Volume 5, Numero 1-2
dicembre 2018

ISSN 2465-2083

Costruttivismi

Rivista semestrale edita dalla

Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista

aippc

COSTRUTTIVISMI

RIVISTA SEMESTRALE EDITA DALLA

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA COSTRUTTIVISTA

AIPPC

Direttore Responsabile
Mara Ognibeni

Direttori
Gabriele Chiari e Lorenzo Cionini

Vicedirettore e Caporedattore
Claudia Casini

Segreteria di Redazione
Francesca Balata, Stefano Giusti, Eleonora Gori, Isabella Mantovani, Lucia Mariotto, Piergiorgio Mobrici, Cristina Sassi, Caterina Tanini, Claudia Terranova

Comitato dei Consulenti
Manola Alfredetti, Karin Buzzegoli, Anna Celli, Cristina Cerbini, Alessandra Favaro, Andrea Fornari, Mara Ognibeni, M. Cristina Ortu, Alessandro Piattoli, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Claudia Sbrilli, Mariaemanuela Timpano, Emanuele Trinchetti, Gregorio Zeloni, Ombretta Zoppi

Comitato Scientifico
Carla Antoniotti, *Italia*
Maria Armezzani, *Italia*
Bruno G. Bara, *Italia*
Richard Bell, *Australia*
Luis Botella, *Spagna*
Marco Castiglioni, *Italia*
Sabrina Cipolletta, *Italia*
Peter Cummins, *Regno Unito*
Carmen Dell'Aversano, *Italia*
Maurizio Dodet, *Italia*
Guillem Feixas, *Spagna*
Antonio Fenelli, *Italia*
Fabio Giommi, *Italia*
Spencer McWilliams, *USA*
Robert A. Neimeyer, *USA*
Luca Orazzo, *Italia*
Adriana Pelliccia, *Italia*
Harry Procter, *Regno Unito*
Jonathan Raskin, *USA*
Giorgio Rezzonico, *Italia*
Jörn Scheer, *Germania*
Dusan Stojnov, *Serbia*
Valeria Ugazio, *Italia*
Cecilia Volpi, *Italia*
Beverly M. Walker, *Australia*
Bill Warren, *Australia*
David Winter, *Regno Unito*

Costruttivismi

Volume 5 Numero 1-2 2018

Numero speciale *(Special Issue)*:

IL CASO DI LAURA: DODICI PROSPETTIVE A CONFRONTO
(THE CASE OF LAURA: TWELVE PERSPECTIVES COMPARED)

INDICE

1 Un'introduzione al numero speciale su *Il caso di Laura: dodici prospettive a confronto (An introduction to the special issue on* The case of Laura)
Claudia Casini

AREA COGNITIVA E COSTRUTTIVISTA

La prospettiva costruttivista intersoggettiva

7 Laura e il caos dei sentimenti *(Laura and the chaos of feelings)*
Lorenzo Cionini, Isabella Mantovani

La prospettiva narrativo-ermeneutica

14 Il caso di Laura: una vita sospesa *(The case of Laura: A suspended life)*
Gabriele Chiari

La prospettiva postrazionalista

21 Riflessioni sul caso di Laura. L'approccio cognitivo costruttivista attraverso la *Self Meaning Cognitive Psychotherapy (Reflections on the case of Laura: The cognitive constructivist approach through the Self Meaning Cognitive Psychotherapy)*
Maurizio Dodet

AREA CORPOREA

La prospettiva dell'analisi bio-energetica

29 Imparare a dire no per poter dire sì *(Learning to say no to be able to say yes)*
Rosaria Filoni

La prospettiva neo-funzionalista

34 Analisi di un caso clinico secondo l'applicazione del modello della Psicologia Funzionale in termini di sistemi integrati *(Analysis of a clinical case according to the application of the model of Functional Psychology in terms of integrated systems)*
Chiara Batistini, Luca Rizzi

Indice

La prospettiva psicoanalitica reichiana

41 Laura: paura e desiderio di amare *(Laura: Fear and wish to love)*
Marcello Mannella

AREA SISTEMICO-RELAZIONALE

La prospettiva relazionale sistemica

49 La doppia faccia della brava ragazza: commento al caso di Laura *(The double face of the nice girl: A comment to the case of Laura)*
Gianmarco Manfrida

La prospettiva sistemico-relazionale

54 Tutta la rabbia di Laura *(All the anger of Laura)*
Luisa Martini

AREA UMANISTICA

La prospettiva gestaltica

60 L'insostenibile leggerezza del germoglio-Laura e il suo delicato dispiegarsi *(The unbereable lightness of bud-Laura and her fragile unfolding)*
Gianni Francesetti

La prospettiva gestaltica

66 La *conoscenza relazionale estetica* nella psicoterapia della Gestalt: una prospettiva fenomenologica, estetica e di campo (*The* aesthetic relational knowledge *in Gestalt psychotherapy: a phenomenological, aesthetic and field perspective)*
Margherita Spagnuolo Lobb

La prospettiva psicosintetica

75 Psicoterapia psicosintetica di Laura *(Psychosyntetic psychotherapy of Laura)*
Catia Camarri, Valentina Iannuzzi, Monica Guazzini, Linda Cecconi, Virgilio Niccolai, Alessandro Toccafondi, Carla Fani

AREA ALTRI INDIRIZZI

La prospettiva di integrazione teorica interdisciplinare in psicoterapia

84 La storia clinica di vita di Laura: riflessioni clinico-terapeutiche sulla base del modello integrativo interdisciplinare *(The clinical life history of Laura: Clinical-therapeutic reflections on the basis of the interdisciplinary integrative model)*
Eutizio Egiziano, Ezio Menoni

Costruttivismi, 5: 1-4, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.001.004

Un'introduzione al numero speciale su *Il caso di Laura: dodici prospettive a confronto*

Claudia Casini
Vicedirettrice e Caporedattrice di Costruttivismi

È con grande piacere che apro questo nuovo numero della rivista. Un numero che è nato sia dal desiderio di rendere sempre più fertile e costruttivo il dialogo tra diverse prospettive psicoterapeutiche, sia dalla curiosità di coglierne "in pratica" le somiglianze e le differenze.

Abbiamo scelto di sintetizzare la trascrizione di un primo colloquio di psicoterapia (modificando - naturalmente - le informazioni che avrebbero potuto rendere riconoscibile la persona) e di inviarlo a psicoterapeuti di orientamenti diversi, chiedendo a ciascuno di rispondere a sei domande. La maggior parte degli autori ha scelto di rispondere a ogni singola domanda, altri invece hanno utilizzato queste ultime come spunto per scrivere un testo unitario, all'interno del quale tutte le risposte sono comunque presenti.

Le prospettive psicoterapeutiche a confronto

Il contributo è stato proposto a una serie di esponenti delle associazioni aderenti alla FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia) in modo che venissero rappresentate tutte e sei le aree della psicoterapia presenti nella FIAP stessa.

Tra coloro a cui abbiamo inviato la proposta, hanno aderito i rappresentanti di undici associazioni che fanno parte della FIAP e che coprono tutte le aree tranne quella analitico-dinamica. Nello specifico, le prospettive che compaiono in questo numero sono: per l'*area cognitiva* la prospettiva costruttivista (in tre diverse declinazioni); per l'*area corporea* le prospettive bioenergetica, quella reichiana e quella funzionale; per l'*area sistemico relazionale* due contributi; per l'*area umanistica*, la prospettiva gestaltica (con due contributi) e quella psicosintetica; per l'*area degli altri indirizzi* la prospettiva dell'integrazionismo teorico.

Le domande poste agli autori

Insieme alla sintesi della trascrizione del primo colloquio condotto con Laura (nome di fantasia), abbiamo proposto agli esponenti delle varie prospettive di considerare, nelle loro risposte, sei interrogativi, riguardanti le modalità di inquadramento diagnostico del caso e quelle di conduzione del processo terapeutico, che permettessero di cogliere e sintetizzare gli aspetti che sembravano più interessanti da confrontare. Le domande poste sono state le seguenti:

1. Qual è il problema presentato da Laura e, se il tuo approccio prevede questa differenziazione, quale la "domanda" posta al terapeuta?
2. Quali ritieni che siano le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? Riterresti opportuno favorire una ridefinizione di tali aspettative?
3. Secondo il tuo modello, quali ipotesi iniziali puoi fare rispetto all'inquadramento professionale del caso e perché?
4. Come immagini che la paziente possa porsi nella relazione terapeutica, quale tipo di relazione pensi sia auspicabile cercare di costruire e quali difficoltà potrebbero insorgere?
5. Quali contenuti ti proporresti di approfondire negli incontri immediatamente successivi al primo colloquio?
6. Su quali aspetti ritieni sarebbe necessario lavorare durante il processo terapeutico e come pensi che questo potrebbe svilupparsi nel corso del tempo?

Sintesi della trascrizione del primo colloquio con Laura

Riportiamo la sintesi della trascrizione del primo colloquio proposta agli autori.

È chee... ehh... doopoo, ora sono quasi due anni che sto col mio fidanzato. Ee diciamo che non ho molta voglia dii fare l'amore, però è una cosa che, nel senso, io sono sempre stata così... Il mio problema è che dopo mi arrabbio tantissimo. Probabilmente non con lui però tipo con me stessa quando tipo ci prova.
Gli tengo il muso, però questa è una cosa che ho notato che comunque ce l'avevo anche quando ero più piccina, cioè mi ricordo anche delle scene con i miei genitori, che se combinavo qualcosa, poi dopo mi arrabbiavo, perché, non lo so perché, perché mi dispiaceva comunque di averlo fatto.
Cioè me la rifaccio con l'altra persona ee poi non so se questa cosa del mio fidanzato è legata magari a qualcosa che mi è successa quando ero piccina, perché c'era praticamente un ragazzo che viveva qualche portone più in là nella mia via, che aveva sette o otto anni più di me, questo ai tempi che io facevo le elementari, che praticamente veniva a casa mia con la scusa di cercare mio fratello, mio fratello non c'era, allora stava lì con me, ee praticamente va beh, mi diceva si gioca a babbo e mamma? Ee, insomma c'è stata un po' questa cosa, anche che magari mi sentivo costretta a fare.
Però non so, son tutte cose chee, ioo penso di ricollegarle a questo, però se poi penso che comunque anche quando ero piccina, c'avevo comunque questo carattere qui, questo modo di comportarmi, uhm, non so, probabilmente non è una cosa legata a quella, non lo so, non lo so proprio.
Succedono queste cose, che comunque il mio comportamento fa star male sia me che lui. E lui c'ha tanta pazienza, proprio tanta.
Io son stata fidanzata tipo tre volte, m'ha sempre fatto così questa cosa.
Però per dire, con il primo ero piccolina, avevo quindici anni, ee, ora ce n'ho ventinove, ee, con lui ecco, non mi riusciva dirgli di no, stavo zitta, però poi era una cosa che faceva male a me; cioè, mi ritrovavo magari a piangere da sola, aa non rispondergli e non fargli vedere comunque che stavo male; ora invece, insomma, riesco a dire no. Son tranquillissima, non è chee, c'è qualcosa che mi dà fastidioo, è proprio quando so che deve succedere, che sta per succedere, mii, mi dà fastidio, cioè mii...

Ha pensato ora di fare una psicoterapia, perché?

E, allora, io, quando ero piccolina andavo già, da uno psicologo che mi ci portavano i miei genitori, però ecco, e mi portavano per quel fatto che mi era successo di questo ragazzo. L'hanno saputo perché io l'ho raccontato a una bambina in classe, la bambina l'ha detto alla mamma, e la mamma l'ha detto alla maestra, e la maestra l'ha detto alla mia mamma. Avevo, dieci anni. Mi hanno portato da questo psicologo, però, ecco, come mi entrava nell'argomento io non aprivo bocca, poi a distanza di anni la cosa che mi ha fatto venir qui è che... cioè che poi passo veramente, anche una settimana intera, che si sta nella stessa casa e che io tengo il muso.

Durante il rapporto riesce a trovare piacere, ad arrivare in fondo?

Sì, sì, sì, per quello noo, è proprio il, il prima di, di iniziare, cioè, boh, mi fa fatica, mi fa, non lo so. Quando lui inizia, eh, io non, eh, gli dico sempre di no, cioè, non, boh, non lo so perché. Eh lui mi dice, «fosse per me, se fosse una cosa di cui io non avessi bisogno, per me si potrebbe anche non fare», cioè, eh, però, ioo (sospiro) provo rabbia e dopo mi sento in colpa, per avergli detto di no. E quando gli dico di no... è no.

E quando invece è un no/sì?

Allora per dire, è successo due volte, l'ultima volta ieri, che, che comunque mi dispiaceva ehh, l'ho fatto, però, uhm è come se avesse fatto tutto da solo, perché, perché non avevo voglia eh, e poi però, per dire a metà mi scappa da piangere, e allora lui se n'è un pochino accorto, pff, e mi ha detto «stai piangendo?», «no, no», no, eh, e va beh, lui ha continuato, e però io, cioè son rimasta, cioè, però è una cosa che mi fa male.

Rispetto a iniziare una psicoterapia lei che cosa si aspetta?

Uhm, non lo so. No, proprio, eh... cioè, io, mi aspetto di smus... mi aspetto di, almeno smussare un pochino questa parte del carattere.
Comunque mi arrabbio per, per cose che cioè, non dovrei perché, per esempio: ero piccolina, ma non so, avrò fatto le elementari, ora non mi ricordo quanti anni avevo, però, ero con la mia mamma a cercar funghi, eee, e la mamma era giù, accovacciata che prendeva funghi, ee io giocavo con questo bastoncino e gliel'ho battuto nella testa, non facendolo apposta ovviamente, e la mamma mi fa: «Laura, mi fai male!», e io, che ho fatto? mi sono arrabbiata e gli ho rotto tutti i funghi, cioè, perché?
Questa è una cosa che mi ci rivedo anche ora, perché sono così. Quella volta ci sono rimasta male di avergli fatto male, cioè non gli avevo fatto male, però ci sono rimasta male e mi sono arrabbiata con lei, cioè mi dovevo sfogare questa cosa.

Quindi la rabbia, si scatena quando...?

Quando l'altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all'altra persona, e io m'arrabbio. Poi dopo mi rendo conto e chiedo scusa, però chiedere scusa io tipo ho iniziato ora, prima io non chiedevo scusa mai. Ho iniziato ora con Sandro, il mio fidanzato. Prima, magari, lì per lì lo sentivo giusto, era una cosa che non mi rendevo nemmeno conto, cioè mi viene così, cioè non mi riesce trattenerla, e poi dopo mi rendo conto, però prima, anche se mi rendevo conto, rimanevo su quella linea lì.
Ora mi rendo conto che, che, faccio questo perché mi sento in colpa, cioè, eh non lo so, è una cosa strana... e mi chiedo perché continuo a farlo. Vorrei almeno limitarmi, cioè, cercare di limitarlo un pochino, cioè che per me sarebbe anche tanto.

Tornando su una cosa che le avevo chiesto... Perché in questo momento? Lei convive, mi ha detto da due anni... e... questo problema si è presentato anche da prima della convivenza?

Sì

C'è stato un qualche cosa di particolare, che ora l'ha portata a pensare di chiedere un aiuto?

Ehh, sì, perché probabilmente il ragazzo che ci sto ora per me è più importante dii, di, boh, di, rispetto agli altri, gli altri rapporti che ho avuto, cioè, non son niente in confronto a quello che c'è con lui e quindi per me è una cosa importante, comunque, ee, cioè vivere serenamente ee, essere tranquilla io e far stare tranquillo lui, ee.

Ma mi chiedevo, visto che state insieme da diverso tempo. Perché ora e non, per esempio, un anno fa?

Eh, perché, perché ora, perché mi son ritrovata tante volte, eee, ehf, boh, a piangere, mi son ritrovata a piangere, a nascon..., cioè per non farlo vedere a lui, perché sennò magari lo facevo stare ancora più male, e però, no, non ce la posso far più, non ce la posso più fare; anche ieri, per dire ieri, ho pianto, ho pianto tutto il giorno, ho pianto dalla sera, la notte ho dormito, e poi la mattina ho ricominciato a piangere.
L'altra sera siamo andati a cena e si è iniziato a parlare di questa cosa, dei bambini, ee lui diceva, «no, ma tee, non hai paura di avere un bambino?» No, assolutamente, cioè, io, zero. Se ne era già parlato di questa cosa, si era deciso di averlo, però magari, tra un po' di tempo, quando si è sistemato tutto. Cioè poi magari le paure ti vengono però paure normali, insomma. E lui, a proposito

del discorso mi diceva «ma te non hai paura? Ti immagini se poi, dopo quando arrivi a farlo dici, no, non lo voglio più, lo do in adozione».
Io dicevo «no, non ho paura, beh se hai paura te, se si dovesse arrivare al punto che poi mi dici non lo voglio, eh, mi dispiacerebbe tantissimo, io il bambino lo terrei, se tu non lo vuoi mi dispiace, però... Quello che mi fa paura è che te, alla fine, sì, hai detto che un bambino lo vuoi, però, tutte le volte che ne parli, pensi alle cose negative. Non mi hai mai detto, "penso una cosa positiva all'idea di averlo..."» E lui mi ha detto «su questo hai ragione». E io ci son rimasta male, perché magari, boh, mi aspettavo un'altra risposta, mi aspettavo che mi dicesse «no, macché stati tranquilla, perché magari ora non è il momento, però...» e invece non mi son sentita... Insomma poi, magari, gli volevo parlare anche di questa cosa, però, sentirmi dire così mi ha bloccato e io, ora, non gliene parlerò mai.

Rispetto a questo suo problema nei confronti dei rapporti sessuali lui come si pone?

No, no, lui è, lui è, è pazien..., cioè è tranquillo. No, no, eh, mi ha sempre assecondato, mi ha sempre detto «non ti preoccupare», poi, è logico che arrivato a un certo punto, eh, tipo due settimane fa, m'ha chiesto «ma sono io il problema? Che c'è che non va? Ma ti piacerebbe farlo in un altro modo? Ti piacerebbe farlo in un altro posto?» però per me non è questo, cioè, non è che c'ho la fantasia di far... cioè, ecco lui mi ha chiesto queste cose qui, ee, basta, il massimo che ha fatto, ecco, poi, è parecchio paziente.

Ne avete parlato insieme dell'ipotesi della psicoterapia?

Ee sì, gli ho detto «eh, ho bisogno di andare», «macché! Tu stai a guardare queste cose?» Allora da lì ho iniziato a parlargli, ho detto «però, secondo me, ne avrei bisogno, perché boh, probabilmente questa mia cosa è anche legata al passato, però non lo so, perché anche quando ero piccina ero così» ee, e lui m'ha detto «l'importante è che tu non ti senta malata, perché cioè, nel senso, non ti devi sentire..», no, io non è che mi sento malata, però mi sento che c'ho un qualcosa che, devo cambiare, migliorare, devo, fare diversamente, perché non sto bene, in questo periodo io non sto bene, e allora niente.

Buon viaggio

Sono davvero molteplici e avvincenti le strade che si dipanano a partire dalla sintesi della trascrizione del primo colloquio che avete letto. Ciascuno sguardo ci offre una visione inedita di Laura e della domanda che porta, del modo di impostare e utilizzare la relazione ai fini del cambiamento e della logica adottata per progettare e sviluppare il processo terapeutico. Ogni risposta data, come spesso succede in psicoterapia, apre molti altri spunti di riflessione e interrogativi.

Vi auguro di calarvi nelle varie prospettive con la curiosità dei viaggiatori e di sentirvi arricchiti quando tornate a casa.

Citazione (APA)

Casini, C. (2018). Un'introduzione al numero speciale su *Il caso di Laura: dodici prospettive a confronto*. *Costruttivismi*, *5*, 1-4. doi: 10.23826/2018.01.001.004

AREA COGNITIVA E COSTRUTTIVISTA

Costruttivismi, 5: 7-13, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.007.013

LA PROSPETTIVA COSTRUTTIVISTA INTERSOGGETTIVA

Laura e il caos dei sentimenti

Lorenzo Cionini, Isabella Mantovani

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze

A partire da una parziale trascrizione di un primo colloquio fra Laura e il suo terapeuta gli autori, in coerenza con i presupposti dell'approccio costruttivista intersoggettivo, propongono un insieme di ipotesi relativamente a: la domanda e le aspettative poste dalla paziente e l'utilità di una loro ridefinizione, l'inquadramento professionale del caso, le possibili modalità di utilizzazione della relazione terapeutica come strumento di cambiamento, la logica secondo la quale imposterebbero le fasi iniziali del trattamento e lo svilupperebbero in quelle più avanzate.

Parole chiave: *costruttivismo, intersoggettività, relazione psicoterapeutica, traumi relazionali precoci, dissociazione.*

Starting from a partial transcription of a first conversation between Laura and her therapist, the authors, consistent with the assumptions of the intersubjective constructivist approach, propose a set of hypotheses concerning: the patient's demand and expectations and the usefulness of their redefinition, the professional classification of the case, the possible modalities of using the therapeutic relationship as an instrument of change, the logic according to which they would set the initial phases of the treatment and develop it in the more advanced ones.

Keywords: *constructivism, intersubjectivity, psychotherapeutic relationship, early relational traumas, dissociation*.

Qual è il problema presentato da Laura e quale la "domanda" posta al terapeuta?

Il problema presentato da Laura sembra riferirsi alla sua "*non voglia di fare l'amore*" con il compagno, alla rabbia che sente salire dentro di sé, alla sua reazione di pianto durante il rapporto e nei giorni successivi e al "*tenere il muso*" anche per settimane intere, senza comprenderne il motivo. La preoccupazione principale sembrerebbe quella di dover nascondere tutto questo a Sandro per non farlo star male, dal momento che, afferma: "*lui ha tanta pazienza*". Il suo negarsi anche quando in un secondo momento acconsente, nonostante la non voglia, e la sua rabbia la fanno sentire in colpa.

Oltre a questi aspetti, presentati in primo piano, Laura accenna spontaneamente ad altri due eventi relativi alla sua storia, rispetto ai quali si chiede se questi possano avere relazione con il suo problema attuale:

- a quello che possiamo pensare sia stato un abuso sessuale, nel periodo delle scuole elementari, da parte di un amico del fratello di sette-otto anni più grande, che evidenzia sia la scarsa attenzione dei familiari nei suoi confronti (dal momento che i fatti avvenivano in casa sua senza che nessuno se ne rendesse conto) sia la sua difficoltà a chiedere aiuto ai genitori che lo erano venuti a sapere solo attraverso un passaparola: da un'amica di scuola, alla mamma dell'amica, alla loro insegnante, ai genitori;
- all'episodio dei funghi, con la mamma, nel quale si trova a esprimere la sua rabbia nei confronti di lei, senza comprenderne l'origine e le motivazioni, sentendosi, subito dopo, in colpa; episodio che possiamo pensare esemplificativo di molti altri dello stesso tipo.

Facendo una distinzione fra domanda esplicita e domanda implicita (Carli & Paniccia, 2003; Cionini, 2013), possiamo definire la prima nei termini di: aiutami a "*smussare questa parte del carattere*", a limitarmi e controllare la mia rabbia "*per cose che non dovrei*" fare/sentire, a stare tranquilla "*per far stare tranquillo Sandro*". In base alle sensazioni che ci arrivano dalla lettura del testo, possiamo formulare la domanda implicita posta da Laura al terapeuta, esprimendo anche questa "in prima persona": aiutami a fare chiarezza su ciò che sento e sui miei comportamenti nell'oggi che mi sembrano scorretti e ingiustificabili; aiutami a capire l'origine dei miei problemi alla luce delle mie esperienze passate.

Quali le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? È opportuno favorirne una ridefinizione?

Le aspettative di Laura coincidono con ciò che abbiamo descritto nel definire la domanda esplicita. Coerentemente con l'approccio *costruttivista intersoggettivo*, che utilizziamo, riterremmo importante proporre, fin da subito, una ridefinizione delle aspettative della paziente rispetto alla psicoterapia. Nei termini più semplici possibili, le presenteremmo una diversa possibilità di porsi nei confronti del suo disagio: che il suo pianto, la sua rabbia, la sua non voglia di fare l'amore con Sandro ecc.. piuttosto che comportamenti da controllare e nascondere, possano avere (così come qualsiasi altro sintomo, cosiddetto psicopatologico) una funzione protettiva rispetto a bisogni difficili da permettersi ed esprimere ma fondamentali per il proprio benessere personale. Bisogni e desideri importanti da riconoscere ed accogliere e dei quali riuscire a tener conto.

Nella nostra ottica, infatti, piuttosto che porsi l'obiettivo di *controllare* tali modalità di essere e sentire, è essenziale *comprendere il senso e la funzione del proprio disturbo*. Il problema presentato viene visto come l'effetto di un qualcosa che nasce dal dentro della "verità soggettiva" della propria esperienza (Cionini, Mantovani, 2016). L'obiettivo, a lungo termine, diviene quindi quello di riuscire a **comprendere** quali siano i bisogni che sostengono i comportamenti e le sensazioni percepite come problematiche, attraverso un "viaggio dentro di sé" che permetta alla persona di ripercorrere e ricontattare le esperienze che l'hanno portata a sentire quella come l'unica soluzione possibile. Cosa del tutto diversa dall'aiutare il paziente a costruire una **spiegazione** teorica del problema presentato che gli offra una pseudo-soluzione, in termini logico-razionali.

Pur partendo inizialmente dal presente, attraverso l'analisi di situazioni episodiche percepite emotivamente attivanti (in negativo o in positivo), questo processo richiede quindi che, in un qualche momento (in una fase più avanzata) dell'iter terapeutico, si torni indietro per cercare di ricontattare quelle esperienze precoci della paziente, con le sue figure di attaccamento, presumibilmente dissociate per il carico di sofferenza che hanno comportato e

comportano (Bromberg, 2011). Attraverso un percorso lungo e difficile, grazie a ciò che si riesce a co-creare nella relazione terapeutica in "momenti di incontro" e "momenti affettivamente intensi" (Stern, 2004; The Boston Change Process Study Group, 2010; Beebe & Lachman, 2002), il processo si snoda nel tentativo di ricostruire, insieme alla persona, come queste esperienze precoci (difficili da riattivare a livello consapevole) abbiano portato a quella percezione di sé che continua a regolare, anche nell'oggi, il suo modo di porsi nei confronti propri e degli altri significativi.

Quali ipotesi iniziali è possibile fare rispetto all'inquadramento professionale del caso?

Nel nostro modo di lavorare, per giungere a una *costruzione professione* che possa dare un senso più esaustivo ai problemi presentati dalla paziente e al suo modo di porsi rispetto a sé, alle relazioni e al mondo, avremmo bisogno di dedicare alcune sedute (usualmente tre) per raccogliere una narrazione delle esperienze di vita che Laura riesce a ricostruire nel presente rispetto alla sua storia. Da un'analisi dei pochi dati che emergono nel primo colloquio, è possibile comunque formulare alcune ipotesi iniziali sui processi che la possono aver portata a sentire ed essere, nell'oggi, la persona che ci presenta.

