. Questo li aiuta ad acquisire una significativa conoscenza di se stessi, che è il requisito indispensabile, con buona pace di empiristi, razionalisti e interventisti tenaci, per far bene il mestiere di psicoterapeuta, nonché per aumentare le chance di non sprecare la vita inseguendo desideri appesi da altri nella nostra mente.

Grazie a quell'esperienza prende corpo il sodalizio con Giorgio, indispensabile per garantire la competenza clinica, e nel '92 stendiamo (io e le ragazze, lui approvava fingendo di leggere) il progetto della scuola. Il tutto in duplice copia, si lavorava assieme a un entusiasta Fabio Veglia che organizzava la Scuola di Torino, pensata come gemella di quella di Como. Costruttivismo duro, immediata differenziazione da tutte le scuole precedenti modellate sui grandi maestri, mentre noi non volevamo offrire nessun modello di terapeuta: si punta direttamente sul far emergere la qualità terapeutica individuale dell'allievo, scoraggiando la ripetizione di procedure prefissate. Una meraviglia di coerenza metodologica e rigore pratico, che diventerà un grande successo di critica e di pubblico.

Le 4 ragazze 4 immettono torrenti di energia (Carlo non c'era ancora, tutti facevano tutto), io entro in questa nuova avventura con circospezione. La teoria che ci sorregge è solidissima, ma sono ancora legato a un'idea di insegnamento tradizionale, devo dimostrarvi bravo, faccio fatica a scomparire per permettere ai processi emotivi e cognitivi degli allievi di emergere puliti in primo piano. Col tempo lo sforzo diminuisce e tutto inizia a scorrere facile: in verità c'è dietro infinita attenzione a ogni aspetto: il ruolo dei tutor, la scelta dei docenti, l'attenzione individuale a ciascun allievo. Io faccio quel che mi riesce meglio: individuo la rotta, la traccio con cura, affido il timone a giovani di qualità che rapidamente diventano timonieri espertissimi, e me ne vado a scrivere i miei libri al mare.

La parte della didattica che mi riguarda consiste nell'insegnare agli allievi a guardare se stessi, e a convincerli che il punto chiave sono loro, non i pazienti. Per fortuna ci sono Giorgio e altri docenti che qualcosa sui problemi dei pazienti la spiegano, evitando sbilanciamenti eccessivi. Così negli anni la mia modestia clinica è compensata dalla mia capacità maieutica: emergono terapeuti eccellenti, che continuano a considerarmi il loro maestro anche

dopo esser diventati molto più bravi di me: Emanuela Jacchia è un esempio, ma ho un lungo catalogo di terapeuti brillantissimi al cui sbocciare ho fatto da testimone privilegiato.

Dopo 15 anni la linea dell'insegnamento per via di conoscenza interiore (trova il terapeuta dentro di te) continua a sembrarmi così più efficace di quella dell'insegnamento per via di conoscenza esterna (ti fornisco io i costituenti del tuo esser terapeuta) da poter addirittura immaginare di equilibrarla un po', mostrando agli allievi anche qualche tecnica pratica di intervento. In fondo si tratta di fornire qualcosa di fruibile a chi sta cercando sinceramente di diventare terapeuta a partire da sé. Non è più tempo di severità, fra diffusione dei concetti legati alla mindfulness e riconosciuta importanza della psicoterapia personale, il metodo di Como ha già provato la sua estrema efficacia, ora possiamo arricchirlo ulteriormente senza timore. Si apra quindi sia alla ricerca, sia alle tecniche usate consapevolmente.

L'insegnamento nelle Scuole diventa per me sempre più importante, man mano che approfondisco l'idea base, che il fondamento di tutto è portare l'allievo a lavorare con attenzione non giudicante sui propri processi mentali: "E' un problema tuo, diventane consapevole." Il resto, che solo in apparenza conta (il tema della lezione, o come la tengo), sfuma nello sfondo: mi posso quindi aprire alla fiducia nelle qualità –magari a lui stesso ancora ignote- dell'allievo. Le mie lezioni degli ultimi anni diventano sempre più centrate sul qui e ora: divertenti, emozionanti, riuscite bene o no, sempre maledettamente faticose. Se il mio interesse per la meditazione non ha modificato il mio modo di far terapia, certo ha molto influito sul mio modo di far lezione. Saprò di aver centrato il mio bersaglio non quando saranno tutti contenti di me, ma quando riuscirò ad aiutare gli allievi a guardarsi dentro, senza dover ottenere questo risultato a tutti i costi.

Non so per quanto tempo l'albero della scuola continuerà a crescere: di certo è durato assai più di quel che avrei mai immaginato. Assieme al Centro di Scienza Cognitiva (l'altra mia amata creatura, nata solo un paio d'anni prima) è l'impresa che più mi sta a cuore e più mi da soddisfazione, quella che maggiormente connota il mio ruolo preferito, quello di persona mai totalmente identificata con quello che fa. La Scuola di Como mi ha garantito allegria, rapporti, soldi, status, e quasi zero conflitti. Una meraviglia messa in piedi da Adriana, Marzia, Rita e Savina, e fondata su centinaia di allievi, diventati psicoterapeuti cognitivi. Non si può avere idea della soddisfazione che si prova a veder volare alto chi si presenta

inizialmente come un pulcino inadeguato. Alto ovviamente non è un concetto assoluto, ma relativo a ciascuno di noi, dunque non legato ad alcuna misurazione quantitativa.

Io ho goduto pienamente di questa occasione, e mi fa piacere augurare a ciascuno, docente, terapeuta o allievo, la stessa buona fortuna che è capitata a me. Impegnatevi quindi ad avere ottimi amici, cui essere grati quando le cose girano bene; non è detto che poi girino male, ma in caso saranno ancora più preziosi. Cercate infine con grande determinazione di essere felici da subito, riconoscendo come un ennesimo trucco della mente-come-era-prima-della-Scuola il rimandare la cura di voi stessi a quando sarete grandi, o terapeuti, o vecchi bacucchi.

DAI 10 AI 15 ANNI COSA E' CAMBIATO PER LE 4 RAGAZZE

Marzia Mattei, Adriana Pelliccia,
Rita Pezzati, Savina Stoppa Beretta

Il primo decennio ha rappresentato raccogliere la sfida, creare qualcosa accettando la scommessa di chi ha creduto in noi. Paura, ansia: saremo in grado, ce la faremo? Ci siamo dette: "perché no?" Lo faremo fino a che ci divertiremo.

Ora possiamo dire che continuiamo a divertirci pur "sudando 7 camice". Il progetto si è consolidato tanto da dover raddoppiare i corsi. Le sfide continuano con il nostro diventare formatrici nei corsi residenziali, che compiono i 5 anni. Grande emozione e grande soddisfazione per esserci sperimentate da un altro punto di vista che non è quello del docente che trasmette sapere, né del didatta che affronta l'aspetto clinico nelle analisi personali. E' l'emozione dell'assistere al cambiamento, testimoni privilegiate di un divenire continuo pur attraverso crisi e assestamenti, che è reso possibile in particolare, grazie al generoso mettersi in gioco degli studenti.

Un grazie sincero agli studenti che hanno avuto fiducia e continuano ad averne in noi e in questa avventura.

28 E SENTIRLI TUTTI

Marzia Mattei

Gli anni? Magari! Gli studenti della Scuola che in questi 15 anni hanno fatto con me l'analisi personale. Spesso mi meraviglio di essere scelta da alcuni, da altri forse un po' me lo aspetto: le lezioni sono un'occasione di conoscersi reciprocamente e a volte colgo segnali di una vicinanza stabilita. Tutti comunque mi incuriosiscono, mi sorprendono e, grazie alle affinate capacità metacognitive, a volte mi regalano "perle" che rivendo ai miei pazienti "veri". Sono i momenti della *leggerezza* in cui navighiamo tranquillamente a vista.

Poi, qualche dolore ancora intenso, come una raffica improvvisa destabilizza la barca e l'equipaggio ormai affiatato l'affronta. Sono i momenti dell'*impegno*.

A volte attraversiamo vere e proprie tempeste, perché la vita si dice, non risparmia nessuno e qualche volta non è proprio benevola.

Quando accade talvolta gli studenti aggiungono alla sofferenza il cruccio che la stessa non renda adeguati ad essere terapeuti.

Ci vorrà solo del tempo: il tempo di condividere, esplorare, elaborare il dolore. Verrà il momento in cui la sofferenza si trasformerà in una preziosa risorsa .

A volte si fa l'analisi personale in un momento tranquillo della propria vita, come è accaduto a me, tuttavia nella difficoltà sono tornata al porto sicuro che ben conoscevo: ringrazio Bruno che ha sempre trovato il tempo e il modo per me, che non sono un facile soggetto!

Ringrazio, i cari 28, ragazzi e ragazze, che hanno permesso fino ad oggi di avvicinarmi così alla loro mente e al loro cuore.

IN CHE MODO HO UTILIZZATO IL MODELLO TEORICO DELLA SCUOLA NEGLI AMBITI DI LAVORO CHE NEGLI ANNI HO ESPERIMENTATO E QUALI TRACCE EMOTIVE HA LASCIATO IN ME IL PERCORSO FORMATIVO

Maria Pina Lauria Gutierrez Corso A,
cotrainer Savina Stoppa Beretta

Quando ho ricevuto da Savina l'invito a scrivere sulla mia esperienza di psicoterapeuta cognitiva, ne sono stata entusiasta: mi veniva offerta l'occasione di potermi fermare a riflettere sulla mia attività lavorativa oggi, dopo dieci anni dalla abilitazione ... e quale modo migliore per farlo se non ripercorrendo la mia storia di vita ?!

Ho rimandato la stesura della mia testimonianza fino alla scadenza della data di consegna, sempre più preoccupata per la quantità di post it che stavo accumulando con spunti di riflessione sui contributi dei vari docenti, le diverse tematiche da loro affrontate, ricordi di storie di pazienti ed anche episodi della mia vita personale ... e con la consapevolezza che non tutto poteva essere scritto in tre - quattro pagine! Ho buttato tutti i post it ed ho cominciato a scrivere.

Ho scelto il cognitivismo già ai tempi del liceo, quando studiavo filosofia e scoprivo temi affascinanti quali la percezione, le emozioni, le cognizioni e metacognizioni ... e ho deciso di iscrivermi alla facoltà di Psicologia, talmente motivata a fare questo lavoro che già a 23 anni ero laureata e cominciavo le mie prime esperienze lavorative, in ambito scolastico, occupandomi di orientamento e

disturbi dell'apprendimento. Ero "bene" attrezzata con batterie di test che somministravo e decodificavo in modo diligente, convinta fosse questa la psicologia: osservare, misurare, analizzare, catalogare.

Questo miraggio non è durato, per fortuna! ... e l'incontro con il cognitivismo in Italia è stato amore a prima vista! Sono venuta a conoscenza di tematiche che hanno modificato completamente la mia prassi clinica, aspetti teorici e metodologici che ho assimilato e oggi mi rappresentano come psicoterapeuta.

Mi entusiasma, ad esempio, la concezione della conoscenza personale in termini costruttivisti; la visione dinamica del funzionamento mentale come formulazione attiva di aspettative, ipotesi e teorie che guidano l'azione e la percezione e costruiscono la conoscenza individuale del mondo.

Non potrei farne a meno della descrizione delle organizzazioni cognitive, intese come modalità di costruzione di una personale chiave di lettura del mondo; oppure della classificazione dei sistemi motivazionali interpersonali, insieme di regole che ci predispongono a percepire ed agire verso l'altro.

Riconosco infine la centralità della teoria dell'attaccamento nel delineare il contesto dove si costruisce la conoscenza individuale.

Quando mi sono iscritta al primo anno della Scuola di Psicoterapia di Como avevo un incarico come consulente presso uno dei Consulenti Familiari dell'ASL di Bergamo. Lavoravo fundamentalmente in ambito giudiziario, il mio compito era relazionare al Tribunale per i Minorenni sulle varie situazioni familiari disagiate (abusi, maltrattamento, trascuratezza) delle quali prendevo atto, attenendomi a precisi protocolli elaborati con i vari colleghi di équipe.

Man mano procedevo nella mia formazione, cambiava il mio approccio verso le persone che incontravo. Non mi barricavo più dietro la scrivania, nel ruolo dello esperto che osservava e descriveva in modo meticoloso eventi di vita altrui, nel tentativo di inquadrare diagnosticamente e di applicare la "teoria" alla "pratica", cercando di convalidare ipotesi e proponendo pacchetti di soluzioni standard.

Mi accorgevo di essere meno spaventata da queste persone, di potermi avvicinare di più a loro. L'aiuto avrebbe potuto avvenire solo se fossi riuscita a costruire una relazione ... cominciavo a capire realmente il significato delle parole "empatia" ed "accoglienza". E soprattutto, se fossi riuscita ad aiutare loro a darsi una spiegazione del perché e come i problemi potevano essere determinati.

Inoltre, la mia energia non era più orientata ad agire affrontando

e risolvendo problemi ai pazienti (compito estenuante e alquanto inutile), bensì, cercando di attivare loro ad agire in prima persona affinché potessero raggiungere il cambiamento (la ristrutturazione a livello cognitivo ed emotivo) ed il mantenimento di un consapevole equilibrio dinamico.

Non avevo più bisogno di tecniche e strumenti ... ero io stessa lo strumento che poteva facilitare il raggiungimento di questo obiettivo.

Ho cominciato a inserire tra i miei compiti lavorativi, spazi di sostegno, sia a questi bambini ed adolescenti, sia ai loro genitori. Ed ho visto i risultati.

Mi vengono in mente tanti esempi ... potrei citare in particolare il caso di un padre che, pur avendo vissuto il dramma dell'allontanamento dalla propria famiglia con gravi accuse di maltrattamento, dopo un lungo lavoro terapeutico ha ringraziato per l'opportunità che gli è stata offerta di poter essere ascoltato in un modo diverso ed accompagnato verso una nuova coscienza di sé, potendo cambiare qualcosa ad un certo punto della propria storia.

Oppure il caso di quella bambina che ha imparato ad acquisire fiducia in se stessa e nell'altro, trovando un significato al suo malessere, riuscendo a chiedere aiuto nei momenti difficoltà, perché nella nuova consapevolezza di se si riconosceva finalmente quel bisogno, quel diritto.

Sono fermamente convinta che le occasioni che ci si presentano, non siano mai casuali. Quando nel anno 2000 ho ottenuto la mia abilitazione come psicoterapeuta, mi è stata offerta una nuova possibilità lavorativa: una consulenza come psicoterapeuta in un Centro di Riabilitazione e di Psicoterapia per l'età evolutiva a Milano.

Il lavoro psicoterapeutico con i bambini è molto complesso. Ho imparato che i bambini sono ottimi pazienti ..ma solo se il progetto terapeutico è condiviso emotivamente ... con lui ed anche con i suoi genitori.

In questo Centro facevo parte di una équipe multidisciplinare dove psicoterapeuti di orientamenti diversi, psicodinamico, analisi transazionale, rizza psicosomatica e me cognitivista, cercavamo di dialogare in torno a un tavolo sul processo terapeutico.

Non ho mai trovato difficoltà a presentare il mio modello clinico cognitivista con i suoi aspetti teorici e metodologici.

Mi sono state affidate situazioni molto diverse (disturbi d'ansia, disturbi ossessivi – compulsivi, disturbi oppositivi – provocatori). Ho accompagnato per un lungo periodo questi bambini e le ri-

spettive famiglie e gli interventi sono arrivati ad una conclusione quando i bambini sono stati in grado di riprendere il loro itinerario di sviluppo, quando si sono evoluti, e con loro, sono cambiati gli equilibri familiari.

Attualmente, ormai da quasi cinque anni, lavoro presso un altro Centro di Psicoterapia dell'età evolutiva de La Nostra Famiglia a Lecco. L'organizzazione del lavoro è diversa rispetto alla esperienza precedente. Sono entrata in una piccola équipe, formata per la maggior parte da psicoanalisti, non tutti disponibili al confronto con prospettive diverse.

Ho però la fortuna di avere un coordinatore e responsabile scientifico, che mi ha inserito proprio perché apportavo un punto di vista alternativo. Con lui mantengo discussioni molto proficue sulle diagnosi descrittive ed esplicative dei diversi casi che mi affida per un percorso di psicoterapia.

Per concludere, penso a me, a come mi rappresentavo allora, a come mi rappresento adesso, e mi sembra sia successo tutto tanto tempo fa ... mi verrebbe quasi da dire: "è successo ad un'altra persona"... sono davvero cambiata!

L'evoluzione come terapeuta è corsa parallela alla mia evoluzione come donna.

In questi quindici anni mi sono sperimentata anche a livello personale in modo diverso. Ho alternato momenti di grande difficoltà legati a esperienze di separazione e perdita, ad altri di gioia e speranza, calma e serenità.

Mi sono sposata, ed ho divorziato. Ho perso mio padre, al quale ero legata profondamente. Ho iniziato una convivenza, dandomi una nuova opportunità a livello affettivo. Sono diventata mamma, forse una delle mie più grandi aspirazioni.

In passato avrei affrontato tutte queste esperienze con un certo distacco (o meglio, avrei evitato la fatica di affrontarle, mantenendo la "giusta" distanza che, peraltro, mi garantiva il controllo) –il che non vuole dire che non lo faccia ancora! ... ma con una consapevolezza diversa del mio funzionamento: quanto meno, mi do la possibilità di fermarmi, capire ... e posso dire, che oggi mi sento più ricca ed in grado di condividere questa ricchezza con i miei piccoli e grandi pazienti.

NEL MIO CORSO ERO UNA DELLE ALLIEVE PIÙ GIOVANI ED INESPERTE...

Rossana Spotti Corso B,
cotrainer Marzia Mattei

Il ricordo che ho dei primi anni di frequentazione della scuola a partire da novembre 1995 è contrassegnato da un forte desiderio di apprendere e di avere una sorta di guida rispetto al lavoro che mi accingevo a fare che mi sembrava al momento, vago e a tratti disorientante.

In quel periodo svolgevo il tirocinio post laurea presso il Sert e cominciamo ad avere contatti con pazienti alcolisti e tossicodipendenti. Ero del tutto estranea a questa esperienza clinica perché all'Università mi ero occupata prevalentemente di tematiche riguardanti la neuropsicologia. L'incontro con questi pazienti gravi, spesso affetti da disturbi della personalità, diveniva toccante e particolarmente coinvolgente, e io mi sentivo molto in difficoltà.

Spesso mi portavo il lavoro a casa, facevo fatica a mantenere i confini con i pazienti, soprattutto riguardo al riverbero che lasciava dentro di me, la loro storia dolorosa, traumatica.

Confrontandomi con il responsabile del Sert, giungemmo alla conclusione che, era arrivato il momento di cominciare a frequentare una scuola di Psicoterapia, e il suo suggerimento fu quello di iscrivermi alla Scuola Cognitiva perché lui stesso aveva partecipato ad alcune lezioni, e ne aveva avuto un riscontro positivo.

I primi contatti con la Scuola di Como furono contraddistinti da un atteggiamento accogliente, comprensivo e non giudicante. Nel mio corso ero una delle allieve più giovani ed inesperte ma questa condizione non mi ha mai fatto sentire inferiore agli altri ed è stata sempre supportata e fonte di forti stimoli.

Uno dei riferimenti teorici più importanti e a cui sento di essere maggiormente legata è stato quello relativo alla teoria dell'attacca-

mento di Bowlby e alle sue applicazioni cliniche. Il rimando ai sistemi motivazionali e ai modelli operativi interni permette di comprendere come sia precoce il ruolo dello sviluppo socio-emotivo nella formazione di pattern psicopatologici.

In particolare, trascrivendo nello specifico le parole di G. Liotti tratte dal manuale di psicoterapia cognitiva:

“La teoria dell’attaccamento postula l’esistenza, nell’uomo, di una tendenza innata a ricercare la vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta, ogni volta che si costituiscono situazioni di pericolo, dolore, fatica o solitudine. Il postulato è sostenuto soprattutto dalle osservazioni etologiche, che evidenziano tale tendenza a partire dal fenomeno dell’imprinting negli uccelli per finire con i complessi legami che i piccoli dei mammiferi formano con i loro genitori...”

La teoria dell’attaccamento ha dato luogo a numerosissime ricerche empiriche ben controllate che definiscono:

- *Quali stili o pattern di attaccamento possano prendere forma a partire dalle prime esperienze di relazione fra i bambini e le figure di attaccamento;*
- *Quali strutture cognitive vengano costruite in corrispondenza a tali stili di comportamento;*
- *Quali processi cognitivi siano mobilizzati dalle dinamiche di attaccamento...*

...Si può, teoricamente, prevedere che i modelli operativi interni costruiti nel corso delle prime interazioni di attaccamento trovino conferma nelle relazioni successive a quelle della prima infanzia..

...I modelli operativi interni costruiti nel primo anno di vita tendono a persistere, inmodificati nella struttura e nei contenuti fondamentali, fino all’età adulta...

...Ciò ha notevoli implicazioni per la corretta valutazione del potenziale di cambiamento cognitivo inerente alla relazione terapeutica: nel rapporto fra terapeuta e paziente in psicoterapia può talora darsi l’occasione per una risposta del terapeuta alle esigenze di attaccamento del paziente diversa da quella che il paziente stesso ha ricevuto prima dai genitori e poi dai partner affettivi. Una tale diversa risposta del terapeuta può essere, per il paziente, la fonte di un’esperienza emotiva correttiva che conduce al cambiamento dei modelli operativi interni di attaccamento...”(Liotti, pag 63, 69, 76,77 Manuale di Psicoterapia Cognitiva).

Il riferimento a questo modello, e gli approfondimenti svolti durante le lezioni della scuola, contribuivano a dare una importante

chiave di lettura esplicativa rispetto alla storia evolutiva dei pazienti che incontro nell'ambito del servizio pubblico.

Gli aspetti cognitivo-evolutivi proposti da Liotti e gli sviluppi costruttivisti e sistemico-processuali elaborati da Guidano forniscono una sintesi importante per poter applicare gli insegnamenti teorici della scuola, alle problematiche cliniche dei pazienti.

Come indicato da F. Lambruschi: *"...In un'ottica evolutiva la comprensione del comportamento umano (nelle sue manifestazioni sia adattative che psicopatologiche) è possibile solo attraverso la ricostruzione della continuità e coerenza dei suoi processi di sviluppo, di come tali processi diano luogo a specifiche organizzazioni conoscitive individuali, e di come tali organizzazioni, se sbilanciate possano produrre lungo il ciclo di vita individuale quei particolari quadri psicopatologici che definiamo disturbi clinici..."* (pag. 407 Manuale di psicoterapia cognitiva).

In senso simbolico posso dire che gli anni di frequentazione della scuola hanno scandito il mio iter lavorativo. Da tirocinante sono passata a consulente, e negli anni in cui ho terminato il corso, sono riuscita ad avere un posto a tempo indeterminato presso il Sert e ad iniziare la mia attività come psicoterapeuta privatamente.

Altri riferimenti importanti soprattutto per il lavoro nell'ambito delle tossicodipendenze sono stati quelli relativi all'eziologia dei comportamenti antisociali.

Mi riferisco in particolare al lavoro di Fonagy (1998), e all'ipotesi secondo cui questi disturbi nelle forme più lievi sembrerebbero afferire a un tipo di attaccamento evitante o di tipo resistente; mentre nelle forme più gravi, a un pattern disorganizzato. *Nel caso di un pattern evitante il bambino mette in atto condotte di ritiro e di isolamento, a cui possono alternarsi episodici scoppi d'ira (in genere espressa fuori dal proprio contesto familiare: amicizie, scuola). In un itinerario ansioso-resistente, invece, tendono ad assumere la forma di comportamenti "tirannici" e drammaticamente vincolanti nei confronti del genitore; la relazione tra genitori e bambino è centrata sulla sfida e sulla provocatorietà, con atteggiamenti minaccianti e punitivi.*

Fonagy ipotizza che l'aggressività sia utilizzata in alcuni casi come difesa da parte di un Sé psicologico indebolito da esperienze di abuso o di mancanza di cure e quindi fragile in tutte le successive relazioni. Il Sé psicologico (cioè l'osservatore interno della vita psichica) del bambino rimarrebbe fragile perché la capacità di mentalizzazione alla base di questa parte del Sé è compromessa. Questo essenziale processo intersoggettivo è danneggiato quando il

genitore ha spesso pensieri negativi riguardo al bambino, e questi non può quindi sentirsi al sicuro nel rappresentarsi mentalmente i pensieri del caregiver nei suoi confronti o nel vedere le persone nell'atto di pensare. Il passo successivo consisterebbe nel ricorso all'aggressività da parte del fragile Sé psicologico allo scopo di difendersi dalla presunta ostilità dell'oggetto. Una terza fase è raggiunta quando l'espressione di sé e l'aggressività sono associate in maniera così regolare che si verifica una fusione patologica tra le due. Infine, la ridotta capacità di mentalizzare, di immaginare gli stati mentali degli altri, riduce l'inibizione dell'aggressività, rappresentando la vittima come priva di pensieri, sentimenti e incapace di sofferenza. Questa ipotesi motiverebbe due caratteristiche importanti presenti in queste condotte: la mancanza di empatia e di senso di colpa. I ragazzi che attuano condotte antisociali mostrano la loro incapacità a legarsi con gli altri se non in modo superficiale, e la tendenza a sostituire frequentemente una persona con un'altra.

La mancanza di metacognizione e il deficit di regolazione delle emozioni sono due aspetti importanti del lavoro con questi pazienti, così come la difficoltà di pianificare i comportamenti e regolare l'impulsività. Mi riferisco in particolare a persone che manifestano comportamenti antisociali, ma che non hanno un grave disturbo psicopatico. Nella relazione con loro diviene importante avere la possibilità di comprendere e validare la loro condizione, e allo stesso tempo insegnare ad auto osservare comportamenti spesso indecifrabili.

Data la forte diffidenza iniziale di questi pazienti, diveniva fondamentale poter avere il sostegno della scuola rispetto alle supervisione del caso, e poter avere rimandi importanti rispetto alla relazione terapeutica.

Nell'ambito del Sert, e anche nella attività privata, non mi sono occupata solo di pazienti dipendenti da sostanze, ma anche di disturbi del comportamento alimentare. Rispetto alle patologie alimentari, i contributi teorici approfonditi a scuola hanno riguardato nello specifico i pattern di attaccamento delle pazienti, la formazione dell'identità e del senso di sé.

Come sostenuto da Guidano e Liotti nella loro descrizione dell'organizzazione cognitiva personale tipo DAP (disturbi alimentari psicogeni) *l'identità dei pazienti con DCA è caratterizzata dall'indeterminatezza e dall'incertezza, si riscontra una difficoltà enorme nella definizione di se stessi. L'enfasi della famiglia o dell'ambiente circostante sugli aspetti formali e superficiali della realtà*

contribuisce a rendere l'aspetto estetico il criterio essenziale nella valutazione di sé. L'atteggiamento verso se stessi oscilla tra il valore positivo assoluto, dove la perfezione diventa l'unica soluzione per ricevere giudizi favorevoli e la critica più spietata, dovuta a una valutazione molto confusa della propria efficienza reale. Il giudizio è per queste persone la situazione che provoca la maggior turbolenza emotiva, il sentirsi criticati dalle persone significative innesca una percezione di sé a tal punto intollerabile da arrivare talvolta a un senso di disorientamento totale e di annullamento.

Nella terapia con queste pazienti il contributo della scuola ha riguardato l'introduzione di uno strumento più pratico come il diario alimentare, utilizzato per la riduzione della fobia verso il cibo, ma anche per l'aumento della consapevolezza di malattia. L'analisi funzionale condotta attraverso il diario oltre a familiarizzare con le tematiche relative al cibo e al corpo, ha introdotto temi importanti quali la compiacenza e la paura del giudizio dell'altro. Questi elementi servono perché la persona possa attuare una ristrutturazione cognitiva ed emotiva del comportamento patologico.

L'incontro con queste pazienti è stato senza dubbio molto stimolante e mi ha dato la possibilità di confrontarmi con tematiche complesse quali quelle del trauma e dell'abuso.

Spesso infatti, nell'anamnesi di queste ragazze si ritrovano situazioni di abusi, violenze o vicende traumatiche.

Questi aspetti già presenti nelle tematiche della tossicodipendenza venivano riproposti qui in modo ancora più imponente. L'incontro con questa tipologia di pazienti riproponeva spesso la situazione "Test" (Weiss, Sampson e altri, 1986, Weiss, 1993) cioè una situazione in cui il terapeuta percepisce una difficoltà relazionale proposta dal paziente e deve reagire di conseguenza, pena la sospensione della terapia. Ripensando in particolare al caso di una paziente, vittima di abusi continuativi, che mi ha particolarmente coinvolta, rivedo chiaramente, come soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento, manifestasse all'interno della relazione diversi modelli operativi di sé e dell'altro (vittima, persecutore, salvatore). La paziente faceva emergere forti sentimenti di accudimento e di protezione, i suoi occhi e a volte il suo modo di porsi facevano trasparire la parte di sé bambina, spaventata e impaurita. Poi emergeva una parte più distaccata che svaluta, mette alla prova, deride, genera rabbia; e infine c'era una parte più mite che sembrava salvaguardare e supportare gli errori e le sbavature dello psicologo e dell'équipe mostrando un'accondiscendenza e una comprensione a volte quasi inaspettata.

