

CASI CLINICI

Da un mosaico andato in pezzi all'arte del "Kintsugi"¹: un percorso verso nuove integrità

Monica de Marchis

*Docente Associazione Terapia Cognitiva,
Centro Multiverso, Roma*

Laura Barca

*Ricercatrice dell'Istituto di Scienze e
Tecnologie della Cognizione, ISTC-CNR, Roma*

In un intervento costruttivista, qui declinato da un approccio cognitivo post-razionalista, il cuore pulsante di ogni intervento clinico/formativo riguarda l'attenzione alla relazione con l'Altro e al suo modo di dar significato nell'incontro con il mondo. L'esposizione del caso clinico è volto a delineare alcuni snodi affrontati dal paziente, dal terapeuta e dal supervisore all'interno di un "multiverso" di contesti coesistenti. I diversi attori di questo processo, ognuno portatore di una irripetibile visione e percezione della realtà, si sono misurati nella co-costruzione di una relazione nella quale il clima di reciproca legittimazione ha favorito l'emergere dei rispettivi significati e di esperienze personali, in una continua rilettura degli uni e degli altri.

Parole chiave: contesto, supervisione, relazione terapeutica, isomorfismo

From a constructivist, post-rationalist cognitive perspective, the core of any clinical intervention (or training) is the attention to the relationship with the other and his/her way to assign meaning to the world. We present a clinical case outlining some of the key "decision points" faced jointly by patient, therapist, and supervisor. Each actor in this process carries a unique perception of reality, but all faced the joint construction of a (therapeutic) relationship. In this process, the reciprocal legitimation and the continuous flow between the actors' mindstates, helped the emergence of individual meanings and experiences.

Keywords: treatment setting, supervision, therapeutic relationship, isomorphism

In una posizione classicamente razionalista (terapie di matrice comportamentista e cognitivista) caratterizzata da una lunga tradizione di ricerca di modellizzazione sempre più precisa e "scientifica" dell'essere umano inteso come "macchina pensante", si esclude come scelta metodologica la comprensione dell'esperienza soggettiva, sia appunto essa del paziente, del terapeuta, del supervisore/formatore.

L'impostazione riduzionistica vede nella cure mediche una scienza naturale applicata da cui deriva l'illusione che il curatore entri in scena per sopprimere, eliminare, cancellare in qualche

¹ Letteralmente "riparare con l'oro", è una pratica giapponese che consiste nell'utilizzo di oro o argento liquido o lacca con polvere d'oro per la riparazione di oggetti in ceramica (in genere vasellame), usando il prezioso metallo per saldare assieme i frammenti.

modo la malattia. Diversamente, nell'approccio costruttivista, uno dei grandi terreni di confronto riguarda come è fatta la soggettività umana, come si produce il disagio, come ce ne possiamo prendere cura (Guidano, 2007, 2008, 2010). In questa ottica l'osservatore è considerato parte integrante e indispensabile dell'evento osservato, e seguendo tale fondamentale premessa si può giungere ad una prospettiva ancora più ampia, dove curare l'Altro è anche manifestare qualcosa del proprio essere.

L'agire del medico (come dei curatori in genere) per tutto il processo terapeutico, comporta sempre anche l'esporsi personale a un rischio, il manifestare qualcosa del proprio essere, il rendere testimonianza di ciò che si è e, inevitabilmente, la coscienza di essere partecipi e immersi nel contesto in cui si agisce, attraversati da interrogativi che aprono all'altro e alla comunità. [...] Questo modo di guardare alla cura degli uomini implica essere consapevoli che non può darsi una condizione di estraneità, e di immunità, rispetto al campo in cui si opera, che non si può essere, per conseguenza, oggettivi e impartecipi. (Gasparetti Landolfi, 2013)

Nella pratica clinica sperimentiamo quotidianamente quanto anche il curatore sia soggetto di emozioni che si esprimono, in modo più o meno consapevole, durante il processo terapeutico. Saperle ri-conoscere, comprendere ed utilizzare fa parte della complessità, ma anche dell'arricchimento della relazione con l'Altro, poiché anche il disordine, il timore di sbagliare, l'incertezza, la frustrazione sono dimensioni costitutive della pratica della cura, e non solo all'inizio di una carriera clinica. Paziente, terapeuta e supervisore, nell'interfacciarsi tra loro, partecipano ad un progressivo svelamento e ad una riappropriazione della esperienza condivisa che contribuisce a determinare l'emergere di nuove domande, di diversi modi di sentirsi e comportarsi (Zaratti e De Marchis, 2007).