Quello che ci arriva dal suo racconto è che nella relazione attuale i bisogni di Laura non siano visti da Sandro che le chiede di "*fare l'amore*" in funzione esclusiva del proprio piacere, senza considerare minimamente lei, sia prima sia durante il rapporto. Anche quando "*a metà mi scappa da piangere*" e "*un pochino*" se ne accorge, lui continua come se la cosa non avesse importanza. E questo avviene anche quando il pianto si prolunga per ore o per giorni. Da un lato i "*no*" che riesce a dire sembrano quasi dei no a priori per la sua difficoltà di essere in contatto e riconoscere ciò che sente e desidera, dall'altro è difficile per lei mantenerli nei fatti e non assecondare ciò che le viene richiesto da chi sente affettivamente importante; non assecondare viene infatti tradotto nel "*far male all'altra persona*". I bisogni e i desideri dell'altro vengono sempre prima dei suoi; non occuparsene la fa sentire in colpa ma contemporaneamente anche invasa ("*non ce la posso più fare*") e provare rabbia, sensazione che, nella sua confusione interna, sembra non avere senso e spiegazione per lei: "*mi arrabbio per cose che non dovrei*". Il caos interno rispetto ai propri sentimenti sembra portarla anche a non comprendere se la sua rabbia sia rivolta all'altro che invade e non la considera o a se stessa, in quanto "colpevole" di essersi negata. Comunque, la rabbia è la sensazione che rimane in primo piano, presumibilmente per coprire un dolore ben più difficile da legittimarsi e sentire fino in fondo.

Rabbia, colpa, confusione rispetto a sé e ai propri bisogni hanno sicuramente radici lontane che Laura ci fa intravedere attraverso due racconti: quello dell'episodio dei funghi con la mamma e quello del "*gioco*" con l'amico del fratello che porta a ipotizzare la possibilità di un abuso sessuale ripetuto.

Nell'episodio con la mamma, ciò che sembra emergere in primo piano è la confusione dell'insieme delle sensazioni provate da Laura, presumibilmente, sia sul momento sia nella ricostruzione attuale. Laura infatti dice: "*quella volta ci sono rimasta male di avergli fatto male, cioè non gli avevo fatto male, però ci sono rimasta male e mi sono arrabbiata con lei, cioè mi dovevo sfogare questa cosa*" e subito prima si era chiesta "*mi sono arrabbiata e gli ho rotto tutti i funghi, cioè, perché?*", evidenziando una difficoltà a comprendere cosa sia avvenuto e come se lo sia vissuto. Possiamo ipotizzare una ricostruzione dell'episodio di questo tipo: la mamma e Laura sono nel bosco e la sensazione di Laura è che sua madre sia interessata esclusivamente ai funghi e non la consideri. Il gesto di battere il bastoncino sulla testa, che afferma di aver compiuto "*non apposta*" potrebbe essere visto come un tentativo, più o meno consapevole, per attirare l'attenzione di lei. La reazione, probabilmente eccessiva, della

mamma che non coglie la richiesta della figlia e la accusa di averle fatto male, scatena la rabbia di Laura che si scarica indirettamente attraverso la distruzione dei funghi. Nel ricontattare l'episodio, la confusione emerge immediatamente dall'andamento del racconto che oscilla fra: "*gli ho fatto male*" vs. "*non gli ho fatto male*"; "*ci sono rimasta male*" vs. "*mi sono arrabbiata*". Sembra che niente possa prendere una direzione chiara, in mezzo a troppi sentimenti contrastanti fra loro, ai quali non può essere data cittadinanza in quanto non rispecchiabili nello "sguardo" della figura di attaccamento; come se le due costruzioni degli eventi, la sua e quella materna, fossero state mantenute, e si mantengano, entrambe "vere", presumibilmente in due parti "dissociate" di sé.

I "*giochi*" sessuali con l'amico del fratello, che non sappiamo fino a che punto siano arrivati, cui la paziente accenna fin dall'inizio del primo colloquio, sembrano confermare l'ipotesi che Laura si sia sentita non vista e non considerata dalle sue figure di attaccamento. Nessuno si accorge di quanto avviene ripetutamente in casa sua e con nessuno, fra i familiari, lei sente di potersi confidare. Come talvolta accade, questa informazione viene fornita da Laura durante le primissime battute del primo colloquio e ci chiediamo quanto tempo debba passare prima che Laura possa riprendere questo argomento durante la psicoterapia; presumibilmente molto. Che i cosiddetti "*giochi*" possano essersi configurati nell'esperienza di un abuso sessuale sembra confermato dal fatto che la paziente afferma "*mi sentivo costretta a fare*", dall'allarme suscitato, al tempo, dal suo racconto quando alla fine è arrivato all'orecchio dei genitori, dall'invio da uno psicologo con il quale comunque lei non è mai riuscita a "*entrare nell'argomento*", chiudendosi in un mutismo quando gli veniva chiesto di riaffrontarlo.

Da tutto questo possiamo ipotizzare che queste *esperienze*, definibili come *traumatiche relazionali precoci multiple*, di mancato riconoscimento dei propri bisogni di bambina, da parte delle figure di attaccamento, siano arrivate a Laura come un insieme di sensazioni così caotiche e discrepanti da portarla a diffidare e non rappresentare la "realtà della propria esperienza". Per lo sviluppo di un senso integrato di sé è necessario che le interazioni intersoggettive fra il bambino e le figure di attaccamento risultino comprensibili e che il bambino si senta riconosciuto nella sua specificità e soggettività, così che le sue esperienze emotive e affettive possano essere costruite all'interno di una sensazione di fondamentale unitarietà e coerenza del Sé. La mancata conferma, da parte delle figure di attaccamento, degli stati emotivi e affettivi del bambino può fargli sentire alcune parti di sé come non accettabili, in quanto non accolte e rappresentate nella mente dell'altro. La capacità del bambino, e poi dell'adulto, di dare significato ai propri stati affettivi, riflettere su di essi, sentirli appartenenti a sé può essere più o meno significativamente compromessa, portandolo a dissociare gli stati del Sé non riconosciuti e confermati. Si costituiscono così stati dissociati del Sé multipli e non integrabili, che hanno un proprio accesso indipendente alla consapevolezza; ognuno confinato all'interno di una rigida modalità di entrare in contatto con gli altri, ciascuno con un proprio senso di verità (Cionini, Mantovani, 2016).

La scelta di un compagno come Sandro che sembra decisamente poco in contatto con i bisogni di Laura, ma probabilmente anche con i propri, ha un senso nella misura in cui garantisce (forse a entrambi) un contatto/non contatto ovvero una distanza di sicurezza. Le esperienze relazionali traumatiche della prima parte della vita compromettono ampiamente la possibilità di fidarsi/affidarsi all'altro, di instaurare e coinvolgersi pienamente in relazioni affettive significative, mantenendole nel tempo. Si crea così una sorta di paradosso nel quale coesistono il desiderio di vicinanza con la sensazione di pericolo della stessa, insieme a una continua oscillazione fra la ricerca e la paura di avvicinarsi a figure affettivamente significative (Cionini, 2018).

Come potrebbe porsi inizialmente la paziente nella relazione terapeutica? Quale tipo di relazione può essere auspicabile costruire?

Dalle informazioni che abbiamo, immaginiamo che Laura nella relazione con il terapeuta potrebbe porsi inizialmente con un atteggiamento di dipendenza e "sottomissione". Nella sua confusione, potrebbe inoltre aspettarsi che sia il terapeuta a fornirle risposte corrette e/o che nel rapportarsi ai suoi interventi e alle sue domande possa cercare di immaginare ciò che il terapeuta stesso si attende, per adeguarvisi. Contemporaneamente, quello che ci colpisce è la sensazione della sua disponibilità a fidarsi all'interno del setting che emerge fin dal primo colloquio, nonostante che "il potersi affidare all'altro" non sia stata un'esperienza vissuta nelle relazioni con le persone significative. Per questo riteniamo che il percorso terapeutico abbia buone possibilità di costruirsi e svilupparsi nel tempo. Essenziale che il terapeuta si ponga nella relazione con Laura evitando di anticiparla e definirla, mostrandosi accogliente e riconoscendo l'importanza e la "verità" delle sue sensazioni, per quanto spesso confuse e antitetiche.

Quali contenuti sarebbe opportuno affrontare in una fase iniziale del processo terapeutico?

In una fase iniziale, come già accennato, riteniamo che sarebbe importante entrare con Laura nella sua "confusione", per aiutarla a mettere ordine nelle sue sensazioni. Un primo *step* potrebbe concretizzarsi nel chiedere a Laura di descrivere situazioni episodiche del presente, percepite in un qualche modo problematiche, per riuscire a giungere, insieme a lei, a una ricostruzione di eventi in cui si dipani una trama narrativa che possa dare un ordine - momento per momento – ai fotogrammi del ricordo. Quindi, invitando Laura ad assumere una prospettiva "in terza persona" rispetto al proprio racconto, aiutarla a comprendere i percorsi che l'hanno portata a sentire e dare significato a ciò che è avvenuto nel suo mondo esterno e interno.

Su quali aspetti sarebbe necessario lavorare durante una fase più avanzata del processo terapeutico?

Successivamente, quando la paziente sia riuscita a mettere un po' di ordine nel suo caos interno diventerà possibile aiutarla anche a rientrare in contatto con memorie traumatiche del passato, presumibilmente dissociate, riconnettendole ai modi di essere e di sentire del presente. Ricontattare le sensazioni che l'hanno portata a costruire l'immagine di sé, in relazione al non essersi sentita considerata e confermata dalle sue figure di attaccamento, potrà permetterle di iniziare a dare un senso alle sensazioni per lei incomprensibili del suo attuale modo di porsi nella relazione con sé, con gli altri e in particolare con Sandro.

Rispecchiarsi negli occhi del terapeuta, sentire che ciò che ha sentito è accettabile e condivisibile con un "altro" che lo sente insieme a lei, essere riconosciuta intersoggettivamente (come presumibilmente non è avvenuto con le sue figure di attaccamento) e sentirsi confermata, in modo prevalentemente implicito, potrà consentirle di legittimare le sensazioni di parti dissociate di sé, qualsiasi sia il loro contenuto. Mediante un dialogo che fluisca prevalentemente fra i corpi piuttosto che solo a parole (Cionini, 2015), il terapeuta dovrebbe poterla accompagnare nel percorrere un sentiero che, pur pieno di ostacoli, momenti di stop e

ritorni indietro, le consenta di accogliere se stessa e la sua storia, per arrivare a permettersi di sentire i propri bisogni e desideri come un qualcosa per lei accettabile.

Nel corso di questo lavoro, dopo un tempo sicuramente lungo, riteniamo che le immagini e le sensazioni connesse all'esperienza dell'abuso sessuale possano riemergere spontaneamente (senza che vi sia stata alcuna spinta, anche indiretta, da parte del terapeuta) e che Laura senta il bisogno di condividerle all'interno del setting. Diverrà in questo modo possibile accompagnarla a trovare un nuovo ordine alle tante e diverse sensazioni connesse con quell'esperienza, all'interno un'immagine di sé maggiormente integrata.

Riferimenti bibliografici

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and Adult Treatment: Co-constructing Interations*. Hillsdale: The Analytic Press. (trad. it. *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistematico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina, 2003)

Bromberg, P.M. (2011). *The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind*. Hillsdale: Routledge. (trad. it. *L'ombra dello tsunami; la crescita della mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina, 2012)

Carli, R., Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Cionini, L. (2013). La psicoterapia cognitivo-costruttivista. In L. Cionini (a cura di), *Modelli di psicoterapia* (pp. 133-213). Roma: Carocci.

Cionini, L. (2015). Il linguaggio delle parole, il linguaggio del corpo e il linguaggio delle immagini nel processo di cambiamento. *Costruttivismi*, *2*, 169-180. doi: 10.23826/2015.02.169.180

Cionini, L. (2018). Traumi relazionali multipli e dissociazione: la logica dell'assurdo. In M. L. Manca (a cura di), *Amore e psiche: la dimensione corporea in psicoterapia* (pp. 71-81). Roma: Alpes Italia.

Cionini, L., Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, *3*, 40-62. doi: 10.23826/2016.01.040.062

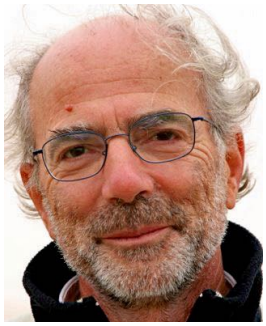
Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton. (trad. it. *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina, 2005)

The Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm.* New York: Norton. (trad. it. *Il cambiamento in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina, 2012)

Gli Autori

Lorenzo Cionini, psicologo psicoterapeuta a orientamento costruttivista intersoggettivo, già Professore Associato di Psicologia clinica presso la Scuola di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze, è Co-Direttore e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a orientamento costruttivista del CESIPc di Firenze, Didatta e past-President della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), Past-President della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP); Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC). È autore e curatore di numerosi articoli e volumi sulla psicologia e sulla psicoterapia costruttivista.

Email: lorenzocionini@icloud.com



Isabella Mantovani, psicologa psicoterapeuta a orientamento costruttivista intersoggettivo, Didatta della Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista (AIPPC), insegna nell'ambito della "formazione pratica" alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva a orientamento costruttivista del CESIPc di Firenze. Lavora come psicoterapeuta degli adulti e degli adolescenti a Padova, presso il Centro Costruttivamente e a Firenze presso il CESIPc. Si occupa di formazione alla genitorialità e di aggiornamento per medici di base.

Email: isa.manto03@gmail.com

Citazione (APA)

Cionini, L., Mantovani, I. (2018). Laura e il caos dei sentimenti. *Costruttivismi*, *5*, 7-13. doi: 10.23826/2018.01.007.013

Costruttivismi, 5: 14-20, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.014.020

LA PROSPETTIVA NARRATIVO-ERMENEUTICA

Il caso di Laura: una vita sospesa

Gabriele Chiari

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze

La parziale trascrizione della prima seduta di psicoterapia con Laura offre lo spunto per mostrare in che modo il caso potrebbe essere inquadrato nei termini della psicoterapia narrativo-ermeneutica, elaborazione italiana della psicoterapia dei costrutti personali. Il problema presentato sembra rimandare ad un cambiamento già in atto nel modo in cui Laura tende a giocare un ruolo nella relazione con gli altri, cambiamento che nelle circostanze attuali della sua vita di coppia la mette di fronte ad un dilemma che, per le alternative che vede davanti a sé, le appare difficile da risolvere.

Parole chiave: *costruttivismo*, *psicoterapia dei costrutti personali*, *prospettiva narrativo-ermeneutica*, *ruolo nucleare*, *percorsi di riconoscimento di sé*.

The partial transcription of the first psychotherapeutic session with Laura gives me the opportunity to show how the case could be viewed according to narrative-hermeneutic psychotherapy, Italian elaboration of personal construct psychotherapy. The complaint seems to be linked to a change already happening in the way Laura tends to play a role in her relationships with others, a change that in the current circumstances of her love life confronts her with a dilemma that appears to be difficult to solve given the alternatives she sees.

Keywords: *constructivism*, *personal construct psychotherapy*, *narrative-hermeneutic perspective*, *core role*, *paths of self-recognition*.

Laura: il problema dichiarato, la domanda sottintesa

"Non ho molta voglia di fare l'amore", dice Laura all'inizio del primo colloquio, usando evidentemente un eufemismo. E aggiunge: "Il mio problema è che dopo mi arrabbio tantissimo". Con chi si arrabbia Laura? Forse non con il compagno, precisa spontaneamente (anche se "gli tengo il muso"), ma con sé stessa quando il compagno "ci prova".

Ma subito dopo Laura, sempre spontaneamente (non su domanda del terapeuta), allarga il contesto temporale e relazionale del problema presentato costruendo non solo precedenti esperienze di coppia, ma anche alcune esperienze infantili con i genitori come simili a quella, attuale, appena descritta.

La psicologia e la psicoterapia narrativo-ermeneutica (Chiari, 2016a, 2016b, 2017a; Chiari & Nuzzo, 2010) – elaborazione italiana[1] della teoria e della psicoterapia dei costrutti personali di George A. Kelly (Kelly, 1955; Maher, 1969; Winter & Reed, 2016) – è attenta ai modi in cui le persone creano i loro mondi personali organizzando in forma narrativa la costruzione della loro esperienza di relazione con l'ambiente che le circonda. Una particolare importanza rivestono le esperienze relazionali, in quanto considerate alla base della formazione dell'identità personale, in quanto ritenute inevitabilmente implicate nel disturbo (professionalmente inteso) che il cliente presenta, e, quindi, in quanto destinate a diventare l'oggetto principale di esplorazione, elaborazione e ricostruzione nel corso del processo terapeutico (Chiari, 2017b, 2017c). Verso tali esperienze lo psicoterapeuta cerca di dirigere la conversazione qualora il cliente presenti il problema che lo ha condotto a richiedere un aiuto in modi prevalentemente individuali ("soffro di attacchi di panico", "sono depresso", "mi sento insicuro", e simili). Non è questo il caso di Laura, la quale mostra fin dall'inizio di considerare il problema che sottopone al terapeuta come una difficoltà che ha a che fare con la sua relazione con gli altri (o, per lo meno, con alcune altre persone). Ma in cosa consiste questa difficoltà? Come comprenderla, guardando il mondo interpersonale di Laura con i suoi occhi?

È importante sottolineare qui che lo psicoterapeuta narrativo-ermeneutico cerca di arrivare a una comprensione, e non a una descrizione o a una spiegazione. La descrizione, basata sull'osservazione di fatti concreti, è l'unica modalità di conoscenza ammessa dalla psicologia di impostazione comportamentista. La spiegazione, che ricorre all'inserimento di fattori che diano ragione della regolarità tra gli eventi osservati, è la principale modalità della psicologia cognitivista, delle terapie cognitivo-comportamentali e della psicoanalisi freudiana. La comprensione consiste invece nel cercare di cogliere empaticamente i significati che la persona attribuisce alle situazioni che vive, ed è la modalità principale della psichiatria fenomenologica, delle psicologie umanistico-esistenziali, e delle psicologie e psicoterapie che si rifanno ad una concezione costruttivista della conoscenza (cfr. Chiari, 2016c).

Di nuovo Laura ci aiuta, fornendo al terapeuta non solo un ventaglio di situazioni simili (dal suo punto di vista), ma anche le esperienze emozionali che le accompagnano. Quello che emerge fin dall'inizio del primo colloquio è una sorta di "complesso" che potremmo provvisoriamente descrivere come colpa – rabbia – rimorso. Laura si sente in colpa (per aver detto di no alle avances sessuali del fidanzato, per aver fatto male alla madre, per aver "combinato qualcosa" con i genitori; in generale, nelle sue parole, "quando l'altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all'altra persona"). A questo punto si arrabbia (tiene il muso al fidanzato, rompe i funghi alla madre), per poi dispiacersi di essersi arrabbiata e magari chiedere scusa (cosa che fa solo da quando sta con il fidanzato; prima, dice, "lo sentivo giusto [...] e rimanevo su quella linea lì"), pur provando un dolore (espresso dal pianto) che però non può mostrare all'altro: lo deve nascondere, per non farlo stare "ancora più male".

Altri due contenuti del frammento del primo colloquio mi sembrano degni di considerazione per una ulteriore comprensione del problema che Laura presenta.

Il primo riguarda il possibile ruolo che secondo Laura possono aver avuto le ripetute esperienze sessuali, all'epoca delle elementari, con un ragazzo di otto anni più grande di lei, e che lei subiva ("mi sentivo costretta a fare"). Ma è la stessa Laura a dubitare che quelle esperienze possano avere un valore causale rispetto al problema che più la tormenta, quel suo "carattere", quel suo "modo di comportarsi" che aveva anche quando era più piccola. E quindi anche quelle esperienze, come quelle con i suoi tre precedenti "fidanzati", diventano materiale validazionale, conferme del tipo di costruzione che Laura applica ad altre esperienze relazionali nelle quali si sente in colpa e si arrabbia (ed è "una cosa strana", dice, una cosa che non comprende).

[1] Tra i diversi contributi segnalo Armezzani & Chiari, 2014a, 2014b, 2015; Buzzegoli, Piattoli, Sassi, & Timpano, 2018; Cipolletta, 2013; Cipolletta & Pruneddu, 2012; Ognibeni & Alfredetti, 2017; Ognibeni & Zoppi, 2015; Ortu & Petrolati, 2017.

Il secondo contenuto riguarda la figura dell'attuale fidanzato, Sandro (di gran lunga "il più importante" tra quelli che ha avuto), per come emerge dai riferimenti della cliente. Laura lo descrive come "parecchio paziente" rispetto alla sua riluttanza ad avere rapporti sessuali, ma nello stesso tempo il modo in cui ne parla permette di ipotizzare che non si senta compresa da lui. Sandro pensa che tale resistenza possa derivare dal desiderio di lei di "farlo in un altro modo" o "in un altro posto" (questo è "il massimo che ha fatto", sottolinea), sminuisce la sua sofferenza cercando di scoraggiarla dall'affrontare il problema con l'aiuto di una psicoterapia ("macché! Tu stai a guardare queste cose?"), le presenta le richieste di avere dei rapporti sessuali non come l'espressione di un desiderio, ma di un "bisogno" che si impone su una dichiarata, estrema disponibilità (altrimenti "per me si potrebbe anche non fare"), contribuendo a far sentire Laura colpevole anche di non soddisfare un'esigenza dell'altro e di conseguenza di farlo stare male.

A questi elementi se ne aggiunge un altro che rappresenta ai miei occhi la più convincente risposta alla domanda che il terapeuta pone più volte a Laura: "perché proprio ora ha pensato di chiedere un aiuto?". Verso la fine della trascrizione Laura parla della sua volontà di avere un figlio, e di come Sandro abbia recentemente utilizzato l'atteggiamento della compagna nei confronti della sessualità per insinuare dei dubbi sul suo reale desiderio di maternità ("Ti immagini se poi [...] dici no, non lo voglio più, lo do in adozione"), salvo poi ammettere di avere delle perplessità personali in proposito. Laura si aspettava un'altra risposta (del tipo "stai tranquilla, ora non è il momento, però"), e invece "sentirmi dire così mi ha bloccato e io, ora, non gliene parlerò mai". Ma è difficile pensare che Laura accetti di accantonare il problema. Il rapporto con Sandro è il più importante di tutti i rapporti che ha avuto; non lo vuole perdere, ma ipotizzo che non voglia nemmeno rischiare di scegliere di rinunciare ad avere da questa relazione ciò che sembra desiderare: una famiglia e dei figli.

Alla luce di questa iniziale comprensione, la domanda che Laura pone sembra essere, ad un più alto livello di astrazione, quella di potersi sentire libera di esprimere sé stessa (le sue esigenze, la sua volontà) nella relazione con l'altro, senza che l'altro... la rifiuti? la critichi? la ignori? (queste sono anticipazioni da esplorare nelle conversazioni successive) e la relazione ne risulti compromessa. La decisione di intraprendere una psicoterapia nonostante il parere contrario del fidanzato sembra una sperimentazione nella direzione di una affermazione della propria volontà, così come sembrano degli indizi di movimento nella stessa direzione i "no" che adesso riesce a dire diversamente dalle precedenti esperienze di coppia. La situazione di blocco che si è venuta a creare rispetto al progetto di avere un figlio sembra un passo più difficile da affrontare perché potrebbe portare Laura alla minacciosa decisione di interrompere la relazione con Sandro, o a quella di rinunciare alla maternità. Da qui, ipotizzo, la richiesta attuale di aiuto.

Comprensione di Laura come persona e relativa costruzione professionale

Lo psicoterapeuta narrativo-ermeneutico cerca di comprendere fin dalle prime interazioni con il cliente quali siano gli aspetti (i "costrutti personali") che caratterizzano maggiormente (in maniera ricorrente) il suo modo di mettersi in relazione con gli altri. Questi aspetti compongono quello che nella teoria dei costrutti personali viene definito *ruolo nucleare*, e sono strettamente in relazione con le esperienze emozionali della persona. Il termine "nucleare" sta infatti ad indicare la centralità di questi costrutti rispetto al mantenimento dell'identità e alla stessa conservazione della vita; il termine "ruolo" indica la loro natura essenzialmente relazionale. La possibilità di continuare a giocare il ruolo nucleare nella relazione con gli altri permette alla persona di sentire di avere un suo posto nel mondo sociale: di riconoscersi e di sentirsi riconosciuta.

Il ruolo nucleare di Laura sembra ruotare intorno ad una dimensione di "accudimento", inteso come un "prendersi cura" dell'altro, "fare del bene" all'altro, far sì che l'altro stia bene (lo si può evincere dal senso di colpa che prova quando scopre di potersi costruire sul polo di contrasto). È in questo modo che Laura anticipa la possibilità di avere una relazione con l'altro nella quale

sentirsi accettata e riconosciuta. Ma un ruolo del genere ha dei "costi". Più in generale, qualsiasi ruolo nucleare apre delle possibilità ma comporta sempre, al contempo, dei vincoli. Talvolta il bilancio costi/benefici, per così dire, è tale da mettere la persona di fronte ad un dilemma, alla necessità di scegliere tra due contrastanti soluzioni entrambe minacciose per le loro implicazioni. In questi casi spesso la scelta è quella di non scegliere, con la conseguenza di rimanere in una posizione di "stallo" che blocca i movimenti della persona, permettendole però di non mettere a repentaglio la propria narrazione e il proprio adattamento sociale. In questi casi si parla nell'ottica narrativo-ermeneutica di "disturbo" (cosa ben diversa dai disturbi psichiatricamente intesi), la cui presenza è il principale criterio di indicazione per una psicoterapia.

In cosa consiste il disturbo di Laura? Considerando il suo ruolo nucleare di accudimento, nella scelta di non scegliere tra l'esprimere ciò che pensa e desidera anticipando di fare del male (deludere, dispiacere, disturbare l'altro), allontanandosi dal suo ruolo e rischiando di perdere la relazione con l'altro e di rimanere sola; oppure nella scelta di accondiscendere alle aspettative e alle richieste dell'altro, "subendone" la volontà, e rinunciando a sé stessa. L'esperienza clinica guidata dalla teoria e ispirata dalle riflessioni di Ricoeur (2005) sul riconoscimento di sé mi ha permesso recentemente di descrivere quattro possibili percorsi evolutivi (Chiari, 2016a, 2016b, 2016c, 2017c) che si differenziano nei termini della reciprocità del riconoscimento intersoggettivo nella dialettica *caregiver*-bambino. Un ideale equilibrio intersoggettivo tra i poli estremi della "fusione" con l'altro e dell'"affermazione di sé nella solitudine" potrà favorire un percorso di riconoscimento completo nella forma dell'"accettazione". Uno squilibrio tra gli stessi due poli canalizzerà dei percorsi di riconoscimento incompleto che sono stati descritti come aventi la forma della "fusione", del "disprezzo" e della "negligenza". In Laura sono riconoscibili aspetti che permettono di collocarla nella forma del disprezzo, caratterizzata da una tensione di base tra l'espressione di sé e la costrizione (la limitazione) di parti di sé nelle relazioni, e riconducibile ad esperienze precoci di invalidazione dei tentativi di giocare un ruolo con il *caregiver* primario. Ad un più alto livello di astrazione il disturbo assume l'aspetto di un dilemma tra l'affermazione di sé nella solitudine e l'annullamento di sé nella relazione.