Come afferma Intreccialagli (1996), *questi pazienti chiedono incessantemente cura, per poi spaventarsi della propria richiesta e della possibilità di riceverla, secondo una modalità che presenta suggestive affinità con il loro pattern di attaccamento infantile.*

Il lavoro clinico con questa tipologia di pazienti mi ha confrontato su questi diversi aspetti ma ha anche messo in risalto la necessità di lavorare in un gruppo di lavoro dove vi siano stima reciproca e fiducia in modo che sia possibile alla paziente rispecchiare parti di sé e congiungerle in una personalità più coesa e unitaria. Come sostiene Liotti infatti: “Nel momento in cui la paziente recupera una visione di sé come capace di evocare negli altri risposte di sostegno e comprensione, e non soprattutto risposte aggressive, di rifiuto, o di paura scompare la ragione principale e originaria della perdita di continuità della coscienza attraverso l’uso di processi mentali dissociativi” (vedi Liotti, 1993).

Devo ammettere di essere stata molto fortunata rispetto all’equipe di lavoro del Sert perché è stato da sempre un gruppo coeso ed armonico.

Della scuola ho apprezzato l’idea che ci venissero presentati una molteplicità di interventi per rendersi conto di coniugazioni diverse dell’orientamento cognitivo, e il fatto che ci venisse detto che non c’era un solo modo di fare il terapeuta, ma che ciascuno dovesse cercare il SUO modo di essere terapeuta. Il vedere per esempio, attraverso le esperienze di tirocinio, modalità di trattamento come quella di Cristine Meier, ha reso possibile confrontarsi con interventi efficaci che in un certo senso “stravolgono” la narrativa del paziente.

La scuola e nello specifico la figura del co-trainer ha rappresentato per me “una base sicura” da cui partire ed incontrare diverse tipologie di pazienti, ma soprattutto per avere supporto nei momenti di difficoltà. Mi riferisco alla supervisione dei casi clinici, ma anche nello specifico, al supporto che mi è stato dato nel momento in cui mi sono trovata a fronteggiare la morte di un giovane paziente per overdose. Il mio entusiasmo e il mio interesse per questa professione si sono smorzati per un certo periodo di tempo. Il contatto con la scuola mi ha permesso di ricevere grande aiuto rispetto all’elaborazione del lutto. Ho avuto la possibilità di esprimere il dolore, di non congelarlo, di riflettere in modo oggettivo su quanto era accaduto cercando di limitare il forte senso di responsabilità.

Credo che in questo senso per me abbia avuto un valore enorme anche la possibilità di svolgere l’analisi cognitiva personale. Rielaborare la mia storia personale e sperimentare personalmente

un'esperienza emotiva correttiva è stato uno strumento fondamentale per l'apprendimento di come debba essere una corretta relazione terapeutica.

Devo dire che il mio rammarico è quello di non aver mantenuto negli ultimi anni molti contatti con la scuola a causa della distanza fisica e del "complicarsi" della mia vita familiare.

Sono passati più di dieci anni dall'inizio di questa professione e gli insegnamenti, e l'aver internalizzato tutto quello che in modo un po' disordinato ho cercato di esprimere in questo scritto, rappresentano senza dubbio una fonte di ricchezza e un riferimento certo per svolgere questo lavoro con più sicurezza ma sempre nella prospettiva che c'è sempre qualcosa di nuovo da apprendere.

IN CHE MODO HO UTILIZZATO IL MODELLO TEORICO DELLA SCUOLA NEGLI AMBITI DI LAVORO CHE NEGLI ANNI HO SPERIMENTATO E QUALI TRACCE EMOTIVE HA LASCIATO IN ME IL PERCORSO FORMATIVO

Dario Gambarana corso C,
cotrainer Adriana Pelliccia

“I maestri aprono l’uscio, ma devi entrare da solo.” (detto cinese)

Sono ormai trascorsi quasi dieci anni da quando ho terminato il mio percorso formativo presso la Scuola di Como e in questo periodo di tempo ho avuto l’opportunità, in alcuni casi la necessità, di lavorare in contesti molto differenti e distanti tra loro.

Il tempo a disposizione per fermarmi a condividere dubbi e timori con i colleghi e amici del percorso è stato molto limitato. In numerose occasioni una situazione critica di gestione dell’equipe con operatori che supervisionavo, o un paziente particolarmente “difficile”, mi ha fatto desiderare spazi in cui poter essere aiutato/accudito o anche soltanto in cui poter porre domande nell’attesa di risposte quantomeno chiarificatrici.

Tuttavia il contatto diretto con le persone con le quali lavoriamo (pazienti od operatori in difficoltà) obbliga ad agire nell’immediatezza basandoci su quello che la conoscenza e l’esperienza dei nostri docenti è riuscita a trasmetterci.

Così la mancanza di supervisione mi ha costretto a fare affidamento unicamente su me stesso, sia per quanto riguarda le competenze

teoriche, che per la stabilità emotiva; più volte mi sono tornate alla mente le parole di un nostro docente alla consegna dell'attestato dopo l'esame all'esercizio della professione: "abbiate fiducia in voi stessi come terapeuti!".

Ben presto mi sono reso conto che il bisogno di chiedere continuamente, il desiderio di avere rassicurazioni circa il proprio modo di agire, la ricerca del "modo giusto" e il timore dell'errore erano di impedimento all'esperienza diretta e al processo di crescita che questa porta con sé.

Sono stati proprio i momenti in cui sono riuscito a tollerare l'incertezza, quelli in cui non sapevo più cosa fare, né cosa dire ed ero fortemente esposto alle difficoltà senza la possibilità di chiedere, che mi hanno permesso di crescere.

A distanza di anni sono sempre più convinto che la fiducia in me stesso, come terapeuta, si sia costruita soprattutto sulle forti basi teoriche, epistemologiche e metodologiche che la Scuola mi ha fornito attraverso le lezioni e gli scritti appassionati e appassionanti di alcuni docenti.

Nei momenti di maggiore solitudine epistemologica, quando le discussioni sui casi con gli educatori erano fonte di sconforto e quando quelle con i colleghi psicanalisti ortodossi finivano col disorientarmi, ritrovarmi a rileggere gli appunti delle lezioni o i libri dei nostri Maestri, mi permetteva di riagganciarmi alle radici teoriche e metodologiche della nostra scuola dalle quali potevo attingere linfa ed energia.

"La conoscenza non è il possesso della verità ma di un linguaggio coerente" A. de Saint-Exupery, Tacchini

Non so come sia organizzata la scuola attualmente, non avendo appunto avuto contatti da tanto tempo, ma nei quattro anni della mia frequenza l'apertura alle differenti prospettive della teoria cognitivista era una connotazione specifica della nostra scuola; questo creava non poche difficoltà alla mia esigenza di chiarezza e univocità, ma nel tempo si è dimostrata una ricchezza inestimabile.

Riuscire a far proprio il pensiero costruttivista e la teoria della complessità, vuole proprio dire riuscire a calarsi in prospettive teoriche che appaiono inconciliabili e trascendere la loro apparente divergenza con un salto emotivo e non solo cognitivo, nella consapevolezza che "l'esperienza emotiva immediata è sempre un passo avanti rispetto al riordinamento esplicativo."

Arrivare a far convivere nella propria visione il costruttivismo "ra-

dicale”(?) , che Guidano aveva così profondamente e intensamente trasmesso nelle lezioni alle quali ho avuto la fortuna di assistere, con il modello del Costruzionismo sociale, che ho visto applicato alle famiglie e ai singoli con una lucidità implacabile dalla dott.ssa Meyer durante il mio tirocinio “al Dragonato”, era un’ impresa che andava al di là delle mie capacità intellettive e che si scontrava con le resistenze delle mie corde *OSSessive*.

I differenti contesti che in ambito lavorativo ho dovuto affrontare e le differenti professionalità con le quali ho collaborato, mi hanno obbligato ad adattarmi costantemente alla situazione. È proprio questa molteplicità di punti di vista, con i loro paradigmi epistemologici a volte irriducibili tra di loro, che mi ha consentito di sopravvivere e, in alcuni casi, anche di “avere successo”.

È come se differenti mappe, sovrapponendosi l’una all’altra, invece di creare confusione, generassero profondità; la stessa cosa che accade nel vedere un film 3D: senza occhiali si ha l’impressione di immagini sdoppiate e confuse, con gli appositi occhiali si percepisce la profondità.

Nel nostro ambito ritengo che gli occhiali polarizzatori possano essere la metafora della nostra capacità di discernere con lucidità e di filtrare gli elementi essenziali, per integrarli in una visione coerente, capacità che è poi il risultato del nostro equilibrio emotivo e cognitivo, sempre sollecitato e messo in discussione dalle nuove e imprevedibili situazioni problematiche.

Nel mio lavoro nell’ambito del Ritardo Mentale (Centro Formazione Professionale per ragazzi uscenti dalle Scuole medie e Servizi di Inserimento Lavorativo guidato e Servizi di Formazione e Assistenza per adulti) questa apertura ai differenti punti di vista e la prospettiva sottesa di non assumere come verità prospettive personali e ipotesi, mi è stata molto di aiuto nel lavoro con le equipe e con le famiglie di utenti, quando era facile scivolare sul terreno della stigmatizzazione dei giovani pazienti o della colpevolizzazione dei loro genitori.

Le teorie dell’attaccamento e dei sistemi motivazionali sono state guide per l’analisi e la discussione dei casi; l’approccio basato sul “buon senso” e il linguaggio chiaro non ermetico, proprio della teoria, consentiva di “tradurre” e spiegare le dinamiche complesse e problematiche che caratterizzavano le relazioni tra gruppi di utenti e tra utenti ed operatori e di poter costruire così una narrativa comune, anche tra differenti professionalità.

L’insegnamento di una terapia cognitiva fondata sulla relazione e

la priorità di questa come strumento di intervento, rispetto a qualsiasi tecnica, mi ha guidato in questo lavoro di supervisione con gli educatori. Nessuna tecnica educativa poteva avere speranza di successo se non era accompagnata da una buona relazione affettiva e la buona relazione si poteva costruire solo cercando di leggere ogni comportamento critico come un messaggio; la buona decodifica dei messaggi avveniva spesso in sede di supervisione attraverso le mappe definite dalle teorie costruttiviste che permettono, tra l'altro, di evitare di cadere nelle ipotesi circolari e in diagnosi descrittive che si autoconfermano.

La convinzione del livello sovraordinato che l'organizzazione emotiva ha rispetto agli aspetti razionali e che anche nei deficit delle funzioni superiori dell'intelligenza o in assenza/difficoltà di linguaggio vi è comunque una narrativa emotiva, mi ha consentito di accostarmi al mondo del Ritardo Mentale medio-lieve con gli stessi strumenti concettuali e con lo stesso atteggiamento relazionale/emotivo che mi hanno guidato negli altri ambiti.

Nel lavoro di psicoterapia individuale il mio bisogno è stato sempre quello di integrare il sintomo specifico, o il malessere più indefinito, all'interno dei sistemi di significato della persona che chiede aiuto. Ciò che personalmente non sono mai riuscito a fare, all'interno della psicoterapia, è l'applicazione di tecniche in modo rigoroso: ogni volta che mi prefiggevo l'utilizzo di tecniche specifiche o anche solo mi riproponevo mentalmente schemi di intervento mirati al problema perdevo il contatto con il paziente.

L'esperienza con i pazienti nella terapia individuale, senza supervisione e "senza tecniche", è stata per me un po' come un'immersione in mare con le bombole: ti devi fidare di quello che hai imparato, degli strumenti che possiedi, non devi andare in affanno (emozioni incontrollate provocano iperossigenazione con il conseguente mal di testa!) e devi superare la paura, dettata dall'istinto di sopravvivenza, di non poter respirare quando vai in profondità. Ho sempre avuto nel background mentale il concetto, più volte ribadito durante gli anni di scuola a Como, che: "è il motore del paziente quello che gli consente di cambiare e crescere e che sono i suoi freni che gli impediscono di *guarire*".

Ciononostante, soprattutto nei primi anni di lavoro in studio mi accorgevo di sostituirmi spesso ai pazienti nella ricerca delle "soluzioni per *guarire*". Certamente in alcuni ambiti di terapia ad es. nel lavoro con i pazienti tossicodipendenti è necessario un approccio più direttivo, ma l'esperienza personale di lavoro all'interno di

una Comunità terapeutica mi ha consentito di lasciare i compiti più educativi e direttivi agli operatori ed avere quindi la possibilità di mantenere un atteggiamento di ascolto incondizionato e privo di giudizio. Questo atteggiamento è anche la base di una forte “emozione” che sono riuscito a coltivare e che mi ha sempre guidato nel lavoro con tutti i pazienti: la *curiosità*.

La curiosità e lo stupore mi hanno aiutato molto quando mi sono trovato di fronte al senso d'ineluttabilità e di fallimento che portano con sé certe storie, dalle quali è difficile prendere le distanze e non farsi catturare dal vortice di irreparabilità e di predestinazione. Sono però convinto che senza la bussola fornita dall'impianto teorico della nostra scuola, in particolare la teoria cognitivo-evolutionista e la teoria delle organizzazioni di significato, l'esplorazione avrebbe rischiato di essere priva di direzione e la curiosità si sarebbe spenta di fronte ai paesaggi più devastati.

È infatti proprio in situazioni di maggiore rigidità e cronicità, nei casi di devianza sociale e di degrado familiare, con alle spalle storie drammatiche e lunghi anni di tossicodipendenza, che diviene di fondamentale importanza infondere nei pazienti la curiosità per sé stessi e guidarli nella scoperta del proprio modo di funzionare e di come questo abbia le sue radici nella propria unica e esclusiva storia di sviluppo.

Questo è un lavoro indispensabile per rendere più sopportabili i sensi di colpa, rendere attivi e responsabili i pazienti e ridare dignità anche alle esperienze di vita più negative.

La terapia con la coppia è stato l'ultimo ambito, in ordine di tempo, in cui mi sono cimentato.

In questo territorio ho potuto constatare direttamente come mi senta più vicino ad un approccio legato alle tematiche dei principi di organizzazione di significato cognitiva, rispetto ad un approccio più strettamente sistemico che ho comunque incontrato più volte nel mio percorso di apprendimento (il periodo di tirocinio “al Dragonato” e la breve ma diretta conoscenza di Cecchin, la docenza presso una Scuola di Counselling a orientamento sistemico e la possibilità di stare “dietro lo specchio” durante le terapie, hanno comunque lasciato il segno!).

La ricerca di una coerenza interna alla coppia, la ricostruzione delle fasi di formazione, mantenimento, crisi e rottura del legame affettivi, e i modi in cui due organizzazioni di significato hanno attraversato queste fasi è la cornice in cui sento di riuscire a muovermi con più sicurezza.

All'interno di tale cornice, sullo sfondo del quadro, tuttavia restano sempre, in modo definito, alcuni imperativi che ho portato con me dalle intense esperienze di tirocinio con la Dott.ssa Meyer e che mi guidano nella conduzione dei colloqui: distinguere le intenzioni dagli effetti (le intenzioni sono sempre buone sono gli effetti che causano la sofferenza) e quindi cogliere il vissuto non il suo prodotto. Assumersi la responsabilità come terapeuti anche nelle situazioni più difficili: siamo noi terapeuti in difficoltà a cogliere il nesso che porta alla sofferenza, non i pazienti ad essere troppo difficili. Lavorare per favorire il cambiamento della narrativa.

Nell'affrontare le situazioni di coppia, o ciò che della situazione di coppia porta il paziente in individuale, ho realizzato come il processo di sviluppo delle esperienze di lavoro come terapeuta sia anche stato sostenuto e incrementato dai cambiamenti che il mio ruolo di marito e padre imponevano, via via, con le fasi di crescita dei miei figli; riguardo ciò ho acquisito la consapevolezza di come sia importante non tanto portare il proprio essere terapeuti nella propria famiglia (che è uno dei possibili pericoli evidenziati da alcune ricerche citate da Guidano in una sua lezione) ma piuttosto portare il proprio essere padre e marito all'interno del contesto terapeutico, con un occhio attento a non cadere in ingenue proiezioni.

“Non è il tempo importante per la propria anima ma la sua crescita. Per questo anche una persona conosciuta per poco può legarsi alla nostra anima per sempre!” Maestro Po a Kwai Chang Caine

L'impatto che ha avuto su di me la conoscenza dei libri di Guidano e le occasioni in cui l'ho potuto ascoltare direttamente, la breve analisi personale che ho scelto di fare con Giorgio Rezzonico, alcune metafore o immagini fortemente evocative estrapolate dalle lezioni di Bruno Bara, il coraggio e l'entusiasmo con cui ho visto condurre Christine Meyer incontri di psicoterapia familiare “impossibili”, sono solo alcune delle esperienze che hanno segnato in maniera indelebile non solo la mia modalità di esercitare il “mestiere” di terapeuta, ma anche la mia fiducia nell'affrontare i problemi quotidiani.

Il contatto continuo con la sofferenza spesso profonda che caratterizza gli incontri che noi, come psicoterapeuti, facciamo necessita come carburante della passione per la ricerca e per la scoperta degli *altri*, dei loro modi di esistere, sopravvivere e vivere, è questa passione che anima i nostri maestri, e loro hanno saputo comunicarla con le loro parole e i loro scritti.

LO PSICOLOGO COGNITIVO COME CONSULENTE TECNICO DEL MAGISTRATO / CONSULENTE TECNICO DI PARTE.

Riflessioni teoriche ed esperienze pratiche

Simona Bennardo Corso D,
cotrainer Saverio Ruberti

Parole chiave: psicologia, psicologia giuridica, cognitivismo.

Nell'affascinante mondo della psicologia giuridica, nascono queste rudimentali riflessioni sotto la forma di “articolo-narrazione”, scritto un po’ a ruota libera e un po’ alla ricerca di riscontri e pareri da parte di chi, dopo o durante la scuola di psicoterapia cognitiva si trova ad affrontare il mondo della giustizia.

Lo psicologo, come consulente tecnico scelto dal Magistrato, viene convocato come “esperto” nella sua materia e pertanto, in virtù del suo essere “colui che sa” in materia di psicologia, mette a disposizione il suo sapere affinché il Magistrato possa prendere una decisione giusta, unendo i fatti in suo possesso con quanto affermato dal consulente tecnico. Ma, come è il più delle volte rilevato da chi opera nel settore, il compito del consulente tecnico psicologo non è affatto semplice. E poi: cosa vuol dire “saperne in materia di psicologia”? Come può un esperto di mondo interiore coadiuvare chi appartiene al mondo giuridico alla conoscenza della verità? E di quale verità stiamo parlando? Già ingrato si delinea il compito del consulente psicologo... Così nascono queste prime riflessioni, nel tentativo di trovare un modo, un modo “cognitivo” per meglio dire, di svolgere un compito così complesso con la massima

chiarezza possibile. E' mia convinzione infatti che sia il punto di forza ed il punto di arrivo (insomma, "il territorio di competenza") dell'esperto in psicologia sia il seguente: l'abilità del descrivere come l'organizzazione del pensiero, delle emozioni, incastrata con i fatti della vita, possano portare una persona ad agire un determinato comportamento, a dare un significato alle cose piuttosto che un altro: sia che si parli di consulenza in ambito civile, sia che si tratti di perizia in ambito penale. E la psicologia cognitiva si profila come strumento ideale per una comunicazione chiara e condivisibile con il Magistrato, che ha bisogno di "capire". Se c'è bisogno di un linguaggio chiaro e diretto per condividere dei concetti, a me sembra proprio che la terminologia cognitiva ben possa assolvere a questo mandato! Quanto sopra descritto risulta essere in netta distinzione con lo "specialista in disturbi mentali": che descrive ed incasella quanto descritto in una nosografia conosciuta. Ma sappiamo anche che questo è riduttivo, non basta a spiegare come un individuo, con un disturbo psichico ad esempio, possa essere perfettamente integrato nel tessuto sociale ed un altro avere esitato in un atto criminoso. Quindi è di "verità interiore" che stiamo parlando? Qualunque sia il quesito posto dal Giudice - e posto che l'intento del consulente deve aderire ad un principio di verità e dover rispondere al quesito insieme - parrebbe che il mandato sia proprio quello di dover descrivere e "far capire"...

L'APPROCCIO COGNITIVO

Così, al termine della mia specializzazione alla scuola di psicoterapia cognitiva di Como, dopo aver lavorato, letto, studiato e ragionato, mi son convinta della necessità di dover raccogliere informazioni utilizzando criteri che siano davvero significativi e rilevanti ai fini di una reale comprensione delle dinamiche interiori della persona periziata. Per esempio come è importante saper valutare la maturità di un minore nella sua capacità di intendere e di volere ai fini di una eventuale imputabilità; è fondamentale sapere quali aree devono essere indagate nell'explorare questa "maturità del minore" affinché possa davvero essere conosciuta e valutata. Ma non basta: occorre trovare un linguaggio condivisibile con il Magistrato: chiaro e comprensibile! Così, anche per chi dovesse indagare la personalità adulta più complessa, sicuramente secondo me, i due "capisaldi cognitivi" dai quali non si può prescindere sono:

- Come la persona costruisce la conoscenza del mondo
- Come è la sua vita affettiva

Un po' come nella pratica della psicoterapia cognitiva, quando si vuole partire da una prima conoscenza/valutazione dello stato del paziente, si esplorano:

- Le capacità cognitive
- Il mondo emotivo

Condividiamo tutti il presupposto che la mente dell'uomo non è un recettore passivo di informazioni che provengono dal mondo esterno, e la psicologia cognitiva stessa colloca la conoscenza al centro dell'indagine psicologica. Questo per sottolineare ed introdurre un concetto che dell'approccio cognitivo mi è sempre apparso in stretto contatto con la consulenza; ora mi spiego.

Partiamo dal principio che vi siano delle strutture cognitive che predispongano ad accettare, vagliare, confermare alcuni tipi di informazione piuttosto che altri; questo produce una visione fortemente dinamica e integrata dell'uomo con la realtà del suo ambiente. L'uomo è un continuo "generatore di significato" e proprio nell'ambito di un vivace dibattito di cui l'evoluzione della psicologia è ricca, si colloca la psicologia cognitiva, che dell'organizzazione della conoscenza da parte dell'uomo ha fatto il fulcro della sua attività. Questo, secondo me, delimita il campo di competenza dello psicologo, ne costituisce la ricchezza e nello stesso tempo una fetta rigorosamente precisa dell'indagine che il Magistrato si trova ad effettuare: come può un disturbo psichiatricamente ben delineato esitare in una persona geniale e assolutamente non pericolosa socialmente? Viceversa, come può una organizzazione di personalità apparentemente ben integrata nel mondo esitare in comportamenti devianti o anche solo non condivisibili socialmente?

Qui entra in gioco lo psicologo: perché lo specialista in nosografia psichiatrica sarà molto preciso nel descrivere il quadro patologico per come appare nelle sue caratteristiche e sintomi, ma come nella mente di quell'individuo i pensieri e le emozioni siano organizzati (o disorganizzati) e come si arrivi, in un drammatico incastro con la realtà quotidiana, a produrre disagio/malessere/comportamenti adatti oppure inadatti (per esempio nei casi in cui si sia chiamati a valutare le capacità di un adulto ad essere un buon genitore, per esempio), ecco, secondo me, questo è il campo di esclusiva competenza del consulente psicologo, possibilmente psicoterapeuta, di comprovata esperienza. Un consulente che abbia gli strumenti per valutare le capacità cognitive della persona usando parametri riconosciuti scientificamente come validi indicatori, e che riesca ad applicarli ed a tradurli in termini e processi comprensibili a tutti. Uno specialista in psicologia e psicoterapia cognitiva.

Per fare un esempio, se nella valutazione ipotetica di una persona fosse interessante comprendere la sua capacità di percepire le conseguenze dei suoi agiti sulle persone, ci sarebbe d'aiuto la verifica delle "capacità di autoriflessività, di decentramento, di comprendere la mente altrui e le capacità di mastery", tutte capacità cognitive fondamentali, anche verificabili empiricamente con l'applicazione di una scala di valutazione apposita. Ma vediamo come si può tradurre una terminologia così apparentemente complessa nella pratica del consulente cognitivo. Diciamo che verificando le capacità di cui sopra, altro non farei che andare a sondare come l'individuo in questione riesca a rappresentarsi i suoi stati interni (emozioni, pensieri) come problemi da risolvere, questo ai fini di verificare se la persona abbia una coscienza delle cose che gli capitano (semplificando: preoccupazioni, stati emotivi spiacevoli) e cerchi di trovare una soluzione (se è preoccupato e sa riconoscerlo, se cerca una soluzione per risolvere la preoccupazione, se è dispiaciuto o triste, che si attivi per trovare sollievo) e di come tutto questo poi si traduca in una ipotesi sul funzionamento della mente altrui ("se io ragiono, sento, penso e ne ho coscienza, allora posso pensare che anche l'altro fa lo stesso), queste capacità consentono di mettersi al posto dell'altro, di valutare le conseguenze sull'altro di ciò che si dice e che si fa.

Questo è solo un semplificato esempio di come si potrebbero valutare capacità cognitive diffusamente richieste come caratteristiche necessarie per essere buoni genitori, per esempio, ma anche per spiegare bene come una persona sia impossibilitata o in seria difficoltà ad integrarsi in un contesto/situazione proprio perché non è riuscito a rappresentare né se stesso né l'altro nella sua mente. Un discorso a parte meriterebbero le organizzazioni cognitive, che molto avrebbero da dire in una consulenza tecnica su come le persone organizzano la conoscenza e di come la presenza di una specifica organizzazione cognitiva nella mente di una persona influisca sui suoi comportamenti dopo aver caratterizzato la sua organizzazione personale. Pensiamo, come primo esempio, all'eventualità di prendere in considerazione come in certe persone si possa essere strutturata una organizzazione cognitiva di tipo psicosomatico (e sarebbe davvero affascinante poter ampliare sulla restanti organizzazioni: dall'organizzazione cognitiva di tipo depressivo, all'organizzazione cognitiva di tipo psicosomatico). E altrettanto interessante sarebbe sviluppare le modalità con le quali queste persone possano essere portate a sviluppare, in particolari condizioni di stress e sofferenza, disturbi a livello fisico-medico e di

come questo possa essere interessante nella rilevazione del danno alla persona in sede giudiziaria. Quanta ricchezza deriva dall'ap-proccio cognitivo!

CONCLUSIONI

In conclusione, molti sono gli ambiti in cui il consulente psicologo specializzato in psicologia cognitiva potrà trovare specifici spazi di competenza. Personalmente spero che si realizzerà presto una "apertura" da parte dei Tribunali verso la psicologia cognitiva, così vicina alla comprensione della mente e dell'animo dell'uomo. Presto spero venga riconosciuto così uno spazio di competenza e di valore. Ciò soprattutto in virtù di quanti strumenti può offrire la psicologia cognitiva in se' e per se', ma soprattutto per come forma lo psicoterapeuta dopo quattro anni di lavoro alla scuola di psicoterapia cognitiva. Quello che sembra importante allo stato attuale è che si crei una "cultura" della effettiva competenza dello psicologo cognitivo nel mondo giuridico, e che si aprano specifici spazi in tale ambito, in cui una specializzazione così delicata quanto profonda possa trovare una delle specifiche applicazioni.

Un sentito "grazie" alla scuola di Como e a tutti i docenti ed i co-trainer, che da quindici anni e costantemente mettono a disposizione saperi ed energie.

BIBLIOGRAFIA

Bruno G. Bara (a cura di) (1996), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Antonio Semerari (a cura di) (1999), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave, metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Maria Elena Magrin (a cura di) (2000), *Guida al lavoro peritale*, Giuffrè Editore, Milano.

QUANDO NEL CALDO GIUGNO TORINESE NELLA HALL DELL'ALBERGO VICINO ALLA SEDE DEL CONVEGNO SITCC...

Silvia Rinaldi corso D,
cotrainer Saverio Ruberti

Quando nel caldo giugno torinese nella hall dell'albergo vicino alla sede del Convegno SITCC Marzia, Rita, Adriana, Simona, Matteo, Fabio, Grazia, Maurizio (e forse qualche altro! Spero non me ne voglia!..) ed io ci siamo trovati a pensare al numero di Ottobre di "Appunti" e a decidere di dedicarlo al quindicinale della Scuola.. beh, tutto sembrava lontanissimo e la creatività di ciascuno ha dato del proprio meglio nel tentativo di rendere unico questo numero della rivista.

Poi, l'IDEA: un allievo per corso, "designato" dal tutor specifico, avrebbe scritto relativamente al proprio anno di formazione, cercando di focalizzare l'attenzione su "come la propria esperienza di allievo della Scuola Cognitiva abbia contribuito a creare, modificare, la propria attività di psicoterapeuta".

...ed eccomi ora, pronta a scrivere per il corso D, anno accademico 1997-2001, codidatta: Saverio Ruberti scopro che... più facile a dirsi che a farsi!

Dunque.. dunque... da dove cominciare? Mille le immagini e le sensazioni che si affacciano alla mente, tanti gli episodi difficili da scordare e le suggestioni che ancora oggi mi fanno sorridere, o meditare, o mi rendono un po' cupa... non è facile impostare qualche pagina di riflessioni...

Partirei da una considerazione "grande" che mi sembra raccolga "i contenuti" dei quattro anni di formazione. Considerando che cia-

scun allievo abbia scelto la Scuola Cognitiva perché più confacente alle personali preferenze culturali e teoriche (e qui non ci si adentra...) innegabile è che molto ci è stato insegnato sugli aspetti teorico-clinici dell'attività psicoterapeutica, sulle sue applicazioni possibili, e penso che, almeno alla fine del quarto anno, convinti tutti del grande interesse del modello cognitivo, siamo a tutt'oggi consapevoli delle continue trasformazioni e cambiamenti propri di tutte le psicoterapie, la nostra compresa.