Il tema della formazione in psicoterapia è discusso in ambito internazionale (Rihacek, Danelova & Cermak, 2012; Watkins, 2013) ed è ormai entrato nel vivace dibattito delle Scuole di specializzazione più sensibili al tema della qualità delle offerte formative. Un aspetto riguarda anche il ruolo e le potenzialità didattiche della supervisione. In particolare le Autrici rintracciano un'anima costruttivista che considera fondamentali:

- una rinuncia alla determinazione di saperi oggettivi da parte dell' "esperto", sia esso terapeuta che formatore
- la ricerca di coerenza e continuità tra la teoria e la prassi clinica
- un sovvertimento di modalità dall'alto verso il basso per coltivare circolarità dei processi interattivi e coesistenti tra loro (Butera e Zaratti, 2002).

Il modo di svolgere la terapia e la supervisione richiama ad una continua verifica sulla circolarità del processo: come il terapeuta aumenta la sua competenza "tecnica" ed esperienziale del suo modo di percepirsi e di dar significato, così anche il supervisore/formatore si nutre e si orienta continuamente in ordine agli spunti che via via vengono dalla relazione tra il terapeuta e il paziente. Il caso clinico presentato evidenzia come la supervisione serva non solo ad una analisi degli elementi clinici del paziente, ma si arricchisca mettendo al centro della discussione anche il terapeuta con il suo vissuto, le sue direzioni, il suo stare nella relazione, mano a mano che giungono le contingenze del paziente, non trascurando, tra l'altro, gli effetti che procura al terapeuta, valorizzandosi della "eco" prodottasi nel contesto di supervisione.

Un insieme quindi di contesti che coesistono, che si nutrono a vicenda, in cui fratture, discontinuità, incertezze sono accolte e utilizzate per comprendere ogni possibile punto di forza².

Caso clinico:

Sintesi descrittiva del caso, primi colloqui e problema portato

Luisa è una donna di circa 50 anni, nata a Roma, città dove vive attualmente. Diplomata come puericultrice, lavora presso una clinica romana con mansioni amministrative. La signora ha due sorelle, una più grande ed una più piccola. Il padre è deceduto dopo una lunga malattia nell'ottobre del 2007. La madre è ancora in vita. Luisa è sposata con Gianni, ed è madre di due figli: Andrea di 24 anni e Maria di 14. La paziente è stata inviata dall'ambulatorio di Psichiatria di un ospedale romano, dove è seguita con terapia farmacologica per disturbi dell'umore. Viene riferito un quadro clinico di "dis-regolazione della condotta alimentare", con un picco depressivo successivo alla morte del padre.

Nel primo colloquio (giugno 2010) il disagio viene espresso dalla paziente "*come sentirsi un mosaico che va in pezzi*", un'esperienza che Luisa mette in relazione principalmente alla perdita del padre. Indica poi come ulteriore area problematica una difficoltà nel gestire le attivazioni emotive, dove le "emozioni forti" le provocano un insostenibile "*movimento dentro*" che viene placato solo tramite il cibo (anestetizzante di affetti ed emozioni). Altro piano problematico sono i rapporti interpersonali, vissuti spesso con un senso di intrusione degli altri e delle loro problematiche. Luisa vorrebbe cambiare alcuni suoi comportamenti, in particolare: "*penso sempre prima agli altri, quando poi penso prima a me mi viene il senso di colpa...vorrei mettere al centro Luisa!*". Relativamente alla famiglia di origine, Luisa descrive un padre autoritario, geloso e violento, cui la paziente non si oppone fino alla maggiore età; e una madre poco affettuosa, rigida, che si occupava solo delle cose pratiche e con dei tratti ossessivi per la pulizia della casa. Dei due genitori è il padre ad essere il punto di riferimento di Luisa per le "*cose importanti*", e negli anni della malattia racconta di una distensione dei rapporti e di una inversione di ruoli per cui lei diventa il punto di riferimento per lui, occupandosi della gestione del contesto clinico paterno. Del marito Gianni parla poco e non volentieri, quasi per non perdere il tempo del colloquio, mentre idealizza il rapporto con i figli descritto come un rapporto "*di massima fiducia e massimo rispetto*", soprattutto con il primogenito Andrea. In generale la paziente è ben orientata nel tempo e nello spazio, buono il contatto con la realtà. Tuttavia la ricostruzione degli eventi problematici (sia del passato che recenti) è estremamente frammentata e discontinua, con numerosi vuoti di memoria. La narrazione è poco lineare e spesso circostanziale, per cui la paziente tende a dilungarsi nella descrizione di fatti concreti e contingenti, perdendosi nel suo stesso racconto.