Il comportamento che Laura considera "strano", e che ho definito in precedenza come "complesso colpa – rabbia – rimorso", diventa comprensibile alla luce del suo ruolo nucleare. Quando si sente dire (o ritiene) di aver fatto qualcosa di male a qualcuno, Laura si colloca sul polo di contrasto rispetto a quello di persona che cerca di far star bene gli altri. La consapevolezza di aver perso il suo ruolo nucleare (che, nei termini della teoria dei costrutti personali, corrisponde ad una transizione di colpa) comporta l'anticipazione dell'impossibilità di mantenere un adattamento sociale e di conservare un'identità. Per evitare tale minaccia Laura fa ricorso ad un'altra transizione: l'ostilità. In parole povere, l'ostilità consiste nel tentativo della persona di alterare le circostanze nel momento in cui non può permettersi di cambiare la sua visione delle stesse: nel caso di Laura, nel considerare l'altro responsabile e sé stessa vittima di quanto accaduto. In questo modo, se non altro può salvare la sua identità. Ma il suo stesso comportamento ostile può diventare ai suoi occhi fonte di sofferenza per l'altro (si "rende conto" che l'altro ci rimane male), e la colpa riaffiora (prova rimorso). A questo punto, per recuperare la relazione, desiste dal tentativo di affermare sé stessa e accetta di conformarsi alle richieste dell'altro.

Un possibile percorso con Laura

Quanto detto finora può far pensare che lo psicoterapeuta narrativo-ermeneutico possa arrivare ad avere delle esperienze di Laura (dei clienti in generale) una comprensione maggiore di quella della stessa Laura, che afferma di non capire certi aspetti del suo comportamento. Il punto è che tale comprensione deriva dalla scelta di adottare come criterio ordinatore l'anticipazione che è implicata nella costruzione personale dell'esperienza: nel caso in questione, ad esempio, se Laura costruisce l'accettazione degli altri come permessa solo dal soddisfacimento delle loro

esigenze, anticiperà anche che sarà rifiutata se eviterà di farlo. Tale criterio ordinatore non viene considerato il migliore né tanto meno l'unico: è quello adottato dalla teoria dei costrutti personali, che vuole essere una teoria sulle persone considerate come agenti sulla base di teorie personali.

Ciò chiarito, una prima fase del processo terapeutico potrebbe consistere nel favorire un'elaborazione a partire dall'aspettativa nei confronti della psicoterapia che Laura rivela proprio al termine della trascrizione: "mi sento che c'ho un qualcosa che, devo cambiare, migliorare, devo, fare diversamente". In cosa potrebbe consistere questo "fare diversamente" da ciò che sembra caratterizzare da molto tempo la vita relazionale di Laura ("anche quando ero piccina ero così")? Questo suo proposito, anche se espresso in modi imperativi ("devo" e non "voglio", a sottolineare un'esigenza che ritiene difficile da soddisfare) potrebbe rivelarsi una percorribile via di accesso ad una maggiore comprensione del suo ruolo nucleare da parte di Laura.

La sua prima risposta prevedo che riguarderebbe la possibilità di non arrabbiarsi quando ritiene di aver fatto del male a qualcuno. Ma una legittimazione di questa "rabbia" ("se si arrabbia, un motivo per lei valido ci sarà!", potrebbe insinuare lo psicoterapeuta) potrebbe portare a mettere in luce gli sforzi che Laura fa per accontentare gli altri, e la frustrazione che prova quando questi sforzi le appaiono invalidati. "E perché sente di dover fare questi sforzi?", "e quali sono i costi di questi sforzi?", "e come può essere nata in lei questa idea?", sono altre domande-tipo da inserire nella conversazione e che potrebbero rendere Laura sempre più consapevole della "camicia di forza" relazionale che sente di dover indossare, nella speranza (che spesso si rivela vana) di essere accettata in quanto non malefica (e magari benevola), e nella rinuncia (dolorosa) alla libertà di espressione di sé.

Questa consapevolezza non è fine a sé stessa. È finalizzata ad aprire la conversazione terapeutica a nuove domande sulla possibilità di immaginare, e sperimentare, modi alternativi di giocare un ruolo nella relazione con gli altri: possibilità che non può che passare attraverso una maggiore consapevolezza dei modi in cui gli altri vengono da lei costruiti, per poi sollevare dei dubbi sulla indiscutibilità di tali costruzioni. Un compito, questo, che può essere favorito dall'invito a considerare gli altri come persone diverse l'una dall'altra anziché come figure indistinte. Nella misura in cui le nostre azioni sono basate sulle anticipazioni connesse alla costruzione della nostra esperienza, a mano a mano che le nostre costruzioni degli altri cambiano cambia anche il nostro modo di metterci in relazione con loro.

Proprio questo modo di concepire la socialità nella teoria dei costrutti personali permette di considerare la relazione che si viene a creare tra il terapeuta e il cliente come, potenzialmente, potentemente terapeutica. Tornando a Laura, possiamo facilmente aspettarci che cerchi di costruire il terapeuta nei modi che le sono più familiari. Al di là delle specifiche pre-costruzioni che può avere della figura di uno psicoterapeuta, prevarranno gli aspetti riconducibili al suo ruolo nucleare. Per essere accettata tenderà a mostrarsi come una "brava paziente", puntuale agli appuntamenti, disponibile a rispondere alle domande, persino premurosa; ma nello stesso tempo sarà pronta a difendere la sua identità qualora si sentisse considerata in qualche modo "inadempiente".

Per evitare di colludere con il cliente rispetto a tali aspettative e di porsi nello stesso tempo in contrasto con le stesse, lo psicoterapeuta narrativo-ermeneutico mantiene una costante attenzione alla costruzione del transfert (si chiede, cioè, come il cliente lo stia costruendo). In tal modo può cercare di "sottrarsi" al ruolo che il cliente cercherà di giocare, e di porsi in una posizione che possa apparirgli ortogonale; tale, cioè, da richiedere la ricerca di nuove costruzioni dell'altro. Nella relazione con Laura il terapeuta starà attento a non mostrare di gradire la sua disponibilità, ma anche a non apparire contrariato per delle sue "manchevolezze". Nel primo caso, la relazione con il terapeuta non farebbe altro che riproporre a Laura il tipo di relazioni che cerca di costruire nella sua vita sociale ordinaria; nel secondo, la "rabbia" potrebbe forse essere agita con la decisione di interrompere la terapia. Ma, oltre a questo, il terapeuta dovrebbe guardarsi anche da un altro pericolo: quello di mostrare una comprensione che Laura possa scambiare

per approvazione. Laura potrebbe sentire di aver trovato finalmente una persona che, in quanto la comprende, è pronta ad accettarla incondizionatamente. Ma il terapeuta resterebbe ai suoi occhi una "mosca bianca", mentre il rapporto con "gli altri" resterebbe invariato. La relazione vedrebbe vanificato il suo valore terapeutico, pur rischiando di apparire agli occhi dello psicoterapeuta una "buona relazione". Un'esperienza relazionale diversa per Laura potrebbe essere permessa dalla possibilità di arrivare a costruire il terapeuta come una persona interessata, sì, a lei, ma senza che la comprensione possa assumere per lei il significato di un'approvazione che garantisca la relazione, o il disaccordo quello di una disapprovazione incompatibile con la stessa.

Riferimenti bibliografici

Armezzani, M., & Chiari, G. (2014a). Ideas for a phenomenological interpretation and elaboration of personal construct theory. Part 1. Kelly between constructivism and phenomenology. *Costruttivismi, 1*, 136-149. doi:10.23826/2014.02.136.149 (tr. it. Idee per una interpretazione ed una elaborazione fenomenologica della teoria dei costrutti personali. Parte 1a. Kelly tra costruttivismo e fenomenologia. *Costruttivismi,* 2014, *1*, 122-135. doi:10.23826/2014.02.122.135)

Armezzani, M., & Chiari, G. (2014b). Ideas for a phenomenological interpretation and elaboration of personal construct theory. Part 2. Husserl and Kelly: A case of commonality. *Costruttivismi, 1*, 168-185. doi:10.23826/2014.02.168.185 (tr. it. Idee per una interpretazione ed una elaborazione fenomenologica della teoria dei costrutti personali. Parte 2a. Husserl e Kelly: un caso di comunanza. *Costruttivismi,* 2014, *1*, 150-167. doi:10.23826/2014.02.150.167)

Armezzani, M., & Chiari, G. (2015). Ideas for a phenomenological interpretation and elaboration of personal construct theory. Part 3. Clinic, psychotherapy, research. *Costruttivismi, 2*, 58-77. doi:10.23826/2015.01.058.077 (tr. it. Idee per una interpretazione ed una elaborazione fenomenologica della teoria dei costrutti personali. Parte 3a. Clinica, psicoterapia, ricerca. *Costruttivismi,* 2015, *2*, 38-57. doi:10.23826/2015.01.038.057)

Buzzegoli, K., Piattoli, A., Sassi, C., & Timpano, M. (2018). Psychotherapy training process as a group experience: A hermeneutic constructivist perspective. *Journal of Constructivist Psychology, 31*(2), 130-147. doi:10.1080/10720537.2016.1271377

Chiari, G. (2016a). A narrative hermeneutic approach to personal construct psychotherapy. In D. Winter & N. Reed (Eds.), *The Wiley handbook of personal construct psychology* (pp. 241-253). London, England: Wiley-Blackwell.

Chiari, G. (2016b). Hermeneutic constructivist psychotherapy: A narrative elaboration of George A. Kelly's ideas. *Costruttivismi, 3*, 148-172. doi:10.23826/2016.01.148.172 (tr. it.: La psicoterapia costruttivista ermeneutica: un'elaborazione in chiave narrativa delle idee di George A. Kelly. *Costruttivismi,* 2016, *3*, 14-39. doi:10.23826/2016.01.014.039)

Chiari, G. (2016c). *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*. Milano: Raffaello Cortina.

Chiari, G. (2017a). Recent advances in personal construct psychotherapy. *Personal Construct Theory & Practice, 14*, 15-24.

Chiari, G. (2017b). Highlighting intersubjectivity and recognition in Kelly's sketchy view of personal identity. In D. Winter, P. Cummins, H. Procter, & N. Reed (Eds.), *Personal construct psychology at 60: Papers from the 21st International Congress* (pp. 54-67). Newcastle upon Tyne, England: Cambridge Scholars Publishing.

Chiari, G. (2017c). Uncompleted intersubjective recognition as the basis for the development of personal disorders. In D. Winter, P. Cummins, H. Procter, & N. Reed (Eds.), *Personal construct psychology at 60: Papers from the 21st International Congress* (pp. 180-193). Newcastle upon Tyne, England: Cambridge Scholars Publishing.

Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*. London, England: Routledge.
Cipolletta, S. (2013). Construing in action: Experiencing embodiment. *Journal of Constructivist Psychology, 26*, 293-305.
Cipolletta, S., & Pruneddu, A. (2012). Cancer as a personal construing: A qualitative research. In M. Giliberto, C. Dell'Aversano, & F. Velicogna (Eds.), *PCP and constructivism: Ways of working, learning and living*. Firenze, Italy: Libri Liberi.
Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 2). New York, NY: Norton. (tr. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Cortina, 2004)
Maher, B. (Ed.) (1969). *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly*. New York, NY: Wiley.
Ognibeni, M., & Alfredetti, M. (2017). Reconstruing geographies and stories: The path of personal construct theory in the individual and cultural experience of its followers. *Costruttivismi, 4*, 67-83. (tr. it. Ricostruire geografie e storie: il percorso della teoria dei costrutti personali nell'esperienza individuale e culturale dei suoi sostenitori. *Costruttivismi*, 2017, *4*, 50-66) doi: 10.23826/2017.01.067.083
Ognibeni, M., & Zoppi, O. (2015). ROLE and dependency roles. *Costruttivismi, 2*, 206-216. (tr. it. Il RUOLO e i ruoli di dipendenza. *Costruttivismi,* 2015, *2*, 194-205) doi: 10.23826/2015.02.206.216
Ortu, M. C., & Petrolati, A. (2017). Glass souls: The importance of the other's view in the process of self-recognition. *Personal Construct Theory & Practice, 14*, 129-136.
Ricoeur, P. (2005). *Percorsi del riconoscimento*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or. *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris: Stock, 2004)
Winter, D. A., & Reed, N. (Eds.). (2016). *The Wiley handbook of personal construct psychology*. Chichester, West Sussex, England: Wiley Blackwell.

L'Autore

Gabriele Chiari, medico psicoterapeuta, è Co-Direttore e Didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia cognitiva ad orientamento costruttivista del CESIPc di Firenze, e Presidente dell'Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista, AIPPC. Ha introdotto la teoria dei costrutti personali in Italia ai primi anni '80 e da allora ha formato circa duecento psicoterapeuti e ha contribuito alla diffusione delle idee di Kelly nel mondo accademico avendo insegnato per otto anni Psicodiagnostica e Psicologia clinica come professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze. Membro del comitato editoriale del *Journal of Constructivist Psychology* e di *Personal Construct Theory & Practice* e dello *Steering Committee* della *George Kelly Society*, ha pubblicato numerosi articoli e capitoli sull'epistemologia, la teoria e la pratica costruttivista, e sull'elaborazione in chiave fenomenologico-ermeneutica della teoria dei costrutti personali. Il suo ultimo libro in italiano è *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*, pubblicato da Raffaello Cortina nel 2016.

Email: mail@gabrielechiari.it

Citazione (APA)

Chiari, G. (2018). Il caso di Laura: una vita sospesa. *Costruttivismi*, *5*, 14-20. doi: 10.23826/2018.01.014.020

Costruttivismi, 5: 21-26, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.021.026

LA PROSPETTIVA COGNITIVA POSTRAZIONALISTA

Riflessioni sul caso di Laura. L'approccio cognitivo costruttivista attraverso la *Self Meaning Cognitive Psychotherapy*

Maurizio Dodet

Laboratorio di Psicologia Cognitiva Postrazionalista, Roma

Sono presentate alcune riflessioni sul caso clinico di Laura utilizzando il Metodo di procedere in Psicoterapia proposto dalla *Self Meaning Cognitive Psychotherapy* che nasce in ambito costruttivista come sviluppo del modello Cognitivo Post Razionalista ideato da Vittorio F. Guidano. Viene identificato in Laura un significato personale di tipo abbandonico alla base del suo disagio, quindi viene ipotizzato un percorso che partendo dalla ricostruzione della dinamica di inizio della difficoltà presentata ha come obiettivo la comprensione e la successiva articolazione di tale nucleo identitario.

Parole chiave: *costruttivismo*, *significato personale*, *identità*

Some reflections on the clinical case of Laura are presented using the Method of procedure in Psychotherapy proposed by Self Meaning Cognitive Psychotherapy that was born in the constructivist field as a development of the Cognitive Post Rationalist model conceived by Vittorio F. Guidano. Laura is identified with as having a personal meaning of abandonment at the base of her discomfort, so a path has been hypothesized that, starting from the reconstruction of the dynamics at the beginning of the difficulty, aims at understanding and the subsequent articulation of this identity nucleus.

Keywords: *constructivism*, *personal meaning*, *identity*

Presenterò alcune riflessioni sul caso clinico "Laura" utilizzando il Metodo di procedere in Psicoterapia proposto dalla *Self Meaning Cognitive Psychotherapy* che nasce in ambito costruttivista come sviluppo del modello Cognitivo Post Razionalista ideato da Vittorio F. Guidano. La relazione viene posta al centro della riflessione teorica come luogo dove nasce il Significato Personale (*Self Meaning*) e dove in età adulta si esprime (Stile Relazionale/Sentimentale) e si articola ulteriormente permettendo al sé di sviluppare livelli sempre crescenti di complessità (Organizzazione del Dominio Emotivo). La Relazione diviene quindi oggetto e soprattutto strumento di terapia.

Laura giunge in prima visita con una richiesta esplicita di voler lavorare su una difficoltà che riconosce avere con il compagno: uno scarso desiderio sessuale che si accompagna ad un

sentimento di rabbia "probabilmente non con lui però tipo con me stessa quando tipo ci prova". La domanda posta in prima battuta rappresenta la porta di entrata al suo mondo interno. Il terapeuta la guida a contestualizzare in episodi specifici il disagio presentato aiutandola a calarsi in un racconto in prima persona in cui il piano di spiegazione lascia spazio al succedersi di stati emotivi e dei relativi contenuti cognitivi. Il racconto via via si arricchisce per assonanza con il vissuto di base attraverso il racconto di episodi con i genitori ("se combinavo qualcosa, poi mi arrabbiavo, perchè, non lo so perchè mi dispiaceva comunque di averlo fatto"). Ecco iniziare ad emergere dei vissuti specifici che pare caratterizzino Laura: dei sentimenti di colpa, di responsabilità che pare precedano l'attivazione di rabbia. Poi il racconto dell'episodio quando aveva nove anni con il ragazzo più grande amico del fratello: la difficoltà a capire cosa stesse accadendo e l'impossibilità a poterlo raccontare e comunque non essere creduta nel momento in cui c'è riuscita. La disattenzione e la squalifica per ciò che lei esprime presenti nel rapporto con i genitori iniziano a rendere tridimensionale il racconto. L'episodio con la mamma che raccoglieva i funghi conferma l'ipotesi e Laura che distrugge i funghi raccolti dalla madre pare essere un atto di aggressività che nasce da un vissuto di non accoglimento e di scarsa sintonia con lei. A fine seduta Laura esplicita il tema di fondo dimostrando una buona lettura dei propri stati interni: "La rabbia si scatena quando? Quando l'altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto una cosa negativa, una cosa che fa male all'altra persona..." Nelle relazioni sentimentali la rabbia sembra mettere un argine ad un modo di essere caratterizzato dalla difficoltà a dire dei no e a mettere dei confini attraverso il conflitto e la mediazione. Laura si sta accorgendo di quanto la relazione sentimentale con l'attuale compagno stia diventando sempre più importante e per questo vuole comprendere meglio le ragioni del proprio comportamento aggressivo che rischia di rovinare la relazione stessa. (Fig. 1).

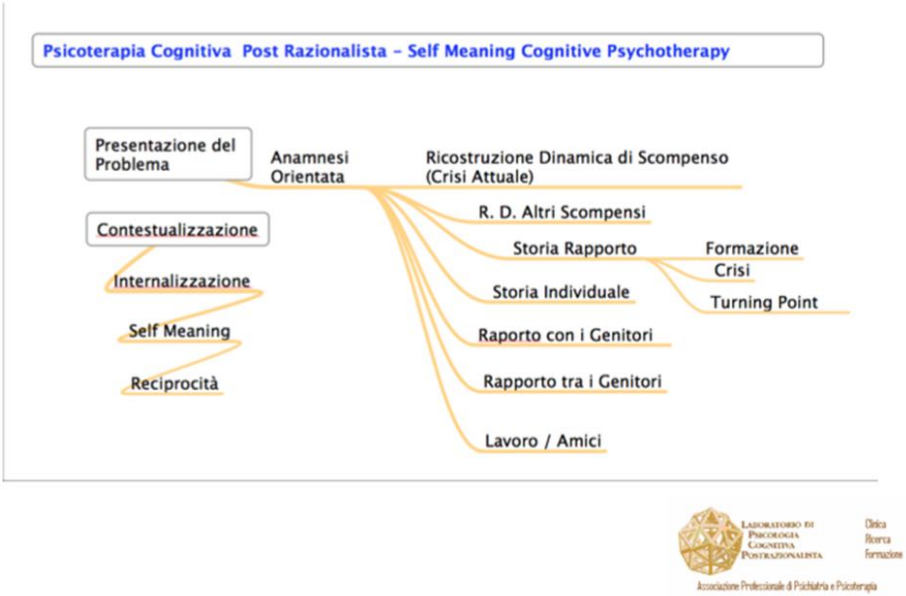


Figura 1

La Domanda è rappresentata dall'esplicitazione del problema che va sgranato in episodi calati nella trama del ciclo di vita (Contestualizzazione) con il fine di far emergere i contenuti emotivi e cognitivi del disagio presentato (Internalizzazione); le aspettative rappresentano il disagio che incontra la cura con un'aspettativa di cambiamento. Le aspettative vanno sempre ricercate con una richiesta esplicita e vanno sempre accolte ma sempre ridefinite per giungere all'esplicitazione di un contratto terapeutico.

Il Contratto nasce dall'esplicitazione da parte del terapeuta dell'ipotesi che è emersa riguardo allo scompenso e dall'emergere del Significato Personale e dei suoi processi organizzativi.

Nel Modello Post Razionalista si intende per Significato Personale (*Self Meaning*) "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 & Merigliano, 2008). Tale nucleo lo possiamo identificare ricercando le ridondanze che emergono in ambito emotivo, cognitivo e comportamentale nel racconto del paziente. (Fig. 2)

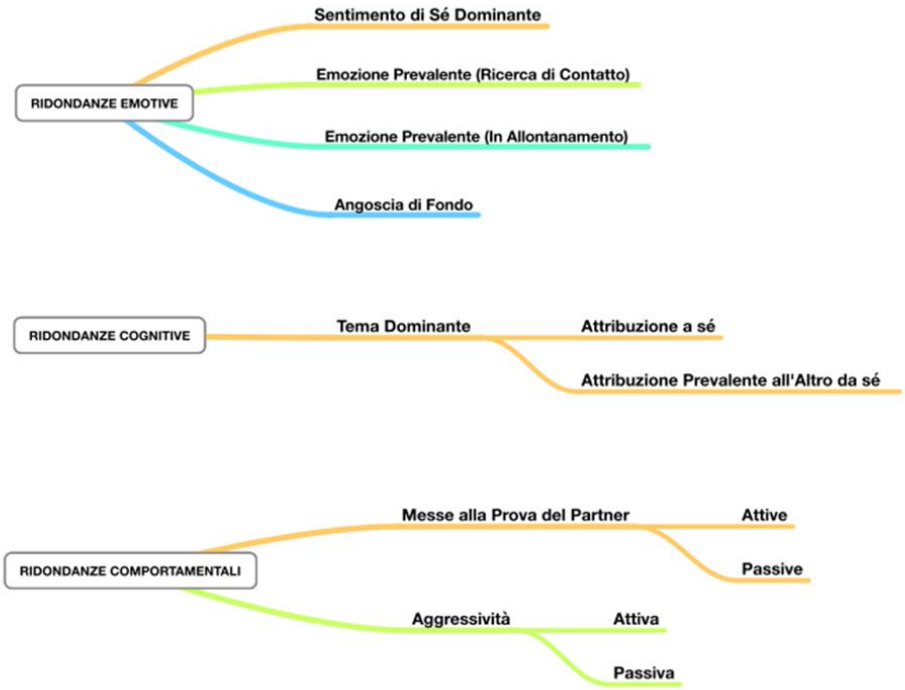


Figura 2

Laura pare esprimere un sé caratterizzato da una oscillazione emotiva centrale tra Colpa e Rabbia con sentimenti di responsabilità ed una angoscia centrale di poter essere rifiutata/abbandonata in particolare in quelle relazioni all'interno delle quali esiste un'aspettativa di essere accolti e tutelati. Il vissuto centrale (*Self Meaning*) pare essere quello dell'abbandono, la rabbia pare esplodere in modo quasi cortocircuitante nel momento in cui emerge quell'angoscia che pare essere la stessa provata nel rapporto con i genitori che paiono poco attenti e distratti rispetto ai suoi bisogni emotivi. Le esplosioni di rabbia rappresentano il momento in cui Laura si permette di fare richieste, lei che così difficilmente dice no, esplode e mette alla prova la tenuta

dell'altro ricercando disperatamente una vicinanza paradossalmente agendo un comportamento aggressivo. Attaccamento infantile e attaccamento espresso all'interno dello stile sentimentale adulto rappresentano un continuum emergendo caratteristiche di tipo Evitante. Il Significato Personale rappresenta quel nucleo emotivo e cognitivo che posso intravedere in ogni episodio raccontato in prima persona dal soggetto e che pare essere il nucleo organizzatore che dà senso agli eventi emotivi ricostruiti in terapia e che sostiene il sentimento identitario del soggetto. Immagino per Laura che l'angoscia di abbandono nata all'interno di una intersoggettività caratterizzata da un attaccamento di tipo A con i genitori la porti nei rapporti sentimentali ad una difficoltà ad affidarsi al partner ricercando continuamente garanzie di affidabilità in particolare attraverso la sessualità.

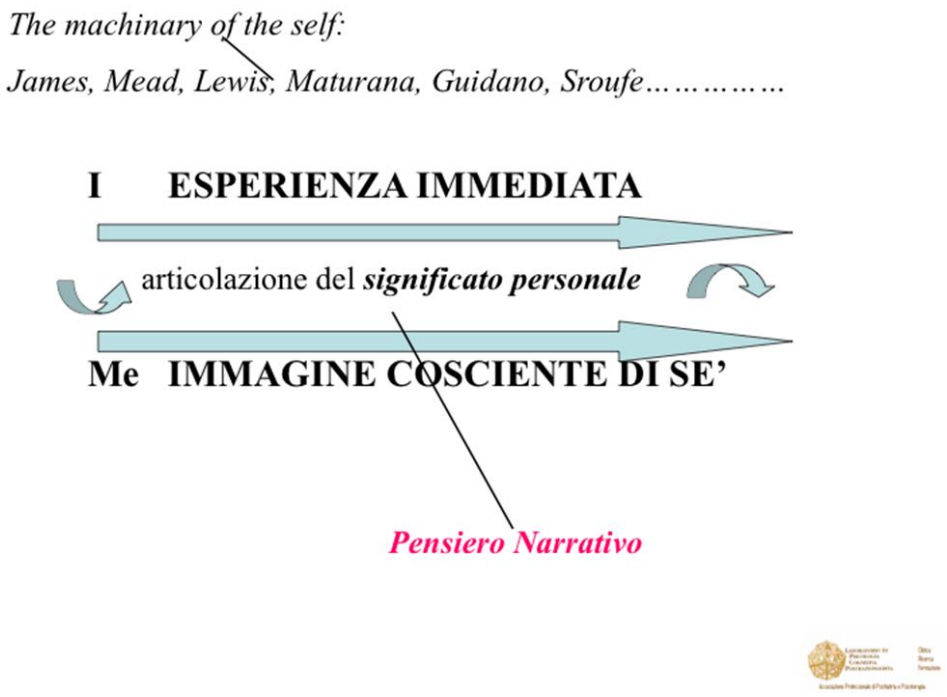


Figura 3

L'analisi delle dinamiche della relazione sarà uno degli strumenti più importanti ed incisivi per il procedere della terapia. Immagino Laura entrare in terapia con grande attenzione nel formulare una richiesta di aiuto che la possa far sentire dipendente affettivamente dal terapeuta e che ogni passaggio in cui lei possa percepire un approfondirsi del legame debba essere caratterizzato da una messa alla prova della relazione attraverso un'espressione di rabbia. In questi momenti sarà importante che il terapeuta possa accogliere i bisogni espressi ricontrattando all'interno della relazione le reciproche posizioni mantenendo un'autentica apertura e disponibilità emotiva pur richiedendo un impegno a mantenere un piano di affidamento reciproco. La relazione così condotta sarà oggetto e soprattutto strumento di terapia. Con un paziente con caratteristiche abbandoniche come pare essere Laura ogni difficoltà relazionale sarà un passaggio evolutivo nel raggiungimento di una maggior articolazione del proprio nucleo identitario.