Con queste premesse e "terrorizzati" (come mi ha suggerito Simona B.: "I anno: allegramente inconsapevoli; II anno: inizialmente confusi; III anno: ulteriormente confusi; IV anno: terrorizzati") all'idea di avere in mano la "licenza di psicoterapeuti", ciascun ex-allievo si è timidamente o spavalidamente o "un po' così, un po' cosà", avventurato nel mondo della presa in carico dei primi pazienti, ahimè inconsapevoli di essere tali per cotanto specialista. Ciò che la formazione ha indicato come obiettivi di somma rilevanza penso sia giunto e rimanga a ciascuno come caposaldo e, proprio perché ampiamente condiviso, proverei a riassumerlo così: come psicoterapeuti abbiamo imparato a tenere sempre presente e in continuo "rinnovamento" l'ambito delle nostre conoscenze teoriche (il sapere), quello delle competenze pratiche (il saper fare) e a mantenere sempre un "modo di essere" (il saper essere) rispettoso e corretto nei confronti del paziente e di noi stessi. La specificità poi del modello cognitivista, "il punto di vista del paziente", la condivisione di senso, la valenza forte della "mente attiva" ed altro ancora ovviamente, fa parte di quel bagaglio "nostro" al quale nessuno vuole rinunciare.

La teoria rimane saldo riferimento ma spesso i tempi di vita, le vicende lavorative e non, e i cambiamenti dettati dalle esperienze relazionali non aiutano a "rispettare" in toto tali principi...

Mi piacerebbe però, in queste righe, fermarmi su altri aspetti dell'esperienza della Scuola di Como, forse più "di pelle" e forse, proprio per questo, unici per il nostro anno.

Il primo aspetto è... sì, lo sappiamo, invidiato da molti... il codidatta, la persona Saverio Ruberti. Non è intenzione di chi scrive iniziare un elogio pro-Ruberti (!!!!) ma a partire da riflessioni e pensieri condivisi con altri del gruppo, intenzionalmente sentiti per il qui presente scritto, mi piacerebbe esprimere che la figura di Saverio codidatta (che, come dice il I Manuale di Bara, "...tiene i registri e raccoglie gli umori del gruppo...") sia stata per me, per noi tutti, anche un importantissimo riferimento per il nostro crescere professionale.. e non solo. Inutile negare i fatti: il primo anno Sa-

verio ci ha “svezziati” con uno stile molto “abbiate cura di voi stessi!” (basti ricordare un piccolo episodio: in uno dei primi incontri Saverio è comparso in aula con un ordinatissimo foglietto con i nostri nomi in ordine alfabetico... “bene- ci ha detto – ho pensato che potrei utilizzare questo metodo per comunicare informazioni tra noi.. io telefonerò per eventuali necessità al primo dell’elenco, che chiamerà il secondo, il quale a sua volta telefonerà al terzo.. e così via.. in modo che alla fine del giro tutti saranno avvertiti”). Poi, innegabile nel tempo, anche per Saverio sono passati quattro anni (magnificamente portati, non c’è che dire!!) e anche noi dal primo siamo giunti al quarto anno: un po’ di crescita fisiologica, un pizzico di maggior conoscenza di noi stessi, dovuta anche al lavoro durante l’analisi personale, il gruppo consolidato, qualche esperienza personale di vita, magnifica, o spaventosa o così-così... sopra tutto mi sembra di poter dire che “abbiamo raccolto i frutti” di un cammino fatto insieme. Non quando si è concluso il ciclo di formazione ma qualche tempo dopo, come se l’elaborazione delle sensazioni e la ricostruzione di “nuove credenze” avesse avuto bisogno di un suo tempo per consolidarsi e mostrarsi...

Penso che ciascuno di noi, io per prima, possa dire che un momento di richiesta d’aiuto a Saverio, non sia mai caduto nel vuoto ma, in vari modi e tempi, sia sempre stato accolto e co-risposto con grande attenzione e cura. Il nostro codidatta, desideroso nei primi tempi di vederci crescere ed essere indipendenti velocemente, ha saputo con un certo affetto incentivarci in termini di esplorazione autonoma, pensiero creativo, facendo nascere in noi una sempre più personale capacità di operare e di “essere terapeuti” e non solo...

La sensazione positiva e piacevole, oggi, quando eventi, SITCC e non, ci portano ad essere con Saverio, di avere un pezzetto di storia condivisa, forse non pienamente compresa all’inizio ma assolutamente forte e ad oggi indispensabile e consolidata nel tempo.

Un pensiero comune, di molti corsisti D, porta a questa riflessione... a ciascuno di noi piacerebbe, un domani, realizzare un cammino personale come professionista e prima di tutto come persona, simile a quello del nostro co-didatta, in cui anche aspetti inizialmente un po’ “strutturati” possano, grazie alla propria formazione e al proprio “saper essere”, divenire più morbidi e condivisibili, appoggio per noi stessi e per altri, pazienti o persone intorno che siano.

A questo punto, con immensa stima, un grande, affettuoso, vivace: “grazie Saverio!” davvero non glielo si può negare...

E poi, la seconda componente dell'unicità del corso D... il gruppo!! (noi: Simona, Giuliana, Margherita, Giuseppina, Livio, Alessandra F., Romano, Celina, Maria Domenica, Monica, Giovanni, Fabio, Cristina, Dalida, Silvia P., Konstandina, Daniela, io, Silvia R., Alberto, Alessandra Z.).

Davvero var...iopinti, differenti, in momenti di vita diversi e con sogni nel cassetto di varie dimensioni e entità: negli anni di formazione vicini forse un po' "per necessità", ed oggi sicuramente "per scelta".

Indimenticabili per tutti alcuni momenti... cosa dire delle "full" a Bedonia, sull'Appennino Tosco-Emiliano (vero??....!!!!), al mare o a Mergozzo, tra zanzare, fobie e danze in piazza??

Questa è sicuramente una dimensione forte che porto con me della Scuola: il credere nella unicità dell'individuo, sia esso collega o paziente o amico o altro, nelle sue potenzialità e nella possibilità che ha di esprimere (se lo ritiene davvero importante ...) intenti e desideri che poi, se si vuole, possono essere condivisi, arricchiti, potenziati nella "co-costruzione" di un pezzetto di strada comune. Quelli del gruppo D l'hanno fatto!!

Ad oggi tale credere nella co-realizzazione di idee e progetti mi ha portato personalmente a vivere sia momenti di grande gioia, soddisfazione e realizzazione, vissuti insieme a colleghi (o anche a pazienti, perché no..) con i quali si è creato nel tempo un legame forte di rispetto e condivisione di obiettivi ed energie. Purtroppo ma inevitabilmente, ci sono state anche grandi delusioni, quando difficile è stato comprendere certi "viraggi" di alcuni propositi o una limitata disponibilità a fare anche (ma non solo) un po' di fatica per un obiettivo comune. A volte si cambia per storia di vita ma nulla ci vieta di provare a comunicarlo e a dividerlo...

Ultimissime righe... dedicate alle "ragazze di Como": Adriana, Marzia, Rita, Savina... una parte della nostra avventura formativa è affettuosamente legata anche a loro, alla loro vivacità e immediatezza ed in particolare, come donna, al loro saper spesso conciliare più ruoli in più aspetti di vita... da imparare!

E infine, non è davvero possibile farne a meno, un inciso per Giorgio e Bruno, maestri con la "MA" maiuscola, diversi e complementari nel loro essere docenti e professionisti, "perturbatori strategicamente orientati" di conoscenza, pensieri, emotività; verso il quarto anno ci è sembrato più chiaro il loro modo, ovviamente molto personale per ciascuno dei due, di credere in chi "cresce" loro intorno... "Meglio tardi che mai!" potranno dire loro... "grande esperienza!!" diciamo e diremo nel tempo noi!

ALLORA UN CONTADINO DISSE: PARLACI DEL LAVORO

Corso E, cotrainer Emanuela Iacchia

Noi, ex studenti del corso E, ed ora appieno colleghi, abbiamo deciso insieme, sistema cooperativo, di partecipare a questa iniziativa, attraverso la poesia di Gibrán che ci sembra interpretare appieno la nostra idea di professione e rispecchiare ciò che il nostro cotrainer Emanuela Iacchia, attraverso la sua professionalità, ma soprattutto il suo modo di essere, ci ha trasmesso.

Allora un contadino disse: Parlaci del **Lavoro**.

Ed egli rispose, dicendo:

Voi lavorate per mantenere il passo con la terra e con lo spirito
della terra.

Poiché stare in ozio è diventare estraneo alle stagioni, e
allontanarsi dal corteo della vita che avanza maestosa e con fiera
sottomissione verso l'infinito.

Quando voi lavorate siete un flauto che attraverso la sua anima
trasforma in musica il mormorio della vita.

Chi vorrebbe essere una canna muta, quando tutte le altre cantano
all'unisono?

Vi è stato sempre detto che il lavoro è una maledizione e la fatica
una sventura.

Ma io vi dico che quando lavorate compite una parte del sogno più
avanzato della terra, che fu assegnata a voi quando quel sogno
nacque.

E che sostenendo voi stessi col lavoro amate in verità la vita,
E che amare la vita nel lavoro è vivere intimamente con il più
intimo segreto della vita.

Ma se nella vostra sofferenza dite che nascere è un tormento e
sostentare la carne una maledizione scritta in fronte, io vi rispondo
che nulla tranne il sudore della fronte laverà ciò che vi è scritto.

Vi hanno anche detto che la vita è tenebre, e nella vostra
stanchezza fate eco a ciò che dissero gli stanchi.
E io vi dico che la vita è davvero oscurità se è priva di slancio,
E che ogni slancio è cieco se privo di sapienza,
E ogni sapienza è vana senza agire,
E ogni azione è vuota senza amore.
E quando lavorate con amore legate voi a voi stessi, e l'uno all'altro,
e a Dio.

.

E che cos'è lavorare con amore?
È tessere un abito con i fili del cuore, come
dovesse indossarla il vostro amato.
È costruire una casa con affetto, come
dovesse abitarla il vostro amato.
È seminare con dolcezza e mietere il grano con gioia, come
dovesse mangiarne il vostro amato.
È impregnare ogni cosa che plasmate con un soffio del vostro
spirito,
E sapere che tutti i morti benedetti vi stanno intorno e vi
osservano.

Vi ho udito spesso dire, come parlando nel sonno, “Chi scolpisce nel
marmo, e vi ritrova la forma del suo animo, è più nobile di chi ara la
terra;

E chi afferra l'arcobaleno e lo distende su una tela nelle sembianze
di un uomo, è maggiore di chi fabbrica i sandali per i nostri piedi”.

Ma io vi dico che il vento non in sonno,
ma nella più lucida veglia meridiana, non parla più soavemente alle
querce giganti che al più
minuscolo filo d'erba;

E che grande è soltanto chi trasforma la voce del vento in un
canto reso più dolce dal suo amore.

Il lavoro è amore che si fa visibile.

Se non potete lavorare con amore, ma esso vi ripugna, allora è
meglio lasciare il lavoro e sedere alla porta del tempio e ricevere
elemosine da chi lavora con gioia.

Perché se fate il pane con indifferenza, farete un pane amaro che
nutre solo a metà.

E se spremete l'uva con astio, il vostro astio distillerà un veleno nel
vino.

E se anche cantate come angeli, e non amate il canto, rendete l'uomo
sordo
alle voci del giorno e della notte.

Da “Il Profeta” di Kahlil Gibran

L'ABITUDINE A RIFLETTERE SUL PROPRIO PERCORSO PERSONALE E PROFESSIONALE

Eleonora Grasso Corso G,
cotrainer Rita Pezzati

L'abitudine a riflettere sul proprio percorso personale e professionale si è costruita durante i preziosi anni di frequentazione della Scuola di Como. Lo stimolo ad osservare le influenze che la formazione cognitivista ha avuto nella mia vita ed i risvolti emotivi dell'iter formativo è ancora una volta in sintonia con quanto vissuto ed elaborato nel corso del cammino scolastico.

Le mie principali occupazioni professionali riguardano la tutela del minore: lavoro infatti in qualità di consulente psicologa dal 2004 presso l'Ufficio dei Servizi Sociali di due diversi comuni del milanese. Come psicoterapeuta, ho aperto uno studio ove pratico la libera professione in collaborazione con due colleghe.

Allo psicologo che lavora nell'ambito del servizio di Tutela Minori è richiesto di rispondere ai quesiti del Tribunale per i Minorenni o del Tribunale Ordinario, producendo osservazioni psicologiche relative al minore segnalato, al nucleo familiare dello stesso ed alle relazioni intercorrenti fra di loro.

Ricercare giorno per giorno quale sia la specificità dell'apporto cognitivista e rispondere al meglio alle esigenze di conoscenza delle configurazioni relazionali e psichiche oggetto dell'intervento psico-sociale, risulta sicuramente stimolante ed appagante.

La teoria dell'attaccamento ben si presta all'osservazione dei rapporti intercorrenti fra il minore oggetto di interesse dell'Autorità Giudiziaria ed i parenti; così come risulta essere un' eccellente chiave di lettura e di interpretazione delle caratteristiche genitoriali degli adulti e del mondo interiore del minore.

Il linguaggio clinico tipico della nostra scuola è inoltre facilmente traducibile e declinabile in termini comprensibili anche per chi psicoterapeuta non è: la relazione riguardante l'osservazione psicosociale o psicodiagnostica infatti verrà integrata dall'apporto dell'assistente sociale ed inviata al Tribunale, e verrà letta ed acquisita da giudici, avvocati e soprattutto dagli stessi utenti dell'Ufficio Servizi Sociali.

Nel lavoro di indagine, lo psicologo si trova a confrontarsi inevitabilmente con la larga diffusione dell'utilizzo di strumenti testistici per la valutazione psicodiagnostica di tipo proiettivo o comunque di tradizione spiccatamente psicodinamica. Io stessa mi ritroverò nel prossimo futuro a dovermi adattare (oppure no?) a protocolli di intervento che rimandano all'opportunità di far uso del test di Rorschach, del T.A.T., del Blacky Pictures per approfondire le caratteristiche di personalità e le dinamiche affettive dei bambini e degli adulti che incontrerò nel mio percorso lavorativo.

La pigra tendenza ad adeguarsi a ciò che è richiesto e consueto si scontra a mio avviso in questo caso con la necessità di fare un buon lavoro, mantenendo una posizione corretta e professionale, nel rispetto di chi si rivolgerà, volente o nolente, alla mia persona per quanto disposto dal Tribunale- e nel rispetto della mia specifica formazione cognitivista. Gli strumenti di valutazione diagnostica nascono ed assumono il loro significato e la loro funzione in coerenza con la visione epistemologica tipica di un determinato orientamento psicologico: ritengo sia forviante l'utilizzo di tali strumenti se non si condividono gli assunti di base e la teoria di riferimento degli stessi.

Mi ritrovo ora a partecipare, per quanto mi è concesso, alla diffusione del pensiero e del metodo cognitivisti nell'area della tutela del minore, riconoscendone la validità e la funzionalità in questo specifico ed importante settore dell'intervento sociale e psicologico. La visione costruttivista della realtà permette di riuscire ad accogliere, pur se non acriticamente, gli apporti diversi delle varie professionalità intervenienti sul caso: esse porteranno inevitabilmente un punto di vista proprio e specifico, evidenzieranno aspetti differenti della realtà osservata, o meglio, co-costruita, facendo luce ora su elementi e concetti che all'osservatore unico possono sfuggire, ora esprimendo un taglio interpretativo nuovo riguardo al medesimo fenomeno. L'eterogeneità delle équipes di lavoro con cui ci si confronta può essere una vera ricchezza qualora si abbia la disposizione emotiva ed epistemologica ad accogliere l'altro e la capacità di integrare le differenze, ove possibile.

In questo senso il modello della Scuola di specializzazione di Como mi permette quotidianamente di avvalermi di strumenti teorici ed emotivi, di disposizione verso l'altro, che facilitano il mio stare in gruppi eterogenei sia per professionalità sia per formazione.

Certo è bello anche ritrovarsi! Gli incarichi professionali e la mia formazione mi permettono di condividere la quotidianità del lavoro con colleghi che provengono dalle fila degli allievi della Scuola di Como: un filo prezioso mi lega quindi alla scuola, tanto più quando, come nel mio caso, il rapporto professionale si intreccia piacevolmente alla sfera affettiva, all'amicizia. E così ritrovo una collega nel servizio di Tutela Minori, la sintonia è favorita quando si parla lo stesso linguaggio e si è condiviso un percorso formativo ed umano comune; due colleghe con cui condivido lo studio privato, le vicendevoli supervisioni e gli scambi di pareri ed opinioni avvengono con naturalezza, ci si capisce al volo; il gruppo di intervizione, che con costanza ed interesse si incontra dal 2004 mensilmente, crescendo insieme.

Il mio legame con la scuola è complesso, il significato di opportunità formativa e professionale si interseca con la sfera affettiva: quando "mi accomodo", accorgendomi che la rilassatezza con cui affronto la professione prende la pericolosa china della routine, sento il bisogno di ritornare a scuola, il bisogno che la mia mente sia stimolata da una maggiore vivacità intellettuale e di ricordarmi che ho ancora molto da imparare.

La prospettiva costruttivista permette al singolo di costruire nel tempo il proprio modo essere psicoterapeuta, data una importante e sostanziale cornice teorico-clinica e formativa di riferimento. Tale impostazione è estremamente rispettosa della persona del terapeuta e convalida e conferma la creatività che sta alla base dello sviluppo e del cambiamento.

Il vitale senso di libertà e di costruzione della mia professionalità, che mi stimola e mi aggrada, fa da contraltare alla fatica ed alla responsabilità richieste in prima persona a chi si sente in continua formazione. E' da qui che prende per me senso il desiderio di far ritorno, di quando in quando, alla scuola come "base sicura", sia per un confronto clinico, un calarsi nel dibattito tecnico e teorico per osservare se la via da me intrapresa sia adeguata e coerente, sia per calarmi in un luogo e in uno spazio di rassicurazione – un tornare un po' a casa per poi continuare il viaggio. Gli insegnamenti appresi a scuola ed il fondamentale apporto dell'analisi didattica hanno significato per me un cambiamento principalmente personale, che ha avuto una netta influenza sul mio modo di essere tera-

peuta. La reale interiorizzazione del modello cognitivista proposto a scuola mi ha richiesto tempo e lavoro; è stato necessario e non semplice superare la fase iniziale di superficiale comprensione degli stimoli teorico-clinici presentati e di adesione agli stessi prima di giungere a coglierne realmente ed emotivamente il loro significato sostanziale, e quindi di riuscire a maneggiarli e farli propri. Ai tempi dell'Università, la curiosità e la passione per la psicologia cognitiva ed il costruttivismo erano basate, mi accorgo ora, su di un assunto di base fuorviante, che rispondeva però ad un mio bisogno psicologico non ben compreso. Uno degli aspetti che avevano maggior presa su di me era la percezione del tempo della terapia come contratto rispetto a quanto si raccontava di altri approcci, pur detenendo il modello cognitivista una buona efficacia terapeutica. Ciò che al contrario la scuola e l'analisi personale mi hanno fortemente passato è la necessità di darsi, e di concedere all'altro, il tempo del cambiamento, che, ove sia improvviso e veloce, difficilmente risulta anche sostanziale e duraturo. Il lavoro sulle mie emozioni, che parte dal conoscerle con maggior finezza nella loro qualità e modulazione, evidenzia un nodo criticamente significativo nell'imparare a "starci" e nella loro sempre più armonica integrazione; questo è tuttora il passaggio fondamentale nel mio cammino di crescita come persona e come terapeuta: in questo senso il percorso dei pazienti è il mio con loro.

LIBERAMENTE TRATTO DA UNA MAIL

Raffaella Massagrani Corso G,
cotrainer Rita Pezzati

Cara Marzia,
mi ha fatto un immenso piacere ricevere il tuo sms...l'ho sentito anche come un richiamo da un luogo dal quale, ad un certo punto, sono un po' scomparsa...come mio solito...rischiando poi di vivermi perdite o vissuti di lontananza anche quando non ce n'è bisogno!!!

In effetti però è stato un periodo di quelli intensissimi sotto diversi punti di vista...

PICCOLO RIASSUNTO:

Il lavoro in CPS è veramente tanto...ma tanto. Sono rimasta per tre o quattro mesi da sola perché la mia collega era ammalata e in più le richieste di visita psicologica stanno aumentando spaventosamente ed inoltre io (lo sapevi) seguo volentieri i disturbi di personalità...e altrettanto volentieri i colleghi me li inviano!

Siamo abbastanza immersi nella ristrutturazione della casa (che ormai mi sembra veramente un'impresa infinita!). a Dicembre abbiamo terminato il trasloco (che ci ha permesso di vendere la mansarda!) e ora siamo in affitto in un bilocale in attesa del prossimo (trasloco!)...previsto per (FORSE) fine anno!

AH...the list but not the last...sono reduce da un periodo di tentativi falliti per la ricerca di un'altra gravidanza.

E' innegabile che sono stati periodi difficili, anche se poi tutto sommato noi abbiamo le spalle forti e le risorse per andare avanti senza troppi scossoni all'anima.

Ora sono nella fase che per qualche mese, almeno quelli estivi, me ne sto tranquilla...ho rintracciato la mia prima, magica agopuntu-

rista che mi sta aiutando anche con la medicina cinese (erbe) ...e ogni volta che ci vado sto meglio.

Non so se andrà bene...ma mi sento meglio e questo basta!

A volte penso che avremmo potuto fare scelte diverse...ma come si fa a star dietro sempre a tutto e in maniera ottimale???

E poi in mezzo a tutto questo c'è la vita di tutti i giorni, quella più importante...in cui l'equilibrio non è nei singoli vissuti ma nel tentativo di tenerli insieme, legati dalla voglia di portare avanti la mia storia.

Io poi sono sempre la stessa...mi piace sempre perdermi negli spazi... tra le cose definite, per poi non riuscire mai ad essere puntuale o precisa come la maggior parte delle persone che mi sembra di avere intorno...ho finalmente pagato i bolli (4 o 5 anni di arretrati...ma sono già sufficientemente in ritardo con quello di quest'anno!)...e riesco però a ridere molto di più di questo, a tenermi dentro le mie imperfezioni...continuo ad emozionarmi più del dovuto o meglio, dell'opportuno...e ad avere giorni in cui mi sento tremendamente giù (non ti dico con le bombe ormonali che giri di giostra!)...ma ci sto dentro veramente...ed è questo quello che conta.

Credo di essere più capace di stare sul presente, ma anche sulle piccole cose, spaventandomi di meno...

E poi non vedo l'ora che arrivi il mio orto...(quello della nuova casa intendo!!!)

Ti mando le foto della mia piccola peste...accidenti se è tosto! E' un bel testone ma è sveglio...e quando ha la luna in buona ti dà l'anima...è un sornione...ho un attaccamento viscerale con lui.

L'alchimia tra dedizione e amore, che tiene in piedi il mio matrimonio, continua.

BUTTO L'AMO

Mi mancate...mi manca l'ambiente formativo della Scuola...quello dei tempi lunghi (parlo da ospedaliera!) e della possibilità di riflettere sulla complessità delle sfumature!

Xò, proprio perché lavorare negli ambulatori della psichiatria dà a mio avviso il vantaggio di avere un osservatorio assolutamente ampio e diversificato di utenza e quindi di varierà nell'espressione della sofferenza, mi piacerebbe davvero tanto iniziare una qualche collaborazione con voi...visto che poi adesso seguo anche due tirocinanti della cognitiva (una vostra e l'altra di Torino).

Perché no pensare un protocollo di rilevazione dei Disturbi Disso-

ciativi (da lieve a grave) in un servizio pubblico e valutare linee di intervento\trattamento.

D'altronde con questo strano modo di esprimere la sofferenza, quello della dissociazione intendo, bisogna un po' maturare un terzo occhio e una volta fatto è sorprendente come i disturbi dissociativi iniziano ad apparirti un po' più evidenti all'interno di uno spettro ampissimo di quadri clinici.

Quali sono i correlati neuropsicologici, gli attaccamenti, gli eventi di vita, le risorse meta cognitive che possono favorirli ??? E quali gli interventi privilegiate, le tecniche i tempi (d'accordo che si possono leggere i libri e lo si sa!) ma a me piacerebbe proprio iniziare nel concreto dell'esperienza quotidiana a monitorare il fenomeno...soprattutto perché ho dalla mia due aspetti vantaggiosi: l'interesse e il fatto di lavorare in un CPS!

PER SALUTARCI...

Boh ho buttato giù così...parole in libertà...

Mi dispiace averci messo tanto tempo ma io sono fatta così e, come dico sempre ai miei pazienti (ma si sa che quando le frasone diventano precetti è perché le abbiamo testate personalmente!) "Ognuno di noi per una ragione o per l'altra magari anche per poco tempo nella vita può far parte di un gruppo minoritario...quasi fino a sentirsi fuori posto in mezzo alla massa...e in quei momenti vale la pena dirsi: Ma ci sarà pure un posto al mondo per quelli fatti come me!???... è una legge della natura...se no non sarei mai nata"

*A presto,
con affetto Raffaella*

IN CHE MODO HO UTILIZZATO IL MODELLO TEORICO DELLA SCUOLA NEGLI AMBITI DI LAVORO CHE NEGLI ANNI HO SPERIMENTATO E QUALI TRACCE EMOTIVE HA LASCIATO IN ME IL PERCORSO FORMATIVO

Allegra Fisogni Corso H,
cotrainer Maria Grazia Strepparava

La scelta di intraprendere un percorso formativo di orientamento cognitivista mi era sembrata la strada più congeniale che meglio rispecchiava il mio modello di funzionamento, molto ancorato al concreto, al razionale, e nel mio immaginario al dato osservato e osservabile. L'esigenza probabilmente era quella di accostarsi al nuovo muovendomi in modo rassicurante e cauto, sperimentando un cammino che non fosse troppo diverso da quello fino ad allora da me tracciato. Al contrario fin dal primo giorno di Scuola la realtà è stata ben'altra, un turbine di emozioni che andavano con irruenza a perturbare il mio mondo interno, a sollecitarmi nell'explorare aspetti poco riconosciuti e nodi del mio essere nel mondo.

Questa premessa è importante perché crea un legame tra i due aspetti sui quali mi si chiede di riflettere: l'utilizzo del modello teorico della Scuola nella pratica lavorativa e le tracce emotive lasciate dal percorso formativo. Personalmente ritengo che ogni modello teorico sia profondamente incarnato nella persona del terapeuta,

dal quale non si può prescindere, e che nella relazione terapeutica diviene lo strumento più efficace di cura, ponendosi come catalizzatore dei processi di consapevolezza e cambiamento.

La Scuola, le relazioni con i docenti e i colleghi, l'analisi personale, vissute come esperienze di coinvolgimento positivo, hanno rappresentato per me delle perturbazioni emotive e hanno avuto un ruolo primario nel facilitare un livello più elevato di consapevolezza, innescando un processo di cambiamento che mi ha portato al riconoscimento e all'accettazione di me. Questa esperienza emozionale mi è stata di grande aiuto nella pratica di psicoterapeuta perché mi ha permesso di comprendere e sentire in modo autentico le difficoltà espresse dai miei pazienti nel riconoscere la grande distanza, che a volte appare un vuoto incolmabile, tra consapevolezza di sé e cambiamento, inteso come raggiungimento di un miglior equilibrio di vita e benessere psicologico.

Tuttavia le mie difficoltà si sono da subito manifestate nel tentativo di colmare quel iato, quel vuoto tra livello di consapevolezza e di cambiamento, nel cercare di anticipare, di fare passi avanti e di sostituirsi al solo artefice di questo passaggio. La fatica nel praticare la disciplina interiore dello "stare un passo indietro" e nel mantenere un'equilibrata distanza ha permesso al paziente di ritrovare in sé le risorse per innescare un processo di riorganizzazione emotiva, cognitiva e comportamentale. Questo atteggiamento non mi ha impedito di giocare nel setting terapeutico un livello apprezzabile di coinvolgimento emotivo che, parafrasando Guidano, mi ha permesso di ricoprire il ruolo di perturbatore strategicamente orientato, vale a dire, di colui che, mentre è tecnicamente proteso a modificare pattern di consapevolezza del paziente all'interno della strategia che sta portando avanti, è molto attento a utilizzare le oscillazioni emotive che osserva in sé per facilitare la comprensione e l'assimilazione di quanto man mano si va costruendo.

Al di là delle tecniche e delle strategie terapeutiche apprese e utilizzate nel contesto terapeutico mi è stato molto utile praticare un ascolto attivo, senza giudizio e pregiudizio, carico di sincere aspettative di comprensione e accettazione del paziente che ha lasciato lo spazio a volte alla sorpresa rispetto a interpretazioni, e attribuzioni nuove di significato da parte del paziente. Esercitare una certa umiltà nel non sapere in anticipo le risposte ed evitare di arroccarsi su etichette e diagnosi precostituite mi ha aperto nuove finestre di conoscenza rispetto al paziente e mi ha arricchito come terapeuta.

Uno degli aspetti più pregnanti e caratterizzanti la Scuola Cognitiva

è stato la poliedricità degli approcci, nonostante la sottostante sostanziale aderenza ai principi di fondo. L'ampio spettro di modalità diverse di praticare l'arte terapeutica proposto agli apprendisti terapeuti non nego sia stato all'inizio in parte disorientante per chi ricercava continuità e coerenza, ma alla lunga è stato un elemento di grande ricchezza culturale che ha consentito a ciascuno di approfondire e seguire con attenzione le disamine nel mondo accademico. Ha probabilmente ampliato il mio spazio di libertà individuale, favorendo risonanze emotive rispetto al mio saper essere e sviluppando uno spirito critico costruttivo. La partecipazione a convegni e dibattiti se da un lato radicalizzava le differenze e il confronto polemico tra i differenti approcci cognitivisti, dall'altra ha permesso il riconoscimento delle profonde radici comuni e ci ha preparato a dialogare e collaborare con colleghi di diversa formazione.