Utilizzando la cornice teorica costruttivista post-razionalista, la paziente può essere descritta in termini di un'*organizzazione di significato personale* tipo *Disturbo Alimentare Psicogeno (Dap)*. Tra gli aspetti caratteristici di Luisa che fanno propendere per questo tipo di assetto, primo tra tutti è la sua difficoltà di gestione del **confine interpersonale**. Questa difficoltà si manifesta sia nelle relazioni con i familiari, dai quali Luisa si sente invasa, sia nella relazione con la terapeuta, con continue oscillazioni tra il "tu" e il "noi" e la necessità di creare anche una demarcazione fisica. Nei primi tre incontri, ad esempio, Luisa poggiava la borsa sulla scrivania, non utilizzando le sedie disponibili, creando in questo modo un confine concreto e tangibile tra lei e la terapeuta, per poi abbandonare questa necessità di demarcazione nello svilup-

² Allo stesso modo, mentre il supervisore "fa luce" al terapeuta sui possibili sentieri di comprensione e intervento, è inevitabilmente chiamato a verificare la viabilità della metodologia didattica svelandone le proprie sottili configurazioni emotive e identitarie.

po della relazione terapeutica. In maniera coerente con un assetto Dap *outward*, Luisa mette a fuoco i propri stati interni utilizzando un referente esterno, attraverso la continua sintonizzazione con l'altro. Questo implica per lei l'emergere di un *senso di inadeguatezza* quando non c'è corrispondenza tra le sue aspettative e la risposta dell'altro, un *senso di vuoto* e dissolvimento quando l'altro viene a mancare, ed un *senso di intrusione* quando l'altro è percepito come troppo definente e critico, e in questo caso la relazione viene regolata con atteggiamenti oppositivi al fine di demarcarsi (Zaratti e De Marchis, 2007).

Fin dai primi incontri emerge la difficoltà di Luisa nel definirsi con gli altri e nel regolare le emozioni discrepanti che ne derivano. Luisa cerca di dare ordine o di tacitare la confusione interna generata dall'attivazione emotiva discrepante attraverso un elemento esterno, il cibo. Coerentemente con il suo modo di organizzare esperienze e significati, l'utilizzo del cibo le permette di controllare l'attivazione emotiva appiattendola, eliminando di fatto le emozioni che risultano, ora, indefinite e non riconfigurabili (il "*movimento dentro*"). Il cibo viene utilizzato come anestetico per bloccare le emozioni (soprattutto ciò che individua come rabbia). Questa modalità di regolazione emotiva non è recente, ma utilizzata fin dagli anni delle scuole elementari. La storicità nel gestire il proprio sentire con questo stile, adottata fin dal periodo di sviluppo pre-adolescenziale, rende evidente già dai primi incontri la cronicità delle difficoltà e della fatica di Luisa, e di quanto siano radicate in lei queste modalità di gestione delle emozioni discrepanti. Questo porta la terapeuta a riflettere sul possibile esito della terapia e a ridimensionare le aspettative di cura. Nel tempo, all'utilizzo del cibo per gestire il senso di vuoto e un'attivazione emotiva indistinta, si affiancano interventi chirurgici di introduzione del palloncino intragastrico per cui la paziente era in lista di attesa da prima dell'inizio della terapia (interventi eseguiti al 2° ed al 7° mese di terapia). Il meccanismo alla base di tali comportamenti appare ridondante, un elemento esterno viene utilizzato (letteralmente introdotto) per controllare qualcosa di interno, una percezione indistinta e poco riconfigurabile. Riconoscendo gli interventi chirurgici come opportunità generative per il percorso di legittimazione di Luisa, l'azione terapeutica non è stata di tipo sanzionatorio o giudicante, ma volta a promuovere nella paziente una riflessione sulle sue modalità di decisione e di scelta. La terapeuta ha adottato una posizione di "rispettosa vigilanza", volta ad affiancare Luisa nel percorso di comprensione del senso di questi interventi chirurgici – come di altri interventi farmacologici e medici (che si sono susseguiti fin verso la metà del percorso terapeutico) – e cercando di ridimensionarne le aspettative.