La terapia procederà lavorando su contenuti che riguarderanno le dimensioni attuali di Laura: il rapporto con il ragazzo, la famiglia di origine, gli amici, il lavoro o lo studio. Mi immagino di

dover analizzare episodi in "moviola", ovvero all'interno di un racconto in prima persona di un episodio significativo guidare Laura a riconoscere la propria immediatezza percepita l'*I* come viene definito dalla psicologia del sé connotando un'emozione, arricchirla in un *Me* cioè riconoscerla, darle un contenuto e inserirla in una trama narrativa coerente. (Fig. 3)

Molto importante sarà la costruzione di un racconto autobiografico in cui cogliere quegli aspetti emotivi basici fondanti la personale esperienza di vita. I vissuti basici di abbandono e perdita dell'oggi vengono ricollegati ed elaborati attraverso i ricordi dell'infanzia che rappresentano gli elementi fondanti il sentimento di identità personale. Un percorso terapeutico non è solo consapevolezza di un proprio funzionamento emotivo e cognitivo in cui poter vivere la liceità e coerenza dei propri vissuti ma soprattutto articolazione ulteriore del proprio modo di essere.

Articolare vuol dire convivere e allo stesso tempo portare al limite il proprio tema di vita: in questo caso percepire e riconoscere i vissuti abbandonici legati all'emozione di colpa che precede la rabbia che se non canalizzata su bisogni personali rischia di essere distruttiva ed innescare l'abbandono stesso da parte dell'interlocutore. L'oscillazione emotiva colpa/rabbia si trasformerà da momento che genera ineludibilmente una perdita a modo per chiedere maggiori garanzie all'altro di tenuta nella relazione. Da quanto descritto emerge chiaramente quanto sia importante ciò che avviene nella relazione con il terapeuta che assumendo sempre più il ruolo di persona significativa sarà "testato" attraverso comportamenti aggressivi nella sua tenuta emotiva.

L'ambito della sessualità dovrà essere indagato, essendo questa l'espressione dell'immediatezza nella relazione, ma nel caso di Laura ritengo importante ricostruire con Lei le dinamiche che si generano nel momento in cui il partner si avvicina per dare contenuti all'attivazione di rabbia e al suo ritrarsi. Ipotizzo che Laura ricerchi una rassicurazione nel momento in cui le viene chiesto di lasciarsi andare nell'atto sessuale nell'angoscia di subire un abbandono dopo essersi affidata.

Consapevolezza del proprio funzionamento e progressiva articolazione dei propri temi portano il soggetto in terapia a nuove esperienze interpersonali che vengono portate nel racconto in seduta creando quel procedere del lavoro che impone al terapeuta una continua sintonizzazione emotiva e un continuo atto creativo pur seguendo le regole imposte dal modello di riferimento.

Riferimenti bibliografici

Dodet, M. (1998). La moviola. *Psicoterapia*, *4*, 89-93.

Dodet, M. (2002). El cambio posible: un caso clinico: el Hombre de la barca. *Revista de Psicoterapia*, *13*, 87-98.

Dodet, M. (2003). L'intervento clinico sulla reciprocità di coppia. In F. Lambruschi (a cura di), *Psicoterapia dell'età evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.

Dodet, M. (2010). Self Meaning e Tema di Vita. Una proposta cognitivo-costruttivista. In A. Pacciolla, F. Mancini (a cura di), *Cognitivismo esistenziale. Dal significato del sintomo al significato della vita.* Milano: Franco Angeli.

Dodet, M., Merigliano, D. (2001). La moviola e Narratività. In S. Borgo et al. (a cura di), *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale.* Milano: Mc Graw-Hill.

Dodet, M., Merigliano, D. (2009). Organizaciones de significado y personal y trastornos de personalidad: una propuesta constructivista [Organizzazioni di significato personale e disturbi di personalità: Una proposta costruttivista]. *Revista de Psicoterapia*. *19*, 73-88.

Guidano, V. F. (1988a). *La Complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.

Guidano, V. F. (1988b). La autoobservacion en la psicoterapia constructivista,. In R. A. Neimeyer & M. Mahoney (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidos.

Guidano, V. F. (1991). Dalla rivoluzione cognitiva all'approccio sistemico in termini di complessità: riflessioni sulla nascita e sull'evoluzione della terapia cognitiva. In G. De Isabella, W. Festini Cucco, G. Sala (a cura di), *Psicoterapeuti, teorie, tecniche: un incontro possibile?* Milano: Franco Angeli.

Guidano, V. F. (1992). *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.

Guidano, V. F. (1995). La rielaborazione dell'identità in una prospettiva ontologica. In G. P. Lombardo, M. Malagoli Togliatti (a cura di), *Epistemologia in psicologia clinica*. Torino: Bollati Boringhieri.

Guidano, V. F., & Cutolo, G. (a cura di) (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza. Vittorio Guidano insegna "come si fa" la psicoterapia post-razionalista*. Milano: FrancoAngeli.

L'Autore

Maurizio Dodet, medico, psichiatra, psicoterapeuta, Co-fondatore, con Daniela Merigliano, del Laboratorio di Psicologia Cognitiva di Roma, nonché Responsabile scientifico e didattico, Didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), ha insegnato presso l'Università di Siena e l'Università di Barcellona, e collabora con numerose Scuole di formazione in psicoterapia cognitiva, di orientamento psicodinamico e sistemico relazionale. Ha scritto numerosi contributi in Italia e all'estero su vari temi, in particolare sull'applicazione del Modello Cognitivo Costruttivista all'analisi delle relazioni e al setting di coppia.

Email: mdodet@iol.it

Citazione (APA)

Dodet, M. (2018). Riflessioni sul caso di Laura. L'approccio cognitivo costruttivista attraverso la *Self Meaning Cognitive Psychotherapy*. *Costruttivismi*, *5*, 21-26. doi: 10.23826/2018.01.021.026

AREA CORPOREA

Costruttivismi, 5: 29-33, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.029.033

LA PROSPETTIVA DELL'ANALISI BIOENERGETICA

Imparare a dire no per poter dire sì

Rosaria Filoni

Società Italiana Analisi Bioenergetica

L'autrice prende in esame la trascrizione di un primo colloquio e cerca di comprendere, in termini bioenergetici, il bisogno portato dalla paziente. Accanto al tema della sessualità, esplicitato da Laura, prende in considerazione quello dell'aggressività e riflette sul possibile sviluppo della relazione terapeutica evidenziando quali sarebbero alcune modalità per impostare la relazione in base al modello.

Parole chiave: *sessualità*, *aggressività*, *corpo*, *masochismo*

The author examines the transcription of a first interview and tries to understand, in bioenergetic terms, the need brought by the patient. Next to the theme of sexuality, explained by Laura, she takes into consideration the aggression and reflects on the possible development of the therapeutic relationship, highlighting what would be some ways to set the relationship based on the bioenergetic modality.

Keywords: *sexuality*, *aggression*, *body*, *masochism*

La richiesta di Laura

Laura mette in primo piano un problema che riguarda la sessualità, non presentato tanto come difficoltà di accedere al proprio desiderio, ma come difficoltà ad acconsentire al desiderio dell'altro.

Poiché la possibilità di essere "sessuali" fa parte della normalità umana declinata in base all'età e all'orientamento di genere, come terapeuta, la prima domanda che mi faccio (e la prima cosa che noto) è come mai la paziente ne sembri così espropriata.

Accanto a questo, Laura vive la propria aggressività come incomprensibile e come se sia sempre stata inaccettabile e nociva.

Questi temi mi sembrano connessi, non lo sono in modo esplicito per la paziente che però li associa nel suo presentarsi e li considero alla base del suo bisogno di terapia, non tanto come singole richieste ma come aspetti caratteriali collegati.

Le aspettative

Laura dice di voler "smussare" la parte del suo carattere che non le consente di accogliere il desiderio del suo compagno e che quindi lo fa star male se lei si sottrae al rapporto sessuale, o fa star male lei se vi acconsente.

Nella trascrizione, Laura parla in modo un po' smozzicato, a volte non finisce le parole. Questo mi rimanda la necessità di lasciarla esprimere come può e che voler precisare troppo o ridefinire possa risultare pressante. La pressione potrebbe far venire in primo piano la parte cognitivamente più organizzata della paziente, ma in modo distaccato dalla parte emotiva. Questo, per l'analisi bioenergetica non è utile. Non è un obiettivo e anzi, potrebbe essere un errore. Invece, accogliere senza pressare, favorisce il presentarsi della paziente per come è nel suo qui e ora. Al massimo avrei potuto dire: "non prova mai desiderio per il suo compagno?"

La terapia bioenergetica, con una modalità bottom up parte dalla sensazione e dall'emozione che può emergere dal dialogo o ancor di più dall'esperienza corporea, per rendere meno sintonici i tratti che si sono sviluppati difensivamente nel rapporto con l'ambiente, e aiutare il/la paziente a trovare o ritrovare la libertà di "arrendersi al corpo", considerato sede dei "bisogni" primari. Non meno importante di questi bisogni (di essere al sicuro, di avere bisogno, di essere sostenuti, di essere liberi, di essere sessuali) è il bisogno di attaccamento e quindi la terapia ha bisogno di offrire un nuovo ambiente, significativo, in cui il/la paziente possa scoprire e scegliere di "arrendersi" a sé, rinegoziando la relazione introiettata con i caregiver che continua a essere attiva nei termini in cui è stata vissuta.

Laura sembra in grado di riflettere su di sé, ha cercato di mettere la sua situazione attuale in relazione a eventi accaduti nel passato, quindi mi sembra in possesso di qualità cognitive, ma non ridefinirei la sua richiesta sul momento. La ridefinizione fa parte del processo e mi riprometterei di tenerla presente nello sviluppo del lavoro terapeutico.

Laura dice anche di essere "sempre stata così" e racconta della sua tendenza, fin da bambina, ad accontentare gli altri e di essersi sentita preda della sua rabbia. Penso subito che l'associazione che fa, tra rabbia e scarso possesso di sé, sia molto significativa, anche se questa sua "disregolazione" non mi sembra un suo difetto ma un difetto dell'ambiente.

Prime ipotesi su Laura

Prima di tutto debbo dire che la trascrizione senza vedere la paziente mi priva, come analista bioenergetica, di una risorsa per noi essenziale, legata alla lettura del corpo.

La paziente sembra evidenzi l'impossibilità di accedere al diritto alla propria aggressività e a quello di poter dire NO e di conseguenza fatica a sentire cosa desidera e quindi a cosa dire SÌ. Più di una volta, riporta che i suoi NO hanno fatto soffrire gli altri sia nell'infanzia che nelle relazioni d'amore. La rabbia che descrive e che si è espressa più manifestamente nell'infanzia e che è diventata tenere il muso in età più adulta sembra rimandare alla sensazione di essere "senza via di uscita" nel momento in cui percepisce una sua posizione, un suo desiderio diverso da quello dell'altro.

Rispetto alla tematica sessuale, l'esperienza di abuso può essere alla base della difficoltà di accedere, oggi, al proprio desiderio sessuale e al diritto ad affermarlo, ma noto che nel tempo in cui l'abuso si è consumato non ha potuto dire niente direttamente ai genitori.

L'essersi potuta sottrarre all'abuso solo per vie indirette – attivate da lei – mi fa interrogare su quanta parte l'abuso abbia contribuito a creare i suoi tratti caratteriali (certamente sì per quanto riguarda la sessualità), ma il resto del racconto mi spinge a interrogarmi su quanto nella cultura della famiglia l'aggressività diretta fosse stigmatizzata e considerata qualcosa che "fa male".

La paziente riporta episodi infantili in cui varie volte ha sentito di agire in modo inadeguato, di far soffrire l'altro e anche il modo in cui si esprime, rimanda l'idea di una persona che non occupa "comodamente" il suo posto nel mondo.

Mi chiedo come fosse vissuta in famiglia la motilità della bambina, la sua possibilità di esplorare il suo mondo esterno e quello interno. In che contesto vada letto l'episodio del bastoncino dato in testa alla madre; mi chiedo come sia effettivamente andata e come sia arrivato a Laura il "mi fai male" materno e da cosa sia nata la sua reazione di rompere tutti i funghi.

L'aggressività (intesa in tutta la sua estensione che parte dalla possibilità di desiderare e andare verso ciò che si desidera e che prevede la possibilità di lottare per ottenere ciò che si vuole e contrastare ciò che è vissuto come indesiderabile o pericoloso) ha la sua radice nella motilità ed è in rapporto dialettico con il bisogno di contatto. Dalla possibilità di soddisfare in modo sufficiente i due bisogni, emerge una personalità capace di percepire il confine con il mondo esterno e sufficientemente padrona di sé. Questo implica cure primarie sufficientemente sintonizzate che consentano fin dall'inizio al bambino di regolare attività e riposo, distanza e vicinanza con il caregiver (sonno e gioco, ricerca dell'altro e ritorno a sé ecc.) in base ai suoi bisogni, di esplorare il mondo man mano che maturano le risorse che lo permettono, senza "abbandoni" precoci e senza repressione dell'individualità, dall'età più precoce in poi. Se questi aspetti maturano in un ambiente sufficientemente favorevole la persona si sente individuo, in grado di riconoscere e accettare se stessa e i propri bisogni e desideri senza avere la sensazione che questo sia pericoloso per sé e/o per l'ambiente. Ma appunto, è necessario che l'ambiente sia in grado di riconoscere fin dall'inizio l'individualità, anche del lattante, e non se ne senta minacciato.

Mi chiedo poi come mai una bambina delle elementari sia stata lasciata ripetutamente sola con un adolescente significativamente più grande di lei. Dove erano gli adulti? Che tipo di cura sono stati in grado di offrire per quantità e qualità? (fino agli anni '60, molto spesso l'educazione della famiglia nei confronti delle bambine tendeva a tenerle separate dai maschi. Anche a scuola spesso le classi erano femminili o maschili e le famiglie esercitavano un controllo sulla libertà delle figlie femmine che spesso venivano educate, quando più grandi, a un certo grado di attenzione verso il mondo maschile. Non era dato per scontato che quest'ultimo fosse, di regola e sempre, benevolo verso le donne. Con la lotta delle ragazze per una maggiore libertà, credo si possa dire che si sia buttato il bambino con l'acqua sporca e così come precedentemente la messa in guardia era manipolatoriamente tendente a tutelare la virtù delle ragazze, in seguito si è operata una negazione verso la necessaria consapevolezza e attenzione alle forme maschili di aggressività, sessuale e non).

Come mai la famiglia non si è chiesta come mai questo ragazzo venisse a casa loro quando non c'era il suo amico e si trattenesse con la bambina, evidentemente in una stanza in cui c'erano solo loro? Anche indirettamente, qual è il messaggio che arrivava a Laura bambina? Che andava bene così, che era normale che un ragazzo sui quindici anni cercasse una bambina di sette-otto e potesse passare del tempo con lei in privato. Questa non è una negazione da parte degli adulti? Già questo rende confuso il fastidio che la bambina sente per il gioco proposto e si sente di parlarne solo con l'amichetta.

L'ipotesi che faccio è che la giovane abbia dei significativi tratti masochistici. Vederla, in seduta, può corroborare (o meno) questa idea e permettere di fare ipotesi sulla loro intensità. Utilizzando l'epistemologia bioenergetica faccio riferimento al "diritto negato" alla propria libertà.

Si sviluppano questi tratti quando si pretende che il bambino impari a usare il vasetto precocemente rispetto alla naturale maturazione degli sfinteri e questo fa sì che debba volontariamente contrarre i muscoli dell'ano. Altra causa, può essere la repressione della naturale motilità, spesso imposta alle bambine più che ai maschietti. A volte a queste richieste si accompagnano rimproveri volti a impedire l'esplorazione del corpo da parte dei bambini e anche qui spesso questi rimproveri sono più riservati alle bambine.

La contrazione muscolare che serve ad accontentare le richieste ambientali ha come controparte psicologica, tra l'altro, il trattenimento della propria aggressività nei termini in cui ho scritto più sopra, una tendenza alla confusione per il non essersi potuti sperimentare ed effettuare scelte, comportamenti che risultano spesso in autosabotaggi e, laddove l'aggressività venga espressa, potrebbe esser seguita da senso di colpa e impossibilità di mantenere le posizioni prese.

Un'ipotesi di transfert

Immagino che Laura potrebbe essere una paziente che tende a essere gentile e addirittura compiacente. Sarei attenta a vedere se ci sono agiti e che tipo di transfert mette in campo. Quanto si sente libera nella relazione terapeutica? Mette in atto comportamenti indirettamente aggressivi – in questo caso immagino ad esempio dimenticare l'appuntamento– utili a regolare la distanza? Credo che il tipo di persona abbia bisogno di grande rispetto, sensibilità e di una relazione che, mentre preserva il setting, le riconosca libertà e responsabilità. La paziente può, se la mia ipotesi sui suoi tratti è veritiera, essere molto sensibile all'umiliazione e questo dunque richiede la particolare sensibilità cui facevo riferimento.

Dopo il primo colloquio

In generale favorirei il racconto della vita della paziente dalla nascita in poi, le caratteristiche della famiglia, il percorso scolastico e lavorativo, il suo mondo sociale e affettivo. Questo per inquadrare il presente nella sua storia. Lascerei comunque Laura libera di parlare di quanto emerge senza cercare forzatamente informazioni. Terrei conto di quanto non dice e lo considererei significativo, ripromettendomi di comprendere come mai.

Le spiegherei – se non lo sa – che l'analisi bioenergetica prevede oltre al lavoro verbale anche quello corporeo di cui fa parte l'attenzione al respiro. La paziente sarà comunque libera di accettare o meno il lavoro corporeo che verrà introdotto solo con il suo accordo e scegliendo il momento opportuno.

Ovviamente, avendo già preso nota della sua richiesta rispetto alla sessualità e avendo avuto l'impressione che ci sia un incrociarsi con il tema dell'aggressività, sarei particolarmente attenta a verificare questa ipotesi.

Un'ipotesi sul percorso

Immagino un processo lento, teso a recuperare l'integrità della paziente. Nel primo colloquio l'aspetto dell'aggressività mi è apparso – tutto da verificare ovviamente – addirittura dissociato e quindi il suo recupero, perché torni ad essere più sintonico e regolato non può essere che graduale e lento. Questo tema, si incrocia con quello della sessualità, che, anche esso,può migliorare solo lentamente.

In analisi bioenergetica, si considera il sintomo, o la sofferenza che porta la persona in terapia, conseguenza del "carattere" e di solito non si affronta direttamente ma attraverso lo "scioglimento" delle contrazioni muscolari croniche che sono considerate funzionalmente identiche alla forma psicologica – l'insieme delle difese – della persona.

In questo caso, sembra necessario riattivare a livello corporeo-emotivo la possibilità di protendersi verso ciò che si desidera – l'aspetto relazionale validerà tale possibilità – di protestare, di lottare. Questo a livello corporeo, passa per la possibilità di riallungare la muscolatura, che

quando si è in presenza di un controllo eccessivo dell'aggressività, risulta accorciata. Saranno coinvolte le braccia e le gambe, i muscoli del dorso per quanto riguarda i sentimenti aggressivi e si cercherà di riattivare le sensazioni morbide che hanno sede nel petto e nella parte anteriore del busto.

Il lavoro sulla sessualità passa per il coinvolgimento del bacino, per fargli riacquistare motilità e sensazioni. Quanto emerso nel primo incontro è ancora poco per immaginare le difficoltà che si potranno incontrare. Senso di colpa? Scarsa capacità di sentire? È tutto da vedere e sempre nel rispetto dell'assetto difensivo della paziente che non va forzato.

Riferimenti bibliografici

Lowen, A. (1958). *Physical Dynamics of Character Structure* [The Language of the Body]. (trad. it. *Il linguaggio del corpo*. Milano: Feltrinelli, 1978)

Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. (trad. it. *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli, 1983)

Micheal. E. (1994). *Bent out Shape*. (trad. it. *L'emozione e la forma*. Milano: FrancoAngeli, 2014)

L'Autrice

Rosaria Filoni è Analista bioenergetica e Didatta della Società Italiana di Analisi Bioenergetica.
Fa parte del Direttivo della Siab ed è Vicepresidente dell'*International Institute for Bioenergetic Analysis*. Direttore di Training e Condirettrice della rivista *Corpo & Identità*.

Email: mariarosaria.filoni@faswebnet.it

Citazione (APA)

Filoni, R. (2018). Imparare a dire no per poter dire sì. *Costruttivismi*, *5*, 29-33. doi: 10.23826/2018.01.029.033

Costruttivismi, 5: 34-40, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.034.040

LA PROSPETTIVA NEO-FUNZIONALISTA

Analisi di un caso clinico secondo l'applicazione del modello della Psicologia Funzionale in termini di sistemi integrati

Chiara Batistini, Luca Rizzi

Società di Italiana di Psicoterapia Funzionale (S.I.F.)

Questo articolo nasce dal desiderio di potersi confrontare tra modelli di psicoterapie diversi che appartengono alla F.I.A.P. Il confronto viene fatto attraverso l'analisi dello stesso caso e la risposta a sei specifiche domande. Per sostenere le nostre riflessioni abbiamo fatto riferimento al modello di Psicoterapia Funzionale. In questo modello le concezioni di base sono quelle di Funzione e di Funzionamento di fondo che permettono di affrontare il tema attuale e imprescindibile della complessità dell'essere umano. Si tratta di una visione multidimensionale del Sé visto come organizzazione di Sistemi integrati, sia psichici che corporei.

Parole chiave: *modello Psicologia Funzionale*, *area corporea*, *confronto modelli*, *psicoterapia*, *concettualizzazione caso*

This article is intended to offer the opportunity to compare different models of psychotherapy, joined in F.I.A.P. The comparison is made through the analysis of the same case and the answer of six specific questions. We referred to the model of Functional Psychotherapy to support our observations. Function and Basic Functioning are the central concepts of the model; they permit to describe in depth the current and essential theme of the human being's complexity. It is a multidimensional view of the Self considered as an organization of integrated systems, both psychic and corporeal.

Keywords: *Functional Model*, *body psychotherapy*, *model comparison*, *psychotherapy*, *case conceptualization*

Qual è il problema presentato da Laura e, se il tuo approccio prevede questa differenziazione, quale la "domanda" posta al terapeuta?

La Psicoterapia Funzionale non distingue veramente e completamente tra "problema presentato" e "domanda posta al terapeuta". Fondamentale è comprendere in modo il più possibile chiaro e definito, quali sono le alterazioni in atto che producono sintomi e disturbi.

La Psicoterapia Funzionale, infatti, affronta la complessità e l'unitarietà della persona, prendendo in considerazione tutti i fenomeni che la riguardano, sia mentali che corporei. Quello che si ammala non è il corpo o la mente, ma l'intero organismo; non ci sono, quindi, disturbi solo psichici o solo somatici, né possiamo più dire che i disturbi somatici sono il riflesso di problemi e conflitti psichici. Squilibri, problemi e difficoltà nella vita, e le stesse malattie fisiche e psichiche sono riconducibili tutti ad alterazioni e carenze dei *Funzionamenti di fondo*, vale a dire quei meccanismi psicofisiologici e psicobiologici che sono alla base di comportamenti, pensieri, emozioni, atteggiamenti, gesti e movimenti.

Nel Funzionalismo moderno le concezioni di base sono quelle di *Funzione* e di *Funzionamento di fondo* che permettono di affrontare il tema attuale e imprescindibile della complessità dell'essere umano. Si tratta di una visione multidimensionale del Sé visto nella sua totalità come organizzazione di Funzioni sia psichiche che corporee, come organizzazione di Sistemi, e non come un insieme di parti, di pezzi. Mentre i Funzionamenti di fondo (o Esperienze di Base, EBS, in età evolutiva), sono le modalità in cui si pone il Sé nel mondo (Rispoli, 1993; 2004; 2011; 2014; 2016).

Le Esperienze Basilari del Sé (i mattoni su cui si basa il funzionamento sano e lo sviluppo pieno del bambino), se attraversate tante volte in modo positivo (con l'aiuto dell'ambiente circostante), si consolidano e si conservano per tutta la vita come altrettante capacità di muoversi nel mondo e interagire efficacemente con esso, cioè come Funzionamenti di fondo.

Nel caso clinico in questione, la motivazione di Laura risiede nella carenza di desiderio sessuale e nei problemi relazionali con il suo compagno. Ma a Laura non sono ancora chiari né i reali motivi di queste diverse manifestazioni emotive (la rabbia, i sensi di colpa, il pianto), né il modo con cui fermarle.

Attraverso la visione del modello Funzionale, si evince chiaramente la presenza di un non pieno sviluppo e di alterazioni di alcune importanti e ben determinate EBS, già a partire dall'età evolutiva (come del resto la stessa Laura fa intravedere), le quali, quindi, non possono essere vissute a pieno nel momento attuale di vita. Vedremo dopo quali sono e perché, nella parte dell'inquadramento professionale (diagnostico).

Quali ritieni che siano le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? Riterresti opportuno favorire una ridefinizione di tali aspettative?

Le aspettative di Laura sono quelle di poter uscire da un circolo vizioso e incoercibile di rifiuto verso il rapporto sessuale, di rabbia, senso di colpa, recriminazione e pianto; o almeno smussare questa sua modalità di reazione. Qual è la ridefinizione di tali aspettative in Psicoterapia Funzionale? Identificare quali sono state quelle Esperienze di Base che, divenute carenti e alterate (a partire dall'infanzia in poi) determinano questo automatismo disfunzionale. Laura, innanzitutto, deve poter comprendere da dove viene tutto questo, quali ne siano le conseguenze su tutti i piani psichici e corporei, comprenderne i concatenamenti e i collegamenti che non sono casuali; e dopo, potere aver chiaro che potrà liberarsene proprio perché in terapia non si lavorerà solo sui sintomi o solo sulla consapevolezza o sullo sforzo di volontà, ma si andranno

a recuperare e riaprire quei Funzionamenti alterati e chiusi (mente-corpo) alla *radice* dei disfunzionamenti, con un progetto terapeutico ben preciso. È importante rassicurare Laura sulla possibilità di trovare realmente un nuovo equilibrio e un nuovo benessere nella sua vita.

Secondo il tuo modello, quali ipotesi iniziali puoi fare rispetto all'inquadramento professionale del caso e perché?