Le esperienze di tirocinio, di full immersion, di simulate, e le esercitazioni in palestra hanno conferito valore a un percorso complesso fatto di fatica, impegno, volontà e messa in discussione periodica di sé come persone e terapeuti. Inoltre l'analisi personale ha consentito di calarsi e sperimentarsi su piani differenti, di misurarsi e avere maggiore padronanza del proprio mondo emotivo, non senza timori ed esitazioni.

Nello svolgimento della mia attività psicoterapeutica ho sentito fortemente l'esigenza di partecipare a gruppi di intervizione con colleghi che mi consentissero di trovare un luogo in cui poter esplicitare le mie difficoltà professionali. Come evidenzia Bara è necessario proteggere la propria 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 "solitudine psicoterapeutica" mi ha fatto percepire la necessità di condividere con i colleghi il mio sentire attraverso la narrazione. Ciò mi ha permesso di riordinare sensazioni, immagini, pensieri ed emozioni non solo attraverso l'esperienza delle mie difficoltà, ma anche grazie alla consapevolezza che esse sono condivisibili e sperimentabili allo stesso modo dagli altri. L'intervisione mi ha concesso di accedere a un aiuto concreto in una dimensione collaborativa, sentendomi autenticamente accolta, compresa e accettata. L'intervisione non ha sostituito le sessioni di supervisione, gestite dal cotrainer, che ha

mantenuto la sua preziosa e indispensabile funzione di supporto professionale. Il partecipare a questi incontri mi ha fatto sentire alleggerita, mi ha consentito di prendere nuove distanze e riacquistare una lucidità che sembrava invischiata da dinamiche confuse e commiste di elementi diversi.

L'accettazione di sé come terapeuta sufficientemente bravo, mi ha portato ad abbandonare gradualmente quel senso di onnipotenza rispetto alla cura e alla guarigione che mi ha spesso fatto vivere i casi di drop out come sconfitte personali, entrando in risonanza con vissuti di inadeguatezza e colludendo con il voler guarire a tutti i costi.

La pratica clinica esercitata all'interno di studi privati mi ha fatto sentire sempre più l'urgenza di costruire canali di comunicazione con i servizi di rete che definiscono una cornice dove il lavoro di terapeuta ha più ampio respiro e riesce a rispondere in modo più efficace alle esigenze e ai bisogni dei propri pazienti che sono sempre di più complessi e sfaccettati.

Posso affermare che il primato dato dalla Scuola alla Relazione, declinata a più livelli esperienziali, sia stata una grande palestra di apprendimenti e mi ha sensibilizzato rispetto all'importanza di andare oltre il proprio spazio individuale per esercitare il proprio giudizio, le proprie capacità e preferenze in un ambito culturale e tecnico più ricco e articolato.

Non mi resta che ringraziare tutti i compagni di questo viaggio rivolto alla conoscenza di sé e di sé con l'altro, che mi hanno affiancata, supportata e con i quali ho condiviso frammenti della mia storia di vita.

IN CHE MODO HO UTILIZZATO IL MODELLO TEORICO DELLA SCUOLA NEGLI AMBITI DEL LAVORO CHE NEGLI ANNI HO SPERIMENTATO E QUALI TRACCE EMOTIVE HA LASCIATO IN ME IL PERCORSO FORMATIVO

Luca Pievani Corso I ,
cotrainer: Grazia Manerchia

Gli anni della scuola hanno rappresentato e tuttora rappresentano certamente un'esperienza che ha caratterizzato positivamente il mio percorso sia professionale, che la mia vita sul piano personale. A livello professionale, una volta terminato il percorso universitario, sapevo o almeno desideravo che l'ambito lavorativo potesse essere quello clinico nell'area della psicoterapia, ma non solo non mi sentivo preparato professionalmente, in particolar modo non mi sentivo 'all'altezza' di poter svolgere il lavoro dello psicologo. Ritenevo quindi indispensabile un'ulteriore specializzazione al fine di acquisire le 'giuste' competenze.

Di certo con l'inizio della scuola di specializzazione ho scoperto un'area della psicologia che fino ad allora conoscevo molto poco. Fin da subito ne sono rimasto colpito positivamente e entusiasta: mi colpiva il modo di procedere, ovvero la capacità del modello teorico di osservare, descrivere e elaborare le situazioni di disagio e di patologia dei pazienti; mi sembrava così diretto e realmente vicino alla realtà esperita e riportata dagli stessi pazienti.

Non posso dire come prima di iniziare la scuola fosse il mio stile terapeutico, in realtà non c'era, non lavoravo come psicologo ma svolgevo in ambito ospedaliero il lavoro di infermiere professionale già da qualche anno.

Ricordo con chiarezza che prima di intraprendere la scuola di specializzazione, non avevo un quadro di riferimento teorico, una cornice che mi guidasse nel lavoro con i pazienti, ma solo un insieme di nozioni teoriche e tanta curiosità e desiderio di imparare.

Nei primi due anni di scuola ho gradualmente appreso i nuovi riferimenti teorici del cognitivismo costruttivista, della teoria dell'attaccamento e delle organizzazioni di significato personale, ma soprattutto ho iniziato ad esplorare quanto fosse prioritario l'aspetto relazionale nella pratica clinica.

Parallelamente a questo apprendimento vi è stato sul piano personale una maggiore consapevolezza dei miei timori ma anche delle mie risorse e ciò ha contribuito positivamente sulle scelte successive.

Di fatto proprio prima della fine del secondo anno di corso ho in qualche modo stravolto l'assetto di vita precedente, sia lavorativo che emotivo.

Affettivamente interrompi una relazione affettiva che durava da circa due anni e a livello lavorativo mi licenziai, lasciando così una posizione di lavoro 'sicura' anche se come infermiere professionale. Sono convinto che gli effetti del percorso formativo e di una maggiore consapevolezza personale siano poi maturati nelle delicate e importanti scelte di cambiamento.

Aprii uno studio privato e iniziai a lavorare presso una comunità di recupero per tossicodipendenti. In qualche modo fu questo il momento dove incominciai a sperimentare il modello teorico appreso a scuola.

Certamente nell'ambito privato in percorsi di psicoterapia individuale mi è stato più facile e immediato utilizzare il modello teorico cognitivo-costruttivista.

La teoria dell'attaccamento, i SMI e le organizzazioni di significato personale rappresentano la griglia di riferimento per osservare, organizzare e attribuire senso alla narrativa della storia di vita riportata dai pazienti, dal punto di vista cognitivo, emotivo e comportamentale.

Inoltre il concetto di '*significato relazionale*', inteso nell'accezione di riportare al paziente quanto accade, come riferito alla relazione fra lui e il terapeuta, è stato per me un passaggio di notevole importanza per la comprensione delle modalità relazionali agite

dal paziente. Tali informazioni, oltre che ad essere indispensabili per la conoscenza *'letterale'* del paziente, consentono nel *'qui ed ora'* di acquisire la necessaria e chiarificante consapevolezza sulle modalità d'interazione (i sistemi motivazionali interpersonali) che lo stesso ripropone al terapeuta. Tale consapevolezza rappresenta personalmente un momento molto delicato della terapia, in quanto l'esplorazione su diversi giochi relazionali che il paziente agisce (il gioco agonistico quello certamente più difficile per me da gestire) può creare a volte destabilizzazioni nel terapeuta; dall'altro è sicuramente un momento terapeutico rilevante al fine di poter insieme analizzare e capire quanto succede nella relazione protetta con il terapeuta e successivamente nell'interazione con il mondo esterno. Oltre all'ambito privato per i primi anni di attività ho lavorato in una comunità di recupero per tossicodipendenti.

In questo contesto l'utilizzo del modello cognitivo-costruttivista ha facilitato la relazione con l'utenza e in qualche modo mi ha permesso di *de-costruire* alcuni dei miei pregiudizi riuscendo e, insieme a loro, a *ri-costruire* viceversa una storia di vita che potesse essere accolta e accettata per quello che era e non classificata solo entro certi criteri diagnostici sulla base di una precisa sintomatologia.

Nel mio percorso professionale ciò che ha contribuito fortemente alla mia formazione, anche personale, è stata l'attenzione riservata alle mie emozioni personali; la consapevolezza emotiva del terapeuta, sensibilità che con il passare del tempo e delle ore trascorse con i pazienti si sta modificando, ha da sempre rappresentato una sorta di strumento complesso e sensibile da tutelare con molta attenzione. Tale sensibilità mi ha portato nel tempo ad essere più selettivo nella presa in carico di un paziente e non ad accogliere chiunque, come inizialmente accadeva esponendomi facilmente a drop-out precoci.

Inoltre l'ambito costruttivista oltre che a fornirmi una guida nel lavoro clinico, mi ha permesso di capire quanto un procedere terapeutico basato sulle interpretazioni esplicitate al paziente, sia una modalità che se non costruita e condivisa nei significati insieme al paziente, può creare distanza nella relazione terapeutica e in qualche modo intaccare l'autostima dei pazienti.

Come accennavo precedentemente, l'ambito privato è stato e rappresenta il contesto dove meglio mi avvalgo del modello teorico cognitivo-costruttivista, in quanto oltre a condividere uno spazio emotivo e narrativo con il paziente, lo sento e lo vivo meno influenzabile dalle possibili e molteplici variabili esterne presenti in altri

contesti di lavoro. Attualmente, infatti, oltre all'ambito privato lavoro presso un servizio sociale nell'area della tutela dei minori. La complessità e la multidisciplinarietà di tale ambito mi ha portato a dover operare su diversi fronti. Certamente la teoria dell'attaccamento rappresenta un riferimento di notevole efficacia nella lettura delle dinamiche relazionali tra genitori-figli, così come nel successivo intervento, sia sul minore che sul potenziamento delle competenze e delle risorse genitoriali. L'attribuzione di significato personale delle esperienze vissute e la consapevolezza dei diversi stili di attaccamento contribuiscono a dare chiarezza alla situazione e di dare senso e coerenza nel successivo iter terapeutico; tuttavia la collaborazione con altri servizi come per esempio la scuola, l'UONPIA, il tribunale per i minorenni e ancora con servizi o interventi specifici sul minore (famiglie affidatarie, comunità per minori, assistenza domiciliare minori ecc) , impone al ruolo dello psicologo non solo quello di dare un senso alle dinamiche psicologiche presenti ma anche quello di saper poi confrontarsi con le altre realtà istituzionali di lavoro e con le risorse presenti.

In tal senso il ruolo dello psicologo assume anche una componente organizzativa e di coordinamento tra i vari servizi.

Infine, il percorso formativo mi ha permesso di intraprendere una 'nuova consapevolezza' personale, ovvero di rileggere molti eventi della mia storia di vita passata dando loro un senso diverso, a volte più comprensivo e tollerante in altre più obiettivo e realistico; in modo particolare i seminari clinici, le intervizioni e la condivisione con il gruppo-classe, hanno rappresentato i momenti più rilevanti e emotivamente più significativi.

Al pari di un percorso di crescita sento che la scuola, o meglio, le persone che ho avuto la fortuna di incontrare e che spesso in alcuni momenti della mia vita sia professionale che personale mi vedo scorrere nei pensieri, sono per me significativi: parole, sorrisi, gesti, coraggio, fiducia, sicurezza, accoglienza e affetto.

Conservo orgoglioso quello che ho imparato e vissuto, e come mi è stato trasmesso, cerco di viverlo con passione con la mia famiglia e con i miei pazienti.

IN CHE MODO HO UTILIZZATO IL MODELLO TEORICO DELLA SCUOLA NEGLI AMBITI DI LAVORO CHE NEGLI ANNI HO SPERIMENTATO E QUALI TRACCE EMOTIVE HA LASCIATO IN ME IL PERCORSO FORMATIVO

** Ufficiale Psico-
logo della Marina
Militare*

Chiara Borgini*, corso J,
cotrainer Giuseppe Nava

La scelta della Scuola di psicoterapia di Como è stata un'idea precisa che mi si è formata verso la fine del terzo anno di università. Una scelta che racconta tanto di come la penso.

Ho sempre creduto che non esista un modello valido sopra a tutto, ma il modello giusto per ogni singolo professionista, a seconda della sua personalità, del suo modo di essere, del suo percorso di vita. Il mio mi ha portato a quello cognitivista e nessun altro mi sarebbe parso più congeniale. Con questo non voglio dire che sono un'estremista del metodo, gli eccessi non si confanno a me, ma di sicuro so quel che mi riesce meglio.

Finito questo preambolo, che inquadra l'inizio della mia storia con la Scuola, è necessario farne un altro: il mio attuale lavoro. Come avrete capito in mezzo c'è tutto un percorso, nella mia mente c'è un prima e un dopo ben definito. Non sottovalutate questo punto perchè è lì che c'è il fulcro del tema semplice nel titolo, complesso nel raccogliere le emozioni e i pensieri che hanno scavato e formato tracce nel tempo fino a dire questa sono io fino ad ora.

La Scuola mi si è caratterizzata fin da subito come una palestra, di sperimentazione emotiva. L'ho trovata ottima nella formula: teoria, pratica, pratica su sè stessi. Tutti siamo in grado di leggere e comprendere libri e concetti, ma provarli, assaggiarli sulla nostra pelle è altra cosa e questo è il punto forte e ciò che mi sono portata via di più prezioso.

Ricordare. O meglio, ricostruire un percorso personale, confrontarsi con oggi e fare un gioco delle differenze: ero – sono.

Distinguere ciò che ti lascia in eredità la scuola da quello che ti impone la vita, non è un'operazione lineare, ma piuttosto intricata. Dico questo perché personalmente ho messo in campo e ho scelto di giocare i lati della scuola che in quel momento della mia esistenza mi erano più congeniali: ma oggi? Rifarei le stesse scelte? In cosa ha risposto la Scuola rispetto alle mie esigenze di allora?

Di primo acchito risponderei, avermi lasciato sperimentare le emozioni. Ho declinato questa esperienza in tutte le varianti possibili, non senza inciampi, chiaro, ma i benefici che ne ho ottenuto hanno di gran lunga superato i lati spiacevoli. Puntare sulle emozioni, manipolarle, scomporle, accettarle, rivederle, attribuire nuovi significati, mi ha permesso di entrare in contatto con quella parte di me che spesso ha temuto di guardare dentro al calderone e mi ha fatto apprezzare un potente strumento di lavoro.

Questo gioco con le emozioni è stato il motore e il traino che ha avviato un processo di esplorazioni sempre più ampie; ha aumentato il mio spazio di pensabilità e ha rafforzato le mie scelte.

Ritorniamo a me, al lavoro che ho scelto.

Anche in questo campo ho sempre ritenuto utile capire l'ambito in cui meglio potevo esprimermi e concentrarmi su quello: non credo che si possa fare bene tutto o che si possa essere efficace con qualsiasi persona. Ad un certo punto del mio percorso, ho voluto provare a realizzare un vecchio sogno: entrare nelle Forze Armate. Oggi, da tre anni, sono un Ufficiale Psicologo della Marina Militare. Permettetemi di spendere due parole al riguardo.

Racconto sempre che questo non è semplicemente un lavoro, ma una scelta di vita. Quando si entra in Accademia Navale per il periodo di addestramento, che per la nostra figura professionale dura un anno, si viene completamente resettati: ti insegnano un linguaggio nuovo, ti insegnano a camminare, a mangiare, impongono nuove regole comunitarie, ti rilasciano un nuovo documento di identità, ti dicono che non sei più un civile, ma un militare prima di tutto, psicologo solo in seconda battuta.

Posso tranquillamente affermare che questo passaggio è un uraga-

no emotivo e che tutto ciò impone una revisione della propria identità, della propria professionalità e di conseguenza dell'attuazione del proprio modello di riferimento. Innanzitutto nell'ambiente militare le emozioni non sono accettate se non in pochi momenti condivisi e codificate secondo rigidi cerimoniali collettivi.

Una delle prime cose che ti dicono, e che nel corso di questi tre anni continuo a sentire, è di non farsi mai vedere piangere, di nascondere le proprie emozioni e sentimenti perché non si addicono a un militare. Capita di avere a visita medica personale che si è lasciato andare ad un momento di scoramento: l'efficienza operativa, come viene definita in gergo, mal si accompagna con le emozioni.

Come potete intuire il lavoro dello psicologo nelle FFAA è molto delicato da gestire e certi argomenti sono inaccessibili, così come parte del personale. Per poter lavorare con un militare che ha subito un grosso trauma, devi poter condividere con lui le *sue* esperienze, il *suo* reparto, essere informato del *suo* stesso spirito di corpo, altrimenti, se noi sei uno di loro, difficilmente di permetterà di avvicinarlo emotivamente. Non stupisce affatto che attualmente i Corpi Speciali all'interno della MM si oppongano all'ingresso di uno psicologo militare "estraneo", ovvero sprovvisto del loro brevetto, ovvero non uno di loro. Tutto questo pone seriamente il problema della cura, del supporto e soprattutto dell'aggancio terapeutico. Anche se, posso affermare che il cognitivismo è l'approccio che più appare adatto per lavorare all'interno delle FFAA. Attualmente sto iniziando a introdurre un training di addestramento psicologico del personale che si trova coinvolto in eventi critici ad alto impatto emotivo con la possibilità di creare patologie psichiatriche come ad esempio il PTSD.

Questo perché quando è richiesta un'azione fisica, il focus viene tutto centrato sulle capacità fisica e si tende a pensare come secondaria la preparazione mentale che fa scemare lo sviluppo della prontezza operativa, della sopravvivenza e della costruzione della forza mentale. Il mio lavoro si concentra in termini di endurance mentale e molti strumenti appresi a Scuola, mi ritornano utili: le visualizzazioni, i giochi di gruppo, i role playing, la gestione del gruppo con tutte le sue implicazioni, etc.

Tornando sul versante psicoterapeutico, non credo sia azzardato affermare che buona parte del personale militare ha poca dimistichenza con il proprio ventaglio emotivo. Sempre noto lo stupore delle persone nello scoprire il ruolo dell'interconnessione tra emozioni, pensieri e azioni; in particolare, l'introduzione delle emozioni appare come un territorio poco praticato.

A volte mi sento un carbonaro della psicologia ed è difficile conciliare ciò che si è appreso, ciò in cui si crede con la realtà dell'organizzazione. C'è solo un reparto in cui mi rifiuterei di lavorare con le emozioni, ovvero con il corpo d'élite della Marina: gli Incurtori. Ritengo potenzialmente pericoloso per questi uomini, con un profilo di personalità molto peculiare, addentrarsi in un mondo che ostacolerebbe pesantemente il loro lavoro.

Questa constatazione, nel tempo, mi ha fatto riflettere sulla delicatezza che il nostro lavoro comporta anche in campo civile. Diamo spesso per scontato che i nostri clienti, per poter essere definiti "guariti" devono raggiungere una serie di requisiti in fatto di consapevolezza, conoscenza, etc, ma rischiamo di diventare ciechi rispetto alla loro individualità e ai loro bisogni.

Il mio percorso di aggiustamento prosegue tarandosi man mano sul mio ruolo e le mie convinzioni e mi rendo conto di quanto hanno influito gli anni della scuola sul mio modo di essere e di fare; sopra a tutto quanto è stato fondamentale l'incontro con persone che mi hanno fatto riflettere, mi hanno aiutato nei momenti di difficoltà e anche quelle con cui mi sono scontrata.

A volte sorrido quando penso che alla fine ho scelto di lavorare in un contesto in cui le emozioni sono bandite, io che le ho inseguite così tanto.

Penso però che il percorso fatto e le tracce degli anni di formazione è una buona risorsa perché conosco come sia complicato mettere le mani dentro al calderone e tirarle fuori pulite.

Con affetto e riconoscenza alla Scuola, alle sue persone e ai colleghi del corso J.

LA RELAZIONE TERAPEUTICA: FONDAMENTO DI UNA BUONA PSICOTERAPIA

Natalia Caimi corso K,
cotrainer Carla Antoniotti

Quando mi è stato chiesto di preparare questa testimonianza per il quindicinale della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Como, mi sono soffermata a pensare che cosa mi avessero lasciato questi quattro anni di formazione e credo, che al di là dei contenuti teorici, l'elemento che maggiormente mi è rimasto e sul quale pongo maggior attenzione nel mio lavoro attuale come psicoterapeuta cognitivo sia l'attenzione alla relazione terapeutica all'interno della quale, ma solo all'interno di essa, si può pensare di costruire un percorso di cura.

Riprendendo Guidano: "La relazione terapeutica è una relazione molto particolare, forse la più particolare tra le relazioni umane, perché ha degli aspetti paradossali rispetto alle comuni relazioni adulto-adulto. È paradossale perché è una relazione adulto-adulto che ha grossi elementi di frequenza, intensità, coinvolgimento emotivo, confidenza, di scambio di informazione molto profonda nel dirsi cose che non si direbbero a nessun altro, con un livello emotivo di sentirsi supportati: tutto questo con modalità che nel loro insieme, simultaneamente è difficile che si realizzino in un'altra relazione adulto-adulto. Inoltre tutte le emozioni necessarie perché la relazione sia terapeutica, non possono essere fruite dentro la relazione come invece capita nelle altre relazioni adulto-adulto e questo è un problema per il terapeuta che deve stare attento alle sue emozioni ma anche a quelle del paziente."

Ho voluto partire da questo pensiero di Vittorio Guidano perché credo in tutti i quattro anni della scuola ho potuto sperimentare come anche durante le lezioni molto lavoro sia stato fatto affinché chi uscisse con il titolo di psicoterapeuta potesse sperimentare,

prima su sé stesso, e poi in ambito professionale il valore della relazione. Attraverso le lezioni sia con il professor Bara che con il Professor Rezzonico ognuno di noi ha sperimentato una relazione terapeutica attraverso il quale verificare la fatica, la complessità, ma anche l'efficacia di questo tipo di relazione.

Anche nelle lezioni più teoriche, la possibilità di utilizzare il role playing come strumento attraverso il quale si simulavano situazioni di lavoro ha reso più proficua la memorizzazione e la comprensione di concetti. Molto "perturbanti" sono state per me anche le lezioni in palestra, dove è stato possibile sperimentare all'interno del gruppo anche la comunicazione non verbale, che ha messo in risalto le nostre capacità di cooperazione, ma anche le difficoltà, i conflitti, e come si possa poi attraverso la relazione arrivare a conoscersi ancora meglio. Citando ancora Guidano: "Tutta l'abilità di questo mestiere è l'uso della relazione che consiste nel costantemente creare i contesti con cui un paziente capisce le domande che gli fate e quindi può collocarle all'interno dei suoi vissuti personali."

Ecco, io credo, che questo uno psicoterapeuta non possa farlo se non passando attraverso esperienze attraverso le quali poterle sperimentare su di sé. Infatti anche l'assessment, cioè l'indagine cognitiva, la metodica di intervento si svolge sempre all'interno della relazione e in questi quattro anni di formazione molto ho imparato su come si possano ottenere informazioni per ricostruire bene un problema, ma contemporaneamente dare al paziente strumenti di autosservazione, quindi portarlo gradatamente ad un maggior distanziamento e a una maggiore consapevolezza degli aspetti comportamentali e cognitivi del problema.

Tutto ciò però, provando e riprovando, sbagliando e ancora una volta tentando; sperimentandolo con i miei colleghi all'interno dei gruppi di lavoro e attraverso poi il confronto con il tutor o con il professore. In questi anni ho imparato anche tante tecniche come la tecnica della moviola, l'utilizzo dell'autobiografia, le strategie di desensibilizzazione, lo schema A-B-C di Ellis, tutte tecniche che utilizzo nel lavoro psicoterapeutico ma, quello che maggiormente credo di aver colto, è che nessuna tecnica "funziona" se non si inserisce all'interno di una relazione terapeutica.

In questo processo di formazione ho provato a stare molto più attenta ai miei processi cognitivi ed emotivi e ho un po' più chiari i miei limiti e i miei punti di forza. Questo credo sia molto importante nel lavoro per riuscire meglio a cogliere quello che succede all'interno della relazione terapeutica per non confondere i miei

vissuti con quelli dei pazienti e viceversa. Molto utile in questi anni è stato anche poter discutere dei casi clinici sia all'interno del gruppo che con dei supervisori.

La possibilità del confronto non è infatti solo legata alla soluzione del problema ma citando Bara: "la sdrammatizzazione, avviene non appena si intuisce quanto c'è del terapeuta nel difficile caso del suo paziente. Non esistono pazienti difficili, ma terapeuti per i quali un certo tipo di paziente non è trattabile. Il paziente con cui non riesco a stabilire un rapporto collaborativi (relazione terapeutica), risulterà un brillante caso di successo nelle mani di un altro collega che abbia problema diversi dai miei, e che quindi non si faccia turbare dal modo di essere di quella determinata persona.

La psicoterapia è un ballo a due, e i partner devono intendersi reciprocamente."

E' stato veramente "illuminante" sapere, avendo più consapevolezza su di me, di non poter curare tutti!!!!

Non male, in un periodo in cui tutti sembriamo soffrire di un delirio di ONNIPOTENZA.

Un altro elemento di forza sono stati i momenti delle full immersion, cioè due giorni interi dedicati alla formazione che i vari gruppi hanno potuto vivere insieme in diverse località: queste giornate ci hanno permesso di conoscerci di più, di poter sperimentare anche l'utilizzo di tecniche di rilassamento corporeo, che poi ognuno di noi ha potuto approfondire poi personalmente.

Anche questi momenti hanno avuto sempre, secondo me, il grande valore di favorire all'interno del gruppo un'approfondimento della relazione di conoscenza l'uno dell'altro e di conseguenza di maggior consapevolezza dei propri processi cognitivi, fondamentali poi nell'esercizio della professione di psicoterapeuta.

Molte cose sarebbero ancora da dire, molti ricordi affiorano nella memoria di questi anni trascorsi con colleghi che poi sono anche diventati amici, di professori che sono diventati anche maestri, ma ancora una piccola riflessione vorrei aggiungere alla fine di questa breve testimonianza: ho imparato che non si smette mai di formarsi e anche questo è stato possibile osservando i colleghi più anziani che con grande curiosità ed entusiasmo si avvicinano ogni giorno alla professione e alla ricerca clinica. Grazie!!

Per concludere vorrei citare un brano di un libro che mi ha tenuto compagnia quest'estate, che mi ha commosso e che credo tutti dovrebbero leggere perché mai in maniera così intensa ed empatica è stata raccontata da un non addetto ai lavori il valore della relazione terapeutica. Il libro si intitola

Comallamore e l'autore è Ugo Riccarelli. Riccarelli così racconta un momento di incontro dei tre personaggi:” Quando restavamo in quel modo, in silenzio, a stropicciare e annusare i fiori, Beniamino percepiva il mistero di un linguaggio nascosto, di qualcosa che non era detto esplicitamente e che comunque li legava. E in quel legame che si creava nel cuore immobile del manicomio, non esisteva la netta distinzione con cui l'ordine clinico intendeva imbrigliare la malattia. Ognuno di loro, partecipando a quel gioco, dimostrava di avere bisogno di qualcosa, e su quella panchina, per il breve tempo in cui l'effluvio dei petali si spandeva attorno, non sedevano un medico, un matto e un custode, ma tre persone piene di dubbi e di domande.

Probabilmente per questo nacque la loro amicizia. Per questo dialogo senza parole tra le fissazioni disperate dell'albatros, le incertezze di Beniamino, e il cercare a vuoto del dottor Rattazzi. Nessuno dei tre sapeva con certezza. Soltanto sentivano che quella contiguità poteva essere un momento di respiro in mezzo all'aria densa come melassa che li circondava; che forse, nella loro tacita condivisione, stava il sollievo per qualcosa che non poteva avere un conforto sicuro. Soltanto speranza.”

Buon compleanno Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Como e..... grazie.

BREVI NOTE A DIECI ANNI DALLA SCOMPARSA DI VITTORIO F. GUIDANO

Maurizio Dodet*

** Psichiatra e
psicoterapeuta
presso il Centro:
Laboratorio di
terapia Cognitiva.
Postrazionalista
di Roma, Didatta
SITCC. Docente
presso le scuole
di psicoterapia
di Como e di
Roma . Professore
presso la Scuola
di Specializzazio-
ne in Psicologia
dell'Università di
Siena.*

Ho incontrato Vittorio Guidano per la prima volta nel 1986 avvolto in una nuvola di fumo nel suo studio in Via degli Scipioni a Roma. Mi è apparso fin dal primo momento un uomo autorevole e stranamente accogliente, sì stranamente visto che mi veniva descritto come burbero e scostante.

Gli avevo chiesto un incontro per iniziare con lui un training di formazione in psicoterapia cognitiva che, a detta dei miei colleghi specializzandi in psichiatria, mi avrebbe dovuto fornire gli strumenti per potermi avvicinare alla psicopatologia dell'ambito nevrotico non di più. Non immaginavo che quell'incontro avrebbe rappresentato l'inizio di un percorso formativo a tutto tondo che mi avrebbe spinto a studiare i processi dell'identità umana e fatto scoprire la possibilità di poter ricostruire la coerenza di una biografia esplorando i significati individuali.

Costruttivismo, attaccamento, self, identità, coerenza, significato personale, stile conoscitivo, organizzazioni del dominio emotivo, autobiografia, storia personale, psicopatologia esplicativa, mo-
viola.... divennero per me concetti che prendevano forma in un modello che proponeva una lettura del mondo emotivo umano e dei suoi disturbi rispettandone la complessità e da cui derivava la possibilità di affrontarli con un trattamento psicoterapeutico di stampo Cognitivo Costruttivista.

Mi accorsi presto che utilizzare quegli stessi concetti mi collocava in in un ambito POST.