L'assenza di continuità narrativa con una consistente difficoltà nel rievocare gli eventi sono aspetti caratteristici dei colloqui, soprattutto iniziali, con Luisa. Fin dai primi colloqui la terapeuta è impegnata a gettare le basi per una possibile e nuova unitarietà delle esperienze della paziente. Tali eventi iniziano così ad essere (parzialmente) ricostruiti, cercando di non lasciare pezzi del mosaico disseminati confusamente nella sua storia. Non poca è la fatica che la terapeuta si impegna ad affrontare in questa fase per supportare la paziente nel trattenere e immaginare un nesso tra gli eventi raccontati in modo disordinato e gli effetti che questi eventi producono in lei. La paziente comincia ad essere incuriosita e stimolata da questa nuova modalità di ri-contestualizzare gli eventi e gli stati d'animo, registrando positivamente il placarsi della confusione e dell'ansia. Si attrezza, ad esempio, ricorrendo spesso all'agenda del cellulare per ricollocare temporalmente quegli eventi o situazioni che le hanno provocato disagio e che potevano andare "persi" anche se accaduti solo pochi giorni prima della seduta.

S-nodi della terapia

Inizio della relazione

Uno snodo importante della terapia si è verificato proprio nell'avvio della stessa. L'azione del terapeuta era caratterizzata da una scarsa assertività, dovuta alla inesperienza nel coniugare

una posizione da un lato fruibile e rispettosa per la paziente, ma al tempo stesso incisiva sul piano dell'intervento clinico, in ordine alle caratteristiche emotive della paziente. Durante la supervisione si è potuto osservare ciò che caratterizzava il vissuto della terapeuta. Il timore di poter invadere troppo la paziente, così sensibile al tema del confine, e contemporaneamente la necessità di individuare una modalità per gestirne l'atteggiamento indefinito e ambiguo che si evidenziava non solo nei suoi temi di vita, ma anche e soprattutto nella relazione terapeutica che stava nascendo. Questi due aspetti hanno determinato una difficoltà nel circoscrivere e condividere il campo di azione/lavoro. Ma emergeva contemporaneamente anche che il tratto indefinito della paziente risultava per certi versi consono e armonico con quello della terapeuta, nel creare un clima agevole e "comodo" per entrambe le protagoniste del processo terapeutico: un certo grado di ambiguità confortevole per la terapeuta, che poteva così lasciare aperte diverse possibilità e strade di intervento mantenendo la percezione di poter limitare il campo d'errore. In altre parole, questo elemento garantiva la terapeuta dai rischi di una esposizione eccessiva, repentina e non graduale, e contemporaneamente proteggeva la paziente, così sensibile al riconoscimento/definizione da parte dell'altro, dal timore di uno svelamento completo. D'altra parte, emergeva nelle prime sedute anche una difficoltà per la terapeuta a creare-mantenere-ridefinire una rotta e una direttività su un terreno instabile. L'assenza di una posizione assertiva, in questa fase, rendeva difficile circoscrivere un contesto di setting terapeutico. Tale fenomeno, che potrebbe essere definito "isomorfo", fu trattato in supervisione: quello che accadeva in seduta forniva indicazioni non soltanto alla terapeuta, al suo stile di gestione della relazione e ai suoi temi personali, ma anche su ciò che accadeva alla paziente nelle sue relazioni. Così come la terapeuta (sensibile al riconoscimento/definizione con l'altro), così la paziente (concretamente dipendente dal riconoscimento/definizione da parte dell'altro) manteneva un certo grado di ambiguità e indefinizione come modalità per sostenere la vicinanza di un altro significativo con il coinvolgimento emotivo che ne deriva. Tali modalità permettevano, entro una certa misura, il mantenimento della relazione terapeutica, anche se, in situazioni critiche, questa modalità facilitava l'emergere di aspetti disarmonici poco riconfigurabili e poco utilizzabili nel processo terapeutico.