La Psicologia Funzionale prova a individuare le cause profonde di disturbi e patologie, vale a dire le alterazioni e le carenze che intervengono durante lo sviluppo dell'individuo (dall'infanzia all'età adulta) nei suoi Funzionamenti vitali fondamentali; non si rifà, dunque, a "tipologie" (di qualsiasi tipo esse siano) ma attua una valutazione ben determinata del funzionamento complessivo del soggetto sui vari sistemi del Sé (Sistema Nervoso Centrale e Periferico, Emozioni e Pensiero, Neurovegetativo, Endocrino, Senso-Motorio e Percettivo Espressivo), e di come si sono andate conservando o alterando le Esperienze di Base nella vita dei pazienti. Ci interessa vedere cosa è realmente successo, capire come da un funzionamento pieno si è arrivati ad una o più alterazioni, considerando gli avvenimenti nella vita della persona che si sono sommati, e non a caso hanno portato quel Funzionamento ad essere alterato.

La diagnosi, quindi, non è né sui sintomi né sui comportamenti, ma è sui Funzionamenti di fondo del soggetto, calibrata specificamente sulla persona, con la sua storia, la sua unicità, la sua configurazione del Sé.

Nel caso di Laura, anche se mancano diversi elementi (sui quali normalmente lo psicoterapeuta Funzionale indaga con specifiche domande) si possono già avanzare delle ipotesi molto chiare.

Si rileva una alterazione del funzionamento della Rabbia (alterazione che viene da lontano, da quando era piccola) che è diventata "cronica", che emerge in collegamento con gli uomini delle sue relazioni, attaccandosi alle sue difficoltà nel funzionamento del Piacere e del riuscire a Lasciarsi andare (la sessualità). Ma al contempo una rabbia non sempre esternata chiaramente e direttamente, chiusa e rancorosa (tiene il muso in silenzio anche per una settimana) che non le permette di usarla per una sana e chiara protesta quando qualcosa dell'altro non le va.

Emerge anche la carenza dell'Esperienza di Base dell'Autostima, una mancanza di "solidità" interna che le fa vivere male (destabilizzata) il proprio rifiuto di far l'amore con il suo compagno; oppure da piccola quando combinava qualcosa e le dispiaceva e si sentiva in colpa; o ancora, quando le viene fatto notare che ha fatto qualcosa di negativo. L'emozione preponderante di rabbia scaturisce anche dal non poter fare come lei vuole (come vedremo anche più avanti), e l'episodio che Laura riporta del gioco fatto a 10 anni con il vicino ha sicuramente contribuito a svalorizzarla, alimentando un aspetto remissivo a cui cerca di ribellarsi con il rifiuto.

Quando parla delle relazioni precedenti, emergono alterazioni e carenze nelle Esperienze di Base del Contatto e dell'Essere Tenuti, entrambe fondamentali nelle relazioni affettive: la prima per il sentirsi vicini all'altro, e la seconda come difficoltà a sentirsi "stretti" (Tenuti) nel legame con l'altro, e quindi a potersi affidare veramente (è stata fidanzata tre volte, ma la problematica sessuale e di relazione c'è sempre stata). Laura riporta di aver sentito e sentire fatica quando sta per succedere di fare l'amore (ma non solo in quella circostanza).

E (come già in altri momenti passati della sua vita) la conseguenza è di piangere da sola, senza volersi far vedere nel suo malessere. Emerge qui un senso di tristezza e quasi di disperazione: per l'impotenza nel non riuscire a fare così come le piacerebbe, nel non poter veramente scegliere: non c'è una reale capacità di Cambiare la situazione, di Cambiare l'altro, il partner; e allora resta solo il rifiuto, che però, giustamente, la fa star male. Inoltre, quando Laura riporta la conversazione con il suo fidanzato circa il loro futuro bambino, c'è una difficoltà a rendere

malleabile la situazione a proprio favore, senza costringere o fare violenza, a renderselo alleato. Resta solo il dispiacere di non sentirlo convinto ed entusiasta, resta solo, ancora una volta, il senso di impotenza.

Ma c'è anche un'alterazione dell'EBS Controllo: Laura cerca sempre di trattenersi, di controllarsi esageratamente; ma poi ha inevitabili esplosioni improvvise, come appunto il pianto, dei "buchi del Controllo".

Infine, il funzionamento delle Sensazioni che le arrivano dall'interno sembra compromesso: come rivelano lo stare in silenzio e in chiusura con il muso per una settimana, il non aver voglia di fare l'amore, il rimanere passivamente nelle situazioni anche se fanno male. Sensazioni non positive, non piacevoli, non piene.

Nella parte finale del colloquio, Laura fortunatamente mostra un'apertura, una volontà e un desiderio di star meglio, e anche una certa Determinazione in questo. Una breccia che può sicuramente costituire una buona alleanza su di un progetto terapeutico condiviso.

Il progetto terapeutico per Laura prevedrà – come abbiamo visto - un lavoro sul Controllo (per non dover più trattenere, né ricorrere a esplosioni incontrollabili), sulla Consistenza e Autostima, sulla capacità di Modificare le situazioni senza dover ricorrere al rifiuto (come possibilità di crearsi spazio e riconoscimento nella vita, come possibilità di affermarsi e fare movimenti senza sensi di colpa), sul Contatto recettivo di nutrimento e sull'essere in un legame stretto senza sentirsi soffocare (Essere Tenuti riaperto in modo positivo), sul percepire e procurarsi Piacere nelle sue varie declinazioni,

Poi si proseguirà sulla possibilità di uno scambio chiaro su quando si riceve e quando si da (condivisione), nelle Esperienze di Apertura dove Laura può recuperare quel senso di fiducia nel confronto degli altri di poter essere accolta e capita, per terminare nel ricostruire una capacità profonda di Amare: costruire e mantenere relazioni affettive profonde.

Come immagini che la paziente possa porsi nella relazione terapeutica, quale tipo di relazione pensi sia auspicabile cercare di costruire e quali difficoltà potrebbero insorgere?

Come già accennato, nella parte finale del primo colloquio Laura mostra un'apertura, un'intenzione seria di mettersi realmente "al lavoro" per stare meglio ("devo cambiare, migliorare, devo fare diversamente, perché non sto bene, in questo periodo io non sto bene"), il che rappresenta un buon inizio di costruzione. Ma su questo bisogna realizzare un'alleanza terapeutica *profonda e precoce*, indice importante di successo terapeutico. Quali sono le modalità per farlo nel modello Funzionale? Innanzitutto è necessario da parte del terapeuta accogliere, vedere e riconoscere Laura nel suo malessere, nei suoi funzionamenti e disfunzionamenti complessi, ma non basta. Ci sono altri due passi importanti da fare.

Il primo è utilizzare le tecniche del Neo-Funzionalismo per alleviare già inizialmente sintomi e disagi della paziente: diminuire i livelli di ansia, di pensieri negativi, di preoccupazioni, utilizzando la forza e l'efficacia di un intervento che agisce anche sul respiro, sulle tensioni muscolari, sul sistema neurovegetativo (intensificare la vagotonia) e sul sistema endocrino (endorfine e serotonina), oltre che sul cognitivo e sulle emozioni. Il secondo è fare in modo che Laura si affidi, si senta finalmente, almeno in questa situazione, portata, presa pienamente, non responsabile di quanto accade, non costretta a controllare ancora una volta. E' il terapeuta che deve assumersi la responsabilità dell'andamento della relazione terapeutica (almeno nelle fasi iniziali e centrali), alleviandola dalla possibilità di rivivere ulteriormente il suo "potersi sentire in colpa" anche nel setting terapeutico.

Successivamente (ma anche un po' lungo tutta la relazione terapeutica), sarà centrale il far sentire Laura Vista e Valorizzata da parte del terapeuta (importanti EBS da recuperare per lei).

Con il progredire degli incontri, sappiamo che Laura ricadrà inevitabilmente altre volte nella sua modalità vecchia di rabbia (che diventa un po' vendetta), mettendo in atto anche con il terapeuta modalità di chiusura fastidiose, non parlando, o mancando ad un appuntamento; sappiamo che avrà anche altre esplosioni del controllo (di pianto, o di scoramento profondo, o di rabbia impotente). E in questo caso il "controtransfert ampliato" (ciò che il terapeuta sente a livello non solo emotivo ma anche fisico, fisiologico, posturale) viene riconosciuto come vissuto empatico proveniente dal paziente: per comprendere appieno le radici dei disfunzionamenti (che si possono attuare anche nella relazione terapeutica), e per poterle sradicare definitivamente.

Bisogna però dire che, con il progredire della teoria e della metodologia del Neo-Funzionalismo, se si agisce sempre più precisamente sui Funzionamenti di fondo ai vari livelli psico-corporei, questi rigurgiti delle "vecchie tracce" risultano oggi sempre meno presenti e intensi. Laura percepirà ben presto il terapeuta come un "nuovo genitore", positivo, capace di vicinanza, comprensione, contenimento, incoraggiamento.

La relazione terapeutica con Laura, nell'ottica della Psicologia Funzionale, non si esplicherà solo con un intervento verbale, emotivo e cognitivo, ma anche attraverso azioni terapeutiche dirette sul piano delle sensazioni corporee, sulle percezioni, sul piano muscolare, sulle posture, sul piano fisiologico (modificazioni del neurovegetativo, del neuroendocrino, della respirazione, ecc...) attraverso l'utilizzo di precise tecniche Funzionali che permetteranno di intervenire non casualmente, ma con precisione per recuperare in pieno le EBS del progetto terapeutico.

A questo proposito, l'accortezza da avere con Laura sarà quella anche di spiegarle molto chiaramente (soprattutto all'inizio ma non solo) quello che avviene in terapia, su cosa stiamo lavorando e perché, e cosa è quello che le accade (ciò che sente, che percepisce, cosa sta cambiando), per farla sentire Contenuta e Guidata.

Un altro aspetto importante della relazione terapeutica è l'EBS Contatto, centrale nella positività delle relazioni, che farà sentire Laura sempre più vicina al suo *nuovo genitore*. Un Contatto reale che è fatto di parole, di sguardi, di voce e anche di tocco.

Ciò che condurrà Laura al recupero (progressivo e graduale) delle Esperienze di Base carenti più importanti per lei (nella fase centrale della terapia) è il "Sé ausiliario": cioè il terapeuta che accompagna verso una nuova strada con la sua presenza attiva, il suo supporto, l'uso delle sue parole e della sua voce, dei suoi movimenti, della sua persona intera.

Quali contenuti ti proporresti di approfondire negli incontri immediatamente successivi al primo colloquio?

La diagnosi nella Psicologia Funzionale non si basa solo su ciò che riferisce spontaneamente la persona. Negli incontri successivi al primo colloquio (ma già anche nel primo colloquio) vengono ricostruiti in modo più preciso i cosiddetti *fili rossi* di Laura: quali accadimenti hanno gradualmente portato ai suoi disfunzionamenti. É necessario indagare più a fondo su cosa è successo realmente nella sua vita: riguardo al suo trattenere, al non poter mai mollare; alla difficoltà di affermarsi e cambiare le situazioni intorno, a questa svalorizzazione di sé, alla sua rabbia e alla sua mancanza di forza. E questo, indagando più a fondo le figure familiari, i giochi, la scolarità, gli amici, la presenza di attività artistiche o sportive; le sue modalità di espressione della rabbia e del pianto anche da piccola; i sogni e la tipologia dei ricordi.

Inoltre, Laura verrà osservata anche nel suo modo di muoversi, nelle posture, nello sguardo, nei movimenti, nella respirazione, nelle espressioni del viso, per una visione piena e integrata della persona.

Su quali aspetti ritieni sarebbe necessario lavorare durante il processo terapeutico e come pensi che questo potrebbe svilupparsi nel corso del tempo?

Il processo terapeutico si svolge secondo un iter *evolutivo*, attraversando differenti condizioni e configurazioni nella relazione paziente-terapeuta, vale a dire attraversando man mano differenti *fasi*. Anche se non si può mai delimitare nettamente una fase dall'altra (perché ci sono inevitabili continui piccoli ritorni indietro a fasi precedenti), possiamo dire che momenti successivi della terapia si caratterizzano in linea di massima per avere modalità diverse: nella relazione transferale, nelle capacità percettive del paziente, nel tipo di relazione affettiva tra i due, nelle espressioni emozionali esternate, nell'andamento dei sintomi, negli approfondimenti di condizioni profonde del paziente. Il concetto dell'evoluzione della terapia, di andamento per fasi, ci permette di guardare con una diversa angolazione anche a quello che si può definire il "progetto terapeutico"; che può essere definito in base a una *sequenzialità temporale*. Ad un'attenta osservazione dell'esperienza clinica, infatti, si può rilevare come ci siano obiettivi e modalità di intervento che non possono essere affrontati all'inizio del lavoro terapeutico, mentre è altrettanto chiaro che altre determinate "parti del Sé" hanno bisogno di essere subito prese in considerazione. Proviamo a formulare qui un progetto terapeutico di massima ma calibrato in modo il più preciso possibile, proprio sulla situazione di Laura.

In una prima fase, caratterizzata da vissuti intensi e ancora controversi, è necessario dare spazio e accogliere con morbidezza le difficoltà relazionali (oltre che sessuali) con il fidanzato, e l'impotenza che Laura avverte anche se ancora in modo non chiaro; allo stesso tempo vanno contenute le sue esplosioni (ad esempio il pianto) e un po' riaperte le sue modalità di rabbia chiusa.

Da tenere presente che è plausibile ipotizzare che Laura possa avere inizialmente una grande difficoltà nel Contatto (in tutti i suoi livelli mentali e fisici), e quindi bisogna cominciare ad ammorbidire il suo livello di Controllo e riaprire le Sensazioni positive che vengono dal suo corpo. Ma queste Esperienze di Base hanno bisogno di un intervento più profondo e definitivo nella parte centrale della terapia di Laura, cioè nella fase successiva.

Nella seconda fase, dunque, va sciolta la sua tendenza a trattenere, la sua difficoltà a lasciar completamente andare il Controllo, e le sue difficoltà nel Contatto. È in questa fase, inoltre, che va agganciato l'altro lavoro attiguo del potersi Aprire e mostrarsi nella propria interezza, senza dover nascondere parte di sé. Ma prima bisogna recuperare un Essere Tenuti positivo, non inquinato da vissuti di oppressione e svalorizzazione. È in questa fase che si può accedere alla possibilità per Laura di sentirsi anche piccolina, non sbagliata, non svalorizzata. L'impotenza può cedere ai sentimenti più morbidi e antichi, al potersi lasciare andare all'Esperienza di Essere Tenuti. Le Sensazioni si riconciliano con lo stato di Benessere, il fisiologico riprende la sua funzionalità e la sua congruenza con il mondo delle emozioni.

Nella terza fase è molto importante recuperare la capacità di Cambiare le situazioni, fare emergere l'Assertività, la possibilità di affermarsi, di "poter dire la sua", aumentando la Consistenza (l'Autostima).

Nel contempo bisogna agire più direttamente sulle problematiche sessuali di Laura per scioglierle, recuperando il Funzionamento del Piacere, del Contatto, dell'Aprirsi, dell'agire come più sente e desidera nella relazione, ritrovando in modo più definitivo le Sensazioni corporee positive, e con esse la capacità di interpretare correttamente il senso di quanto arriva a percepire fisicamente. Tutto questo la porterà a smettere di considerarsi come "fatta in un certo modo".

Nella quarta fase, si lavorerà più direttamente e intensamente sul Perdere il controllo, per lasciare completamente la vigilanza, e si comincerà a intervenire sulla capacità di Amare veramente e in modo positivo e gratificante.

La quinta e ultima fase è quella caratterizzata da un lavoro pieno su come alimentare le relazioni affettive; ma anche sulla possibilità di sentirsi pienamente Realizzati (altro Funzionamento di fondo fondamentale per una donna che non è più una ragazza) nella vita privata come in quella professionale. È il momento anche di verificare se si è arrivati alla piena capacità di un Benessere profondo, con tutto il proprio Sé, un Sé integrato e recuperato a tutti i suoi livelli: cognitivi, emotivi, simbolici, immaginativi, fisiologici, motori, sensoriali.

Riferimenti bibliografici

Di Nuovo, S., Rispoli, L. (2011). *L'analisi Funzionale dello Stress. Dalla clinica alla psicologia applicata*, Milano: FrancoAngeli.

Rispoli, L. (1993). *Psicologia Funzionale del Sé*. Roma: Astrolabio.

Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Milano: Franco Angeli.

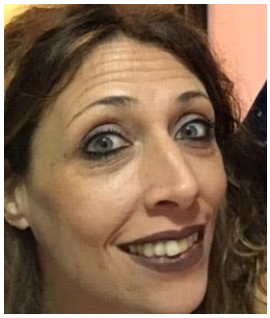
Rispoli, L. (2014). *Il Manifesto del Funzionalismo moderno*. Roma: Alpes.

Rispoli, L. (2016). *Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati*. Milano: Franco Angeli.

Gli Autori

Chiara Batistini è Psicoterapeuta Funzionale, svolge l'attività clinica privata, sia individuale che di gruppo, per adolescenti e adulti; lavora come consulente e formatore per enti pubblici/privati in ambito di prevenzione e interventi sullo stress, comunicazione, psicologia dell'età evolutiva. Docente e formatore per la Scuola Europea di Specializzazione in Psicoterapia Funzionale (SEF); formatrice di corsi sullo Stress e Burnout; relatrice di conferenze inerenti lo Stress, il Burnout, Orientamento Scolastico e Professionale, e tematiche specifiche in prospettiva della Psicologia Funzionale. È membro della Società Italiana di Psicoterapia Funzionale (S.I.F).

Email: chiara.batistini@gmail.com



Luca Rizzi è componente del direttivo della S.I.F. (Società Italiana di Psicoterapia Funzionale).
Psicologo Clinico, Psicoterapeuta Funzionale, svolge attività clinica individuale, di gruppo e per la coppia. Si occupa di ricerca in ambito clinico in collaborazione con l'Università della Campania "Luigi Vanvitelli" ed è Docente della Scuola Europea di Specializzazione in Psicoterapia Funzionale.

Email: luca.rizzi@ymail.com

Citazione (APA)

Batistini, C., Rizzi, L. (2018). Analisi di un caso clinico secondo l'applicazione del modello della Psicologia Funzionale in termini di sistemi integrati. *Costruttivismi*, *5*, 34-40. doi: 10.23826/2018.01.034.040

Costruttivismi, 5: 41-46, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.041.046

LA PROSPETTIVA PSICOANALITICA REICHIANA

Laura: paura e desiderio di amare

Marcello Mannella

Psicologo, psicoanalista reichiano

Non esistono fatti ma
solo interpretazioni

F. Nietzsche

Laura è una giovane donna di 29 anni che non vive felicemente la sua vita a causa delle difficoltà sessuali con il ragazzo e la conseguente rabbia che l'assale. Nel disagio di Laura trovano espressione una molteplicità di motivi che sembrano rimandare al tempo delle relazioni primarie. Lo psicoterapeuta deve assumere una posizione di 1° campo (Simulazione Terapeutica Incarnata) amorevole, accettante e strutturante, e somministrare acting di vegetoterapia (Attivazione terapeutica incarnata) in grado di creare un'atmosfera relazionale primaria in cui Laura possa sentirsi amata e accettata. Sono così poste le condizioni perché Laura possa aprirsi all'amore del ragazzo.

Parole chiave: *analisi del carattere, vegetoterapiacarattero-analitica, controtransfert corporeo di tratto, simulazione terapeutica incarnata, attivazione terapeutica incarnata, acting*.

Laura is a young woman, sheis 29. She is not happy because of her sexual difficulties with her boyfriend and she is filled with anger for that. In Laura's unease are expressed a lot of reasons that seem to be connected with the time of her primary relations. The psychotherapist has to assume a first field position (Therapeutic Incarnate Simulation) which has to be caring and accepting. At the same time, he has to give vegetoterapia (Therapeutic incarnate activation) which could create a primary relational atmosphere where Laura could be loved and accepted. Laura is now ready for he boyfriend's love.

Keywords: character analysis, body countertransference, embodied therapeutic simulation, therapeutic activation embodied, acting, character-analytic vegetotherapy

Accogliamo con piacere l'invito della rivista *Costruttivismi* a partecipare al numero speciale dedicato al confronto fra modelli psicoterapeutici, chiamati a cimentarsi nella lettura di un caso clinico in chiave costruttivista. Il compito - intellettualmente stimolante - non è semplice perché abbiamo a disposizione soltanto le informazioni relative al primo colloquio di Laura con il proprio psicoterapeuta.

In realtà, se è vero che la penuria di informazioni non ci sostiene sul piano diagnostico, paradossalmente ci "agevola" nella parte teoretica del nostro compito. La scarsità di "dati empirici", ci dà, infatti, l'occasione di enfatizzare un aspetto fondamentale della concezione costruttivista: il ruolo decisivo che gioca il momento teorico-deduttivo nella comprensione della realtà. Ovviamente non stiamo sostenendo che il momento empirico-induttivo non sia importante: nessuna teoria può accampare pretese di validità senza mostrare capacità euristiche nei confronti del reale. Vogliamo piuttosto ribadire che non può esistere una posizione osservativa pura, che l'individuazione dei "fatti" accade sempre all'interno di modelli teorici di riferimento.

Nel nostro tempo, non solo è tramontata l'ingenua aspirazione epistemologica di descrivere oggettivamente la realtà, ma si è fatta strada la convinzione che le posizioni osservative possono essere molteplici. È la stessa complessità del reale a richiedere la molteplicità dei punti di vista. L'ideale della conoscenza non è dunque più quello forte di un sapere cumulativo ed esaustivo, capace di pervenire nel tempo alla "verità" del mondo, quanto quello debole caratterizzato da una posizione epistemologica che riconosce il carattere incerto e provvisorio delle nostre conoscenze, che non pretende di spiegare il reale, ma che si "accontenta" di problematizzarlo.

"Da verità irrefutabili, le teorie diventano anche per i clinici, ipotesi per rapportarsi al mondo, punti di vista parziali, utili per descrivere e organizzare i dati, correggere gli insuccessi e riprodurre i successi terapeutici. La prima e più importante azione terapeutica diventa la 'dichiarazione epistemologica': esplicitare i propri presupposti per autoriflettere su quali osservazioni si sono compiute e su quali azioni conseguiranno e perché"[1].

Da buoni costruttivisti, anche noi, dunque, riteniamo necessario compiere la nostra dichiarazione epistemologica.

La SIAR[2] considera il setting psicoterapeutico come lo spazio in cui è agita la relazione fra l'analista e il paziente, vera e propria chiave del processo terapeutico. Proprio per questo poniamo particolare attenzione al controtransfert. Il fenomeno, però, non è da intendersi soltanto come la particolare costellazione emotiva che l'analista prova nei confronti dell'analizzato, ma rappresenta un prezioso strumento terapeutico. È regola fondamentale che se ne abbia consapevolezza, soprattutto nei suoi aspetti corporei. Qual è il livello corporeo che si attiva maggiormente nella relazione con il paziente? E come risuonano i suoi tratti caratteriali sulla nostra struttura di personalità?

Attraverso un'attenta analisi del carattere della relazione analista/analizzato è possibile modulare un adeguato assetto controtransferale psicocorporeo. Si realizza in tal modo un accoppiamento strutturale fra i tratti caratteriali dell'analista e i tratti caratteriali dell'analizzato (*controtransfert di tratto*), in grado di sollecitare l'assetto caratteriale di quest'ultimo e di stimolarne la capacità autopoietica di creare nuove forme di ordine e di organizzazione.

Ne consegue che per la SIAR la "verità" terapeutica non è un dato da svelare, ma piuttosto qualcosa da costruire, qualcosa che scaturisce stocasticamente dalla relazione fra l'analista e

---

[1] Ceruti, M., Telfner, U. (1987), (a cura di), *Heinz von Foerster*, *Sistemi che osservano*, Roma: Astrolabio, p. 29.

[2] Nata nel 1992, la SIAR (Società Italiana Analisi Reichiana) ha raccolto l'eredità della tradizione psicocorporea reichiana andando oltre l'impianto naturalistico che la connotava originariamente, trasformando in senso complesso il setting terapeutico. Si vedano, Ferri, G., Cimini, G., (2012), *Psicopatologia e carattere. L'analisi Reichiana*, Roma: Alpes, e il capitolo *Gli sviluppi della tecnica terapeutica* in Mannella, M., (2014), *Wilhlelm Reich. Il dramma e il genio*, Roma: Alpes.

l'analizzato. Da tutto ciò discende un atteggiamento clinico non direttivo che attraverso un domandare e un problematizzare aperti e *ambigui*, viene a costituirsi come elemento perturbatore in grado di sollecitare la processualità autopoietica della persona.

Ciò non avviene soltanto attraverso la comunicazione verbale, ma anche con l'ausilio decisivo degli acting corporei della *VegetoterapiaCarattero-Analitica*[3]. La proposizione degli acting rappresenta uno dei nostri punti di forza, perché ci consente di accedere alla memoria corporea dei vissuti, anche di quelli che accadono in età preverbale. La proposizione degli acting corporei si fonda sulla convinzione che la nostra mente sia incarnata – *embodied*[4]- e che dunque agire, sentire e capire siano profondamente intrecciati.

Due, allora, sono i *principi attivi* fondamentali che guidano la nostra pratica psicoterapeutica: *la simulazione incarnata terapeutica*[5] necessaria per sentire/comprendere l'altro, e *l'attivazione terapeutica incarnata*[6] che si realizza con gli acting di *VegetoterapiaCarattero-Analitica*.

Nella somministrazione degli acting, però, dopo averne descritto la modalità attuativa, non si danno indicazioni circa i possibili esiti esperienziali. Piuttosto che indicare la direzione dell'esperienza, si invita l'altro a scoprire nuove possibilità di essere nel mondo, e a soffermarsi su quelle che si avvertono egosintoniche e sostenibili.

Questa, in maniera sintetica, la descrizione dei caratteri teorico-pratici che guidano la nostra azione terapeutica. Per concludere il nostro compito, non ci resta che dare lettura del disagio di Laura animando il suo mondo di "fatti" ed "esperienze" con l'ausilio del nostro modello.

"È chee.. ehh... doopoo, ora sono quasi due anni che sto col mio fidanzato. Ee diciamo che non ho molta voglia di fare l'amore, però è una cosa che, nel senso, io sono sempre stata così. Il mio problema è che dopo mi arrabbio tantissimo. Probabilmente non con lui però tipo con me stessa quando tipo ci prova. Gli tengo il muso, però questa è una cosa che ho notato che comunque ce l'avevo anche quando ero più piccina, cioè mi ricordo anche delle scene con i miei genitori, che se combinavo qualcosa, poi dopo mi arrabbiavo, perché, non lo so perché, perché mi dispiaceva comunque di averlo fatto".

È questo l'incipit del primo colloquio terapeutico in cui Laura, una giovane donna di 29 anni, racconta del disagio che invalida la sua vita: le difficoltà sessuali con il ragazzo e la conseguente rabbia che l'assale.

---

[3] Il costrutto della corazza muscolare portò Reich ad ampliare le possibilità di intervento terapeutico. Alla tecnica dell'*Analisi del carattere* si affiancava la *Vegetoterapia* (così chiamata fra l'altro perché capace di agire sul sistema neurovegetativo), tecnica terapeutica centrata nel corpo. Nasceva così la *VegetoterapiaCarattero-Analitica* (Reich, 1994, *L'analisi del carattere*. Milano: SugarCo.). La Vegetoterapia si caratterizza per la proposizione di acting corporei, posture e movimenti mirati, volti a far rivivere i momenti della storia infantile.