O meglio altro dal cognitivismo razionalista. Lo spartiacque era definito non solo dal tentativo di cambiamento di paradigma proposto da Vittorio e da quello che ne conseguiva nella prassi della psicoterapia ma dall'aspra contrapposizione che generò l'uscita del

suo libro “La Complessità del Sé” nel 1988. “Non riterrei positivo per la formazione dei giovani terapeuti e la cultura psicoterapeutica complessiva se questo approccio si imponesse prendendo una dignità di teoria autonoma” Scrive Paolo Migone su *Psicoterapia e Scienze Umane* nel 1991 (XXV; 1, 125 – 132) nella sua recensione del libro.

La critica di Migone era centrata sull'accusa a Guidano di aver trasposto nell'ambito cognitivista temi cari alla psicoanalisi, come l'analisi della storia di vita, senza citarle come fonte....

Un pò come se oggi accusassimo Stern di tirare dentro alla psicoanalisi “l'analisi del momento presente” senza citare la moviola di Guidano o la tecnica dell'ABC.

Intervennero quindi Mauro Fornaro e Marco Casonato (*Psicoterapia e Scienze Umane* nel 1991 2) argomentando sul tema se questa “nuova Terapia Cognitiva” avesse o meno diritto di poter trattare di significati e di storia di vita vantando una originalità e comunque entrambi sostennero che il libro poteva essere considerato “una forma di convalida delle teorie psicoanalitiche”.

Eresia!!!!

Fosse che Vittorio aveva fondato una nuova psicoanalisi nel mondo cognitivista?

La domanda iniziò a serpeggiare all'interno della S.I.T.C.C.

Si inserì Francesco Mancini nella discussione e propose all'interno di una attenta disamina della questione riguardante l'originalità o meno dell'approccio post-razionalista che in effetti “il modello della mente da lui proposto sia in parte sovrapponibile ai risultati della ricerca psicoanalitica: il livello tacito e quello esplicito hanno più di una somiglianza con inconscio/conscio e con Es e Io.....” Il cognitivismo classico si basa sull'ipotesi che l'evento psicopatologico nevrotico è generato da una “mancanza di abilità, con l'assolutismo ed il dogmatismo delle valutazioni. La carenza di alternative interpretative e valutative” mentre il modello proposto da Guidano “mette al centro dei propri interessi l'egodistonia della sofferenza nevrotica e che “la struttura della spiegazione dell'egodistonia e dei conflitti è fondata su una concezione dell'apparato psichico sostanzialmente, intrinsecamente conflittuale. E' in questo senso che la spiegazione di Guidano ricalca quella psicoanalitica.”

Ero appena entrato a far parte come socio ordinario della S.I.T.C.C.; lo sentivo come un privilegio, ero stato formato da uno dei due soci fondatori e già venivo considerato nelle discussioni con alcuni colleghi di non essere un vero cognitivista.

Vittorio rimase colpito da questo fuoco incrociato in particolare dai

colpi che provenivano dai colleghi romani e reagì coerentemente al suo “cattivo carattere” e si arrocò ulteriormente senza troppo preoccuparsi neppure di rispondere alle critiche se non continuando a visitare, studiare, scrivere e formare.

Allora raccolti gli articoli che sto utilizzando per queste brevi note, e iniziai a studiare gli altri autori cognitivisti, dovevo capire la ragione di una contrapposizione così forte.

La mia confusione era acuita dalla mia passione per l’analisi delle relazioni, iniziai ad occuparmi di terapia di coppia applicando il modello delle Organizzazioni di Significato spingendomi a leggere i sacri testi psicoanalitici senza paura di contaminarmi.

Trattare le problematiche di una relazione sentimentale comportava muovermi in un ambito in cui dovevo trovare il modo di lavorare con i significati dei due sé nella loro irriducibile individualità e contemporaneamente con la complessità del sistema coppia che ne scaturiva.

Ho riflettuto a lungo con Vittorio riguardo la natura della relazione che si genera tra due innamorati, tra una madre e un figlio, di come il rapporto schizofrenogeno sia un rapporto con un fluire intenso di emozioni in cui un gesto annichilente per il figlio sia vissuto dalla madre come unico modo per esprimere amore.

Un giorno Vittorio mi racconta che durante una seduta un episodio ricostruito con una paziente gli aveva permesso di mettere a fuoco una propria situazione che si ripeteva con la propria compagna.

Quando erano soli in auto lei spesso si ammutoliva, si chiudeva tanto da apparire annoiata diversamente accadeva se erano presenti altri amici; la sua reazione era di rabbia e quindi di profonda tristezza, neppure Lei riusciva a sopportare il suo modo di essere. La paziente gli aveva aperto la possibilità di una lettura diversa quando gli aveva descritto una situazione sovrapponibile arricchita da emozioni di imbarazzo e vergogna che si accompagnavano a sentimenti di inadeguatezza generate proprio dall’intimità in situazioni in cui era costretta a stare da sola con il compagno in auto. I propri sentimenti di abbandono accompagnati da rabbia e tristezza nel leggere il rifiuto dall’atteggiamento di lei e, di colpo iniziare a leggere quegli stessi comportamenti come espressione di imbarazzo generati da un sentimento di inadeguatezza nella difficoltà a reggere un confronto più intimo.

Una Organizzazione Depressiva (Vittorio) e una Organizzazione a tipo Disturbo Alimentare Psicogeno (compagna e la paziente) visti da un punto di vista soggettivo e quindi in terza persona, uno che legge e riverbera emotivamente all’altro.

Allora iniziasti a capire la generatività del modello postrazionalista. In primo luogo di cosa significa essere costruttivista: Ogni individuo costruisce attivamente una lettura di sé e del mondo che lo circonda utilizzando quella lente chiamata Significato Personale da cui non può prescindere e che si genera all'interno dei rapporti di attaccamento con le figure significative. L'ingranarsi dei bisogni generati dalla ricerca di coerenza e stabilità del sentimento di sé dei due significati individuali può dare senso alla reciprocità emotiva di una relazione.

Il Significato Personale... un costrutto difficile controverso. Difficile da comprendere.

Polany nel 1966 parla di Conoscenza Tacita sottolineando come "Noi sappiamo di più di quanto...riusciamo a dire" (The Tacit Dimension, NY, Anchor Books, 1966)

Immediatezza e Immagine cosciente di sé, I e Me in un continuo dialogo, (-dialogo-non-conflitto- caro Francesco) Leggo James, Lewis, SroufeVittorio nel 1987 lo definisce: "la modalità di rapporto che uno ha con la sua esperienza immediata, come se la decodifica, come se la esplicita in una concezione del mondo articolata e complessa". Nel 1992 nel suo "Il Sé nel suo divenire" approfondisce il concetto e scrive: "P.32"

"Se l'ordinamento del mondo è inseparabile dal nostro esserci, allora conoscere corrisponde ad esistere e il significato è il modo in cui tale esistere diviene esperibile e valutabile. (l'I e il ME ndr) Lungi dall'essere una relazione di corrispondenza fra convinzioni individuali e realtà esterna (significato nel cognitivismo standard ndr) che riguarda, pressoché esclusivamente, il dominio del linguaggio e del pensiero astratto, il significato è parte integrante dell'intera capacità di autorganizzazione propria di un essere umano. In altre parole, il significato appare come un *comprendere ontologico* in cui la ricorsività percepita nel fluire della propria modulazione affettivo-psicofisiologica è riconosciuta e valutata in modo coerente come unitaria e continua nel tempo attraverso la strutturazione di categorie basiche di ordinamento capaci di produrre e assimilare esperienze coerenti.(Johnson, 1987; Olafson, 1988; Shanon 1987, 1988)

Non mi bastava rileggo Lewis qui secondo me è la chiave:

Il sé è un processo attraverso cui si modulano le emozioni, geniale! Emozioni-immmediatezza-I e cognizioni-immagine cosciente di sé-Me sono imprescindibili le une dalle altre e costruiscono un fluire che prende forma in un sentimento di sé.

Questo processo permetterebbe ad una identità di mantenere : un

confine interno che si genera in un dialogo continuo tra sentimento di continuità e sentimento dell'accadere e un confine esterno che si genera in un dialogo continuo tra sentimento di unicità e sentimento di alterità. Io ritengo che il Significato Personale si possa definire come il nucleo emotivo-cognitivo che garantisce al sistema il sentimento di continuità che gli permette di affrontare ed integrare le discontinuità (discrepanze emotive) e gli garantisce il sentimento di unicità che gli permette di affrontare ed integrare l'alterità. (Dodet 2008)

Vittorio nelle sue lezioni descriveva i possibili itinerari di sviluppo. Il Significato Personale prende forma in una Organizzazione del Dominio Emotivo e si organizza in un assetto specifico "Un assetto emotivo-cognitivo consiste in un personale modo di sentire e in uno specifico modo di spiegarsi la propria immediatezza percepita" (M.Dodet in press).

Ecco cosa mi porta ad essere Post: emozioni e cognizioni agiscono e retroagiscono le une sulle altre in una circolarità continua.

Nel 1993 viene pubblicato il primo articolo sulla terapia di coppia a doppia firma con Vittorio. (Terapia cognitiva sistemico - processuale della coppia. Psicobiettivo, Cedis Ed. Gennaio Aprile 1993)

Ricordo la mia tensione quando gli presentai la prima bozza la sua attenzione quasi pignola ai singoli passaggi e la sua capacità a rendere consistenti con innumerevoli citazioni bibliografiche le mie intuizioni che nascevano dalla pratica clinica.

In quel periodo mi presentò Valeria Ugazio con la quale iniziai un dialogo e un confronto che prosegue tutt'oggi. Vittorio che si descriveva e veniva descritto come un uomo difficile nei rapporti umani e poco propenso al confronto riusciva a creare link e reti di contatti per lo studio di temi specifici.

All'inizio degli anni 90 Vittorio inizia a riflettere sulla terapia delle psicosi. Allora comincia a prendere forma un gruppo intorno a Lui che si organizza su singoli progetti: articoli partecipazione a congressi e gruppi di studio.

Vittorio in quei 9 anni costruisce un modello in continua evoluzione. Spesso nel seguire le sue lezioni come co-trainer mi ritrovavo a prendere appunti come fossi al primo anno di formazione, era una continua scoperta di nuove sfumature, evoluzioni, cambi di rotta. Era difficile stargli dietro.

Il modello delle Organizzazioni di Significato mi permetteva di affrontare in terapia tutte le patologie e soprattutto mi offriva una chiave di lettura della normalità, o meglio della dimensione armonica di un significato. La terapia del disagio esistenziale prende

sempre più forma e diventa uno dei miei interessi principali. L'introduzione della dimensione non patologica nel modello è una delle ragioni della rottura con Gianni Liotti che ritiene questo non un arricchimento ma la causa di un allontanamento dalla possibilità di fare ricerca empirica.

Il modello terapeutico proposto da Vittorio viene sempre più criticato perchè ritenuto fondamentalmente interpretativo.

La psicopatologia basata sul deficit di una funzione specifica e su concetti quali scopi e credenze (cognitivismo Standard) lascia il posto ad una visione ontologica del disturbo psichico e ad una terapia in cui si deve lavorare sul significato individuale attraverso non un atto interpretativo ma di ricostruzione della soggettività espressa in prima persona.

Vittorio affina sempre più La Moviola che non è una tecnica ma la formalizzazione di un Metodo come lo intende Edgar Morin cioè del modo di approcciare un problema rispettandone la complessità.

Il suo modello quindi non è interpretativo e non segue le regole dell'ermeneutica.

Nel 1998 in tre fondiamo l'I.P.R.A. (Istituto di Psicologia Cognitiva Post-razionalista). Un passo importante che affrontammo: io scrivendo lo statuto e con interminabili incontri con il grafico per il logo, doveva essere tutto formalmente perfetto; Vittorio esprimendo fino all'ultimo preoccupazioni che una volta nata l'associazione gli potesse sfuggire; esprimendo le sue angosce di perdita e il terzo arrivando all'atto dal notaio in ritardo e senza documenti....

Il 1998 è anche l'anno del Congresso organizzato a Siena per riunire gli esponenti del costruttivismo internazionale. Un'esperienza indimenticabile: il gruppo funzionava e per molti mesi ci siamo incontrati con regolarità per decidere il programma scientifico, contattare tutti e organizzare. Lì in quelle riunioni ho scoperto un Vittorio inaspettato che riusciva a coniugare le esigenze scientifiche con quelle politiche.

In quei mesi ho anche molto discusso con Lui ma sempre ci siamo ritrovati magari alla sera al ristorante davanti ad un prosecco.

Il congresso è stato un successo :600 iscritti con una S.I.T.C.C. Che contava allora poco più di 1000 soci e un solo episodio in cui Vittorio ha perso la pazienza e ha risposto accalorandosi molto durante una sessione.

Durante la tavola rotonda sulle psicosi, argomento a cui teneva molto, un collega del gruppo di Antonio Semerari gli fa una domanda che gli appare provocatoria alla quale risponde con sarcas-

smo gelando la sala. L'ironia di Vittorio era da tutti conosciuta e temuta.

In realtà ritengo di essere stato concausa di quell'episodio perché poco prima dell'inizio di quella sessione gli avevo raccontato un altro episodio che lo aveva visibilmente irritato: in un'altra sessione sempre un collega dello stesso gruppo aveva domandato a Mayte Mirò: "ma se accettiamo l'assunto costruttivista che ogni individuo costruisce una propria realtà, due persone come fanno a mettersi d'accordo per andare al cinema?" "Ma non riescono proprio a capire!" aveva commentato e entrò nella sala borbottando.

La critica di Semerari a Guidano si centra proprio sul contestare che un assunto epistemologico possa trasformarsi nel cardine di un modello esplicativo della psicopatologia.

Dopo il congresso continuammo a lavorare a numerosi progetti in particolare di formazione, era il periodo in cui la scuola riconosciuta A.P.C. iniziava a funzionare a pieno ritmo, e di ricerca in particolare sulle psicosi e sull'analisi delle relazioni.

Solo dopo pochi mesi nel dicembre dello stesso anno discutiamo e vivo in prima persona la sua rabbia.

Mi aveva sempre detto che lui si arrabbiava solo con le persone a cui teneva veramente ma in poche settimane la rabbia si trasformò in distacco. Io mi irrigidii sulle mie posizioni e dolorosamente mi allontanai dal gruppo.

Vittorio è morto a Buenos Aires a fine agosto del 1999, mi dà la notizia Francesco Mancini mentre sono a studio in uno di quei giorni che al ritorno dalle ferie uno prova a mettere un po' di ordine tra le proprie carte....Il disordine della mia stanza descriveva bene il disorientamento, il dolore, il rimpianto forse anche la rabbia che stavo provando.

Humberto Maturana scrive che essere costruttivista lo ha cambiato anche nel suo approccio al quotidiano...

Penso che il mio incontro con Vittorio e la sua visione della normale patologicità della vita abbia rappresentato una rivoluzione per me e che come terapeuta mi abbia insegnato ad essere creativo come lo è un jazzista che suona in modo fantasioso seguendo però un tema di fondo facendomi uscire da esecuzioni con spartiti ben definiti come insegna la psichiatria e il cognitivismo classico.

La discussione iniziata all'uscita di "Complexity", come lo chiamava lui continua aspra tutt'oggi nell'ambito cognitivista della S.I.T.C.C. ; se Vittorio fosse ancora tra noi sono sicuro che già sarebbe oltre e ci guarderebbe un po' dall'alto col suo sorriso sarcastico.

LA RICERCA COME PERTURBAZIONE STRATEGICAMENTE ORIENTATA

Fabio Moser*, Rita Pezzati**

In occasione del quindicinale della scuola e per questo numero particolare di “Appunti ... del Centro di Terapia Cognitiva” che coincide con il decennale della scomparsa di Vittorio Guidano, ci è stato chiesto di proporre qualche riflessione su come il nostro esserci formati ad una scuola costruttivista si rifletta attualmente sul nostro ragionare teorico ed operare nella prassi clinica.

Il compito è arduo ed abbiamo pensato di rispondere alla sollecitazione proponendo in questo intervento alcune riflessioni “costruttiviste” sulla figura e la formazione dello psicoterapeuta, in particolare in relazione a come la ricerca possa convivere e di fatto essere un elemento centrale in termini di formazione, studio e riflessione anche per chi, come noi, si occupa prevalentemente di clinica.

Il tema della ricerca, ed in particolare della ricerca riferita allo specifico della pratica clinica, pone un interessante problema in termini epistemologici nella misura in cui la legittima necessità della ricerca scientifica sperimentale classica di aderire a paradigmi di misurabilità e verificabilità, viene applicata alla clinica, inseguendo criteri di evidenza ed oggettività che sono però insiti ad un modello classicamente razionalista che presuppone di poter operare su un universo che esiste oggettivamente ed immagina di produrre verità scientifiche e che quindi non è immediatamente sovrapponibile ad un modello costruttivista che immagina invece di muoversi in una dimensione di significati complessi, dinamici e soggettivamente costruiti.

Non è, a nostro avviso, un problema di contrapposizione o scontro

** Psicologo, psicoterapeuta dello studio associato “Metafore” Trento, coordinatore della sezione regionale Sitcc Trentino Alto Adige.*

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

tra modelli, ma di come, nella chiara consapevolezza delle differenze, ricondurre a dialogo ed interazione dimensioni importanti e complementari del nostro affrontare il complesso ambito dell'agire psicoterapico. Usando il linguaggio di Bruner possiamo immaginare due modi diversi di avvicinarsi al tema della psicoterapia, quello del pensiero logico scientifico o paradigmatico che si occupa delle cause di ordine generale e del modo per individuarle, che si serve di procedure per assicurare la verificabilità referenziale e saggiare verità empiriche. Quello narrativo che si occupa invece di produrre buoni racconti, quadri storici credibili sebbene non necessariamente veri. Il pensiero narrativo si occupa delle intenzioni e delle azioni proprie dell'uomo calandole dentro le particolarità dell'esperienza situata nel tempo e nello spazio. (Bruner 2003).

“Ci sono due tipi di funzionamento cognitivo, due modi di pensare, ognuno dei quali fornisce un proprio modo particolare di ordinamento dell'esperienza e di costruzione della realtà. Questi due modi di pensare pur essendo complementari, sono irriducibili l'uno all'altro. Qualsiasi tentativo di ricondurli l'uno all'altro o di ignorare l'uno a vantaggio dell'altro produce inevitabilmente l'effetto di farci perdere di vista la ricchezza e la varietà del pensiero” (Bruner 2003 pg 15)

In questo senso il tema epistemologico in termini di clinica costruttivista si sposta dal problema di come conosciamo la verità a quello più ampio di come perveniamo a dare un significato all'esperienza. Come propone Mahoney *“But the limitations of numbers to capture important qualities is readily apparent when it comes to the measurement of meaning, particularly personal meaning”* (Mahoney 2003 pg 39)

In questo senso la prima considerazione da cui vorremmo partire riguarda proprio la dinamicità della relazione tra paziente e terapeuta, che presenta, a nostro avviso, le caratteristiche di unicità che ogni incontro altamente significativo tra umani comporta.

Nel momento clinico della psicoterapia avviene l'incontro particolare e specifico tra due persone con i propri sistemi narrativi identitari complessi che decidono di trovarsi in quel particolare luogo del tempo e dello spazio che è il setting terapeutico. Il terapeuta, pur simile e continuo rispetto a se stesso, sarà in parte diverso dentro ogni relazione terapeutica ed il paziente attiverà narrative diverse di sè nell'incontro con terapeuti diversi ed il momento della terapia sarà un incontro co-costruito dalla coppia dove, come scrive Wachtel: *“If the therapist is not allert to her influence on what*

is being observed , if she denies or minimizes it, then is difficult to take it into account, to understand that she is not really observing the “patient” but the patient in relation to a particular kind of interpersonal relationship with a particular individual who has particular qualities and is responding to the patient’s own qualities in a particular ways” (Wachtel 2008 pg 17)

Ci interessa sottolineare in particolare l’intensa dinamicità del processo dei declinarsi potenziali, dove si pensa al paziente e all’identità non come a qualcosa che è ma come a qualcosa in divenire, un’identità letta come processo in continua trasformazione all’interno di esperienze relazionali, aperta a potenzialmente infiniti livelli di equilibrio e di articolazione. (Moser 2005).

Immaginare l’altro nel suo potenziale trasformativo riduce la possibilità di utilizzare etichette troppo descrittive e reificanti, limitando la possibilità di ricondurlo a criteri di semplicità e definibilità. Citando ancora Mahoney in relazione al rischio di diventare troppo categoriali : *“Psychology and psychotherapy have become heavily categorical. The profession seems to both breathe and breed classification. Classification is a useful tool, of course. It helps us to organize and communicate our experience. But tools can sometimes become tyrants. Abraham Maslow called it the law of the hammer: We start to find ourselves pounding everything. When we fall into the habit of experiencing and describing our clients as nothing but their diagnoses, we have lost control of a very powerful tool. More important, we have lost a precious sense of our clients’ uniqueness as flesh-and-blood, trial-and-error persons.”* (Mahoney 2003 pg xi)

Le relazioni interpersonali ricche di attivazione e coinvolgimento emozionale dei partecipanti, contengono un alto grado di imprevedibilità ed originalità per poter funzionare ed in questo senso, pur potendo e dovendo essere studiate e ricercate, finiscono per essere difficilmente traducibili e trasformabili in manuali.

Da questo la prima considerazione:

L’incontro psicoterapico è un momento originale, straordinariamente dinamico e complesso e quindi molto difficile da standardizzare e improbabile da protocollare.

La seconda considerazione è in linea con il pensiero teorico di Vittorio Guidano, che vede la mente non come un organo che elabora informazioni, ma come sistema chiuso, autoreferenziale ed autopietico che costruisce attivamente la propria esperienza: *“... un*

sistema conoscitivo umano dovrebbe essere inteso come una complessità organizzata autoreferenziale la cui caratteristica di assoluto rilievo consiste proprio nella capacità di autoorganizzazione. In altri termini, l'aspetto essenziale di una prospettiva di questo genere consiste nel considerare la capacità di organizzazione autoreferenziale propria di ogni sistema conoscitivo umano come un vincolo di base” (Guidano 1988 pg 19)

In questo senso non ci sono informazioni fuori dalla mente ma perturbazioni, ogni osservazione lungi dall'essere oggettiva ed esterna è autoreferenziale cioè si riferisce sempre a sè. Scrive ancora Guidano: *“non soltanto non esiste nessuna possibilità che un osservatore stia in una posizione privilegiata e possa prescindere dal suo ruolo di osservatore, ma ogni osservazione determina l'osservato e ogni osservazione ci fornisce più informazioni dell'apparato percettivo dell'osservatore che non sulla realtà oggettiva esterna”* (Guidano 2007 pg 33)

In questo senso è il sistema che determina l'ambiente e non il contrario, non c'è scambio di informazione diretta tra sistema ed ambiente ma accoppiamento strutturale. Come scrive Bara : *“un assunto di base del mio trattamento mutuato da Maturana e Varela è il non-determinismo del rapporto sistema-ambiente: non è l'ambiente che determina la struttura del sistema, ma piuttosto il sistema stesso che, tra gli stimoli che provengono dall'ambiente, seleziona quelli rilevanti per sé e, tra questi, quelli compatibili con i cicli della sua organizzazione, e quelli non compatibili”* (Bara 2007 pg33)

Riportando questa idea alla relazione terapeutica possiamo ragionare su come il terapeuta non veda un paziente oggettivo esterno, ma lo costruisca attraverso i parametri del proprio sistema conoscitivo , basato sui propri modelli e sulle proprie narrative di come funziona la psicoterapia. Possiamo immaginare così un “sistema terapeuta” autoorganizzato che costruisce una sua narrativa sul funzionare della psicoterapia e che in questo senso “costruisce” il paziente in relazione alla necessità di mantenere la coerenza interna del suo sistema narrativo. Ci sembra quindi che nel nostro muoverci seguendo il presupposto di un sistema organizzato autoreferenziale il nostro oggetto di riflessione principe non sarà il paziente, ma il terapeuta per la parte della sua organizzazione di significati che potremmo definire “narrativa identitaria terapeutica” del terapeuta.

Questo ci porta alla seconda considerazione:

I modelli teorici (e quindi la ricerca) ci parlano più del terapeuta che del paziente.

A questo punto vorremmo provare a fare alcune riflessioni su come il terapeuta forma il proprio “sistema terapeuta”, a fare alcune fantasie sulle fonti e sui processi attraverso cui struttura una sua narrativa personale legata all’agire la psicoterapia e su come organizza quella parte di identità che riguarda il suo sentirsi psicoterapeuta.

Un primo punto da cui possiamo partire è immaginare come il terapeuta cresce all’interno di un contesto culturale ed aderisce a modelli teorici che di quel modello culturale fanno parte.

Crediamo sia importante mantenere consapevolezza anche della dimensione più politica della salute e della cura: ogni modello psichiatrico e psicoterapico è inevitabilmente legato alla propria epoca ed ai propri riferimenti culturali e politici. E’ difficile pensare ad una psicoterapia neutra, le nostre stesse scuole rispondono a regole imposte dallo Stato e, nella misura in cui accettano di adeguarsi, vengono riconosciute; salute, malattia, anormalità, normalità, marginalità, devianza, adattamento, identità sono concetti che ci rimandano ad una più ampia e complessa lettura del mondo, ad una visione “politica” del mondo che per adesione o per contrasto ci porta a riflettere e confrontarci su come l’uomo così detto “normale” o “sano” dovrebbe essere rispetto al tipo di società che immaginiamo.

L’impatto della dimensione culturale è anche oggetto specifico di studio e centrale nella costruzione teorica in alcuni ambiti di riflessione clinica: pensiamo ad esempio all’ormai imponente mole di lavori in ambito etnopsichiatrico sulla difficoltà e complessità nell’utilizzare le nostre categorie cliniche con persone che per storia e significati non le condividono, scrive ad esempio Coppo: *“L’insieme di pratiche e teorie riferite alla razionalità e alla scienza che definiamo “medicina convenzionale” non è neutro né nel suo sapere né nel suo fare, ma appartiene a un campo specifico, contiene una visione dell’ uomo-nel-mondo che trasmette anche con il suo più semplice intervento ... il suo nucleo filosofico corrisponde a una storia e a un progetto specifici, che tendono a isolare gli uomini dal loro contesto e ad alimentare l’illusione prometeica: ogni mistero sarà svelato, ogni limite sarà superato”* (Coppo 2003 pg93), o al costruzionismo sociale quando si occupa esplicitamente dell’interazione tra modelli culturali e narrative individuali, come scrive McLeod: *“psychotherapy remained largely a white, class-based ways of life. One of the key features of this aspect of the*

cultural origins of therapy lies in the way that it encourages the adoption of a privileged perspective in relation to beliefs and practices of less powerful groups". (MCLoud 1997 pg13)

Nel nostro piccolo ci siamo trovati a riflettere, occupandoci di anziani, dell'impatto sulla costruzione delle narrative personali di una cultura come la nostra, povera di proposte narrativamente percorribili sul processo di invecchiamento. *"In molti ambienti questo tipo di situazione incontra una stigmatizzazione negativa o quantomeno un'ambivalenza sociale che si ripropone nel mondo interno della persona con forti vissuti di ambivalenza e di colpa, rispetto alla fedeltà alla memoria del partner (...), rispetto all'opportunità (...), rispetto al rischio che le nuove esperienze emotive disorganizzino i vissuti nei ricordi della storia precedente (...)."* *"Le nostre narrazioni si muovono dentro confini segnati dalla cultura, ma se può esserci un moto di opposizione e di superamento dove il confine è netto, dove il confine si presenta invece vago e scarsamente disegnato muoversi diventa infinitamente più difficile."* (Moser Pezzati 2002 pg20). In questo contesto la dimensione che ci importa specificamente sottolineare è quella legata alla partecipazione individuale profonda alla dimensione culturale cioè l'idea che inevitabilmente ed in parte inconsapevolmente ognuno di noi non può che costruire l'esperienza dentro i linguaggi ed i parametri della propria cultura di appartenenza, della propria esperienza relazionale dentro un contesto sociale esistente. Come sottolinea Mantovani *"Abbiamo considerato finora due funzioni della cultura, quella di mediare tra le persone e il loro ambiente e quella di dare un senso alla realtà. Essa adempie anche ad una terza funzione, quella di motivare le persone indicando loro gli obiettivi a cui tendere. La cultura svolge questo compito non con un insieme di prescrizioni, ma proponendo criteri e modelli che le persone possono usare per comprendere le situazioni che hanno davanti e per immaginare il loro futuro."* (Mantovani 1998 pg138). Sono criteri e modelli di cui rischiamo di essere solo parzialmente consapevoli tanto più sono radicati, percepiti /non percepiti, in quanto talmente parte del nostro sistema identitario da non poter essere immaginabili diversi.

Con un' interessante metafora Ralph Linton descrive la cultura come l'acqua in cui il pesce nuota: il pesce vede attraverso l'acqua ma non la vede in quanto tale.

Da tutto ciò una terza considerazione:

Non esiste una psicoterapia "neutra", ogni teoria ha comunque

una connotazione culturale e politica e lo psicoterapeuta rischia sempre di commettere piccoli atti di imperialismo culturale.