In questa fase, l'intervento del supervisore (osservatore privilegiato alla diade terapeuta-paziente e interno al contesto terapeutico allargato, parte integrante dell'insieme dei contesti terapeutici coesistenti) ha sollecitato delle riflessioni metaterapeutiche e degli insight per la terapeuta, che hanno permesso una maggiore assertività negli interventi, e una ridefinizione del problema portato nella quale si è potuto comprendere e legittimare la paziente, non scivolando su interventi di tipo giudicante, né tanto meno avviando pressioni (infruttuose) per far definire a tutti i costi la paziente, forzandola cioè ad utilizzare un codice, una modalità non propria, non utile a lei per rileggersi e riappropriarsi della sua esperienza soggettiva (De Marchis, Rognoni e Zaratti, 2012). Aspetto importante del lavoro di supervisione è stato quello della determinazione del ruolo di terapeuta, non come colui che pre-determina la struttura del colloquio e della relazione in maniera rigida, ma come un "perturbatore strategicamente orientato" (Guidano, 2007) che accompagna il paziente durante un processo di esplorazione dei suoi vissuti emotivi e delle sue esperienze, riorganizzandole al fine di arricchirle di nuovi sensi e significati.

Luisa e i farmaci

Nella fase centrale del percorso con Luisa si colloca un punto critico e di svolta nella terapia, legato ad importanti scelte di vita della paziente che hanno ripercussioni nella relazione terapeutica. Luisa decide di intraprendere un percorso farmacologico volto ad un repentino calo del peso ponderale. Nei mesi precedenti la paziente aveva mostrato dei miglioramenti segnalati dall'incremento nelle capacità autoriflessive e modificazioni relazionali (maggiore assertività

nei confronti dei figli e del marito) e sintomatologiche (minore ricorso al cibo come regolatore degli stati interni). Luisa accetta di seguire una terapia farmacologica a base di anfetaminici, assegnatale da un medico cardiologo cui si era rivolta senza previa consultazione con i clinici che la seguivano da tempo (anche per gli aspetti farmacologici legati al calo dell'umore).

A seguito dell'assunzione di questa terapia Luisa si ritrova catapultata in una fase di apparente rinascita e di nuove energie, ma allo stesso tempo diventa particolarmente difficoltosa la gestione della aggressività nei rapporti interpersonali. Luisa si sente più attiva, ma anche spaventata, confusa, rabbiosa. Avverte che queste nuove energie sono in qualche modo estranee a lei. La paziente, nella ricostruzione svolta con la terapeuta, non ha dubbi sul riferire che tale energia avulsa da sé si colloca a partire dall'inizio della terapia farmacologica, e nelle sedute di quel periodo riesce a ricostruire progressivamente il senso di dis-appropriazione del proprio sentire. Successivamente a quel momento critico, diventa prezioso e sintonico con la fase della terapia lavorare sulle motivazioni e sullo stile decisionale che guidano Luisa nelle proprie scelte di vita e di cura di sé, proprio a partire dalla dis-appropriazione del proprio sentire, scatenata in modo così acuto dall'assunzione della terapia medica assegnatale.³