[4] Le neuroscienze, in realtà, sostengono oggi la teoria definita *4Ecognitivescienze*. Secondo tale teoria la mente oltre ad essere incarnata (*embodied*), è volta all'azione (*enacted*), situata (*embedded*) ed estesa (*extended*) all'ambiente.

[5] Per Ammaniti e Gallese, la simulazione incarnata è "uno specifico meccanismo mediante il quale il nostro sistema cervello/corpo modella le proprie interazioni con il mondo" (Ammaniti, M., Gallese, V., (2014), *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia,* Milano: Raffaello Cortina, p. 2). Nel modello SIAR, la simulazione incarnata diventa *Simulazione Incarnata Terapeutica*. Lo psicoterapeuta assume l'appropriata *posizione* e l'appropriato *come*, funzionali alla relazione terapeutica. "L'appropriata Posizione è la collocazione sul tratto della propria personalità e sul corrispondente livello corporeo, su cui si può incontrare e contattare l'analizzato, aiutandolo a spostarsi […] dalla sua posizione di tratto e di livello corporeo [...] Il Come è l'espressione analogica della posizione e crea le atmosfere di campo nel setting, per realizzare gli insight evolutivi per l'analizzato". (Ferri, G., (2017), *Il corpo sa*, Roma: Alpes, p. 134).

[6] È un concetto operativo che si realizza con gli acting di *VegetoterapiaCarattero-Analitica*. (Ferri, G., *Il corpo sa*, op. cit.).

Una prima ipotesi eziologica, che risalta immediatamente dal proseguo del suo racconto, è quella che Laura sia emotivamente bloccata nell'esperienza della violenza sessuale subita quando era piccina e frequentava le elementari a opera di un amico del fratello più grande di circa 7/8 anni. Tale esperienza avrebbe segnato indelebilmente la sua vita, sancendo l'impossibilità di aprirsi fiduciosamente all'altro, vissuto come minaccioso, anche quando si tratta della persona amata. La diffidenza e la chiusura si manifesterebbero in maniera dirompente nella relazione sessuale – conclamando un disagio altrimenti mantenuto sottotraccia – perché la relazione sessuale con la persona amata richiede un profondo coinvolgimento emotivo, la totale disponibilità e apertura del proprio essere all'altro.

Non possiamo però escludere una seconda ipotesi, quella per cui la violenza sessuale[7] abbia "semplicemente" rinforzato o sancito una condizione mentale già presente in Laura.

Questa seconda ipotesi non è evidente quanto la prima, ma non per questo la riteniamo meno plausibile. Innanzitutto, è la stessa Laura a dichiarare che le sue difficoltà non siano da collegare a quell'esperienza: *"Però, non so, son tutte cose chee, ioo penso di ricollegarle a questo, però se poi penso che comunque anche quando ero piccina, c'avevo comunque questo carattere qui"*.

Proviamo allora a comprendere quale sia questo carattere. In base ad alcune "evidenze" comportamentali, ritengo che la sua struttura di personalità sia segnata dalla dominanza di tratti caratteriali orali (fissazione in fase orolabiale)[8]. Si è già sottolineato la difficoltà di Laura di aprirsi all'altro con disponibilità e piacere. Ma, per comprendere la sua struttura caratteriale, mi sembra soprattutto importante portare l'attenzione al modo di esprimere la rabbia, che è l'altro tema chiave del suo disagio.

"Il mio problema è che dopo [dopo aver rifiutato le avances sessuali] *mi arrabbio tantissimo. Probabilmente non con lui però tipo con me stessa quando tipo ci prova. Gli tengo il muso"*.

Laura esprime in maniera infantile, indiretta, la propria rabbia. Ella non ha la sostenibilità della possibilità della separazione (angoscia di separazione) non può quindi aggredire apertamente le persone da cui emotivamente dipende, non può correre il rischio di essere abbandonata.

Allora eccola assumere l'abitudine di tenere il muso, una modalità meno angosciante di esprimere la rabbia e che presenta dei vantaggi "secondari". Si colpevolizza l'altro, lo si costringe al compito di rimediare al torto e lo si impegna in un esercizio faticoso, perché protratto nel tempo, di attenzione nei propri riguardi.

Tenere il muso, a mio parere, denuncia dunque anche un profondo bisogno di accettazione e di rassicurazione. È come se Laura dicesse al suo ragazzo: *Se mi chiedi di fare l'amore, mi chiedi qualcosa che non posso fare, dunque non ti piaccio così come sono. Sta a te ora rimediare e dare prova di accettarmi. Dammi prova di amarmi veramente così che possa essere rassicurata di essere degna di amore*.

Nel disagio di Laura trovano espressione una molteplicità di motivi che sembrano rimandare al tempo delle relazioni primarie. Perché Laura non si apre all'altro? Perché non è capace di entrare in un contatto profondo? Perché non esprime apertamente la sua rabbia? Laura ci racconta un ricordo infantile dal quale traspare l'esistenza di un rapporto conflittuale con la madre. *"Ero piccolina, non so, avrò fatto le elementari, […] ero con la mia mamma a cercar funghi, eee, e la mamma era giù, accovacciata che prendeva funghi, ee io giocavo con questo bastoncino e gliel'ho battuto nella testa, non facendolo apposta ovviamente, e la*

[7] Più che di violenza potremmo parlare di invasività sessuale? La modalità sessuale del ragazzo è infantile: il gioco di papà e mamma.

[8] Per la comprensione dello sviluppo evolutivo secondo la SIAR, si veda Ferri, G., Cimini, G., *Psicopatologia e carattere*, op. cit.

mamma mi fa: "Laura, mi fai male", e io, che ho fatto? Mi sono arrabbiata e gli ho rotto tutti i funghi, cioè, perché?".

Come può giustificarsi quello scoppio eccessivo d'ira se non immaginando la presenza di qualcosa di problematico e conflittuale? (Se avessi potuto intervistarla avrei approfondito la conoscenza del rapporto coi caregiver; **Quinta domanda**). Laura si arrabbia *"quando l'altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all'altra persona, e io mi arrabbio"*. Ella non può accettare di far male alle persone da cui dipende emotivamente, perché corre il rischio di essere giudicata cattiva e per questo di essere abbandonata.

Probabilmente è nella relazione con la madre che Laura deve aver sviluppato tematiche di accettazione, appreso a non mostrare se stessa e, nel tempo, imparato a non esprimere direttamente la propria rabbia. Lo stesso atto di non concedersi sessualmente al ragazzo non affonda le radici in quella relazione? È come se Laura dicesse al ragazzo – riproponendo però una modalità relazionale primaria – *non mi apprezzi, non mi apro per il timore di provare dolore e delusione, ti punisco mantenendomi distante, non consentendoti un rapporto di intimità*" (**Terza domanda**).

Nell'incontro con Sandro – che Laura definisce *paziente* e *tranquillo*, e, aggiungerei, amorevole e sensibile – accade qualcosa di nuovo: in Laura, per la prima volta si affaccia il desiderio di superare l'impasse relazionale primario, di aprirsi con fiducia al mondo. È con Sandro, del resto, che Laura ha imparato a chiedere scusa – *ho iniziato ora con Sandro* – che può, quindi, accettare di essere stata "cattiva", provando a superare il timore di essere abbandonata.

Ecco che allora decide di andare dallo psicoterapeuta aspettandosi di poter *"almeno smussare un pochino questa parte del carattere"*, di essere dunque aiutata a scoprire l'autonomia e, finalmente, provare piacere a entrare nel mondo (**Prima e seconda domanda**).

Qual è, allora, l'atteggiamento controtransferale che l'analista deve assumere per aiutare Laura a superare il suo stazionare in posizione orale?

Lo psicoterapeuta deve assumere una posizione di 1° campo (Simulazione Terapeutica Incarnata) amorevole, accettante e strutturante, tenendo conto che la resistenza maggiore che Laura proporrà sarà l'atteggiamento di diffidenza, la difficoltà a rendersi disponibile alla relazione (**Quarta domanda**). Per quanto riguarda la somministrazione di acting (Attivazione Terapeutica Incarnata), proporrei, inizialmente, l'acting del *Punto luminoso stabile*[9], cercando di creare un'atmosfera relazionale primaria in cui Laura possa sentirsi amata e, dunque, accettarsi. Dopo qualche tempo, mantenendo il *Punto luminoso stabile*, le chiederei di rientrare ritmicamente coi propri occhi sulla propria piramide nasale, tenendo socchiuse le labbra (il muso), (**Sesta domanda**).

Sono così poste le condizioni perché Laura possa aprirsi alla possibilità dell'amore andando incontro all'amore di Sandro.

Riferimenti bibliografici

Ammaniti, M., Gallese, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina.

Ceruti, M., Telfner, U. (a cura di). (1987). Heinz von Foerster. *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.

Ferri, G., Cimini, G. (2012). *Psicopatologia e carattere. L'analisi Reichiana*. Roma: Alpes.

Ferri, G. (2017). *Il corpo sa*. Roma: Alpes.

Mannella, M. (2014). *Wilhlelm Reich. Il dramma e il genio*. Roma: Alpes.

[9] Per i significati terapeutici e la descrizione operativa degli acting, si rimanda a Nigosanti, G., (2017), *Analisi corporea in gruppo. L'approccio reichiano*. Roma, Alpes.

Nigosanti, G. (2017). *Analisi corporea in gruppo. L'approccio reichiano*. Roma: Alpes.
Reich, W. (1994). *L'analisi del carattere*. Milano: SugarCo.

L'Autore

Mannella Marcello. Segretario, didatta e supervisore della SIAR (Società Italiana di Analisi Reichiana). Membro del Comitato scientifico della scuola di specializzazione in psicoterapia reichiana riconosciuta dal MIUR con decreto 16-01-2004 pubblicato sulla G.U. del 30-01-2004. Membro della redazione della rivista online della SIAR PsicoterapiaAnaliticaReichiana. Membro del *board* scientifico della collana "*CorporalMente*" presso la casa editrice Alpes.
Pubblicazioni:
Oltre a numerosi articoli, Mannella M., *Wilhelm Reich. Il dramma e il genio. Una lettura analitica post-reichiana*, Alpes Editore, Roma, 2014.
Mannella M., *L'educazione del corpomente. Cosa significa educare nella società postmoderna*, Alpes Editore, Roma, 2018.

E-mail: mmarcello59@gmail.com

Citazione (APA)

Mannella, M. (2018). Laura: paura e desiderio di amare. *Costruttivismi*, *5*, 41-46. doi: 10.23826/2018.01.041.046

AREA SISTEMICO-RELAZIONALE

Costruttivismi, 5: 49-53, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.049.053

LA PROSPETTIVA RELAZIONALE SISTEMICA

La doppia faccia della brava ragazza: commento al caso di Laura

Gianmarco Manfrida

Direttore Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato

Laura presenta un problema di approccio al sesso legato a un disturbo di personalità dipendente, per il quale si rilevano indici diagnostici sia nelle poche informazioni sulla storia personale e familiare sia nella relazione che stabilisce con il terapeuta. Fattori che hanno indotto la richiesta di terapia è il particolare momento del ciclo di vita che attraversa con il suo convivente, e le difficoltà che ne conseguono e potrebbero far interrompere la loro relazione. Vengono prospettate aree di possibile indagine e approfondimento nella storia personale di Laura ma anche nelle relazioni coi genitori, e difficoltà e occasioni di cambiamento che si possono profilare nel processo terapeutico. Inoltre, si potrebbe considerare la possibilità di far venire una volta anche Sandro - il compagno - a un incontro con lei dal terapeuta.

Parole chiave: *approccio relazionale sistemico*, *disturbo di personalità dipendente*, *problemi di attaccamento*, *ciclo vitale della coppia e della famiglia*, *ipotesi relazionali sistemiche*

Laura is suffering of a problem with sex due to a Dependent Personality Disorder. Diagnostic elements can be traced both in the few informations we have about her family and personal history and in some characteristics of the therapeutic relationship. The life moment she is living with her partner is behind the request of psychotherapy, because their frequent quarrels and sexual problems can compromise pregnancy and the development of the couple into a family. Areas of possible enquiry are identified in the personal history of Laura, but also in her relationships with her parents; difficulties and occasions for change are foreseen in the future development of the therapeutic process. Advantages and risks of inviting her partner to come with her once to meet the therapist are considered.

Keywords: *systemic relational approach*, *dependent personality disorder*, *attachment problems*, *couples and families life cycle*, *systemic relational hypothesizing*

Qual è il problema presentato da Laura e, se il tuo approccio prevede questa differenziazione, quale la "domanda" posta al terapeuta?

Laura presenta un problema di approccio al sesso che mette in discussione in questo momento lo sviluppo del rapporto nella direzione di una famiglia; sottostante pare presente un disturbo di personalità dipendente con una scissione tra desiderio di essere compiacente per sentirsi amabile e accettata e rabbia a sentirsi comandata e controllata, anche nel sesso. Un tipo di disturbo di personalità che ha le radici in una modalità di attaccamento insicuro ambivalente, secondo i modelli della teoria dell'attaccamento. Nella prospettiva del Ciclo Vitale della Famiglia, Laura e Sandro si trovano in un momento di evoluzione verso le prime tappe di costituzione di una famiglia, congruo con l'età, il livello sociale e le risorse lavorative dei due. I lavori di Haley hanno introdotto un cambiamento significativo nel modo di considerare i movimenti di passaggio della famiglia da uno stadio all'altro. Secondo lui, infatti, tale passaggio non è affatto naturale, ma implica tutta una serie di compiti evolutivi che non sempre la famiglia riesce ad affrontare.

Haley ritiene che lo stress familiare è più intenso nelle fasi di transizione da uno stadio all'altro del processo evolutivo della famiglia e ipotizza che i sintomi patologici compaiono più facilmente in occasione di interruzioni o distorsioni nell'evoluzione del ciclo di vita. Il problema sessuale interferisce assai con le possibilità e i desideri di sviluppo della relazione e viene identificato da Laura come il punto di emergenza e di occultamento di ogni altro dubbio e problema di attaccamento.

Quali ritieni che siano le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? Riterresti opportuno favorire una ridefinizione di tali aspettative?

Come dice Laura, coerentemente con il suo aspetto di scissione di personalità dipendente, vorrebbe "smussare un pochino" quella parte di carattere per cui non solo non riesce ad acconsentire alle richieste altrui, ma poi sviluppa sensi di colpa (con probabili paure di abbandono) a cui reagisce con rabbia e aggressività che mantengono le distanze preservando una identità debole. Non può permettersi di affidarsi nel rapporto sessuale, anche se le sue disavventure non hanno lasciato segni nella capacità di provare piacere, ma sentendosi in difetto e quindi a rischio di non essere più amata e voluta si riprende le distanze che potrebbe perdere, difendendosi dal timore di accondiscendere. L'episodio a 10 anni l'ha vista accondiscendere, poi sentirsi in colpa, poi denunciare l'accaduto; è stato il momento in cui la scissione già presente si è collegata al sesso. Infatti, già prima nell'episodio dei funghi con la madre si vede come un atto di ribellione a cui segue un rimprovero suscita una reazione non di depressione ma di rabbia e di controparadossale affermazione della propria autonomia contro gli altri. Laura si difende dal rischio di essere fagocitata dagli altri attraverso i sensi di colpa, indotti da loro o sviluppati da lei stessa per timore dell'abbandono: una rabbia aggressiva controfobica. L'atteggiamento del ragazzo che si dice "Purtroppo" non disponibile *("Eh lui mi dice, «fosse per me, se fosse una cosa di cui io non avessi bisogno, per me si potrebbe anche non fare»"*) non rassicura Laura, anzi la fa sentire ancora meno voluta e la spinge a sentirsi in colpa, da cui poi la rabbia che le consente di dire spesso di no e di non fare marcia indietro. Non è quello che realmente vorrebbe ma è un modo di salvaguardare un briciolo di identità autonoma. Certamente la domanda di Laura va ridefinita, in modo da affrontare non soltanto l'emergenza sessuale del problema, ma il disturbo di personalità dipendente sottostante e la scissione che esso comporta tra aspetti di infantile ricerca di adozione e di rabbiosa protesta ribelle (Cancrini, 2017; Benjamin, 1999; 2004); tuttavia credo che la ridefinizione vada fatta non subito ma dopo alcune sedute che abbiano consentito di contenere il sintomo ansioso se

non quello sessuale, di stabilire un rapporto capace di dare sicurezza a Laura, di raccogliere elementi della storia personale e del contesto attuale che rendano possibile una proposta di terapia plausibile ed accettabile. In un approccio narrativo costruzionista sociale, prima di costruire una nuova storia occorre decostruire quella vecchia, e questo implica un lavoro dettagliato sul passato, alla ricerca di elementi discrepanti dalla realtà banale presentata dal paziente e confermatagli dagli altri significativi. Segue poi la proposta di una nuova storia plausibile, convincente ed esteticamente valida (Manfrida, 2014).

Secondo il tuo modello, quali ipotesi iniziali puoi fare rispetto all'inquadramento professionale del caso e perché?

Ci sono poche notizie sulla composizione della famiglia e sui rapporti all'interno di questa, potrei ipotizzare che Laura sia una bambina trascurata nella crescita, forse a favore di qualche fratello maschio più gratificante per i genitori o di qualche sorella più brillante e apprezzata. Per questo non è riuscita a rifiutare l'offerta di complicità di un ragazzo più grande di lei, per questo unisce la rabbia al desiderio di sentirsi voluta. Della madre si sa solo che prima è oggetto di manifestazioni aggressive da parte di Laura bambina, poi che non protegge Laura ammettendo estranei in casa mentre è sola; di fronte al racconto dei giochi sessuali con il ragazzo più grande infine delega la gestione del problema alla psicologa, senza rassicurare direttamente Laura sul fatto che quanto accaduto non mette in discussione la sua posizione in famiglia né la rende una figlia cattiva. Questo atteggiamento di scarsa tutela e protezione, che già dava luogo in Laura a vissuti di esser trascurata e conseguentemente a una scissione tra sensi di colpa e aggressività, culmina con l'occasione dell'abuso e genera una forte rabbia negata di Laura nei confronti dei familiari. Penserei quindi a un disturbo d'ansia con aggressività reattiva strutturato su un disturbo di personalità dipendente, nel quale sensi di colpa, tentativi seduttivi e ricerche di adozione si alternano con atteggiamenti aggressivi e sfoghi rabbiosi. Probabilmente l'idea di avere un figlio, che non suscita in Sandro eccessivo entusiasmo, rende ora necessario un miglior controllo del comportamento per non incrinare la relazione; questo ha reso Laura più cosciente delle sue reazioni emotive e l'ha costretta a imparare a chiedere scusa per non correre il rischio di una rottura del rapporto, reagendo ai sensi di colpa attraverso una ricerca di conferma adottiva invece che con esplosioni di rabbia e "musi". Prova ne è il discorso sul volere figli: *"Hai detto che un bambino lo vuoi, però, tutte le volte che ne parli, pensi alle cose negative. Non mi hai mai detto, "penso una cosa positiva all'idea di averlo..." E lui mi ha detto «su questo hai ragione».*

Come immagini che la paziente possa porsi nella relazione terapeutica, quale tipo di relazione pensi sia auspicabile cercare di costruire e quali difficoltà potrebbero insorgere?

È probabile che vi sia un tentativo seduttivo di ricerca di adozione, con atteggiamenti infantili già evidenti nel modo di parlare nella prima seduta, stando alla trascrizione: a ogni parola sembra che Laura si ponga il dubbio di dire la cosa giusta per compiacere lo psicoterapeuta (esita, bamboleggia, si esprime in modo infantile). Si presenta sempre come vittima o come potenziale bomba esplosiva, secondo gli estremi della sua scissione di personalità. È facile prevedere che anche verso il terapeuta, se questi cercherà di indirizzarla troppo apertamente o in modo troppo direttivo, manifesterà rabbia oppositiva, metterà il muso, manterrà una paralisi operativa. Come nel rapporto sessuale, occasione minacciosa di essere dominata e posseduta da altri, potrà vedere negli interventi del terapeuta un potenziale

controllo, a cui seguirà senso di colpa per non collaborare abbastanza in terapia e infine rabbia per sentirsi più che mai posseduta da altri. Occorre non avere troppa fretta, raccogliere molte informazioni di contesto senza esprimere giudizi e se mai assolvendola dai sensi di colpa per i vissuti aggressivi, cercare di valorizzare le cose positive eventualmente fatte da Laura, confermare gli elementi che possono potenziare la sua bassa autostima senza però passarle il messaggio diretto che è perfettamente adeguata a stare in piedi da sola, che la farebbe sentire abbandonata dal terapeuta e a rischio di essere mollata da tutti.

Quali contenuti ti proporresti di approfondire negli incontri immediatamente successivi al primo colloquio?

Mancano informazioni che consentano di valutare il grado di autonomia personale di Laura, scopriamo che ha 29 anni ma non si sa se lavora, se ha una autonomia economica, che studi ha fatto, se ha amiche, come è composta la sua famiglia, se convive col ragazzo e con i suoi o da sola, di chi è la casa (in affitto, di proprietà, sua, dei suoi, del ragazzo, della famiglia di questi…) e se è collocata accanto a una delle famiglie di origine, che rapporti ha con il padre e la madre, quali sono i rapporti con la famiglia del ragazzo, se ci sono nella sua storia delle realizzazioni o degli episodi di cui è fiera oltre a quelli di cui si vergogna. Manca un'immagine fisica di Laura. Potrebbe essere sovrappeso, cercando di colmare le sue carenze affettive con i dolci; potrebbe avere un atteggiamento seduttivo un po' infantile, inadeguato per la sua età; potrebbe al contrario aver trovato sicurezza nel luogo di lavoro e presentarsi vestita in modo adeguato alla sua attività. Potrebbe essere interessante sapere qualcosa dei suoi precedenti fidanzamenti. Come si sono chiusi? Per iniziativa di chi? Potrebbero aver incrementato le sue paure di abbandono…e la sua rabbia difensiva di fronte alla paura di soffrire per gli abbandoni.

Su quali aspetti ritieni sarebbe necessario lavorare durante il processo terapeutico e come pensi che questo potrebbe svilupparsi nel corso del tempo?

Sarebbe necessario lavorare prima di tutto sui sensi di colpa e sulla rabbia, capace di pregiudicare le relazioni affettive e i rapporti sociali; poi, quando si fossero ottenuti miglioramenti su questi piani, si potrebbe proporre un lavoro sulla personalità, di cui la stessa Laura implicitamente sente di avere bisogno *"io non è che mi sento malata, però mi sento che c'ho un qualcosa che, devo cambiare, migliorare, devo, fare diversamente, perché non sto bene"* ma che adesso difficilmente sarebbe in condizioni di sostenere per eccessiva fragilità e per la presenza di un problema di evoluzione di rapporto verso la famiglia più immediato. Il successo in un lavoro seppur parziale sul sintomo ansiogeno indotto da sensi di colpa e rabbia potrebbe consentire in qualche mese di sviluppare un rapporto con il terapeuta capace di sostenere poi un lavoro più approfondito sulla personalità. Naturalmente sarebbe indispensabile ricondurre tutte le reazioni di ricerca di adozione dal terapeuta o di rabbia elusiva verso il medesimo al significato relazionale di dipendenza-fuga tipico del disturbo di personalità dipendente (Ugazio, 2012). Riconoscendo queste modalità relazionali nel rapporto terapeutico Laura potrà poi arrivare a ricomporre, almeno in gran parte, la scissione che si porta dentro.

Dopo i primi incontri, potrei considerare la possibilità di proporre a Laura di venire qualche volta con Sandro, perché lei ha dichiarato un tabù sull'argomento figli, indotto dal timore che il compagno possa non solo rifiutarli ma mollare anche lei per non averne: *"Insomma poi, magari, gli volevo parlare anche di questa cosa, però, sentirmi dire così mi ha bloccato e io,*

ora, non gliene parlerò mai". È evidente che l'argomento è difficile da evitare e che è strettamente in rapporto al tema dei rapporti sessuali, quindi potenzialmente fonte di altri contrasti, musi e rifiuti se non viene affrontato congiuntamente. Non proporrei immediatamente una terapia di coppia, ma vedendo Sandro e Laura insieme una volta o due dopo che si fosse stabilizzato il rapporto con Laura potrei aiutarli ad affrontare la questione e, se si trovano in difficoltà, indirizzarli da qualcuno per una terapia di coppia, affiancata al lavoro sulla personalità con Laura.

Riferimenti bibliografici

Benjamin, L. S. (2004). *Terapia ricostruttiva interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono*. Roma: Editrice LAS.

Benjamin, L. S. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: Editrice LAS.

Cancrini, L. (2017). *Ascoltare i bambini. Psicoterapia delle infanzie negate*. Milano: Raffaello Cortina.

Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (2016). *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*. Milano: Raffaello Cortina.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy.* New York: Grune & Stratton. (trad. it. *Le strategie della psicoterapia*. Sansoni: Firenze, 1977)

Manfrida, G. (2014). *La narrazione psicoterapeutica. Invenzione, persuasione e tecniche retoriche in terapia relazionale* (3a ed.). Milano: FrancoAngeli.

Ugazio, V. (2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.

L'Autore

Gianmarco Manfrida. medico psichiatra, psicoterapeuta. Laureato in Medicina, Psicologia e in Sociologia. Direttore e didatta del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale (Prato), sede formativa per la Specializzazione in Psicoterapia riconosciuta dal MIUR. Past President Società Italiana di Psicoterapia Relazionale; già Primario Psichiatra AUSL 10 Firenze e professore a contratto di Psicoterapia relazionale Sistemica presso le Università di Siena e di Firenze. Autore di 3 libri e oltre 140 articoli su riviste italiane e straniere; membro del comitato di redazione di *Contemporary Family Therapy* (USA), Redes (Messico), Terapia Familiare, Ecologia della Mente, Psicobiettivo, Rivista di Costruttivismo. Svolge attività clinica individuale, di coppia e familiare; si occupa in particolare di relazioni interpersonali, di terapia narrativa, di nuove risorse online per la psicoterapia.