Arriviamo a questo punto alle teorie: ognuno di noi quando si forma per diventare psicoterapeuta aderisce ad un modello teorico di riferimento, modello che sottende una specifica visione dell'essere umano e del mondo, di come funzionano le emozioni, i pensieri, le relazioni. Freud ha costruito il suo modello partendo sostanzialmente dall'auto osservazione del proprio funzionamento e partendo da questo ha costruito una teoria in qualche modo a propria immagine e somiglianza, ma crediamo non potesse e non possa essere che così: se lavoriamo con teorie che riguardano il funzionamento dell'essere umano dovranno essere teorie che prevedono un umano che funziona come funzioniamo noi, in quanto esseri umani. Il terapeuta nel momento in cui si trova ad interagire con il paziente, per poter essere un interlocutore fruibile all'esperienza relazionale avrà la necessità di porsi in maniera coerente e ben organizzata sia nel modo in cui costruisce nella sua testa il mondo emotivo cognitivo del paziente (e questo richiederà una conoscenza approfondita e raffinata della sua teoria di riferimento), sia nel suo modo effettivo di stare in relazione con il paziente (e questo richiederà una conoscenza approfondita e raffinata di se stesso), ed i due livelli dovranno essere il più possibile coerenti tra loro. Il modo più semplice perché il livello del pensare teorico sull'agire relazionale e l'agire relazionale stesso del terapeuta siano coerenti è che tendenzialmente si somiglino e si sovrappongano. In questo senso sceglieremo e costruiremo teorie che corrispondano il più possibile al nostro immaginare e raccontare noi stessi, come siamo fatti e come ci muoviamo nel mondo, che prevedano le emozioni funzionare come le nostre e le difficoltà essere superate con le risorse che utilizzeremo noi.

Potremmo fermarci un momento a pensare su che tipo di umano pensiamo di essere: abbiamo l'inconscio? siamo razionalisti standard? procediamo per apprendimenti comportamentali? siamo animali adattivi? il nostro universo prevede archetipi? siamo autopoietici? Quanto ci somigliano i nostri pazienti? Quello che vorremmo sostenere insomma è che per poter essere coerente e credibile il terapeuta aderirà necessariamente ad una teoria che sia compatibile con la sua esperienza di sé.

Da questo la quarta considerazione:

Il terapeuta sceglie il modello teorico che sostanzialmente disegna un mondo ed un umano che più gli somiglia.

Va tenuta presente un' ulteriore dimensione legata all'aspetto relazionale sotteso alla modalità clinica che il terapeuta sceglie di utilizzare, quella che riguarda il modo di regolare l'iterazione con l'altro.

E' un argomento particolarmente complesso ed a nostro avviso parzialmente trasversale ai modelli teorici e riguarda la gestione della distanza relazionale: come gestisco il potere dentro la relazione? chi guida e chi è guidato? di quanto controllo ho bisogno? quanta intimità posso permettermi? di quanta distanza relazionale ho bisogno? quanto ho bisogno di essere attivo, quanto libero, quanto responsabile?

E' questo uno degli ambiti fondamentali nel modello teorico formativo della scuola di Como e che rimanda ai nuclei di significato personale, alle organizzazioni cognitive, a come la struttura narrativa personale del terapeuta nei suoi vari momenti di vita ricade sul suo modo di essere terapeuta. Come scrive Bara: “... *tradizioni di formazione terapeutica diverse fra loro stanno convergendo nel richiedere all'allievo un grande sforzo di autoconsapevolezza, che potenzi le sue capacità metacognitive... La metacognizione raggiunta è sia un prerequisito per lavorare sulla relazione con il paziente, sia l'unica efficace protezione dal burn out emotivo, il grave rischio professionale del nostro mestiere*” (Bara 2007 pg110) Un'ulteriore fonte di esperienza determinante per quello che sarà poi il nostro modo di stare in terapia è la propria esperienza come paziente nel percorso di terapia didattica personale: quello che ho provato, come mi sono sentito, quello di cui avrei avuto bisogno, dove e come ho sentito la presenza dell'altro, diventerà un contributo sostanzioso all'immaginario del modo più efficace di stare tra terapeuta e paziente.

Da queste riflessioni la quinta considerazione:

Il terapeuta sceglie di declinare il modello teorico regolando le distanze relazionali in armonia con i propri nuclei di significato personale.

All'interno di queste ed altre fonti il terapeuta costruirà in maniera progressiva un suo specifico ed originale modo di essere terapeuta che sostanzialmente gli permetta di essere comodo (e quindi efficace) nella gestione della relazione con l'altro, rimanendo aderente ai propri specifici modi di organizzarsi cognitivamente ed affettivamente ed alle proprie narrative personali.

La consapevolezza dell'inevitabile relatività ed autoreferenzialità degli agire terapeutici, del “relativismo” delle teorie, aumenta e

rende più impellente la necessità di un forte senso di responsabilità di chi opera in questo settore. Proprio perchè conosciamo i limiti dei nostri modelli e proprio quando rinunciamo alla fantasia di poter agire in maniera neutralmente e scientificamente oggettiva dobbiamo aumentare la coerenza interna e l'attenzione al modo in cui stiamo operando. In questo senso il tema della responsabilità si sposta dall'essere responsabile del paziente, che ritorna ad essere l'unico legittimo responsabile sulla propria vita e sulle proprie scelte, alla responsabilità sulla serietà e sulla legittimità dell'agire terapeutico, dove il terapeuta diventa responsabile del suo proporre una pratica clinica. Nel modello di Vittorio Guidano il superamento di una posizione di "potere" del terapeuta, di una supposta superiorità del terapeuta che conosce rispetto al paziente che si affida, è centrale.

Per poterci muovere nella relazione terapeutica abbiamo bisogno di mappe, senza però perdere consapevolezza della parziale arbitrarietà di queste rispetto ai territori, evitando che le nostre teorie ci portino ad un'autoreferenzialità chiusa e narcisista. In questo senso dobbiamo trovare terreni di confronto con gli altri, linguaggi condivisibili, parametri che ci aiutino a monitorarci. Diventa fondamentale non solo la conoscenza approfondita dei modelli teorici all'interno dei quali operiamo, ma anche una memoria storica dei percorsi che hanno portato a sviluppare prassi e teorie, quali significati veicolano, da quali visioni del mondo sono sostenute e quali visioni del mondo sostengono. Essendo il terapeuta, con tutti i suoi limiti, lo strumento primo del lavoro clinico diventa fondamentale costruire il maggior numero di strategie possibili per verificare il nostro agire, delle reti di protezione dall'abitudine vanitosa.

Da questo la nostra sesta considerazione:

La consapevolezza del relativismo delle teorie aumenta drasticamente la necessità di responsabilità, memoria, confronto.

A questo punto vorremmo concludere ripartendo dalla riflessione sulla ricerca. Crediamo che la ricerca sia uno degli strumenti efficaci che il modello di lavoro scientifico occidentale ha inventato per permetterci di mantenere monitorato quello che stiamo facendo, per permetterci di confrontarci con i colleghi attraverso linguaggi condivisi, per mettere in discussione quello che consideravamo acquisito. Scopo della ricerca non crediamo sia indicare al clinico una prassi "giusta", costruendo manuali e protocolli, ma favorire la riflessione sulla propria pratica psicoterapica, diventando strumento, integrato ad altri, per il mantenimento di un

monitoraggio critico sul proprio operare, consapevoli della necessità di non affezionarci troppo alle nostre sicurezze. E' proprio la dimensione relativista della ricerca a renderla così interessante, il suo continuamente superare se stessa, il suo continuo falsificare i risultati acquisiti, il suo sapersi, per definizione, destinata ad essere superata. Ci permette di costruire ed aggiornare le categorie che utilizziamo cercando di inventarne di più efficaci, ma soprattutto attiva un movimento di auto osservazione del terapeuta sulle proprie narrative e sul proprio modo di interpretare la professione.

Da qui la nostra ultima considerazione:

La ricerca è una perturbazione strategicamente orientata verso la costruzione narrativa dell'identità terapeutica del terapeuta.

Ci sembra si possa così integrare il sempre difficile equilibrio tra la necessità di tutelare il paziente, rispetto al necessario controllo che ogni attività scientifica richiede, senza cadere in un modello di terapeuta dotato di un sapere oggettivo che lo pone in una posizione di superiorità all'interno della relazione e che sostiene una asimmetria di potere, dove il paziente "oggettivato" perde la sua centralità e il suo primato come unico costruttore della propria esperienza e dei propri significati.

BIBLIOGRAFIA

Bara B. G. *Il terapeuta cognitivo* in Bara B. (a cura di), Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino 2005

Bara B. G. *Dinamica del cambiamento e del non cambiamento* Bollati Boringhieri, Torino 2007

Bruner J.: *Acts of Meaning. The President and Fellow of Harvard College*, 1990 (trad. it.: *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Bollati Boringhieri, Milano, 1992).

Coppo P. : *Tra psiche e cultura elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino 2003

Guidano V.: *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post_razionalista* Bollati Boringhieri, Torino 1992

Guidano V.: *Psicoterapia cognitivista post razionalista* Franco Angeli Milano 2007

Mantovani G. *L'elefante invisibile* Giunti Firenze 1998

Mahoney M.J.: *Constructive psychotherapy* Guilford Press New York 2003

McLeod J.: *Narrative and psychotherapy* Sage publications London 1997

Moser F., Genovese A. (a cura di): *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*, Curcu& Genovese, Trento 2005

Moser F., Pezzati R., Luban-Plozza B.: *Un'età da abitare: identità e narrazione nell'anziano*. Bollati Boringhieri, Torino, 2002

Wachtel P. L.: *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy* Guilford press New York 2008

STATO VEGETATIVO: QUALE NARRATIVA POSSIBILE?

Camilla Pisoni*

** Psicologa,
specializzanda
presso la Scuola
di Psicoterapia
Cognitiva di
Como, corso L/
Res. 4° anno.
Socio corrispondente SITCC.*

Coma e stato vegetativo sono diventati da tempo argomenti di pubblico interesse, al centro di dibattiti clinici, etici e politici. Esiste tuttavia una notevole confusione circa l'uso dei due termini, spesso considerati sinonimi: occorre innanzitutto delinearne i principali criteri diagnostici. Il coma ha una durata limitata (6-8 settimane al massimo) e rappresenta necessariamente il preludio verso altri destini: la ripresa della coscienza, la morte o lo stato vegetativo. L'apertura degli occhi, la ripresa cioè di uno stato di veglia (non di coscienza), segna il passaggio dalla condizione di coma a quella di stato vegetativo, o meglio, segna l'ingresso in quella che possiamo chiamare, a tutti gli effetti, vita vegetativa. La vita vegetativa è, secondo la definizione medica, la vita dell'assenza, della mancanza. Nel 1994 la "Multy Task Force" organizzata dall'American Academy of Neurology, definisce lo stato vegetativo come quella condizione di "mancanza di evidenti segni di coscienza di sé e dell'ambiente con incapacità a interagire con gli altri, mancanza di risposte comportamentali a stimoli visivi, uditivi, tattili e nocicettivi, mancanza di comprensione ed espressione verbale, presenza di manifestazioni cicliche del ritmo sonno-veglia, conservazione di funzioni ipotalamiche e tronco-encefaliche sufficienti a mantenere la sopravvivenza sia pur con assistenza medico-infermieristica, incontinenza sfinterica e parziale conservazione di certi riflessi dei nervi cranici" [1].

Il paziente in stato vegetativo è totalmente incosciente di sé e dell'ambiente che lo circonda, ma vive, e i segnali di questa vita sono ben riconoscibili: gli occhi sono aperti, il paziente è sveglio di giorno e dorme di notte, respira, deglutisce, digerisce e assimila

spesso senza alcuna dipendenza dagli ausili, può compiere gesti e movimenti (seppur afinalistici), emettere suoni, avere manifestazioni emotive quali sorrisi e lacrime [2]. Per questa ragione la vita vegetativa può essere pensata come la vita della contraddizione, legata al concetto dell'esistenza stessa: i pazienti sono imprigionati in un cono d'ombra, nella linea di confine tra l'essere e il non-essere, non assimilabile né alla vita né alla morte. Questo paradosso si ripercuote inevitabilmente sui familiari e sull'equipe sanitaria (e in senso più generale, anche su tutti coloro che, in qualche modo, decidono della vita di questi pazienti), creando delle lacerazioni emotive che spesso sfociano in un significativo disagio psicofisico.

A queste considerazioni dobbiamo aggiungere una variabile fondamentale, quella del tempo. L'aspettativa di vita di questi pazienti è in progressivo aumento: grazie ai progressi della scienza medica la stima di soli 2-5 anni di sopravvivenza media riportata dalla "Multi Society Task Force" nel 1994 è ormai superata, e in letteratura sono riportati casi di sopravvivenza molto più prolungata, anche oltre i 10-15 anni dall'evento acuto. Ciò significa che la vita vegetativa diventa cronicità, una condizione protratta nel tempo, negli anni: i familiari devono fare così i conti con una vita stravolta (quella del paziente, e la loro), l'equipe medica deve accettare il fallimento dato dall'evidenza di una mancata guarigione [3].

È sull'emotività espressa tra questi due piani (familiari ed equipe) e sulle loro continue intersezioni (prima tra tutte, la comunicazione) che si struttura il lavoro dello psicologo nelle Unità Risveglio. Di recente formazione, questi reparti, composti da equipe multidisciplinari nelle quali è inserito lo psicologo, accolgono i pazienti in coma provenienti dalle rianimazioni per intraprendere un intenso percorso riabilitativo.

L'approccio psicologico al paziente in coma prevede, ove possibile, l'applicazione delle tecniche di stimolazione cognitiva, volte all'acquisizione di un maggiore contatto con la realtà. Lo scopo principale è quello della ripresa della coscienza, del risveglio: l'equipe lavora per rafforzare il sottile filo che lega i pazienti alla vita, ma dove questo porti, se ad una vita vegetativa o ad una vita di coscienza, non è dato a sapersi aprioristicamente. Accanto al lavoro sul paziente, risulta sempre elettivo l'intervento sul familiare. Il lavoro con i familiari si snoda durante tutto il periodo di ricovero, tuttavia si possono individuare tre momenti essenziali, nei quali i familiari esprimono bisogni ed esigenze ben definiti: l'ingresso nel reparto, il momento della diagnosi di stato vegetativo e le dimissioni dalla struttura ospedaliera.

Il ricovero nell'Unità Risveglio rappresenta un momento estremamente delicato per la famiglia del paziente: l'esperienza clinica parla della grande difficoltà ad accettare la diagnosi, dei vissuti di shock, ansia, senso di colpa e rabbia che caratterizzano i familiari nei primi mesi dopo l'evento traumatico.

La maggior parte di loro tende a negare l'accaduto o sviluppa fantasie riguardo lo stato di consapevolezza del paziente, rinforzati dai movimenti spastici o riflessi, interpretati come segni di miglioramento. Inizialmente il lavoro psicologico si focalizza sull'accoglienza, diventa il contenitore delle emozioni del familiare, cerca di restituire la dignità alla sofferenza e, ove possibile, favorisce un percorso emotivo significativo rispetto alle aspettative di guarigione, spesso non realistiche. In questo momento, le diverse rappresentazioni sul paziente e – più in generale - sulla vita vegetativa (generate sulla base del rapporto affettivo con il paziente, oltre che su credenze etiche, religiose e professionali), emergono prepotentemente, e possono trovare terreno di scontro tra familiari ed equipe medica, talvolta tra gli stessi familiari. Essere un familiare (o un operatore) con una forte impronta religiosa, eticamente convinto del valore della persona umana, in qualsiasi stato di salute essa si trovi, è molto diverso da essere un familiare (o un operatore) che condivide gli opposti valori culturali, etici e morali.

Cosa significa quindi essere un operatore socio-sanitario che lavora in un'equipe con differenti sistemi di valori? Cosa significa affidare il proprio caro ad un'equipe medica moralmente dissonante? In un simile contesto relazionale può instaurarsi una sorta di agonismo tra familiari ed equipe sanitaria: si rischia così di abbandonare una modalità operativa centrata su un sistema cooperativo (basato su condivisione, empatia e fiducia), per approdare ad un sistema competitivo-agonistico, dove i due attori - famiglia ed equipe - si percepiscono su piani differenti, sfidandosi nella ricerca del *giusto bene* per il paziente [4]. Questo rappresenta il maggiore pericolo di fallimento relazionale tra familiari e staff sanitario nel primo periodo di convivenza (perché di convivenza si tratta, visto la grande quantità di tempo che il familiare passa quotidianamente accanto al suo caro, in reparto): le emozioni predominanti diventano così rabbia, collera, disprezzo, paura. Si producono inevitabilmente rigidità e incomprensioni, il grosso carico emotivo già presente si appesantisce e spesso si generano contrasti anche all'interno dei componenti dell'equipe sanitaria.

Da un punto di vista teorico l'approccio costruttivista aiuta a rendere maggiormente espliciti questi meccanismi relazionali. Secon-

do l'ottica post-razionalista, l'uomo è un generatore attivo della propria realtà: ciò che ai nostri occhi appare come indiscutibile ed oggettivo, non è altro che una nostra personale costruzione di significato, basata sulla conoscenza che già abbiamo di noi stessi e di noi-con-gli-altri. Ogni forma di conoscenza (e quindi di rappresentazione) è perciò strettamente dipendente dall'osservatore, pertanto, non potrà mai essere ricondotta a verità assoluta. La matrice interpretativa dei familiari e dei diversi membri dell'equipe è costantemente attivata dalle qualità specifiche di ciascuno: il ruolo professionale/familiare, le assunzioni culturali, etiche e religiose (sollecitate quotidianamente dal contatto con i pazienti in coma e in stato vegetativo), e a livello più implicito, le *strutture nucleari del sé*. Secondo l'approccio cognitivo-costruttivista infatti, il significato che noi diamo agli eventi - anche quelli più traumatici - dipende dal modo in cui abbiamo organizzato la nostra conoscenza del mondo, la quale, dunque, è diversa da persona a persona. Ogni individuo infatti, fa riferimento ad un proprio ordine interno personale, a ciò che i cognitivisti chiamano *Organizzazione di Significato Personale*.

Questa permette di costruire e mantenere stabile nel tempo il proprio senso di sé, e di selezionare e dare maggior rilievo nel nostro vivere quotidiano a quelle esperienze e a quelle relazioni che meglio ci permettono di mantenere l'identità personale. In altre parole, un'organizzazione di significato personale si riferisce a come un individuo organizza gli eventi che accadono nel suo ambiente intersoggettivo e le trasforma in informazioni significative per il suo ordine interno, dentro una cornice di coerenza (la struttura nucleare del sé) [5, 6].

Accettare quindi l'idea di un sistema (paziente – famiglia – equipe) caratterizzato da una continua co-costruzione di significati nel rispetto della propria coerenza interna, significa accogliere un'ottica circolare e sistemica, dove la domanda del familiare e la risposta dell'operatore si modulano una nell'altra, in una condivisione di responsabilità. Familiare ed equipe non sono più due entità separate, ma devono essere percepite come una sola forza generatrice di significati condivisi. L'approccio costruttivista quindi, da un lato smonta le fantasie di onnipotenza dell'operatore ribadendo l'autonomia del nucleo paziente/familiare (non esiste più, infatti, una sola realtà universale, ma si parla piuttosto di *multiversi*), dall'altro restituisce all'operatore dell'equipe tutta la sua responsabilità, "ricordandogli che lui c'è fino in fondo, c'entra sempre in tutto ciò che avviene nella relazione con l'altro, e mentre osserva e descrive

dà forma alla realtà clinica”¹. Secondo questa prospettiva quindi, la sintomatologia del familiare, talvolta caratterizzata da aggressività, evitamento o ambivalenza, deve essere vissuta in maniera funzionale, come il tentativo estremo di integrazione dell’evento traumatico nella propria storia di vita, dove anche l’operatore assume un ruolo fondamentale e attivo [7]. La costruzione di un buon legame tra equipe e familiari sarà la base di tutto l’intervento clinico e terapeutico, per questo è necessario che fin dai primi momenti il lavoro dello psicologo si concentri su questo cruciale aspetto, specialmente in preparazione al momento della comunicazione della diagnosi.

La diagnosi di stato vegetativo avviene, come dicevamo, dopo qualche settimana dall’evento acuto. In questi casi la guarigione del paziente si è concretizzata nella vita vegetativa, e tutti gli sforzi dell’equipe sono ora concentrati sulla stabilizzazione di questa condizione. Lo psicologo segue qui il familiare nell’elaborazione emotiva di ciò che è accaduto, un percorso in parte simile a quello che deve affrontare chi vive la perdita di una persona cara e ne deve elaborare il lutto, ma complicato dalla continuità della presenza del corpo. Lo stato vegetativo può essere considerato un paradosso emotivo per i familiari perché non permette ad essi di giungere ad una piena elaborazione del lutto, essendo il paziente vivo, seppur incosciente del mondo. Clinicamente, secondo Bowlby, il lutto è un processo che si dispiega nel tempo attraverso una sequenza ordinata di fasi: la fase del torpore, che dura in genere da poche ore a una settimana e che può essere interrotta da attacchi di angoscia e collera di estrema intensità; la fase dello struggimento e della ricerca della figura persa, la fase di disorganizzazione e disperazione, infine la fase di (maggiore o minore) ri-organizzazione di sé e dell’evento [8]. Ciascuna di queste fasi assume, per i familiari dei pazienti in stato vegetativo, complessi significati aggiunti che ostacolano, o meglio cronicizzano, l’elaborazione del lutto. Solitamente, la perdita di una persona cara da luogo a sentimenti molto intensi e disturbanti, a questi si aggiunge, nelle prime fasi del lutto, l’impulso alla ricerca della persona amata. Per i familiari dei pazienti delle Unità Risveglio questa fase si concretizza

¹ Lambruschi F., Rezzonico G. *Il contesto e le metodologie di lavoro*, in “La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico”, pag. 50. Franco Angeli, Milano, 1996.

quotidianamente: il corpo del loro caro esiste, è vivo, e mostra i segni della sua sofferente vita. È proprio l'ambivalenza dello stato vegetativo, caratterizzata dalla presenza del corpo e dall'assenza di relazionalità cosciente, a rappresentare il nodo cruciale del difficile percorso di elaborazione del lutto dei familiari. In primo luogo, mentre nel caso della morte di un proprio caro si perde il contatto fisico ed emotivo con esso e se ne conserva intatta l'immagine (possibilmente ancora più positiva), nel caso dello stato vegetativo ciò che viene a mancare è innanzitutto l'immagine (e il ruolo prima ricoperto dal paziente, qualunque esso sia), mentre il contatto fisico si mantiene nel tempo. Ciò che può derivare (analogamente ad altri casi in cui si assiste alla perdita dell'immagine dell'altro senza la perdita fisica), è che si inneschino nel familiare "tonalità di cordoglio, sicuramente meno acute che nel lutto ma molto più ambigue e ambivalenti e che, comunque, richiedono più tempo per essere compiutamente elaborate e assimilate. Questo stato di cose favorisce inevitabilmente la comparsa di reazioni di cordoglio croniche."² Secondariamente, la modificazione dell'immagine dell'altro comporta inevitabilmente, secondo l'ottica costruttivista, la modificazione dell'immagine di sé, in quanto la realizzazione dei legami affettivi prevede imprescindibilmente un processo sistemico di co-costruzione di significati, ruoli ed esperienze condivise. Capita quindi, talvolta, che il familiare del paziente in stato vegetativo neghi fortemente la perdita avvenuta, come per escludere o mitigare le emozioni di angoscia e tristezza che necessariamente scaturiscono da una rottura così drammatica: così facendo si cerca di mantenere relativamente immobile nel tempo l'immagine dell'altro, permettendo - di conseguenza - la costanza della propria immagine. Ecco quindi familiari immobilizzati nei rituali della cura del corpo del proprio caro, uniformati alla staticità della loro condizione clinica, ostinati nella ricerca di dispendiosissime strutture riabilitative che riportino in vita l'immagine immutata del loro caro, e quindi, di loro stessi. Questa capacità di ri-definizione dei ruoli familiari, attraverso una narrazione che riesca ad integrare un evento tanto doloroso, rappresenta un requisito fondamentale per poter intraprendere appieno il percorso di elaborazione del lutto.

Accanto a questa dimensione personale, i familiari dei pazienti in

² Guidano V.F. *Il sé nel suo divenire*, pag 79. Bollati Boringhieri, Torino 1992.

stato vegetativo sono continuamente sollecitati da una dimensione più allargata, possiamo quasi dire sociale: la presenza fisica del corpo imprigionato in una vita vegetativa, impedisce talvolta un confronto (e un conforto) sincero con chi, questa volta, sta accanto al familiare del paziente. Usando le parole di Bowlby: “struggimento per l'impossibile, collera violenta, orrore alla prospettiva della solitudine, pietosa supplica di sostegno e comprensione, sono queste le sensazioni che una persona colpita da una perdita ha bisogno di esprimere e, a volte, prima di tutto di scoprire, prima di fare progressi. Queste però sono tutte sensazioni che tendono ad essere considerate indegne e vili. Nella migliore delle ipotesi, esprimerle può sembrare umiliante; nella peggiore, possono provocare critiche e disprezzo.”³ Se questi sono i giudizi dati alle reazioni espresse davanti alla morte, quelli per un corpo in stato vegetativo sono ben più forti. Non è infatti socialmente accettabile, in molti contesti, poter esprimere liberamente sentimenti di profonda sofferenza, collera e angoscia verso un corpo vivo, seppur sofferente e incosciente; non è socialmente accettabile poter ri-definire e ri-organizzare se stessi, il proprio ruolo e possibilmente la propria vita, al cospetto di una vita vegetativa. “In molti ambienti questo tipo di situazione incontra una stigmatizzazione negativa o quantomeno un'ambivalenza sociale che si ripropone nel mondo interno della persona con forti vissuti di ambivalenza e i colpa, rispetto alla fedeltà alla memoria del partner (...), rispetto all'opportunità (...), rispetto al rischio che le nuove esperienze emotive disorganizzino i vissuti nei ricordi della storia precedente (...).” “Le nostre narrazioni si muovono dentro confini segnati dalla cultura, ma se può esserci un moto di opposizione e di superamento dove il confine è netto, dove il confine si presenta invece vago e scarsamente disegnato muoversi diventa infinitamente più difficile.”⁴ La cultura di appartenenza di ciascuno di noi, il contesto sociale, etico e religioso in cui siamo inseriti, segnano le strade che possiamo percorrere per giungere alla nostra realizzazione personale, anche e soprattutto per i familiari dei pazienti in stato vegetativo [9]. Ecco quindi la

³ Bowlby J. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, pag. 101. Cortina, Milano 1987

⁴ Moser F., Pezzati R., Luban-Plozza B. *Un'età da abitare. Identità e narrazione nell'anziano*, pag 20-21. Bollati Boringhieri. Torino, 2002.

doppia fatica dei familiari: gestire le spinte vitali di ridefinizione di sé (ove queste si concretizzano) all'interno di un contesto culturale generalmente poco accogliente e ambiguo, genera inevitabilmente vissuti di ambivalenza. La pratica clinica suggerisce che sono proprio queste ambivalenze che rendono insostenibile il rapporto con il familiare in stato vegetativo: la vita-non vita dei pazienti imprigiona i loro cari in una sorta di analogo stato di immobilità. Il ritorno alla vita per chi rimane, talvolta sembra essere legato alla fine della vita del loro familiare, ma allora tutto diventa inaccettabile, e la rabbia, la frustrazione e l'ambivalenza rispetto ai propri sentimenti diventa sempre più opprimente. Non fa quindi meraviglia che tali sensazioni, desideri e attese rimangano così spesso inesprese e possano in seguito rimanere latenti. Il confronto con lo psicologo, in un clima di astensione dal giudizio, può in questo senso rappresentare una preziosa occasione per l'espressione di tali sentimenti ed emozioni, certamente vitali per il familiare del paziente in stato vegetativo. Questo percorso di ridefinizione, iniziato in reparto, subisce una forte scossa nel cruciale momento delle dimissioni.

La permanenza nelle Unità Risveglio è, come sappiamo, limitata al percorso riabilitativo. Alla fine del ricovero, lo psicologo è chiamato ad accompagnare la famiglia nella complessa fase delle dimissioni dalla struttura ospedaliera: questa tappa rappresenta la fine di un percorso riabilitativo e l'ingresso definitivo nella cronicità, con tutto ciò che essa comporta. Sia che i familiari decidano per una istituzionalizzazione o per il ritorno al domicilio (assai raro, vista la complessità delle cure di cui questi pazienti necessitano), ciò che rimarrà negli anni sarà una relazione con una persona che continua ad esistere esclusivamente con le qualità che le sono riconosciute dallo sguardo dell'altro. E' certo una relazione squilibrata, perché il suo peso grava tutto su uno solo dei due partner, con tutta la sua storia e i suoi legami che non cessano di abitare un corpo apparentemente inanimato. Il perpetrare di questa situazione provoca certamente un grande dispendio di energie fisiche e psicologiche, e richiede necessariamente una forte resistenza alla frustrazione.

Certamente lo psicologo non può insegnare ai familiari come affrontare e come resistere ad una simile condizione, e certamente lo psicologo non può alleviare il dolore e la nostalgia per un passato che non potrà mai tornare, nonostante le speranze siano sempre accese. Ciò che lo psicologo può fare è favorire il processo di costruzione dell'identità del familiare, un processo in costante

divenire, una narrazione continuamente riveduta e modificata che la persona deve fare allo scopo di organizzare le sue esperienze, per dare senso alle sue emozioni, anche se inizialmente disorganizzanti. Ciò che lo psicologo può fare è limitarsi a medicare le ferite dei familiari, cercando di pulire il dolore e l'angoscia da tutto quello che non è strettamente connesso con il lutto per il proprio caro. In un certo senso, lo psicologo può riportare il familiare ad una sofferenza più pura, pulita da tutto ciò che opprime ulteriormente, affinché la sua relazione con il proprio caro possa trovare un nuovo ruolo e un nuovo significato all'interno della propria vita.

BIBLIOGRAFIA

[1] Multi-Society Task Force on PVS. *Medical aspects of the Persistent Vegetative State* (First of Two Parts). *N Engl J Med* 1994; 330: 1499-508.