La terapia anfetaminica ha costituito, quindi, un fattore di stress per la relazione psicoterapeutica, su diversi livelli. La paziente aveva ritenuto questi farmaci una fonte rapida e incisiva per il suo miglioramento, sottovalutando il lavoro svolto nei precedenti mesi e mettendosi nuovamente in una posizione passiva (il cambiamento è dovuto al farmaco, ad un fattore esterno). Questa attribuzione al contesto, al mondo esterno, è stato un piano di lavoro importante che ha sottolineato l'utilità del lavoro sul passaggio dall'esternalità all'internalità. Nel periodo in cui Luisa ha sperimentato gli effetti del ricorso a drastiche soluzioni esterne, e agli effetti negativi che lei stessa ha in qualche modo subito, si delinea meglio la direzione principale del progetto terapeutico. Si può orientare il lavoro affinché Luisa si equipaggi per diventare artefice del suo cambiamento, riappropriandosi della sua esperienza, cominciando a contemplarne i successi, i dubbi, i fallimenti, le speranze che ne potevano derivare. Inevitabilmente, gli effetti "attivanti" dei farmaci entrano di fatto nel colloquio, sono un problema da gestire poiché, come emerge anche in sede di supervisione, "attivano" anche la posizione della terapeuta. La narrazione della paziente non è caotica come nei primi incontri, ma estremamente schematica: deve seguire la sua sequenza logica, e se interrotta per approfondimenti si innervosisce. L'assunzione delle anfetamine da parte della paziente, inoltre, è stata un importante fattore di perturbazione per la terapeuta, con l'emergere di sentimenti di rabbia e frustrazione. Ed infine, un senso di delegittimazione della terapia e del lavoro terapeutico, in relazione a questa nuova figura clinica (il medico cardiologo) che si muove nel mondo della paziente. In una situazione in cui, dunque, la terapeuta si è trovata a fronteggiare/gestire non solo le inaspettate modalità comportamentali e aggressive della paziente, ma contemporaneamente le proprie attivazioni emotive discordanti legate alla perturbazione in atto, è dal suo contesto di vita (la supervisione) che è pervenuto l'elemento di riconfigurazione e ri-appropriazione della propria esperienza di terapeuta con quella paziente. Gli incontri di supervisione, infatti, sono divenuti l'occasione per puntare un riflettore sulla relazione in atto nella diade terapeutica. Il mettere a fuoco gli aspetti emotivi del terapeuta ha significato elaborare i sentimenti di rabbia e frustrazione, e quello meno evidente della paura di fronte all'aggressività della paziente con tutti i correlati legati al tema del controllo, ma anche la paura di un fallimento terapeutico e della delusione che ne poteva derivare. Questa

³ Riteniamo sia doverosa una riflessione critica sulla (quanto meno) discutibile scelta del cardiologo di assegnare una terapia anfetaminica ad una paziente già seguita farmacologicamente presso altre strutture, senza prendere contatto e definire un piano condiviso con gli altri attori nel processo di cura di Luisa. Atteggiamento eticamente opinabile, che non ha tenuto conto di alcuna forma precauzionale per Luisa, certamente collusivo con la richiesta della paziente e di cui essa stessa si è trovata vittima.

fase di “attivazione” della paziente si associa anche ad una maggiore insicurezza sul proprio comportamento e sulle proprie scelte. Il cambiamento nel registro narrativo di Luisa crea difficoltà nel terapeuta che deve tessere nuovamente un piano condiviso dalla diade. Ad esempio, la campo-dipendenza di Luisa la portava spesso a chiedere consigli, come l'opportunità o meno di inviare dei messaggi al cellulare della figlia e sul loro contenuto. A queste richieste facevano specchio nella terapeuta sentimenti di irritazione, legati ad un senso di svilimento del lavoro terapeutico (la terapia come fonte di consigli). Una diversa lettura della situazione (ad esempio, considerando il comportamento di Luisa come fonte di informazione su Luisa, non sul terapeuta) ha permesso di arricchire di significati clinici le richieste di Luisa, indici di un sentimento di fiducia nella relazione in cui la terapeuta rappresenta un punto di riferimento a cui affidarsi per le proprie scelte. Sfruttando questa sintonizzazione è stato possibile iniziare un lavoro sulle modalità che ha Luisa di chiedere agli altri, ciò che significa per lei riconoscere tale bisogno, tema che verrà sviluppato successivamente sul significato che ha fidarsi ed affidarsi agli altri, su cosa accade e come si sente quando gli altri corrispondono totalmente alle sue richieste. E proprio su questo piano sono emersi in maniera più chiara ulteriori isomorfismi tra i vissuti personali della paziente e quelli della terapeuta.