Citazione (APA)

Manfrida, G. (2018). La doppia faccia della brava ragazza: commento al caso di Laura. *Costruttivismi*, *5*, 49-53. doi: 10.23826/2018.01.049.053

Costruttivismi, 5: 54-57, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.054.057

LA PROSPETTIVA SISTEMICO-RELAZIONALE

Tutta la rabbia di Laura

Luisa Martini

Società Italiana di Psicoterapia Relazionale e Sistemica (SIPRES) e Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale (IIPR)

Analisi di un caso clinico in cui, considerando un funzionamento familiare disfunzionale nelle modalità relazionali, si arriva a ipotizzare un probabile adattamento disorganizzato che evidenzia nelle relazioni significative della paziente un funzionamento borderline. Le informazioni raccolte nel colloquio clinico, attraverso le domande del terapeuta, sono proposte sia come un momento di verifica delle ipotesi diagnostiche effettuate ma anche per orientare verso un intervento che sarà basato sulla collaborazione e l'alleanza terapeutica

Parole chiave: *ipotesi diagnostiche*, *relazione terapeutica collaborativa*, *alleanza terapeutica*

Analysis of a clinical case in which, considering a dysfunctional family functioning in the relational modalities, we arrive at hypothesizing a probable disorganized attachment which highlights a borderline functioning in the patient's significant relationships. The information collected in the clinical interview, through the therapist's requests, is proposed as a moment of verification of the diagnostic hypotheses but also to orientate towards an intervention that will be based on collaboration and therapeutic alliance

Keywords: *diagnostic hypotheses*, *collaborative therapeutic relationship*, *therapeutic alliance*

Laura ha 29 anni, ha un compagno con il quale sta convivendo da due anni ma che continua anacronisticamente a chiamare "fidanzato", questa relazione è importante per lei, ma non ha molta voglia di fare l'amore e dopo si arrabbia moltissimo con se stessa. Laura ha notato che una cosa analoga capitava anche con i suoi genitori quando, da bambina, combinava qualcosa e dopo si arrabbiava perché provava dispiacere per quello che aveva fatto.

Queste due situazioni vengono descritte all'inizio del primo colloquio: Laura si racconta come una persona che, fin da piccola, ha avuto un problema legato al provare rabbia e dispiacere nelle sue relazioni significative quando ritiene che il suo comportamento non corrisponda a quello che l'altro desidererebbe/si aspetterebbe.

Il modo di esprimersi di Laura è incerto, frammentato, infantile, corredato di molti non so, con continui salti tra presente e passato, nel tentativo di trovare un collegamento con eventi vissuti nel passato che possano fornirle una spiegazione per quello che avviene nel suo presente.

Richiesta esplicita, richiesta implicita, ipotesi diagnostiche

La richiesta esplicita di Laura al terapeuta è di "smussare almeno un pochino" quello che lei definisce carattere, che le impedisce di essere tranquilla e di far stare tranquillo il suo compagno.

Le tematiche portate evidenziano una richiesta implicita di un forte bisogno di accudimento, di sintonizzazione emotiva e di contenimento.

Laura parla poco della sua famiglia d'origine, ma, dai fatti che racconta, si può ipotizzare che sia mancata, da parte delle sue figure genitoriali, la capacità di cogliere i segnali degli stati di malessere della figlia legati alle esperienze sessuali negative che Laura si è trovata a vivere: l'abuso da parte del ragazzo, amico del fratello, al quale Laura si sentiva costretta a sottostare quando frequentava le elementari, il non riuscire a sottrarsi, quando aveva 15 anni, alle richieste sessuali del suo fidanzatino per poi ritrovarsi a piangere in solitudine.

I genitori di Laura vengono a conoscenza, per vie indirette, dell'abuso che Laura stava subendo e l'unica cosa che Laura riferisce è la loro iniziativa di inviarla da uno psicologo, con il quale però la bambina si rifiutava di parlare dell'argomento.

Si potrebbe ipotizzare (ma sarebbe necessario avere maggiori informazioni) una situazione familiare con i seguenti nodi problematici:

- mancanza di una vera intimità e condivisione
- disattenzione selettiva per gli stati di malessere
- minimizzazione degli aspetti emotivi
- incapacità a leggere gli stati interni dell'altro

Questi nodi problematici, probabilmente presenti nella famiglia di origine di Laura e derivanti dalle storie individuali dei genitori e dalla loro relazione coniugale e genitoriale, fanno ulteriormente ipotizzare che Laura possa aver sperimentato un difetto di rispecchiamento e di riconoscimento che ha reso difficoltoso imparare a riconoscere i suoi stati interni e a leggere quelli dell'altro: tutto ciò potrebbe indirizzare per una ipotesi diagnostica di attaccamento disorganizzato che comporta, nelle relazioni, un funzionamento borderline.

La richiesta di attivazione di un comportamento sessuale mette Laura di fronte a una intimità che la spaventa e mentre nel passato non riusciva a sottrarsi alla richiesta, nel presente, pur riuscendo a esprimere il suo rifiuto, sperimenta egualmente rabbia, dolore e senso di colpa.

La vicinanza, seppur desiderata, è temuta per il rischio di "perdersi" nell'altro, il distacco è temuto per il rischio di essere abbandonati.

La relazione terapeutica: criticità e obiettivi

Nella relazione terapeutica, come sempre avviene, Laura riproporrà le sue modalità relazionali disfunzionali legate alla sua difficoltà a gestire la vicinanza e il distacco: questo potrebbe rendere per lei difficoltoso rispettare una regola del setting che preveda sedute rigidamente scadenzate e una precoce ridefinizione delle aspettative.

La relazione terapeutica dovrebbe tendere a un ascolto empatico, accogliente e che non scivoli in giudizi sia su Laura che sulle sue figure significative.

Il terapeuta proporrà una relazione basata sulla collaborazione rispetto all'analisi, la comprensione e al tentativo di risoluzione della richiesta presentata. Mantenere il focus centrato sulla richiesta presentata, pur nella consapevolezza da parte del terapeuta delle richieste implicite e delle problematiche sottese, e proporre una relazione in cui insieme si collabora per raggiugere un obiettivo condiviso, pone le basi per l'alleanza terapeutica, elemento indispensabile per poter svolgere un intervento efficace.

Negli incontri successivi, per poter verificare le ipotesi fatte, raccoglierei maggiori informazioni sia su di lei che sulla sua famiglia, evitando di proporre un vero e proprio genogramma che potrebbe essere vissuto come intrusivo. Qualche esempio di richiesta di informazioni:

- studi effettuati, lavoro, vita sociale
- informazioni sui suoi genitori (età, tipo di lavoro, loro presenza/assenza nella vita familiare ed eventuali altre figure sostitutive), ha parlato di un fratello più grande, ci sono altri fratelli?
- storia familiare (separazioni, trasferimenti, eventi luttuosi/traumatici)

Chiederei anche maggiori informazioni sul tipo di relazioni presenti tra i vari membri della sua famiglia, collegando le domande nel colloquio agli avvenimenti che Laura ha raccontato nel primo colloquio:

- rispetto all'abuso subito da bambina, evitando di indagare il fatto in sé, proporrei domande che riguardano i suoi vissuti relazionali: "mi chiedo come mai non abbia raccontato alla sua mamma di quel ragazzo che le proponeva il gioco di mamma e babbo?", "qual è stata la reazione dei suoi genitori quando la maestra ha rivelato quello che stava accadendo?" "Ne avete parlato insieme?"
- rispetto alla sua problematica: "ne ha parlato con i suoi familiari?" se sì "cosa ne pensano?"
- rispetto alla sua relazione di coppia: "il suo fidanzato è stato ben accolto nella sua famiglia?"

Le informazioni così raccolte, rispetto alle ipotesi scaturite dal primo incontro, potrebbero portare a modificare le ipotesi, a confermarle e ad ampliarle aiutandomi ad indirizzare il tipo di intervento.

Cercherei di indagare la sequenza che innesca la rabbia, il senso di colpa e il suo star male, focalizzando l'attenzione su cosa può ricordare, nelle varie situazioni, di aver sentito dentro di sé prima della rabbia, che tipo di rabbia? Sempre la stessa rabbia o con delle differenze nelle diverse situazioni? La stessa cosa farei per il senso di colpa e il suo star male.

L'obiettivo è quello di cominciare ad allenare Laura a leggere il suo stato interno.

Un altro aspetto riguarda le reazioni dell'altro di fronte alla sequenza disfunzionale: "Che le sembra che senta il suo fidanzato di fronte al suo no al rapporto sessuale? Di fronte alla sua rabbia e poi al suo star male?"

In questo caso l'obiettivo è cominciare ad allenare Laura a leggere lo stato interno dell'altro.

Il processo terapeutico

Nello svilupparsi del processo terapeutico l'allenamento a riconoscere i propri e gli altrui stati interni dovrebbe poter consentire una elaborazione dei vissuti problematici: di quelli traumatici e di quelli in cui Laura ha sperimentato una dissonanza emotiva.

Nel processo terapeutico una particolare attenzione dovrà essere riservata al rischio che il terapeuta venga spinto a comportarsi o si proponga come una figura di accudimento per evitare che la sequenza disfunzionale venga riproposta anche nella relazione terapeutica.

È importante che il terapeuta abbia la capacità di tollerare gli inevitabili stati di tensione del paziente, ma è anche importante che sia capace di riconoscere i propri limiti e sia in grado di riconoscere i segnali di un suo eventuale eccessivo coinvolgimento e di porsi una serie di domande:

- come mai mi ritrovo in questa situazione?
- su che cosa che riguarda me stesso mi sto lasciando agganciare?
- si ricollega a qualche aspetto del processo terapeutico?
- che tipo di relazione sta rappresentando il paziente con me?
- che tipo di reazione emotiva il comportamento del paziente sta cercando di suscitare in me?

Un eccessivo coinvolgimento del terapeuta diviene un ostacolo per il processo terapeutico e inficia l'alleanza terapeutica, mentre un coinvolgimento terapeutico è propriamente instaurato nell'alleanza terapeutica.

L'Autrice

Luisa Martini è psicologo psicoterapeuta, socio fondatore nel 1975 del Centro di Studi e Terapia S.r.l. ente gestore dell'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale (IIPR), didatta e supervisore nei Corsi di Specializzazione in Psicoterapia della Famiglia, è Socio fondatore nel 1990 della Società Italiana di Psicoterapia Relazionale e Sistemica (SIPRES), è didatta della Scuola Italiana di Ipnosi Ericksoniana (SIIPE), è Rappresentante legale dell'IIPR e Presidente della FIAP.

Email: iipr.segreteria@gmail.com

Citazione (APA)

Martini, L. (2018). Tutta la rabbia di Laura. *Costruttivismi*, *5*, 54-57. doi: 10.23826/2018.01.054.057

AREA UMANISTICA

Costruttivismi, 5: 60-65, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.060.065

LA PROSPETTIVA GESTALTICA

L'insostenibile leggerezza del germoglio-Laura e il suo delicato dispiegarsi

Gianni Francesetti

Istituto di Psicopatologia e Psicoterapia della Gestalt - IPSIG

Il resoconto clinico viene analizzato a partire da una prospettiva gestaltica, utilizzando quanto riportato circa l'esperienza della paziente e le osservazioni del terapeuta. Da questa esplorazione emerge come Laura presenti una difficoltà a legittimare l'emergenza dei propri vissuti, a riconoscerli e porli nella relazione con l'altro. La rabbia sembra essere un baluardo protettivo nell'incontro in cui l'altro è facilmente percepito come intrusivo. Questa difficoltà sembra radicarsi sia nelle relazioni familiari sia in esperienze abusanti, che non sembrano essere riconosciute come tali da Laura. Il lavoro terapeutico dovrà offrire la possibilità di sperimentare il sostegno per dar forma ai propri vissuti, con molta attenzione al rischio di ripetere le esperienze di invalidazione e invasione.

Parole chiave: *emergere dei vissuti*, *perdita di sé*, *orientamento*, *rabbia secondaria*, *trauma*, *psicoterapia della Gestalt*

The clinical report is analysed from a Gestalt perspective, based on patient's experiences and therapist's observations. From this exploration, Laura's difficulty to recognize, legitimate and put in relationships her feelings emerges. Anger seems a secondary protection of her in the meeting with other, easily perceived as intrusive. This difficulty seems to be rooted in family's relationships and in abusive experiences, that seem not to be recognized as such by Laura. The therapeutic work should offer the possibility to experience the support in order to give shape and value to her feelings, with attention to not repeat the invalidation and invasion present in her history.

Keywords: *emerging feelings*, *loss of self*, *orientation*, *secondary anger*, *trauma*, *Gestalt psychotherapy*

Qual è il problema presentato da Laura e, se il tuo approccio prevede questa differenziazione, qual è la "domanda" posta al terapeuta?

La formulazione di Laura riguardo a quanto la porta in terapia sembra essere piuttosto chiara: l'occasione è l'intensificarsi del disagio per la difficoltà nei rapporti sessuali con il suo fidanzato. Questa difficoltà si è verificata sin dai primi rapporti e si è progressivamente legittimata in modo da poter esser via via più espressa nella coppia. La problematica nella sessualità viene in qualche modo collegata, per affinità di vissuto, a momenti in cui è difficile gestire la rabbia. Questa difficoltà è presente sin da quando Laura era bambina. In effetti, per Laura, il rapporto sessuale è di per sé possibile, funzionale e fonte di soddisfazione, ma l'avvicinarsi alla sessualità è difficile e fonte di sentimenti piuttosto confusi quali: rabbia, colpa, tristezza. Laura sembra consapevole che le sue difficoltà nell'ambito della sessualità siano in qualche modo espressione di una difficoltà relazionale ed emotiva più ampia. La domanda pare dunque quella di essere aiutata a sciogliere queste difficoltà di coppia con la consapevolezza che esse siano intrecciate con uno sfondo esistenziale e "caratteriale" più ampio. Il bisogno, non ancora formulabile ed esprimibile, sembra essere di comprendere e trasformare quanto accade nelle relazioni affettivamente significative quando Laura è posta di fronte alle aspettative dell'altro. Qui le cose sembrano non funzionare, sia che Laura decida di soddisfarle sia che decida di sottrarvisi.

Quali ritieni siano le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? Riterresti opportuno favorire una ridefinizione di tali aspettative?

Mi sembra che Laura si attenda di riuscire a modificare una reazione emotiva che da sola non riesce pienamente a comprendere né a controllare e che la fa profondamente soffrire. Non proporrei una ridefinizione delle sue aspettative in terapia: queste sono sufficientemente chiare per cominciare il lavoro e possono poi chiarirsi strada facendo, a mano a mano che si definirà meglio la sua esperienza. Il punto è tuttavia cruciale in quanto l'aspetto critico nelle relazioni sembra proprio correlarsi all'incontro con le aspettative dell'altro. Proprio per questo non stresserei questo aspetto prima che l'alleanza terapeutica non diventi più stabile e la relazione affettivamente più significativa: solo quando lo sarà potranno accadere in terapia i fenomeni di difficoltà che Laura incontra nelle relazioni intime e ci sarà sufficiente supporto per affrontarle. Per le ragioni che porterò nel punto successivo, la definizione delle aspettative è per Laura un processo molto delicato: se forzato, senza aspettare i tempi di cui lei ha bisogno per esprimersi, vi è l'alto rischio che si ripeta in terapia quanto Laura vive con sofferenza nella sua vita.

Secondo il tuo modello, quali ipotesi iniziali puoi fare rispetto all'inquadramento professionale del caso e perché?

Nel modello gestaltico un elemento centrale per la valutazione del paziente è costituito dai vissuti del terapeuta durante l'incontro con il paziente stesso. La diagnosi è il risultato di un duplice processo: una valutazione estrinseca basata sul confronto fra il paziente stesso e un modello teorico/nosografico a cui il clinico fa riferimento; e una valutazione intrinseca (o estetica) basata su quanto accade nel processo di contatto durante l'incontro. Questa seconda mo-

dalità utilizza i vissuti del terapeuta come bussola per comprendere l'interazione terapeutica e la direzione del lavoro.

Detto questo, vediamo quale ipotesi iniziale possiamo delineare per comprendere le difficoltà di Laura, la sua domanda e una possibile direzione terapeutica. Dal punto di vista fenomenologico, il linguaggio di Laura spesso stenta a prendere una direzione: le parole all'inizio delle frasi si interrompono, Laura torna indietro come se avesse perso il sentiero, lo cerca di nuovo, lo riprende, poi devia, poi torna… Sembra che nella fase in cui si avvia in una direzione il sentiero sia fragile, poco tracciato, facile a perdersi. Un altro elemento che mi sembra significativo è che nella descrizione dei momenti di difficoltà vi sono sentimenti che non sono chiaramente definiti, ma piuttosto mescolati e relativamente confusi. Negli esempi citati da Laura generalmente prevalgono la rabbia come espressione manifestata all'altro così come la tristezza, più genericamente, il dispiacere nel momento di solitudine successivo al momento di rottura. Considerando entrambe queste osservazioni, e ammesso che siano significative in modo più generale per Laura, potremmo ipotizzare quanto segue: l'emergere dei vissuti è un momento molto delicato per Laura, nel quale è facile perdersi, e nel quale ha bisogno di un particolare supporto da parte dell'altro. Questo sembra essere un ascolto attento, in qualche modo maieutico, che aiuti il sorgere del vissuto, dell'interesse, dei bisogni, dei desideri senza mettere in campo altri bisogni che potrebbero interferire con il processo di Laura di definirsi senza perdersi e confondersi. Un ascolto di questo tipo è un ascolto che ha cura, tipico dei rapporti non paritari, che mette i propri bisogni sullo sfondo per lasciar emergere quelli di Laura. Se questo non accade e i bisogni dell'altro entrano in gioco mentre quelli di Laura sono ancora in via di definizione, come tipicamente accade nei rapporti paritari, lei si potrebbe confondere e perdere la propria strada. La sua esperienza forse diventerebbe quella di essere invasa o comunque di non essere sostenuta da un proprio sentire chiaro che metta in gioco le proprie aspettative con quelle dell'altro, in un movimento paritario e condivisibile. L'ipotesi è che in questi momenti per Laura l'altro sia invasivo o soverchiante o non rispettoso o semplicemente che non la veda. Sembra esserci in questi momenti una perdita del senso di sé: a questo punto la rabbia entra in gioco come reazione emotiva che protegge un confine che è in corso d'opera, che spinge via colui che non la vede, la confonde o non la rispetta, una rabbia che difende una definizione di sé ancora labile, precaria, fragile. Una rabbia che salva perché allontana, una rabbia che confonde perché copre quanto è nascente, una rabbia che lascia tristezza perché è cifra di un incontro forse desiderato e certo mancato. Per lo sviluppo dell'esperienza nascente, lo sguardo dell'altro – purché rispettoso e in attesa - è necessario. La rabbia è dunque comprensibile come fenomeno difensivo secondario alla necessità di proteggersi davanti a un'invasione dei propri stati affettivi che non hanno tempo e forza per definirsi di fronte alle aspettative dell'altro.

Potremmo anche ipotizzare una storia personale nella quale questo supporto rispettoso e "maieutico" sia venuto in vari modi a mancare. Abbiamo due elementi in questo primo colloquio che vanno in questa direzione: innanzitutto l'episodio del bastoncino sulla testa della mamma. Sembra che vi sia stata una reazione sproporzionata della mamma di Laura a cui fa seguito una reazione sproporzionata di Laura. Nella descrizione piuttosto ingarbugliata Laura dice di non averle fatto male ("cioè non gli avevo fatto male"), ma la reazione della mamma sembra essere stata piuttosto forte. Se questo fosse esemplificativo di un modus relazionale familiare potremmo pensare che Laura sia stata esposta a reazioni emotive piuttosto forti che non hanno supportato il sorgere e il definirsi della sua esperienza nascente. I vissuti per crescere hanno bisogno di essere visti e non sommersi dai vissuti dell'altro.

Il secondo elemento riguarda la vicenda accaduta alle elementari quando "il ragazzo di sette o otto anni in più veniva a casa e giocavamo a babbo e mamma". Laura non sa se era costretta ("magari mi sentivo costretta…") e ne parla solo con una amica. Non sappiamo se ne parla poi con i genitori, ma probabilmente no, e non ne parla certo con lo psicologo ("io non aprivo bocca"). La disparità di età fra Laura e questo ragazzo implica un rapporto impari, in cui lei era in una condizione di non poter scegliere liberamente. Il silenzio con i "grandi" (la mamma, lo

psicologo) e la confusione degli affetti potrebbe deporre per un effetto post-traumatico di quelle esperienze. Ma l'incapacità dei "grandi" di ascoltarla, di darle tempo, di comprendere cosa le sia accaduto potrebbe aver avuto un effetto altrettanto significativo e aver prodotto l'impossibilità di attraversare quelle esperienze. Nel racconto, tutta la vicenda circa i suoi vissuti appare ancora confusa e probabilmente mai pienamente condivisa. Non si tratta quindi solo di una forzatura nella sfera delicata della sessualità, ma anche di non aver avuto un supporto adeguato per arrivare a conoscere con chiarezza quali fossero i suoi confini e i suoi vissuti in quei momenti. Sottolineerei che non sappiamo ancora quanto traumatica possa essere stata di per sé questa esperienza per lei: è fondamentale che il terapeuta rispetti questa lacuna di conoscenza senza correre e anticipare una precoce definizione delle cose dato che Laura non ha ancora potuto compierla. Per esempio, se il terapeuta definisse come indubbiamente traumatica e abusante quell'esperienza, verosimilmente produrrebbe un danno definendo a priori il senso di quella vicenda senza accompagnare Laura a trovarne il proprio. E questo atteggiamento terapeutico ripeterebbe - in modi diversi – l'esperienza di invasione che si vorrebbe curare. Occorre invece sostenere Laura a costruire il senso di quei ricordi attraverso un ascolto che possa aiutarla a dar forma a vissuti non ancora chiaramente formulabili. Mi pare importante tenere aperta una comprensione della sua storia che al momento non è ancora decidibile: quanto è il peso della sessualità impari e precoce accaduta con l'amico del fratello? Quanto è il peso di una modalità familiare nella quale i vissuti di Laura non sono visti e rispettati? Cosa resta da sapere e comprendere che ancora non è stato espresso? Sostare in questo indefinito senza correre avanti e contemporaneamente senza perdersi sembra essere proprio quanto Laura ha difficoltà a fare nella sua vita e quanto chiede di imparare in terapia: la sua uscita protettiva attraverso la rabbia non le consente di fermarsi nell'indefinito un tempo sufficiente per sentire cosa sente così come ciò che vuole. È importante che il terapeuta apporti nella relazione questa capacità di sostare nell'indefinito senza esser preso lui stesso da una reattiva fuga in avanti.

Come immagini che la paziente possa porsi nella relazione terapeutica, quale tipo di relazione pensi sia auspicabile cercare di costruire e quali difficoltà potrebbero insorgere?

Laura probabilmente porterà la sua domanda di essere aiutata a definire i propri vissuti e di conseguenza a definirsi, e lo farà attualizzando in terapia la propria incertezza, indecisione, il suo andirivieni alla ricerca della strada. Il terapeuta corre due rischi opposti: potrebbe essere tentato di uscire dalla scomoda indefinitezza definendola precocemente a partire da sé (dalla sua teoria, dalle sue idee, dai propri desideri…); oppure potrebbe restare troppo lontano, astenendosi difensivamente dal definire Laura a partire dalla propria alterità. Ciò che mi sembra potrebbe essere utile è un movimento relazionale sempre alla ricerca della giusta distanza, una distanza nella quale Laura abbia lo spazio e il tempo per definirsi e contemporaneamente dove non essere lasciata sola. Gli ingredienti fondamentali per il terapeuta sembrano essere la curiosità genuina di come Laura si definisce nelle diverse situazioni; la fiducia che anche se i sentieri si perdono e si interrompono, poi Laura – con l'aiuto del terapeuta - li ritroverà, facendo crescere ogni volta la sua competenza nell'orientarsi a partire da sé in presenza dell'altro; la pazienza nel cercare il suo movimento all'interno delle potenzialità e dei limiti di ogni situazione, inclusa quella terapeutica; la disponibilità a utilizzare le proprie risonanze per contribuire a far emergere quanto per Laura è difficile formulare in modo esplicito.

Quali contenuti ti proporresti di approfondire negli incontri immediatamente successivi al primo colloquio?

Circa i contenuti, non mi pare che vi siano temi che sento necessario approfondire negli incontri successivi. Il mio interesse va nella direzione di avere un po' più di sfondo sulla storia familiare di Laura, in modo da poter valutare se le ipotesi fatte possano trovare riscontro oppure essere modificate o cambiate. L'interesse centrale sarebbe per me sul processo stesso delle sedute: come riusciamo a scegliere di cosa parlare? Come ci perdiamo e ci ritroviamo ogni volta e costruiamo una strada insieme? Come sento il rischio di essere troppo definitorio o di essere troppo lontano? Quali vissuti emergeranno in me durante le difficoltà di Laura? Sarò insofferente, paziente, definitorio, giudicante, comprensivo, tenero, infastidito? I miei vissuti saranno contemporaneamente gli scogli contro cui possiamo cozzare e le bussole che mi orienteranno a comprendere di quale intervento ci sia bisogno in un dato momento. Nell'esperienza di Laura vi è moltissimo di non formulato e i vissuti del terapeuta sono parte del processo attraverso cui la sua storia prende forma e viene alla luce. Dal punto di vista della tecnica della terapia, i vissuti del terapeuta sono già un lavoro di tipo corporeo, in quanto, incarnati e sensorialmente vivi. Può essere che col tempo alcune esperienze che mettano in primo piano la corporeità possano essere utili all'esplorazione e alla elaborazione delle esperienze di Laura, come ad esempio, un lavoro sulla distanza e vicinanza durante la seduta. Questo tipo di lavoro, se delicatamente modulato nella temporalità e nella certezza di confini chiari, potrebbe sostenere un processo di consapevolezza su come regolare la distanza in modo da non perdere i confini di sé durante l'incontro intimo.

Su quali aspetti ritieni sarebbe necessario lavorare durante il processo terapeutico e come pensi che questo potrebbe svilupparsi nel corso del tempo?

Riprendendo quanto già detto, secondo me è necessario lavorare sul processo di orientamento di Laura sostenendo la sua capacità di non perdere sé nell'incontro con l'altro. Mi pare importante soffermarsi sui primi momenti dell'incontro e sulle piccole sensazioni di Laura in modo che non vengano perdute alla presenza dell'altro, così come il soffermarsi su come l'esperienza prenda forma e diventi pian piano sfondo per l'emergere di una definizione di sé e delle conseguenti decisioni nelle varie situazioni. Immagino che il percorso possa richiedere un po' di tempo per costruire una fiducia e un'alleanza terapeutica sufficientemente stabile. In questa prima fase è fondamentale un paziente lavoro di ascolto non giudicante (come scrive Chandra Livia Candiani: "Sentire con consapevolezza è sentire senza sospetto").

Progressivamente immagino sarà possibile per il terapeuta mettere un po' di più in gioco sé stesso come alter ego (in senso letterale: come un altro io). Ma procedere in questa direzione sarà possibile solo quando - e nella misura in cui - il terapeuta sentirà che Laura "esiste pienamente per lui", lasciando Laura sempre un passo avanti e avendo cura di non precorrere i tempi del suo sentire. Immagino che in questo processo il germoglio-Laura possa sviluppare buone radici affettive e relazionali, sufficientemente forti da sostenere rami, foglie e frutti che potranno dirigersi verso la luce.

Per concludere, mi pare interessante che il terapeuta abbia scelto questo caso per una discussione a partire dalle prospettive di diversi modelli: il processo che ha portato a questa pubblicazione sembra essere l'attualizzazione di un bisogno di orientamento che partendo da Laura prosegue attraverso il suo terapeuta che decide di portarla qui, un luogo di discussione aperta

dove diversi professionisti discutono di come si orienterebbero con questa paziente. Spesso il processo di supervisione attualizza per analogia il processo terapeutico portato in supervisione: in questo caso un terapeuta discute con molti colleghi su come orientarsi con una paziente che chiede aiuto nel proprio processo di orientamento. Speriamo che qualche frammento di questo lavoro possa arrivare a chi ha cura di Laura, e quindi a Laura stessa.