[2] Commissione Tecnico-Scientifica (istituita con D.M. 12 Settembre 2005). “*Stato vegetativo e Stato di Minima Coscienza - Documento Finale*”. Roma, 14 Dicembre 2005

[3] Beghi E. The epidemiology of vegetative state. In: GL Gigli, E Sgreccia (Eds.), *Atti del Congresso “Life Sustaining Treatments and Vegetative State: scientific advances and ethical dilemmas”*, Roma 17-20 marzo 2004. L'Arco di Giano Supplemento al n. 39 del 2004, Ed. Istituto per l'analisi dello Stato Sociale - Milano.

[4] Liotti G. *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1994.

[5] Guidano V.F., *La complessità del sé*. Bollati Boringhieri, Torino 1982.

[6] Guidano V.F. *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino 1992.

[7] Lambruschi F., Rezzonico G. *Il contesto e le metodologie di lavoro*, in “La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico”, pag. 50. Franco Angeli, Milano 1996.

[8] Bowlby J. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Cortina, Milano 1987

[9] Moser F., Pezzati R., Luban-Plozza B. *Un'età da abitare. Identità e narrazione nell'anziano*. Bollati Boringhieri. Torino, 2002.

L'ESPERIENZA DI TUTOR DI TIROCINANTI DI SPECIALITÀ ALL'INTERNO DI UN SERVIZIO PUBBLICO

Sara Comerio*, Raffaella Massagranti**

** Psicologo,
psicoterapeuta
presso l'Unità di
Psicologia dell'A.
O. Ospedale Civile
di Legnano.*

*** Psicologo,
psicoterapeuta
presso l'Unità di
Psicologia dell'A.
O. Ospedale Civile
di Legnano.*

La nostra esperienza risale a circa tre anni fa quando, con la fine del nostro percorso di formazione all'interno della Scuola, abbiamo pensato di tenere un filo soprattutto emotivo avventurandoci nella formazione e nella supervisione dei trainers.

Da sempre la nostra Unità Operativa, ed in particolare il Centro PsicoSociale, offre la possibilità di effettuare il tirocinio sia per l'esame di stato che per la specialità e abbiamo pensato di portare la nostra esperienza rispetto a coloro che sono in formazione con il nostro stesso orientamento terapeutico.

Al di là degli aspetti teorici crediamo che la parte fondante del nostro essere tutor abbia a che fare con il favorire la conoscenza della complessità del nostro modo di lavorare come servizio, sia rispetto alla casistica di cui ci occupiamo sia rispetto al modo di lavorare in rete con altri servizi che appartengono alla nostra stessa Unità Operativa (SPDC, Comunità, altri CPS) o sul territorio (consultori, comuni...). Ma la parte di maggior interesse e di particolare arricchimento personale riguarda il prenderci cura degli aspetti relazionali della nostra collaborazione avendo fatto a nostra volta un percorso simile.

Seguire un tirocinante della Scuola di Psicoterapia Cognitiva è stata ed è una bella esperienza per diversi punti di vista.

Innanzitutto apre a questioni affettive, di memoria semantica, nel senso che dal termine dei quattro anni di Scuola anche se il tempo sembra essere trascorso velocemente, da un punto di vista

esperienziale si ha quasi la sensazione di aver impiegato gli anni successivi a metabolizzare i preziosi apprendimenti e a coniugarli con le caratteristiche personalissime che ognuno di noi ha nel fare questo mestiere.

In questo senso, incontrare e condividere un pezzettino di strada con chi sta facendo un percorso di formazione a noi comune è stato un po' come tornare indietro nei ricordi, ma soprattutto un'occasione per identificare maggiormente l'evoluzione, nel nostro fare psicoterapia, della ricombinazione pratica della teoria appresa.

Che non è solo sapere nel senso accademico del termine, ma è anche l'attitudine e l'abitudine a procedere ponendosi buone domande e ad accogliere emozioni che ancora non hanno nome ma sembrano raccontarci molto dei nostri pazienti: è la capacità di aspettare e sentire, sentire e capire, provare e verificare.

Ogni tirocinante viene da una storia diversa con esigenze formative differenti ed in un momento storico suo diverso, il nostro intento sarebbe quello di favorire un'esperienza personale su questi due binari: uno più tecnico e uno più caldo e relazionale che possano convergere verso un'integrazione.

Si dice che la realtà di un fenomeno che si osserva dipende dal punto di vista e dall'osservatore e dell'osservato.

Ed è interessante come nell'esperienza di supervisione le dinamiche degli attori in gioco creano architetture simmetriche: il paziente, il terapeuta e il supervisore, come un equilibrista che cammina sulla fune.

Per certi aspetti, dal punto di vista della supervisore può essere anche divertente perché, per una volta, il racconto del paziente arriva già scremato dalla sofferenza, già vagliato, osservato e ascoltato, come ad un tappeto a cui è già stata intessuta la trama e su cui si possono iniziare a fare i ricami.

E' come un panorama visto dall'alto in cui sembra (e forse lo è) più semplice intravedere e individuare aree problematiche e rispettive connessioni.

Il processo di co-costruzione in cooperazione con il tirocinante di possibili ipotesi e percorsi di intervento fa il resto...ed è interessante notare quanto ciò è vero, nel senso che risulta fruibile e praticabile, con il paziente quanto nel lavoro con il tirocinante (e probabilmente più in generale in molte relazioni della vita).

Le relazioni sono speculari, anche se differenti nel mandato e nelle modalità.

In gioco vi è la narrazione del paziente con il suo diritto all'incompletezza, alla fatica, alla sofferenza e alla disarmonia; il filtro del

tirocinante fatto di ascolto, accoglimento e osservazioni con il suo diritto ad amplificare quegli aspetti, forse non sempre rilevanti per il paziente, ma esplorativi per la formazione che si fa esperienza e infine la supervisione, appunto, con la dovizia di rintracciare nel filo della terapia una storia di cura sensata, con il suo diritto alla fallibilità.

E ognuno va, sempre di più e in maniera più consapevole, verso la sua strada.

CASO CLINICO: Guido

Dalla tesi di specializzazione di Daniela Bidinotto.

La scelta del caso, seguito al CPS, è avvenuta nel corso della terapia. Mi sono chiesta a posteriori perché proprio questo caso e le ragioni individuate sono molteplici: innanzi tutto perché si tratta del mio primo paziente “dimesso” ovvero uno dei miei primi pazienti seguiti in psicoterapia e il primo con il quale il percorso terapeutico è giunto a conclusione; in secondo luogo perché la riflessione su questo caso mi permette di ricostruire le mie difficoltà come psicoterapeuta dall’inizio; in terzo luogo perché mi ha davvero e profondamente emozionato partecipare dell’evoluzione dello stato di benessere di questo uomo, vedere che la sua forte sofferenza iniziale acquistava significato per lui, si organizzava in una storia e, mano a mano che ciò avveniva, il dolore ascoltato e narrato si trasformava in nuove risorse, nuove letture e in progettualità. Dunque la presentazione di questo caso rappresenta anche la narrazione della mia storia d’inizio di psicoterapeuta.

** Psicologo,
Psicoterapeuta.
Socio Ordinario
SITCC.*

1.2. ANAMNESI

NOME: Guido

ETA': 52 anni

INIZIO TERAPIA: giugno 2005

FINE TERAPIA: luglio 2006

FOLLOW UP: gennaio 2007

NUMERO SEDUTE a luglio 2006: 31

(NOTA: i nomi e gli altri dati anagrafici di persone e località riportati nel seguente caso sono volutamente fittizi per motivi deontologici e in rispetto della privacy come previsto dalla legge 675/96 e successive modificazioni e integrazioni)

Guido ha 52 anni al momento d'inizio della terapia. Ha da qualche anno avviato un'attività imprenditoriale dopo avere lavorato come geologo all'estero. Separatosi dalla moglie Raffaella, 50 anni, con la quale è stato sposato dal 1978 al 1983, convive da sette anni (dal 1998 al 2005) con Valeria, 45 anni, dalla quale ha avuto un figlio, Tommaso, di 5 anni, nato appunto nel 2000. Valeria, dopo aver fatto la casalinga per circa cinque anni, lavora ora come agente di commercio e ha una figlia di 19 anni avuta all'interno di un precedente matrimonio; la figlia, con la quale Valeria ha un rapporto burrascoso, e che chiama ex figlia, vive col padre. Guido termina la sua convivenza con Valeria dopo qualche mese dall'inizio della terapia.

E nella fase conclusiva della terapia Lidia, 46 anni, fa il suo ingresso nella vita sentimentale di Guido. Siamo nel 2006. Lidia, una laurea in pedagogia, ha un negozio di proprietà ed è una donna indipendente e ricca di interessi.

La famiglia d'origine di Guido è composta dalla madre Agnese di 76 anni che ha sempre fatto la casalinga pur essendo laureata in legge; dal padre Rodolfo di 78 anni in pensione e che in età lavorativa faceva il comandante di navi mercantili. Gli anziani genitori vivono insieme in una località di mare. All'inizio del 2006 le condizioni di salute del padre, già compromesse da qualche anno, si aggravano e nel febbraio del 2006 muore.

Guido ha un fratello di nome Giovanni, di 45 anni, ingegnere, single e una sorella di nome Stefania, 43 anni, insegnante di scienze e laureata in biologia, sposata. La coppia non ha figli.

1.3. PRESENTAZIONE DEL CASO

Intorno a maggio 2005 vengo contattata da uno psichiatra che lavora presso il CPS dove io opero come tirocinante di specialità. Lo psichiatra mi chiede se sono disponibile a prendere in carico, in psicoterapia, un paziente da lui visto nel corso di due colloqui psicologici. Accolgo la richiesta nel senso di essere informata sul caso e così lo psichiatra mi fornisce un primo quadro della situazione del paziente.

Mi riferisce che il paziente gli viene inviato, circa un mese prima, per problemi d'ansia e di attacchi di panico dalla neuropsichiatra infantile che ha in cura il figlio di 5 anni per una forma di autismo. Dal racconto del paziente, Guido, emerge che nel novembre 2004 è scoppiata una grossa crisi con la compagna, con la quale vive da

sette anni, e la donna, madre del bambino di 5 anni di cui sopra, ha manifestato l'intenzione di separarsi e di essere lei a occuparsi del figlio. Nella storia di Guido c'è un tentativo di suicidio attuato in seguito a un tradimento da parte della ex moglie.

Il paziente si presenta depresso e lamenta sintomi quali tremori, parestesie, tachicardia e ha un'ideazione vagamente suicidale legata al senso di colpa per il fallimento della relazione affettiva e per non essere stato in grado di accudire la compagna e di assicurarle il benessere economico promesso.

Lo psichiatra ha prescritto a Guido l'assunzione di un ansiolitico, l'EN, e di un antidepressivo, ELOPRAM. Accetto di vedere il paziente per un primo colloquio.

1.4. PRIMI COLLOQUI

1.4.1. Primo colloquio

Guido si presenta puntuale all'appuntamento. È un uomo di corporatura esile, di altezza medio-bassa, porta i capelli castani raccolti in una coda sottile all'altezza della nuca, ha occhiali dalla montatura grande e rotonda dietro i quali intravedo occhi neri, indossa una giacca a quadretti sopra una camicia dal colore scuro. Allungo la mano per presentarmi e lui ricambia con movimento lento, mi colpisce che tenga il capo inclinato, il mento verso lo sterno quasi a nascondere il viso, già schermato dai grandi occhiali.

Riferisco di avere avuto un incontro con lo psichiatra che lo segue per la terapia farmacologica e lo invito a espormi in prima persona la situazione che lo ha portato a chiedere un aiuto psicologico.

Il paziente mantiene lo sguardo basso, l'espressione del viso lascia trasparire, senza mediazione alcuna, una tristezza e una sofferenza accentuate, il tono della voce è talmente debole che fatico a sentirlo, le parole sembrano pronunciate a metà tanto si perde la parte finale e tra una frase e l'altra intercorrono dei silenzi durante i quali il paziente sembra allontanarsi, rannicchiarsi su se stesso. È evidente la fatica nel parlare, nel dover riportare il suo dolore.

Mantengo un atteggiamento di ascolto empatico, non giudicante e mi è possibile cogliere le emozioni di dolore e disperazione che tutto il non verbale di Guido esprime. Per comprendere invece il contenuto verbale di ciò che mi sta dicendo devo con delicatezza riprendere le sue frasi scolorite per essere certa di aver capito o esplicitare che non ho sentito bene. Questa danza in punta di piedi tra sconosciuti, poco a poco porta a una sintonizzazione: lo sguardo di Guido inizia a posarsi su di me, il suo capo si solleva

con intervalli che assumono sempre più il ritmo di un'interazione, sul suo viso compaiono spiragli di una schiarita che è confermata da un tono di voce decisamente più udibile. Le parole spezzate e le frasi intervallate si uniscono in un racconto comprensibile.

Guido riprende quello che è stato il racconto dello psichiatra, mi riferisce di una grave crisi con la compagna, Valeria, iniziata nel novembre 2004 e che ha avuto il punto di maggior esplosione circa due mesi prima rispetto alla data odierna. Ha chiesto un supporto psicologico perché attribuisce a se stesso la piena responsabilità della crisi con la partner, è lui che l'ha trascurata. Si sente impotente, offuscato, inadeguato, vuoto.

Ha conosciuto la compagna nel 1998 ed entrambi si sono detti "finalmente ci siamo trovati!". Guido stava vivendo una crisi lavorativa ovvero era in un momento in cui la sua società attraversava serie difficoltà economiche ma ciononostante era chiaro tra loro, e in lui per primo, che avrebbe accudito Valeria, assicurandole quel benessere economico che avrebbe permesso alla donna di non lavorare (in seguito sarà possibile osservare che in questa scelta il paziente ha riproposto le modalità e i ruoli coniugali dei suoi genitori). Negli anni la grave situazione finanziaria non si è risolta al punto che Valeria, con la quale ha un figlio di 5 anni, Tommaso, ha ripreso a lavorare. Da parte sua si è chiuso sempre più, rimanendo fuori casa a lungo nel tentativo di porre rimedio, con l'impegno sul lavoro, alle difficoltà economiche. Ora vede il lavoro come "causa di tutti i suoi mali", lui che l'ha sempre vissuto come qualcosa che non si discute, che si fa e basta.

Questo suo allontanamento dalla famiglia ha provocato un raffreddamento affettivo da parte della donna che si è sentita sola e senza un compagno per cinque anni. Alla richiesta di separazione da parte di Valeria il senso di colpa e di inadeguatezza hanno travolto Guido per non avere corrisposto alle aspettative che aveva lui stesso creato nella famiglia, "la mia autostima è sotto lo zero adesso". La colpa è legata al sentirsi "un po' ladro" nel senso di aver rubato credibilità e fiducia alla propria compagna.

Sino a quel momento si era sentito "come in una bolla" e il senso di colpa inespresso lo inibiva sessualmente, affettivamente nonché socialmente. Improvvisamente è scattato qualcosa: l'ansia di trovarsi davanti ad una realtà che non voleva accettare, ovvero la perdita della compagna, ha fatto scattare la "redenzione". Ha inoltre scoperto la sua "sudditanza affettiva e sessuale" nei confronti di Valeria e dichiara di voler "rimettere insieme la famiglia per il bene del bambino". Si sente sempre più perso e isolato, solo,

si sente estromesso, tagliato fuori dalle possibilità di recupero, non riesce a vedere il futuro. Ha perso i punti di riferimento rappresentati dalle relazioni affettive: “è tornata a galla l'estromissione dalla vita di una persona cara”. Pensa al suicidio, come soluzione. A ciò si aggiunge il fatto che alcuni mesi prima, gennaio 2005, Guido ha scoperto dei messaggi erotici che la compagna ha inviato a un altro uomo e questo ha suscitato in lui delle crisi di gelosia e ha risvegliato un'antica sofferenza poiché questa situazione gli ricorda quella vissuta con la ex moglie circa dieci anni prima, ex moglie dalla quale si è separato nel 1983 proprio a seguito di un tradimento perpetrato da quest'ultima. La sofferenza causatagli dal tradimento lo portò a tentare il suicidio.

1.4.2. Sintomatologia con i problemi portati dal paziente. Secondo colloquio

Il paziente apre il secondo colloquio con la narrazione dei sintomi fisici che lo attanagliano.

Riporta di aver perso 9 chilogrammi nell'ultimo periodo, si sforza di mangiare ma non sopporta più nessun sapore, ha la nausea.

Ha formicolii alle mani e alle gambe, ha la pressione bassa. Sente di non avere le energie fisiche e mentali. Alla mia domanda se gli era già successo di debilitarsi fisicamente risponde che all'epoca del divorzio dalla moglie aveva perso 15 chilogrammi di peso.

Il cibo gli sta dando fastidio, avverte un senso di oppressione e di dolore allo stomaco, di pesantezza anche. Ha difficoltà a digerire, sente che fa fatica a “tenere giù la roba”. Il caffè che gli è sempre piaciuto tanto ora lo disgusta “mi viene su un sapore cattivo” come se lo irritasse, se fosse “troppo intenso, troppo amaro, troppo tutto..!” Il fatto che il caffè gli abbia sempre dato un enorme piacere e ora non più, lo destabilizza. L'unica cosa che riesce a bere è l'acqua. Gli danno fastidio anche le sigarette, non gli danno più alcuna sensazione piacevole, “è come se non mi andasse più bene nulla delle solite cose, i dettagli piacevoli della mia vita ora mi suscitano repulsione”. È evidente la rinuncia al piacere dell'esordio depressivo.

1.4.3. Contratto terapeutico. Secondo colloquio

Guido era giunto al primo colloquio in evidente stato di sofferenza, il suo racconto, nel momento in cui si è avviato, si è articolato e organizzato secondo una logica per cui ogni responsabilità rispetto

alla crisi con la partner o alle difficoltà economiche è attribuita a se stesso. Riporta chiaramente che negli ultimi cinque anni era bloccato rispetto al partecipare alla vita familiare poiché “si sentiva inadeguato a rispondere alle aspettative che aveva creato nella compagna dato che non riusciva a risolvere i problemi di lavoro: voleva migliorare il tenore di vita familiare ma non riusciva e questo lo faceva sentire in colpa”.

Rimando al paziente come la storia con Valeria sia sorta attorno ad aspettative che hanno attribuito a ciascuno dei due ruoli precisi. Il venir meno delle condizioni sperate sembra aver prodotto in lui una chiusura in se stesso e un allontanamento dalla famiglia e in lei una delusione e una pesantezza nel dover gestire da sola l'ambito domestico da portarla a una richiesta di separazione, da qui la relazione è crollata apertamente.

Esplicito che nel momento in cui si costituisce un rapporto come quello contemplato dalla relazione d'aiuto è importante sondare le aspettative del paziente rispetto alla terapia psicologica così come che il terapeuta possa chiarire cosa può offrire lo spazio terapeutico. Sento questo come un punto di partenza fondamentale con Guido. Ritengo infatti che nelle modalità del paziente possa esserci una tendenza a entrare in relazione con aspettative a priori rispetto a se stesso e rispetto all'altro e la mia ipotesi è che ciò possa avvenire a maggior ragione tra noi. C'è in me da un lato il timore di non riuscire a portare l'aiuto richiesto e dall'altro il bisogno di proteggere me stessa da quello che potrebbe essere il fallimento della terapia, agli occhi del paziente e miei.

Guido riporta che le sue aspettative rispetto alla terapia sono di “recuperare la fiducia e la credibilità in me stesso”, ha l'impressione di essere inutile e che la sua vita non valga nulla, “mi aspetto di riuscire a capire se valgo qualcosa oppure no”.

Accolgo il bisogno espresso da Guido e spiego che questo potrebbe essere l'esito e non lo scopo di un percorso terapeutico. Preciso che la terapia è finalizzata ad aumentare la conoscenza di se stessi, permette la comprensione delle proprie modalità relazionali, favorisce l'esplorazione del proprio mondo interiore e l'ascolto delle proprie emozioni. Il mio ruolo sarà di accompagnarlo nella comprensione della sua storia e il suo di portare eventi ed emozioni che lo riguardano per poter cogliere insieme il significato del profondo malessere che sta vivendo.

In conclusione propongo al paziente una psicoterapia che prevede colloqui della durata di un'ora una volta la settimana. Il costo delle sedute è stabilito dal Servizio Sanitario Nazionale.

1.4.4. Sensazioni del terapeuta

Come accennato sopra mi colpisce la sofferenza portata da Guido, un dolore così profondo e cupo che viene espresso anche dal corpo attraverso la postura, la gestualità, le espressioni del viso, il tono della voce. Questo stimola in me un'accoglienza particolarmente empatica, sento una vicinanza emotiva dal primo momento. Sono di fronte a un uomo che chiede francamente aiuto e questo inizialmente attiva in me il sistema motivazionale dell'accudimento.

Colgo nel racconto di Guido i segni di una distanza dal suo mondo emotivo o meglio una percezione poco differenziata delle proprie emozioni che ora si esprimono in maniera monocorde nel dolore. Anche io sono immersa nel suo dolore, devo compiere uno sforzo per recuperare la lucidità che serve nella conduzione del colloquio. La difficoltà maggiore è sin dall'inizio dare un confine temporale al setting terapeutico: Guido implicitamente chiede più tempo di quello da me stabilito e io non riesco a limitarlo. Porre un confine alla sua narrazione, al suo essere lì con me mi fa sentire insensibile, mi sembrerebbe di non dare il giusto accoglimento alla sua sofferenza. Il suo racconto è un fiume che si ingrossa ad ogni curva e io rischio di essere una diga che non riesce a fermarne la corsa incontrollata.

Di certo più di ogni altra cosa risuona in me il racconto del tentato suicidio e delle idee suicidali tuttora presenti e questo mi fa provare paura. Paura che l'ideazione suicidale possa tradursi in gesto. E paura di parlarne col paziente: è un terreno sconosciuto per me, minato, che mi fa rimanere immobile inizialmente. Provo anche impotenza. Come posso far arrivare il mio aiuto in una situazione tanto estrema? E se per me non fosse possibile fare nulla? Come posso accettare di portare aiuto su una cosa mai affrontata prima, io giovane terapeuta? E se fosse a causa mia che non si può salvare questo uomo? Provo inadeguatezza e senso di colpa...proprio come il paziente. Perché allora accettare la presa in carico? Credo per una sotterranea fiducia in me stessa e forse anche per quel briciolo di onnipotenza che mi fa pensare di poter aiutare gli altri. È anche raccogliere la sfida, mettermi alla prova: quanto sono brava e capace? Si è attivato anche il sistema motivazionale agonistico. Non meno importante è anche il fatto che sento in Guido una sorta di volontà di capire, una resa ma non alla vita piuttosto al bisogno e al desiderio di essere aiutato.

In ogni caso capisco che non ho il potere di salvarlo, né di cambiare la sua vita, che non ho la responsabilità dei suoi gesti ma l'umile possibilità di stare con lui nella sofferenza e vederne insieme il

senso, allo scopo di capire ciò che gli è accaduto e di trovare altre vie per gestire, in maniera più funzionale al suo benessere, ciò che accadrà.

Mi conforta inoltre che Guido sia seguito dallo psichiatra con il quale potrò eventualmente condividere le mie difficoltà.

1.5. STORIA DI SVILUPPO

Raccolgo la storia di sviluppo di Guido nel corso di più colloqui, è un quadro dipinto poco per volta. Guido ha la tendenza ad arricchire la sua narrazione di dettagli che io vivo come fuorvianti rispetto all'importanza di porre il focus su se stesso. Tuttavia ha il dono del bel eloquio che incanta e a volte mi sento come una lettrice assorbita da un racconto avventuroso. Guido è un uomo intelligente e colto, decora le sue storie con digressioni filosofiche, sociologiche, antropologiche. Io ne resto affascinata. Sono desiderosa di scoprire la vita di quest'uomo, ascoltare i suoi racconti mi suscita entusiasmo, è come esplorare mondi sconosciuti. Ho con lui un atteggiamento di aperto interesse e curiosità.

Riconosco però un rischio nell'essere incantata "dalle avventure di Guido": quello di non soffermarci sul mondo emotivo che colora gli episodi della sua vita, di lasciarmi trascinare dal racconto e non aiutare il paziente a riconoscere i vissuti emotivi. In particolare Guido sembra non riconoscere le emozioni del mondo affettivo, soprattutto quelle legate al bisogno di accudimento come la tenerezza, la comprensione, l'ascolto, il contatto fisico. La lettura intellettualizzata dei propri e degli altrui comportamenti pone in evidenza una tendenza a sottovalutare le emozioni.

Guido ha 52 anni ed è il primogenito di tre figli, il fratello Giovanni ha 45 anni e la sorella Stefania ne ha 43. I suoi genitori, di 76 anni la madre e 78 il padre, sono abbastanza presenti, nonostante vivano in una località di mare, e attivi. Riferisce che la madre, Agnese, è "un gatto con sette vite", capace di nascondere i propri problemi di salute e di altro genere per dedicarsi agli altri. Per certi versi riconosce di averla imitata, "seppellendo i miei problemi per privilegiare le cose da fare, non sono mai stato uno che si ascoltava più di tanto, che si curava, che si piangeva addosso".

Guido inizia il racconto della sua infanzia dicendo di aver fatto l'esame per andare direttamente in seconda elementare. Andando più indietro nel tempo riferisce che a quattro anni e mezzo ha avuto un collasso a causa di un'anemia con sospetto di leucemia. Per questa ragione intorno ai cinque anni fu ricoverato in ospedale per

un periodo di sei mesi. Ritornando alla carriera scolastica aggiunge di avere avuto il nove in condotta dalle scuole elementari al liceo classico. Il suo comportamento a scuola era di assoluta serietà e aveva un rendimento decisamente buono. Non diceva parolacce e aveva rispetto per gli insegnanti nonché soggezione verso la madre. Il rapporto con i pari era importante. Conclude i riferimenti al periodo scolastico dicendo di essersi laureato in geologia nel periodo post-sessantottino, era il 1977, e definisce belli gli anni (dal '72 al '77) dell'università.

L'adolescenza la descrive come un periodo poco conflittuale, disteso, senza scontri generazionali con la madre poiché questa "ha una brillante intelligenza, una vasta cultura e larghe vedute". Del padre dice di averlo conosciuto attraverso le lettere e di avere sempre avuto un complesso di inferiorità rispetto a quest'ultimo perché convinto che avesse più doti di lui: carismatico, autoritario e autorevole sulle navi, largo di vedute e capace di pensieri delicati. Chiedo a Guido di provare a definire il rapporto con la madre attraverso tre aggettivi e la riflessione che questo suscita in lui porta ad interrompere il suo racconto con una lunga pausa.

Quando riprende dice "metafisico". Nel senso che prescinde dalla presenza, dal contatto, dal dialogo. È qualcosa che esiste al di là del fatto che loro comunicano. Anche se lui tende a dare poche notizie di sé quando "non è a posto", la mamma sembra capire, "percepire le cose nell'aria senza bisogno di dirglielo". È un legame simile a quello che ha col fratello e con la sorella con i quali non ha molti contatti diretti.

Riferisce che prima di questa crisi con Valeria la mamma aspettava che fosse lui a telefonarle mentre ora è lei a farlo perché sa della difficile situazione: "vorrei fare il bambino che piange nelle braccia della mamma ma mi rendo conto che non va bene". Riporta che non lo faceva nemmeno da piccolo poiché la mamma ha sempre avuto un carattere forte, roccioso, stoico "non è che invogliasse a fare queste cose..". La madre faceva il sergente perché doveva occuparsi dei tre figli mentre il padre era al lavoro. L'educazione impartita era di stile militare. Da anziana la madre ha riferito a Guido di avere dei rimorsi per il fatto di essere stata troppo rigida, non abbastanza affettuosa e materna.

Guido afferma che la mamma si è realizzata nella cura dei figli dato che, nonostante la laurea in legge, ha deciso di non lavorare. Il padre Rodolfo era comandante di navi mercantili e ha navigato, seppur con brevi intervalli, per trentacinque anni. Si assentava da casa per periodi lunghi anche un anno e mezzo e non appena

sbarcato doveva cercare altri incarichi e ripartire. I due genitori avevano un rapporto epistolare, “si scambiavano bauli di lettere”. Guido aggiunge che non smetterà mai di invidiare la capacità dei suoi genitori di allargare i loro orizzonti culturali.

Anche Guido, come accennato sopra, scriveva al padre, soprattutto una volta diventato grande. Ciò gli piaceva perchè il padre rispondeva alle sue missive e questo gli ha permesso di conoscerlo dato che il padre raramente si trovava a casa con la famiglia. L'unica volta in cui fu possibile per lui stare un intero mese col padre fu nel 1976, all'età di 23 anni, in una baita sulle Dolomiti che i due uomini dovevano ristrutturare per poi accogliere la madre e la sorella. Con la madre non c'erano i momenti di tenerezza, le coccole erano considerate smancerie. Tuttavia lui ha chiamato la madre “mammina bella” fino all'età adulta.