Anche in questa circostanza, come nell'avvio della relazione terapeutica, è stato possibile intraprendere un percorso parallelo su cosa significasse per la terapeuta essere un punto di riferimento e rispondere non passivamente alle richieste di aiuto della paziente, pur seguendo il suo ritmo e le sue necessità, ma scegliendo di non utilizzare un piano di lavoro rigido e schematico. La terapeuta, che aveva temuto di veder andare in pezzi parti importanti delle sedute svolte fino a prima della “crisi anfetaminica”, riesce a cogliere un rinnovato senso di competenza e responsabilità della presa in carico della paziente, comprendendo “in vivo” che questo non necessariamente implica l'imporre una linea di comportamento alla paziente. Comprendere che “essere nella relazione” con Luisa era già un atto terapeutico importante (Cipolletta, 2012), occasione per Luisa di mostrarsi ed essere vista nelle sue sfaccettature (forse) per la prima volta nella vita. Appariva ora utile affiancarla e sostenerla nelle fasi critiche di crescita e cambiamento, cercando di scoprire *insieme a lei* (e non *per lei*) quali fossero i suoi bisogni e come soddisfarli nel modo più funzionale possibile. Ed è con questo atteggiamento di rispettoso affiancamento che la terapeuta ha accompagnato Luisa nella scoperta che la terapia anfetaminica non era la risposta ai suoi bisogni, così che nell'arco di pochi mesi la paziente ne abbandonò l'assunzione.

Conclusioni

Una più attiva e autentica presenza della terapeuta, soprattutto nelle fasi critiche del processo terapeutico, hanno permesso di assumere un ruolo chiaro e definito nella gestione di intense perturbazioni interne ed esterne al setting. Questo sembra essere un elemento facilitatore per consentire alla paziente di individuare la terapeuta come l'interlocutore principale per il suo processo di cura, fidandosi ed affidandosi a lei ed “eleggendo” la psicoterapia, da quella fase in poi, come il suo contesto di cura principale.

Tali posizioni non erano scontate, né un punto di partenza, ma piuttosto un bagaglio di esperienze (per la terapeuta “fresca” di formazione e per la paziente) che si sono via via costruite durante il percorso terapeutico. Bagaglio sufficientemente spazioso da contenere quegli elementi di paure, incertezze, fragilità e difficoltà, trasformate in opportunità di preziosa ricomposizione. Così come nella pratica del Kintsugi (vedi Figura 1) nasce l'idea che dall'imperfezione e da una ferita possa nascere una forma ancora maggiore di perfezione e integrazione estetica e interiore, così si è cercata l'integrazione fra i vissuti della paziente, tra la paziente e la terapeuta, tra la terapeuta e il supervisore.

Da un mosaico andato in pezzi all'arte del "Kintsugi"



Figura 1. Esempio di Kintsugi. Fonte: H. Lawton, 2012

Seguendo la metafora di questa forma d'arte giapponese, i frammenti si ricongiungono, mettendo in evidenza quello che non è più un difetto, ma un nuovo tratto distintivo. Nel caso riportato le "fratture" si possono collocare a diversi livelli del sistema complesso. In Luisa, così abituata a percepirsi in relazione con l'altro da giungere in terapia sentendosi disgregata come un mosaico; dove la continuità narrativa e di auto-percezione lentamente costruite con il lavoro terapeutico sono state bruscamente interrotte dalle anfetamine e dal loro effetto dirompente. Nella terapeuta, che si è trovata bruscamente nella necessità di gestire una intensa perturbazione emotiva e di ri-definire un setting condiviso (precedentemente costruito con fatica). Nella diade terapeuta-paziente, che ha sofferto una (seppur parziale) de-sincronizzazione. L'integrazione dei vari frammenti è avvenuta tramite la supervisione e i processi di rielaborazione da essa promossi nei diversi livelli del sistema. Il cercare l'unione tra i contrasti e le armonie tra le parti ha permesso a questo sistema complesso di assumere una nuova forma, simile alla precedente, ma inaspettata ed originale nella sua unicità, ricca di venature che rimandano al valore irrinunciabile dell'esperienza.