Rispetto alla propria storia affettiva Guido racconta di avere conosciuto la moglie al Ginnasio. Si è trattato di un amore giovanile che li ha visti unirsi in matrimonio all'età di 23 anni lei e 25 lui. Era il 1978 e nel 1983 si sono separati. La causa più evidente del fallimento del matrimonio risiede nel tradimento perpetrato dalla moglie. Guido racconta di essersi trasferito per lavoro in Medio Oriente con la moglie. Doveva occuparsi, come geologo, della costruzione di una diga e le condizioni di lavoro erano difficili. Nel 1981 scopre il tradimento della moglie ed è tale il dolore e lo sconforto che Guido tenta il suicidio. Il suicidio fallisce a causa di un guasto al fuoristrada con il quale voleva gettarsi da un dirupo. Guido “supera l'impulso” e sta con la compagna per altri due anni “per farla crescere” dandole la possibilità di frequentare degli amici, anche a casa loro, mentre lui era impegnato tutto il giorno nei cantieri. Il risultato fu che per due anni Raffaella non smise di tradirlo. Nel raccontare riflette sul fatto che forse lei aveva bisogno di fare esperienze, anche sessuali, e lui glielo ha “paternamente concesso”. Se aveva cercato però per due anni di concedere senza voler realmente vedere ciò che accadeva pose fine alla cosa solo quando scoprì la moglie fare sesso col proprio amante nel loro letto. Rientrarono in Italia e si separarono. Era il 1983. La moglie iniziò una nuova relazione con un uomo che poi sposò. Guido torna dalla mamma che “lo rimette in pista a suon di schiaffi”. Parte per un nuovo lavoro in Nord Africa e “seppellisce tutto”. Per cinque anni tenta di dimenticare la moglie e quando rientra in Italia è più sereno. Il lavoro in Africa lo ha aiutato nel processo di ripresa dopo la separazione, gli dava appagamento. Ha costruito un acquedotto e gli abitanti del posto lo chiamavano con un termine equivalente

a Don o Eminenza perché lo ritenevano una persona moralmente integra e affidabile. La sua soddisfazione risiede nell'aver creato dei buoni rapporti umani con gli abitanti, nell'averli aiutati e avviati nel lavoro, valorizzandoli anche come persone. Dalle donne era considerato uno scapolo d'oro grazie al lavoro svolto e ai buoni guadagni; aveva numerose relazioni amicali ma lui cercava una storia d'amore e per questo mise un annuncio sul giornale cui risposero a decine. La prescelta fu una studentessa universitaria che intellettualmente era molto eccitante. Non si è trattato però di un amore travolgente, la scintilla non è scattata forse perché "il fattore intellettuale era sempre in mezzo". C'è stato tanto affetto e questa relazione lo ha aiutato a chiarire i suoi meccanismi d'attrazione ovvero che per lui punto di partenza di una relazione e valore primario di questa stanno nell'attrazione intellettuale, nel condividere lo stesso pensiero rispetto a qualunque cosa, nel comunicare a livello cerebrale.

Tornato in Italia nel '90 l'ex moglie gli propone di rimettersi insieme, ha capito di avere sbagliato dopo un percorso psicologico, ma lui non vuole più saperne di lei. Riferisce che Raffaella "era morta" per lui ma non la sofferenza patita.

Nel 1998 Guido incontra Valeria, vengono presentati da un amico in comune. Sin da subito si sono

detti "finalmente ci siamo trovati!". Guido crede di avere incontrato la donna che ha sempre cercato: "in questa persona avevo trovato un punto di arrivo, cercavo in lei un completamento di me stesso". Quando nasce la relazione, malgrado Guido stia vivendo grosse difficoltà sul lavoro e abbia problemi finanziari, di cui Valeria è vagamente a conoscenza, la coppia decide che sarà solo lui a lavorare garantendo un buon tenore di vita mentre la compagna potrà permettersi di occuparsi della gestione domestica. A breve vanno a vivere insieme e nel 2000 nasce Tommaso. Verso i 2 anni d'età emergono delle difficoltà nel bambino inquadrate poi come grave ritardo nello sviluppo relazionale, classificato come una forma di autismo. Guido sa di essere stato assente come compagno e come padre, se non altro perché è Valeria a farlo insistentemente notare, e quando giunge al primo colloquio con me è già da qualche mese che tenta di recuperare la situazione, quello che lui ha chiamato redenzione. Ha innanzi tutto riscoperto la forte attrazione sessuale per Valeria, da lui definita "sudditanza affettiva e sessuale", e soprattutto si è attivato nell'accudimento del figlio e nelle faccende domestiche. Tuttavia il suo risveglio sembra essere giunto in ritardo: mentre lui si dibatte affannosamente per riparare

al danno provocato alla compagna, immerso nel senso di colpa e di inadeguatezza, Valeria guarda in altre direzioni. Infatti ha ripreso a lavorare, manda messaggi erotici ad un altro uomo e soprattutto chiede la separazione, o meglio che lui esca di casa, e l'affidamento del bambino.

Guido nel riflettere sulle proprie responsabilità aggiunge di essersi troppo adagiato su Valeria che è una persona forte, volitiva, capace di gestire e di organizzare. Senza volerlo “ho finito per scambiarla per mia mamma”, la quale però ha sempre creduto nella famiglia. Riconosce che le sue mancanze sono state come quelle di suo padre anche se il padre aveva relazioni extra coniugali, che la madre accettava perché in ultima analisi considerava il marito un uomo dedito alla famiglia, mentre lui è sempre stato fedele per un senso di responsabilità verso il partner e perché tradire lo farebbe stare male moralmente.

1.6. IPOTESI DIAGNOSTICA

Nei primi colloqui Guido manifesta una serie di sintomi che sembrano soddisfare i criteri per l'Episodio Depressivo Maggiore secondo quelle che sono le linee diagnostiche descrittive del DSM-IV. Tale Episodio potrebbe essere definito Ricorrente se si ipotizza che il tentato suicidio in occasione della scoperta del tradimento da parte della ex moglie, e il grave umore depresso e la perdita di peso nel momento della separazione testimonino di episodi depressivi maggiori già presentatisi in passato. Tuttavia non c'è una diagnosi certa rispetto a quel periodo. Tornando ai colloqui iniziali osservo che Guido appare rallentato nei movimenti e l'umore depresso, la profonda tristezza traspaiono dalla mimica facciale, nonché dal tono della voce; lamenta una forte perdita di interesse per il lavoro, da sempre una delle attività cui Guido ha rivolto molte delle sue energie, e l'incapacità di provare piacere per ciò che prima era fonte di gratificazione e godimento, come alcuni cibi e le sigarette. Guido riporta anche una perdita di peso di 9 chilogrammi in poco più di un mese e una grossa difficoltà a dormire. Colpiscono inoltre i forti sentimenti di autosvalutazione, “mi sento totalmente inutile e penso che la mia vita non valga niente” e di colpa. Infine Guido riporta di pensare al suicidio, peraltro già tentato circa dieci anni prima. Tutti questi sintomi sono presenti da più di un mese.

Un'ottica cognitivista mi consente invece di fare un'ipotesi diagnostica partendo da elementi non puramente sintomatici e di poter dunque considerare elementi come lo stile di attaccamento e i mo-

delli operativi interni del paziente. Mi colpisce (in rapporto alle mie modalità personali che mi portano a non esitare nel chiedere aiuto ma non mi sorprende come terapeuta data la storia di attaccamento del paziente) la difficoltà di Guido nel cercare un aiuto per il suo profondo disagio: giunge a chiedere un colloquio psicologico all'età di 52 anni, "non pensavo che avrei chiesto aiuto a qualcuno che lo fa di mestiere", e al limite della sofferenza, spinto probabilmente dalle insistenze della compagna e dalla neuropsichiatra che segue il figlio. Emerge inoltre che il suo malessere psicologico ha conosciuto momenti di profonda sofferenza ben quattordici anni prima, un dolore così acuto da indurlo a cercare la soluzione nel suicidio. Resta il dubbio se il suicidio non sia andato "a buon fine" per una beffa del destino (l'auto con la quale doveva gettarsi da un dirupo andò in panne) o perché, in qualche modo, il paziente non volle portarlo a compimento e dunque si sia trattato di semplice ideazione suicidale. Di fatto in me terapeuta il suo racconto suscita allarme e ha l'effetto di coinvolgermi emotivamente, nella direzione della preoccupazione e dell'accudimento. È probabile che questa sia la modalità, forte, utilizzata dal paziente per avere l'attenzione su di sé, così poco sperimentata nella relazione genitoriale, nel momento in cui in lui è attivo il sistema motivazionale dell'attaccamento.

In ogni caso, il dolore così acuto da indurlo a tentare il suicidio è dovuto al fallimento del matrimonio. Si è trattato di una situazione incomprensibile, di cui Guido non arriverà a cogliere le ragioni se non nel corso della terapia, un disagio così sconvolgente da portare Guido a voler "seppellire tutto" partendo per il Mozambico per cinque anni, mettendo ben in evidenza il caratteristico stile di evitamento dei vissuti emotivi legati al mondo affettivo. Salvo poi veder riemergere l'antica sofferenza quattordici anni dopo quando la donna della sua vita, la compagna con cui ha avuto un figlio, lascia tracce di una relazione erotica, quantomeno telefonica, con un altro uomo. Da qui l'impegno a recuperare il rapporto, il darsi totalmente a casa con la compagna, che peraltro non fa che rifiutarlo ormai, con il figlio, al lavoro, per mostrare la propria adeguatezza, per impedire che si realizzi la perdita di questa relazione, per non ritrovarsi solo e non amato una volta ancora.

In una situazione di profonda depressione come quella vissuta nel 1983 Guido si rivolge alla madre, le chiede aiuto e la donna è pronta a farlo a "suon di schiaffi". Questo episodio lo ritengo significativo dello stile di attaccamento evitante che Guido ha con la madre: è sull'orlo del precipizio e chiede aiuto, si attiva in lui il

sistema di attaccamento, e la risposta della madre è evitante. Evi- tante rispetto alla vicinanza emotiva e rispetto all'accoglimento del bisogno di accudimento, di conforto, di comprensione, la risposta non è un abbraccio. La risposta della madre è il distacco, l'allon- tanamento, è scuoterlo a suon di schiaffi ovvero, fuor di metafora, spronarlo a reagire immediatamente, a non soffermarsi sul dolore, su quanto accaduto, per ripartire nella vita e anche concretamente per altri orizzonti. D'altro canto la madre sin da quando lui era piccolo ha considerato le coccole, il contatto fisico, come smance- rie, un "sergente" non deve o non può permettersi la tenerezza con i suoi militari. Difatti una della grosse difficoltà di Guido nel rap- porto col proprio figlio è proprio provare imbarazzo e infastidirsi di fronte alle richieste di coccole del bambino, irrigidirsi quando vie- ne letteralmente avvolto dagli abbracci morbidi, inevitabili, avv- inghianti di Tommaso. Un bimbo che ha molto bisogno del contatto fisico, che lo ricerca avidamente soprattutto quando, essendo Gui- do rimasto solo a dormire nella camera matrimoniale per decisione della compagna, Tommaso si infila proprio nel lettone del papà.

Mi commuove che la madre di Guido, ormai anziana e liberata dal compito di allevare da sola tre figli, mostri dei rimorsi per il rigi- do stile educativo impartito al figlio, si dispiaccia per essere stata "troppo rigida, non abbastanza affettuosa e materna". Non a caso quando Guido si trova nuovamente in una situazione di sofferenza per la probabile separazione dalla compagna la madre lo accudi- sce: è lei che telefona al figlio per sapere come sta.

Quanto detto mi fa pensare ad uno stile di attaccamento evitante con la madre, ovvero di tipo A.

Per quanto riguarda il padre risulta più difficile portare evidenze episodiche che testimonino dello stile di attaccamento di Guido, tuttavia l'assenza dell'uomo per tutta l'infanzia e l'adolescenza del figlio escludono che questo potesse essere una persona pronta a ri- spondere ai bisogni di accudimento e di aiuto del figlio. È piuttosto una figura distante, idealizzata, così come lo è la madre benché vicina, un personaggio da romanzo d'avventure più che un padre incarnato col quale confrontarsi e scontrarsi, un padre che tuttavia in parte Guido può conoscere attraverso il rapporto epistolare che si gioca però sugli aspetti culturali e intellettuali. Guido per tutto il corso della terapia riporta infatti il senso di inferiorità nei con- fronti di questo padre, "più personaggio che persona". Anche alla morte del padre, nel febbraio 2006, sarà uno degli aspetti ripresi dal paziente: "mi ha sempre tormentato non essere una persona carismatica e straordinaria come lui". Alla luce di quanto detto

giungo alla conclusione che anche col padre lo stile di attaccamento è probabile che sia di tipo A o attaccamento evitante.

Ripercorrendo la storia di sviluppo di Guido mi è stato possibile individuare i modelli operativi interni intorno ai quali ha organizzato la conoscenza del mondo e l'immagine di sé nonché il proprio stile relazionale:

- tendenza a selezionare gli eventi negativi nel mondo e nella propria storia;
- un senso di fallimento che viene generalizzato e va a permeare tutti gli aspetti della propria vita, anche quelli positivi;
- sentimento profondo di inadeguatezza e di colpa;
- aspettativa di esclusione e rifiuto nelle relazioni affettive;
- paura della perdita che induce a reazioni riparatorie sacrificali;
- forte senso di responsabilità;
- tendenza a ricreare le medesime condizioni relazionali disfunzionali così da provocare l'abbandono temuto e confermare l'aspettativa di rifiuto e di perdita e dunque il proprio destino di solitudine;
- forte senso etico anche nelle relazioni più superficiali per far fronte al sentimento di non amabilità personale;
- sentimenti di disperazione, di tristezza e moti di rabbia (nei confronti della compagna quando sarà ormai chiaro che la relazione non si ricostituirà);
- idealizzazione delle figure d'attaccamento;
- ideazione suicidale e tentato suicidio.

Tutto questo mi fa propendere per una diagnosi di organizzazione di personalità di tipo depressivo.

1.7. TERAPIA

1.7.1. *Trattamento: strategie*

La terapia, intesa come qualcosa che porta aiuto, a mio avviso ha inizio nel momento in cui Guido realizza, sin dal primo colloquio, che lo sto ascoltando con partecipazione. Offro al paziente una presenza empatica che permette di sintonizzarci. In questo modo Guido, dopo una fase in cui sembra rannicchiato su se stesso, si sente sufficientemente in grado di avviare un racconto udibile e condivisibile. Se questo disegna un sottile ponte comunicativo tra noi ritengo che la manovra del chiarire le sue aspettative, rispetto al percorso in procinto di delinarsi, sia stato un punto fondamentale per impostare una relazione terapeutica senza inganni e

autentica. È già questo un piccolo elemento perturbativo nell'esperienza di Guido poiché permetterà, sia a lui che a me, di richiamarsi nel corso della terapia a qualcosa che abbiamo ragionevolmente concordato. I ruoli reciproci vengono chiariti ed è evidente a Guido che gli sarà possibile sostenere il suo.

Ho cercato di portare all'attenzione del paziente gli elementi della sua vita che forse potevano essere positivi e che lui leggeva invariabilmente come negativi, nel tentativo di aiutarlo ad attribuire agli eventi significati alternativi. All'inizio però non è stato possibile farlo, era come se mancasse anche la più piccola fessura per entrare nel flusso del racconto del paziente, per introdurre uno spazio di riflessione. Così ho ritenuto di assecondare questa richiesta, espressione del bisogno di narrarsi e forse anche della paura di essere giudicato. In effetti mano a mano che la relazione si costruisce e si consolida Guido sembrava fidarsi in misura maggiore e si è aperto alla possibilità di letture alternative della propria storia di vita. La condivisione dei nuovi significati attribuiti ad alcuni eventi è stata una parte importante del lavoro terapeutico.

Particolarmente penoso per Guido risulta, nel momento in cui verso settembre 2005 decide che si trasferirà in un'altra casa, affrontare il discorso del trasloco con Tommaso. Accade allora che io citi il film "La vita è bella" di Roberto Benigni come esempio di un genitore che trova il modo di far vivere al proprio figlio come un gioco una delle situazioni più drammatiche per gli esseri umani.

Per Guido è un'illuminazione: fa suo lo spunto con grande entusiasmo. In Guido si attiverà una sorprendente vena creativa che gli permetterà di organizzare l'accoglienza di Tommaso con serenità. Condividiamo però il fatto che sia importante spiegare a Tommaso, con parole adatte, le ragioni del trasloco ovvero la separazione tra mamma e papà. Tra gli strumenti terapeutici che ho ritenuto utile proporre al paziente vi è l'autobiografia, dunque dopo i primi tre o quattro colloqui invito il paziente a scriverla. Guido non sembra volerlo fare, forse vive l'autobiografia come un compito per il quale potrebbe essere giudicato e quando riprendo l'argomento tende ad evitarlo. In realtà Guido non la porterà se non a circa dieci mesi dall'inizio della terapia (ventottesima seduta) e sarà possibile allora condividere il fatto che sentiva questa richiesta come qualcosa che lo esponeva alla possibilità di essere criticato. Lo scritto, di tre pagine, avrà piuttosto il carattere di una riflessione sul percorso fatto in psicoterapia, di una lettura più serena delle proprie difficoltà, di un riconoscimento più consapevole dei propri bisogni.

È il suo *copia-e-incolla* .

1.7.2. *Trattamento: risultati*

A due mesi dall'inizio della terapia Guido riprende il discorso del suicidio e sottolinea come nei quattro mesi precedenti il nostro incontro avesse pensato più volte a come togliersi la vita per porre fine alla sofferenza provata poiché si sentiva senza via d'uscita. "Anche ora mi sento un po' senza via d'uscita però c'è qualche spiraglio..". In realtà il rapporto con Tommaso acquista nel corso della terapia un ruolo sempre maggiore nella voglia di vivere e di ricostruire di Guido. Questo è possibile perché Guido si apre alle richieste di cura e di attenzione del bambino: l'iniziale irrigidimento, fastidio e imbarazzo di fronte alla domanda di coccole di Tommaso lascia il posto, molto lentamente, al provare calore nel contatto fisico, alla piacevolezza degli abbracci, dei baci, dello stare morbidamente attaccati. Credo che un ruolo importante l'abbia giocato l'aver ricevuto nella relazione terapeutica un accoglimento dei suoi bisogni di ascolto e di comprensione, Guido infatti mi conferma che l'esprimere i propri stati affettivi "non l'ho mai fatto con nessuno: né con mamma né con papà né con altri, solo con lei". Credo che questo abbia consentito a Guido di riconsiderare il valore dell'accudimento per se stesso e per il proprio figlio. Non arriviamo col paziente ad una metacognizione su questo, non vi è una consapevolezza esplicitata ma piuttosto una nuova modalità relazionale che pone il prendersi cura, il fare e ricevere coccole tra le esperienze gratificanti per Guido. Lui che per tutta la vita ha sperimentato il primato dell'aspetto intellettuale e culturale nelle relazioni, lui che ha sempre ritenuto che per i suoi genitori "i figli sono stati una conseguenza del fatto che parlassero di libri, l'effetto erotico della letteratura".

Nel corso della terapia inoltre Guido riprende i contatti sociali, dai quali si era isolato anche per non dover esporre le proprie difficoltà economiche e dunque non mostrare la propria inadeguatezza, e lo fa iniziando da Internet. Le conoscenze virtuali sono solo un rapido canale di passaggio che gli permette di incontrare persone reali e Guido allaccia nuovi rapporti amicali, in particolare con donne. Da queste nuove relazioni ricava la sensazione di essersi riaffacciato al mondo e di avere nuove chances riferite al futuro. In particolare Guido scopre di poter essere apprezzato per la sua sensibilità, che lui definisce femminile, e per le sue doti interiori: la profonda sofferenza dell'ultimo anno lo ha portato a fare un doloroso lavoro di conoscenza di se stesso, di discesa nel proprio mondo emotivo e questo costituisce ora una ricchezza interiore che consente a Guido di avvicinarsi in maniera più spontanea ed emozionante alle altre

persone. Soprattutto Guido si propone con una modalità più autentica, esplicitando i propri bisogni emotivi e relazionali, primo fra questi l'aver compreso, come una rivelazione, di aver bisogno di rimanere in una rete di rapporti col mondo. Riconosce infatti come un valore per lui la fedeltà nel rapporto di coppia ma altresì il desiderio, il piacere di mantenere amicizie, cosa di cui a partire dalla relazione con la ex moglie si era privato. Ricostruisce infatti che fu l'estrema gelosia della donna a portarlo a sacrificare questo vivifico e fondamentale aspetto di sé stesso. Di nuovo emerge come Guido fu pronto, in una relazione significativa fondamentale, a sacrificare una parte di sé per continuare ad essere amato e per questo sentirsi amabile.

Guido inoltre riflette sul proprio modo di funzionare nelle relazioni interpersonali significative e mette a fuoco la sua tendenza a prendersi tutte le responsabilità, afferma che lui parte sempre dall'autocritica. Se in una relazione, come quella con Valeria, le cose vanno male Guido si sente subito responsabile e in colpa per questo. Nel corso della terapia accade che Guido inizi a riconoscere di aver fatto e di stare facendo quanto in suo potere per porre rimedio alla situazione ma che forse se non c'è la volontà di ricostruire dall'altra parte non può fare tutto da solo. Lentamente prende la distanza dal pesante fardello della piena e unica responsabilità nella relazione e la morsa si allenta. Mano a mano che il lavoro di comprensione continua Guido giungerà ad attribuire alla relazione con Valeria il valore di un'esperienza di vita, un tentativo in sé andato male ma che gli ha aperto alla possibilità di conoscere aspetti di sé inespressi e parti del mondo rimaste inesplorate. Da Valeria si separerà verso fine ottobre del 2005 (diciassettesima seduta) e andrà a vivere in un appartamento di famiglia che arrederà a suo gusto. Metterà particolare cura e attenzione nel renderlo accogliente e familiare per Tommaso cosicché possa sentirsi a suo agio nei weekend in cui staranno insieme, quella che lui rinomina "operazione Benigni". Si sente realmente contento di questo cambiamento e della possibilità di vivere momenti dedicati totalmente al suo bambino. Gli scambi affettivi e affettuosi sono profondamente gratificanti per entrambi adesso.

Alla ventiquattresima seduta riporta che da circa un mese non sta prendendo più alcun farmaco.

Tra le nuove amicizie c'è Lidia, una donna di 46 anni, con la quale, verso la parte conclusiva della terapia (ventinovesima seduta), inizia una nuova relazione affettiva. Non vuole però buttarsi in questa storia come avrebbe fatto in passato, ha imparato che si

deve procedere lentamente. In ogni caso si sente gratificato perché desiderato da Lidia sia psicologicamente che fisicamente, “Lidia ha colto la parte più nobile e femminile di me...ma se non sarà la donna della mia vita non è un dramma”.

Nell'ultimo colloquio Guido riporta di essere in grado di andare avanti da solo, questo da un lato gli crea dispiacere e dall'altro lo gratifica perché ha voglia di mettere in pratica tutto ciò che è arrivato a capire di sé. Aveva bisogno di sapere se valeva qualcosa quando è giunto in terapia, ora sa che vuole “che la mia persona venga accettata in modo completo e con consapevolezza”. Inoltre sa che non ha risolto i suoi problemi ma ha trovato un modo diverso per affrontarli. Aggiunge infine che “ora che ho più consapevolezza, ho la coscienza di potermi determinare e di essere meno in balia delle tempeste, più robusto”.

In Guido il senso di inferiorità nei confronti del padre trova infine modo di stemperarsi quasi al termine della psicoterapia, qualche tempo dopo la morte dell'anziano uomo. Finalmente può riconoscere che avrebbe avuto bisogno di un padre più presente e che la differenza tra loro due è che lui è riuscito a stare accanto al figlio Tommaso, fornendogli quella vicinanza emotiva, affettiva e materiale di cui il bambino ha bisogno: “ora io mi rendo conto che avrei avuto bisogno della presenza del papà quando ero bambino e un papà che mi tenesse in braccio come io faccio con Tommaso non l'ho avuto”.

La cosa che più di tutte mi ha commosso del percorso di Guido è proprio il fatto che attraverso l'amorevole gesto dell'accudimento del figlio si siano sciolte in lui le riserve rispetto alla propria amabilità e al proprio valore personale: “mi sento capace, adeguato come papà”. Si realizza una sorta di consapevolezza rispetto al bisogno di amare ed essere amati, di essere accuditi fisicamente ed emotivamente attraverso gli abbracci veri e propri e quelli del cuore. È questa, a mio avviso, una tra le più importanti acquisizioni di Guido rispetto ad un'immagine di sé più positiva e rispetto al recupero dell'importanza dei bisogni emotivi e affettivi suoi e del bambino. Ecco alcune sue parole tratte dallo scritto autobiografico copia-incolla: “mio padre era una persona troppo particolare, troppo carismatica, per poterne accettare non tanto il tracollo fisico, quanto quello mentale...dato che è l'unica persona che avrei voluto essere, pur conscio di non esserne all'altezza, ...mi sforzerò di ricordarlo com'era quando era veramente lui, un personaggio, più che una persona. ... la vera consolazione, in fondo, è che, nonostante tutto, sono riuscito ad essere più vicino a mio figlio di quanto mio padre

abbia potuto fare con me. e questo è già un risultato. uno dei pochi importanti raggiunti nella vita e da mantenere finché si può.”

1.8. LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Entro in relazione col paziente con un atteggiamento profondamente empatico, favorito sicuramente dal fatto che Guido esterna anche attraverso la comunicazione non verbale tutta la sofferenza provata. Questo mi sollecita ad accogliere con quanto più calore e partecipazione possibile questo uomo.

C'è in me estrema disponibilità all'ascolto, alla comprensione della narrazione che Guido fa delle sue vicende, un essere protesa all'accoglimento del sentimento di disperazione portato per la serie di insopportabili fallimenti che elenca.

Gli inizi della relazione terapeutica vedono attivarsi in me il sistema motivazionale dell'accudimento e nel paziente il sistema motivazionale dell'attaccamento. Guido apre per un lungo periodo i nostri colloqui mostrando senza esitazione il profondo umore depresso, quasi per assicurarsi che io sia lì proprio per prendermi cura di lui e col timore forse di non essere visto. È cupo, appare chiuso in se stesso, lo sento lontano eppure mi arriva da tutto il non verbale il suo urlo silenzioso di dolore.

È presente un tale abbattimento in questo uomo che ad ogni inizio è necessario uno sforzo affinché io mantenga un atteggiamento di comprensione e, senza sprofondare con lui, trovi un appiglio cui far aggrappare il paziente per aiutarlo a risalire quel tanto che basta a far ripartire la sua narrazione. E Guido, e non smetterò di sorprendermi ogni volta che accade, improvvisamente riparte e si risollewa diventando cooperativo. Come se soddisfatto il bisogno di accudimento potesse ora mettersi al lavoro. Questa diventa allora una sorta di danza di apertura che consente a Guido di esprimere tutto il dolore accumulato negli anni, il pianto per gli abbracci mancati con la mamma, di prendersi tutte le attenzioni, gli sguardi amorevoli, l'ascolto e la comprensione che da sempre gli sono stati negati ad ogni sua richiesta di cura e accudimento.

Quando il racconto di Guido si avvia ho un atteggiamento di aperto interesse che nasce dall'autentica curiosità per la sua storia di vita.

Inoltre il mio essere assolutamente non giudicante ha permesso a Guido di portare anche le parti di sé più fragili e meno degne di essere amate. Questo ha aperto un varco sui suoi bisogni più profondi, gli ha permesso di mostrarsi un po' di più e di essere

più autentico, di riconoscere sia i fallimenti ma anche le emozioni sepolte e i bisogni inespresi.

Nei colloqui l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento ha lasciato uno spazio sempre più ampio all'attivazione del sistema motivazionale cooperativo. E gli inizi dei nostri incontri settimanali non sono più stati cupi e silenziosi bensì incorniciati da sorrisi, da spiragli di nuova luce, dall'entusiasmo per progetti e visioni più possibiliste del futuro. Parlo evidentemente di una fase avanzata della relazione terapeutica.

1.10. FOLLOW UP

Rivedo Guido per un colloquio nel gennaio 2007, a circa sei mesi dalla fine della terapia (luglio 2006).

Al termine del trattamento avevo proposto al paziente un follow-up a tre mesi, in parte come consuetudine del CPS, in parte per il mio desiderio di verificare che Guido stesse realmente bene.

La chiusura della terapia, infatti, venne proposta dal paziente con tempi che io sentivo piuttosto veloci ovvero nel giro di quattro, cinque colloqui (è il momento, descritto nella trascrizione della seduta, in cui lui decide di togliere il ponteggio). Fu come se Guido avesse individuato con esattezza il momento in cui non aveva più bisogno di aiuto, aveva preso ciò che gli serviva e ora poteva e voleva andare da solo. Si era arricchito di una nuova modalità di leggere e gestire gli eventi e di entrare in relazione col mondo e dunque voleva provare, come aveva in effetti riportato nell'ultimo periodo, la sua autonomia.

Da un lato mi sono sorpresa della sicurezza con la quale andava incontro alla chiusura dall'altro mi ha gratificato che abbia sentito dentro di sé il momento giusto per farlo.

Di fatto per impegni di Guido sul lavoro il nostro colloquio slitta a sei mesi.

Guido si presenta in gran forma, curato, sorridente, energico. Non ha più avuto alcun disturbo riconducibile alla depressione.

I problemi di lavoro ci sono ancora ma lui ha imparato a gestire in maniera diversa la rabbia e le preoccupazioni.

Tutti i weekend li trascorre con Tommaso e di questo è molto felice. Il fatto nuovo della sua vita è il rapporto con Lidia. Un giorno la settimana lei va a prenderlo in ufficio e trascorrono la serata e la notte insieme a casa di Guido. Ha scoperto grandi affinità elettive con lei, condividono diversi interessi, come la musica degli anni Settanta, e si sente sommerso d'affetto, cosa assai gratificante per

lui. Sente che Lidia ha colto la sua parte più profonda.
Il lavoro in psicoterapia lo ha aiutato a “mettere ordine nel mio armadio” e a tirare fuori le cose che erano dentro di se: ora vede le cose sotto una luce diversa.
Realizzo che Guido ha davvero guadagnato la sua autonomia e ha recuperato l'autostima, nonché la possibilità di considerare il suo mondo emotivo, proponendosi così con autenticità nelle relazioni interpersonali.

Finito di stampare nel mese di Settembre 2009
da Larioprint - Como