Riferimenti bibliografici

- Butera, N., e Zaratti, R. (2002). Un modello di supervisione sistemico-processuale. *Psicobiottivo*, 22, 13-28.
- Cipolletta, S. (2012). La relazione di cura: perché è importante "esserci". *Riflessioni Sistemiche*, 8, 101-110.
- De Marchis, M., Rognoni, E., e Zaratti, R. (2012). Aspetti dell'amore contemporaneo in una organizzazione di significato di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni. In *Atti del XIII Convegno di Psicologia e Psicopatologia post-razionalista*, Siena, maggio 2012.
- Fauth, J., Gaes, S., Vinca, M. A., Boles, S., e Hayes, J. A. (2013). Big ideas in psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 389-391.
- Gasparetti Landolfi, S. (2012). Le *Medical Humanities* nella formazione alla relazione terapeutica. *Riflessioni Sistemiche*, 7, 172-182.
- Guidano, V. F. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla clinica*. Angeli, Milano.
- Guidano, V. F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Angeli, Milano.
- Guidano, V. F. (2010). *Le dimensioni del sé. Una lezione sugli ultimi sviluppi del modello post-razionalista*. Alpes, Roma.
- Lawton, H. (2012). *Japanese Kintsugi*. Retrieved in <http://harrietlawtonart.wordpress.com/2012/09/01/inspiration/>

- Marzano, M. (2012). Cosa fare delle nostre ferite? La fiducia e l'accettazione dell'altro. Trento, Centro Studi Erickson.
- Reda, M. A., e Canestri, L. (2006). Un approccio post-razionalista alla relazione in psicoterapia. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 19, 36-49.
- Rihacek, T., Danelova, E., & Cermak, I. (2012). Psychotherapist development: Integration as a way to autonomy. *Psychotherapy Research*, 22, 556-569.
- Watkins, C. E. (2013). Being and becoming a psychotherapy supervisor: The crucial triad of learning difficulties. *American Journal of Psychotherapy*, 67, 135-151.
- Zaratti, R., e De Marchis, M. (2007). La psicoterapia come processo generativo. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 20, 1-13.

Gli Autori

Monica de Marchis ha conseguito nel 1985 la Laurea presso l'Università La Sapienza di Roma, dal 1990 è iscritta all'Albo degli Psicoterapeuti. Ha svolto un training di formazione in terapia della coppia e della famiglia. Socio Sitcc dal 1986, Socio Didatta dal 2006. Svolge un training di formazione con V. Guidano, con cui inizia una collaborazione e una esperienza come co-trainer nei corsi quadriennali per psichiatri e psicologi a partire dalla metà degli anni '90. Incarico di insegnamento presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica di Siena, Università di Siena dal 2005, Docente di Psicologia clinica delle dipendenze. Docente dell'Associazione di Terapia Cognitiva per la Sede di Roma e Cagliari dal 2005.

Email: demarchis.monica@gmail.com



Laura Barca ha conseguito nel 1999 la laurea in Psicologia presso l'Università La Sapienza di Roma, e nel 2005 il titolo di Dottore di Ricerca in Psicologia e Clinica dello Sviluppo. Dal 2011 è Ricercatrice presso l'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del CNR di Roma, dove svolge ricerche sperimentali nell'ambito della psicologia cognitiva, dello sviluppo, neuroscienze cognitive. Dal 2013 è iscritta all'Albo degli Psicoterapeuti, con una formazione ad orientamento cognitivo-comportamentale integrato specialistico per lo sviluppo e l'adolescenza, ed aver seguito il training di formazione clinica con M. De Marchis e R. Zaratti.

Email: laurabarca@gmail.com

Web page: <https://sites.google.com/site/laurabarcahomepage/>



Citazione (APA)

De Marchis, M., e Barca, L. (2014). Da un mosaico andato in pezzi all'arte del "Kintsugi": un percorso verso nuove integrità. *Costruttivismi*, 1, 58-66. doi: 10.23826/2014.01.058.066. Disponibile da <http://www.aipcc.it/costruttivismi/wp-content/uploads/2017/07/2014.01.058.066.pdf>