L'Autore

Gianni Francesetti è psichiatra, psicoterapeuta della Gestalt, trainer e supervisore internazionale. Docente a contratto al Dipartimento di Psicologia all'Università di Torino. Ha pubblicato numerosi testi sui temi della psicoterapia e della psicopatologia (in particolare le esperienze di panico, depressive, psicotiche e ossessivo-compulsive). È presidente di Poiesis, Centro Torinese di Terapia della Gestalt e Co-direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia dell'Istituto Internazionale di Psicopatologia e Psicoterapia della Gestalt - IPSIG. È Past President dell'EAGT (*European Association for Gestalt Therapy*), della SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt) e della FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia). Membro del NYIGT (*New York Institute dor Gestalt Therapy*), dell'AAGT (*Association for the Advancement of Gestalt Therapy*), dell'EAP (European Association of Psychotherapy), della SPR (*Society for Psychotherapy Research*). Vive e lavora a Torino.

Email: gianni.francesetti@gmail.com

Citazione (APA)

Francesetti, M. (2018). L'insostenibile leggerezza del germoglio-Laura e il suo delicato dispiegarsi. *Costruttivismi*, *5*, 60-65. doi: 10.23826/2018.01.060.065

Costruttivismi, 5: 66-74, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.066.074

LA PROSPETTIVA GESTALTICA

La *conoscenza relazionale estetica* nella psicoterapia della Gestalt: una prospettiva fenomenologica, estetica e di campo

Margherita Spagnuolo Lobb

Istituto di Gestalt HCC Italy (Siracusa, Milano, Palermo)

Margherita Spagnuolo Lobb osserva la richiesta di Laura dal punto di vista della psicoterapia della Gestalt, ossia in ottica fenomenologica, estetica e di campo. Viene posta l'attenzione al *come* (piuttosto che al *cosa*) la paziente racconta il problema al terapeuta, alle aspettative di cambiamento con cui si rivolge alla terapia, al modo in cui la paziente si è adattata creativamente alle condizioni traumatiche e, infine, al sentire del terapeuta, come strumento diagnostico estetico che orienta la cura. Si fa riferimento al percorso terapeutico nel caso di trauma da abuso, ponendo attenzione al sentire specifico del terapeuta (la conoscenza relazionale estetica) e alla reciprocità che emerge nell'incontro tra terapeuta e paziente. L'ottica di cura è spostata dalla paziente alla reciprocità che si sviluppa nella relazione terapeutica.

Parole chiave: *psicoterapia della Gestalt*, *conoscenza relazionale estetica*, *campo fenomenologico*, *fenomenologia*, *estetica*, *processo di contatto*, *reciprocità*

Margherita Spagnuolo Lobb observes Laura's approach to the therapist from a phenomenological, aesthetic, field oriented perspective. She looks at *how* (rather than *what*) the client tells the therapist her problem, her expectation of change involved in her asking for help, her creative adjustment to traumatic situations, and finally at the feeling of the therapist as aesthetic diagnostic tool which orients the treatment. The author refers to and describes the specific therapeutic path in case of abusive trauma and focuses on the feeling of the specific therapist (the aesthetic relational knowledge - ARK) and on the reciprocity that emerges in the therapeutic meeting. The therapeutic glance switches from the client to the reciprocity that is created in the therapeutic relation.

Keywords: *Gestalt psychotherapy*, *aesthetic relational knowledge (ARK)*, *phenomenological field*, *phenomenology*, *aesthetics*, *contact process*, *reciprocity*

L'esperienza del racconto al terapeuta: l'emergere del sé di Laura

Per rispondere a questa domanda in un contesto di dialogo tra modelli, devo necessariamente fare una premessa brevissima sull'epistemologia da cui mi muovo. La psicoterapia della Gestalt è un approccio

- fenomenologico (basato sull'intenzionalità insita nell'esperienza di "contatto" tra terapeuta e paziente),
- estetico (basato sulla conoscenza estetica della situazione del paziente e della relazione terapeutica),
- processuale (focalizzato sui processi di "contatto" tra terapeuta e paziente, che definiscono il sé),
- di campo (che vede la presenza del terapeuta come parte della situazione terapeutica, e si focalizza sulla danza tra terapeuta e paziente, sulla loro reciprocità).

Queste premesse epistemologiche chiariscono il fatto che, se fossi la terapeuta in questa situazione con Laura, guarderei al processo (più che al contenuto): come Laura entra in contatto con me terapeuta? E come io terapeuta entro in contatto con Laura? Per contatto si intende l'incontro percettivo di due esperienze (quella della paziente e quella del terapeuta) e il prodotto di questo incontro, una realtà terza che sostiene la paziente a percepire con maggiore presenza e spontaneità, senza i blocchi abitudinari messi in atto nelle esperienze precedenti, che desensibilizzano le sue possibilità di raggiungere l'altro nella pienezza del sé.

Il problema presentato da Laura e la domanda che lei rivolge al terapeuta sono viste dunque come esperienze che si costituiscono nel qui e ora, emergendo dal campo fenomenologico della situazione del setting. La richiesta esplicita portata da Laura è di cambiare il carattere rabbioso quando si sente definita "sbagliata". Più che al problema in sé e per sé, guarderei all'esperienza di Laura che racconta il problema al terapeuta, l'unica realtà disponibile ai nostri sensi. In questo senso, la domanda rivolta al terapeuta e il problema presentato sono due aspetti di un'unica esperienza, che include la decisione di rivolgersi a un esperto, l'incontro con il terapeuta in carne ed ossa, e il determinarsi di Laura per scegliere dal suo sfondo esperienziale alcuni aspetti anziché altri, in base a ciò che accade nel qui e ora con quel terapeuta. Laura avrebbe certamente raccontato in modo diverso la sua storia e il suo malessere a un terapeuta diverso.

È interessante il modo in cui tergiversa davanti al terapeuta e il modo in cui prende il coraggio di svelarsi a lui. Il suo intercalare, il suo dire e non dire quando parla di rapporti sessuali, tutto è un adattamento creativo davanti a quel determinato terapeuta. Nel suo modo di raccontare c'è già, in termini processuali, la sintesi del problema e della domanda: quanto osare di esserci nella relazione, fidandosi del proprio coraggio?

Ho apprezzato l'insistere del terapeuta sul chiedere a Laura che cosa in particolare l'abbia fatta decidere di rivolgersi adesso alla terapia. Infatti, è lì che sta il cuore del processo intenzionale della paziente, cruciale per un approccio fenomenologico e processuale come quello gestaltico. Che cosa è successo nella vita di Laura che ha modificato gli equilibri precedenti e l'ha fatta determinare a chiedere aiuto? È lì che possiamo trovare la domanda al terapeuta, che in questo senso è diversa dal problema. Ma appunto, se guardiamo l'esperienza e il processo, più che il problema in sé, è il modo in cui la paziente racconta il problema che dà al terapeuta la chiave di lettura e di intervento.

Purtroppo non abbiamo il video del racconto di Laura, e non possiamo vedere tutti gli aspetti corporei. Possiamo immaginarli, grazie alla trascrizione dettagliata, che ci fa immaginare il modo in cui la paziente si esprime. Verso dove l'esperienza di Laura è intenzionata mentre racconta il suo problema al terapeuta? Nel come del racconto c'è il coinvolgimento di tutto il

sé di Laura, c'è il suo trattenersi nel corpo e il suo desiderio di cambiare, c'è una definizione colpevole di sé e il coraggio di esserci con la parte più viva di sé, quella che non vorrebbe deludere il fidanzato e che pensa a fare un figlio con lui. Nel come del racconto c'è anche il suo processo di contatto con il terapeuta, la sua voglia di fiducia e la richiesta chiara di essere aiutata.

Le aspettative di Laura e il riconoscimento dell'intenzionalità di cambiare

Laura, rispondendo alla domanda specifica del terapeuta su questo punto, dice che la sua aspettativa è di "almeno smussare un pochino questa parte del carattere", intendendo la rabbia quando qualcuno le fa notare degli errori. Mi sembra un'aspettativa chiara. Non sentirei il bisogno, come psicoterapeuta, di ridefinirla. Piuttosto, in termini di campo, sarei colpita da cosa mi suscita, e mi chiederei come condividere questa mia emozione perché sia per lei un'esperienza di novità positiva. Provo una sorta di tenerezza verso questa giovane donna, che ha avuto tanto coraggio di andare avanti nella vita e nelle relazioni, e che pensa di sé che c'è "qualcosina che non funziona", una cosa che ha sempre sopportato, ma che adesso, nell'ottica di avere un figlio, vuole assolutamente cambiare, immagino per essere una buona madre e non fare male al suo bambino.

Arrivare a questa ridefinizione delle aspettative di Laura, attraverso un riconoscimento relazionale della sua intenzionalità, operato dal terapeuta, sarebbe già un lavoro importante, che consentirebbe a Laura di dare dignità al suo andare in terapia, apprezzando il desiderio che è implicito in questa scelta, più che analizzando il fastidio di essere un po' "sbagliata". Dal racconto di Laura (ovviamente parziale, visto che abbiamo la trascrizione verbale e non l'immagine video) faccio anche l'ipotesi che lei nutra incertezze e paure verso la possibilità di aprirsi con un esperto. Le sue aspettative sembrano essere vissute come "a rischio". Ha il chiaro desiderio di cambiare, ma teme che l'altro le rimandi di essere fatta male, il che innescherebbe il circolo della rabbia. È un processo simile all'aprirsi nelle relazioni intime: tra fidarsi dell'altro, rischiare di esprimersi facendo il primo passo e proteggersi dalle esperienze precedenti. L'abuso è fatto di repressione seduttiva, con cui l'altro si aggancia alle debolezze della vittima, facendole pensare di essere indispensabile. Davanti a questa esperienza, fidarsi di sé e del proprio bisogno dell'altro è un forte rischio e un grande dolore; chiudersi è certamente la soluzione meno dispendiosa. Per questo, le aspettative di Laura sembrano caricate di ansia: riuscirò a farcela con l'aiuto di qualcuno? Laura vorrebbe aprirsi, cambiare, ma non è certa di farcela. Definire, passo dopo passo, cosa desidera può certamente aiutarla a spezzettare, prendere i problemi uno alla volta, riferirsi a piccoli cambiamenti concreti più facili da affrontare rispetto all'idea generalizzata di non farcela. Descrivere concretamente cosa vorrebbe dalla relazione terapeutica è già un processo terapeutico, in quanto consente di definire le possibilità concrete del sé, anziché bloccarsi con l'ansia di non farcela.

La reazione post traumatica come adattamento creativo del sé

L'ipotesi che faccio è di una reazione post traumatica all'abuso sessuale, che in psicoterapia della Gestalt è considerata come un adattamento creativo del sé a una situazione difficile. Faccio questa ipotesi osservando le due sotto-funzioni del sé, ossia i due processi dello sfondo esperienziale del sé, chiamati funzione-es e funzione-personalità. La funzione-es è la capacità di entrare in contatto con il mondo attraverso l'esperienza corporea. Nel caso di esperienze sessuali abusanti, il bambino sperimenta una dipendenza affettiva maligna dall'abusante. L'esperienza corporea è di eccitazione e nello stesso tempo di blocco della spontaneità

(l'eccitazione non avviene spontaneamente, ma è sollecitata dall'altro in modo non coerente con l'intenzionalità del bambino). Laura non sembra consapevole dei propri processi corporei, si ritrova a rifiutare il compagno, con grande dispiacere. È molto determinata nel no, e anche capisce che si fa male quando accetta passivamente, ma non ha cognizione della finestra di tolleranza che potrebbe consentirle di fare un piccolo passo verso una maggiore intimità corporea (cfr. Taylor, 2014). Il processo corporeo è al momento dissociato (anche se funzionale a proteggerla). Come psicoterapeuta della Gestalt, mi orienterei per capire meglio e sperimentare la sua capacità di affidarsi al terapeuta e di respirare più pienamente, di sentire la propria capacità di agency quanto interagisce con me terapeuta. Lavorerei per sostenere la sua capacità di agency con l'altro significativo, a livello di fisiologia e fenomenologia del contatto (respiro, movimento, definizione di sé, ecc.). L'altra sotto funzione del sé è l'esperienza della funzione-personalità. È definita come la "copia verbale del sé" (Perls et al., 1997, p. 189), il modo in cui la paziente si definisce in ogni momento davanti al terapeuta. Sappiamo che il bambino abusato ha paura di frustrare l'altro e nello stesso tempo ha confusione sui propri desideri, e spesso si sente responsabile dell'abuso (Militello, 2011). Dalle parole di Laura, sembra che si definisca come la responsabile del blocco sessuale, come quella che ha qualcosa che non va. Ha anche una buona coscienza dei processi disfunzionali: "Quando l'altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all'altra persona, e io m'arrabbio. (…) Ora mi rendo conto che, che, faccio questo perché mi sento in colpa…". Questo riflettere su di sé, sebbene lasci ancora nell'oblio i processi corporei, è un segno prognostico positivo, in quanto indica il coraggio e l'intenzione della paziente di capire cosa le succede e di cambiare.

Nonostante una certa desensibilizzazione delle emozioni sessuali, Laura non sembra soffrire di particolari chiusure o provocazioni (come pratiche masochistiche o messe in scena di intimità). È tuttavia da capire meglio l'aggressività impulsiva verso chi le fa notare un errore, che sembra essere una nota caratteriale pre-esistente all'abuso. La esplorerei per contestualizzarla meglio. Nel racconto dell'episodio dei funghi, da piccolina con la mamma, Laura definisce la propria aggressività come la caratteristica di sé che vorrebbe cambiare: se sente che l'altro la definisce "sbagliata", reagisce con rabbia. Possiamo immaginare quanta sofferenza questa ambivalenza su di sé comporti per Laura. Cercherei di capire se e come questo aspetto caratteriale pre-esistente c'entri con l'elaborazione dell'abuso: per esempio, potrebbe essere che il no deciso verso il fidanzato non sia solo una chiusura corporea inconsapevole, ma anche una rabbia collegata al sentirsi "sbagliata".

Infine, considererei anche le mie reazioni, in quanto terapeuta e parte del campo generato nel setting. Come terapeuta userei me stessa, il mio sentire, per orientarmi nel campo fenomenologico da cui emerge l'esperienza della paziente. Mi sentirei annoiata, infastidita o attratta dalla paziente? Il mio sentire immediato, non filtrato da interpretazioni, mi consentirebbe di ricostruire l'unitarietà del campo fenomenologico a cui il sentire della paziente appartiene. Cosa sentirei quando Laura racconta del compagno del fratello che veniva a casa sua per giocare a "papà e mamma"? Se sentissi indifferenza, sarei il "polo indifferente del campo", che manteneva forse la dipendenza affettiva di Laura bambina, che aspettava di essere finalmente importante per l'altro. In altre parole, il mio sentire costituirebbe l'altra faccia della luna del sentire di Laura, l'esperienza dell'altro significativo che "sostiene" il sentire di Laura e che crea il campo a cui lei è abituata. Questa conoscenza relazionale estetica del terapeuta (Spagnuolo Lobb, 2017a) consente di contestualizzare le emozioni estetiche del terapeuta nel campo fenomenologico attivato dalla paziente, e di intuire le sue intenzionalità di contatto non esplicitate.

Inquadrerei pertanto il caso in un disturbo post traumatico (da abuso), farei attenzione alla rigidità o flessibilità dei processi corporei di Laura, per dosare gli interventi, utilizzerei il mio sentire, o meglio la mia conoscenza relazionale estetica, per definire il campo fenomenologico da cui il disagio emerge e conseguentemente il tipo di intervento più efficace e adeguato. Proporrei una "danza" fatta di accoglienza e sostegno al coraggio di esserci pienamente nella rela-

zione (Spagnuolo Lobb, 2017a, 2017b, 2017c), e riconoscerei la capacità di *agency* quando Laura la mette in pratica.

La determinazione di Laura a chiedere aiuto nel contesto del suo desiderio evolutivo

Laura racconta al terapeuta la sua esperienza precedente di psicoterapia con queste parole: "Mi hanno portato da questo psicologo, però, ecco, come mi entrava nell'argomento io non aprivo bocca, poi a distanza di anni la cosa che mi ha fatto venir qui è che... cioè che poi passo veramente, anche una settimana intera, che si sta nella stessa casa e che io tengo il muso". Mi sembra che sia determinata ad aprirsi con un esperto per affrontare il malessere, e che sia pronta a consegnargli la vergogna, la rabbia, la colpa che non era riuscita a consegnare al terapeuta precedente. Il suo corpo è pronto a ricordare, adesso, grazie al desiderio di cambiare. Questa risensibilizzazione è resa possibile dagli eventi della vita e dalla risposta di Laura ad essi. Come dicevo, ho apprezzato l'insistere del terapeuta sul "perché adesso?". La possibilità di un figlio che si affaccia all'orizzonte sconvolge abbastanza l'equilibrio faticosamente raggiunto nella relazione di coppia, tanto da spingerla a chiedere aiuto: per un figlio si può sperare di essere diversi.

Come tutti i bambini abusati da persone conosciute, Laura ha dovuto integrare in una sintesi perversa il calore affettivo e la fregatura relazionale. Pertanto, nella relazione con il terapeuta riemergeranno, in modo rivisitato, il calore e la fregatura. La paziente si porrà certamente nel modo più disponibile possibile a superare queste sensazioni, provocandole e cercando spiragli per superarle. Come terapeuta, starei molto attenta a creare un legame che lei possa percepire come "pulito": disponibile a contenere le paure, la rabbia, la colpa e la vergogna ma ben definito nel ruolo, evitando qualsiasi fraintendimento su un possibile mio (del terapeuta) vantaggio.

E inoltre, cercherei di riconoscere i suoi tentativi di farcela, di superare sia il carattere impulsivo che la violazione subita. Sosterrei per esempio la sua capacità di spiegare al ragazzo cosa le succede, e il riconoscere il rispetto profondo che lui nutre nei suoi confronti. Riconoscerei il coraggio che ha avuto a venire in terapia, e la fiducia nel fatto che un terapeuta, una persona che lei non conosce, potrà aiutarla.

Questo riconoscimento del suo movimento pulito verso l'altro, in un contesto relazionale di cura chiaro, predisporrebbe Laura a fidarsi della terapeuta, e ad esserci pienamente come paziente. È questa la "rotta terapeutica" che probabilmente seguirei con Laura.

La vitalità del contatto e lo sviluppo della relazione terapeutica

Negli incontri successivi, avrei cura di osservare e sostenere il processo fisiologico di Laura nel momento in cui fa contatto con me: "Respira e senti cosa accade tra te e me". E contestualizzerei i contenuti emergenti nel processo relazionale. Ripristinare la sensibilità del corpo-in-relazione consentirà a Laura di essere presente pienamente e dunque di orientarsi e di scegliere cosa fare e come essere-con partendo da se stessa, dalla propria presenza piena. Farei in modo insomma che Laura possa rivolgersi alla sua stessa esperienza per orientarsi (anziché dipendere o farsi "abusare" da altri), e che possa seguire il suo coraggio di scegliere lei stessa come essere nella relazione. In altre parole, mi occuperei dello sfondo dell'esperienza di Laura: con quali modalità di contatto lei mantiene la figura patologica (o il problema)? E di quali risorse dispone per percepirla in modo nuovo?

Nel sostenere questo, terrei a mente che l'esperienza fisiologica dell'ad-gredere, che sostiene l'esperienza organismica più generale dell'andare verso l'altro, necessita dell'ossigeno, os-

sia di essere bilanciata e sostenuta dall'espirazione, momento di fiducia verso l'ambiente in cui l'organismo lascia andare la propria tensione e il controllo, per poi riprendere fiato (e ossigeno) in modo spontaneo ed auto-regolato. La pausa del controllo, il lasciarsi andare all'altro o all'ambiente, è la battuta fondamentale affinché il ritmo controllo/affidarsi possa svolgersi spontaneamente e si possa raggiungere l'altro bilanciando presenza attiva e contenitiva, creatività e adattamento, assimilando la novità costitutiva del contattare l'altro (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 38).

Quando questo sostegno dell'ossigeno manca, l'eccitazione diventa ansia. La definizione che diamo di "ansia" in psicoterapia della Gestalt è infatti "eccitazione senza il sostegno dell'ossigeno" (Perls et al., 1997, p. 402). Manca il sostegno fisiologico per raggiungere l'altro. Il contatto avviene lo stesso (non potrebbe non avvenire finché c'è il sé, o finché c'è vita), ma l'esperienza è caratterizzata dall'ansia. Ciò implica una certa desensibilizzazione del confine di contatto: per evitare di percepire l'ansia, occorre addormentare parte della sensibilità nel qui e ora del contattare l'ambiente; il sé non può concentrarsi pienamente, la consapevolezza diminuisce, l'atto del contatto perde la qualità della consapevolezza e della spontaneità (Macaluso, 2015).

Concretamente, guarderei innanzitutto al processo corporeo di Laura-in-contatto-con-me, e le suggerirei di espirare nel caso in cui, concentrandosi su un'esperienza significativa, non ci riuscisse pienamente. Senza questo sostegno fisiologico di base, Laura non potrebbe assimilare alcuna novità nella relazione terapeutica. Guarderei poi i segnali di cambiamento emergenti in tutti i processi relazionali, non solo nel corpo. Accoglierei i contenuti portati da Laura favorendone l'integrazione nel senso di sé e la sperimentazione di nuovi modi di essere-con il suo mondo (nei racconti che farebbe in terapia) e con me (nella qualità estetica della sua presenza con me)

Il sostegno alla capacità di *agency* del sé nel disturbo post traumatico: il confine di contatto "pulito" tra terapeuta e paziente

Nell'esperienza dell'abuso, l'abusante fa apparire la propria seduzione come un sostegno all'autonomia del bambino ("se fai quello che ti dico, sarai grande", "se non ti fidi di me, vuol dire che hai paura"), ma in realtà si appella ai suoi desideri (essere grande) e alle sue paure (non posso deludere chi dice di amarmi) per sostenere la dipendenza, indispensabile per abusare dell'altro.

Lo psicoterapeuta offre un contenimento opposto: non ha bisogno che il paziente sia dipendente, e lo aiuta ad aprirsi al "terzo", alla fiducia nella terra, che può sostenere il passo desideroso di avanzare, con il risultato di renderlo autonomo e creativo, fiducioso in ciò che vuole essere e fare nel mondo. È un lavoro che il terapeuta della Gestalt fa combinando il sostegno alle funzioni corporee (la funzione-es), alle definizioni di sé (funzione-personalità) e alla creatività con cui la paziente si adatta alle situazioni. Il senso del sostegno terapeutico, al di là delle tecniche che possono orientarsi al sentire corporeo o alla cognizione, è: "Vorresti trovare in me la forza per essere te stessa", "Vorresti che la mia vicinanza avesse come risultato la tua indipendenza".

Oltre a "settare" questo tipo di relazione "anti-abuso", sarebbe importante un altro intervento: riconoscere il tentativo che Laura ha fatto per mantenere una modalità più creativa e funzionante possibile nel suo essere nel mondo. È quello che io chiamo il sostegno al *now for next* (Spagnuolo Lobb, 2011); ecco alcune verbalizzazioni del terapeuta che esemplificano il concetto: "Hai cercato di vivere dignitosamente evitando di ricordare quegli episodi"; "Hai preferito non parlare con il terapeuta quando eri piccola per chiudere la storia e continuare a giocare…..."; "Hai cercato di mantenere il tuo amore per la vita evitando di sentire nelle relazioni intime la confusione che sentivi quando il ragazzo voleva giocare a 'papà e mamma'".

Questo riconoscimento dell'intenzionalità positiva di Laura, nonostante la difficoltà che viveva, la aiuterebbe a sentire tutto il dolore e a condividerlo con me. Quel dolore, libero di essere condiviso, genererebbe pienezza dei sensi, apertura alle possibilità di rispetto reciproco e di contenimento di sensazioni forti. Potersi affidare con pienezza alla terapeuta la aiuterebbe a muoversi verso il futuro, a uscire dal tunnel del dolore per apprezzare la chiarezza, il rispetto e la fiducia nella vita che caratterizza il legame attuale.

Dunque, per me sarebbe importante sostenere il coraggio che è implicito in ciò che Laura sta facendo, dare forza a questa parte della sua esperienza (che in genere rimane nell'ombra), piuttosto che analizzare le sue paure. Al fine di sostenere tale spontaneità del suo processo di contatto con me terapeuta, guarderei al "movimento incompiuto", a quell'energia che viene trattenuta, non consentendo il formarsi del gesto intenzionale. Infatti, la nota attenzione al presente della psicoterapia della Gestalt non è intesa in termini di una restituzione del "come" la paziente fa contatto con me durante la seduta, di ciò che attualmente non vede o evita a causa delle proprie paure. Lo scopo non è diventare più cosciente di come tutto ciò si inserisce nella sua vita (Spagnuolo Lobb & Borino, 2017). "L'essere nel presente è piuttosto un essere nella realtà della situazione (sia del paziente che del terapeuta), nella realtà delle loro finitudini umane, ed è dallo stare in questa finitudine condivisa che ambedue si dirigono verso lo scopo terapeutico" (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 45).

Nel corso del tempo, farei attenzione a come cambia, nel processo terapeutico, la percezione del confine di contatto tra Laura e me terapeuta. Lo considererei un cambiamento che avviene non solo in Laura, ma anche in me; è in effetti una co-creazione di un nuovo confine di contatto, una esperienza nuova protesa verso il futuro, non l'esplicazione riparatrice di esperienze passate (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 65).

Lo scopo ultimo della relazione terapeutica sarebbe che Laura si senta interessata alla vita, con il permesso di essere creativa non solo con me, ma anche nel gruppo sociale di cui fa parte (Polster, 1987; Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2003; Zinker, 2002).

Conclusioni: dal sintomo alla reciprocità della "danza" tra terapeuta e paziente

Dunque il problema clinico che si pone allo psicoterapeuta della Gestalt è in linea con la ricerca fenomenologica, che, partendo dall'evidenza naturale, arriva ad una conoscenza trascendentale mettendo da parte ogni giudizio e lasciandosi guidare dall'intuizione. Esso è anche in linea con il pragmatismo, che radica l'esperienza nella sensazione (James, 1983) e la considera come un processo estetico dell'organismo e dell'ambiente in equilibrio co-creativo, dotato di grazia, armonia e ritmo (Dewey, 1934), e anche con recenti studi neuroscientifici sull'estetica della percezione (Damasio, 1999; Gallese, 2006, 2013; Panksepp, 2012; Siegel, 1999). Lo psicoterapeuta della Gestalt non intende far sì che il paziente raggiunga uno standard "sano" o "maturo" di vissuto e comportamento, ma che si (ri)appropri della spontaneità nel suo fare contatto, che (ri)acquisti la pienezza del proprio esserci nel contatto. Il lavoro terapeutico consiste nell'aiutare la persona a riconoscere l'esperienza creativa del proprio adattamento, riappropriandosene in modo incarnato, senza ansia, ossia con spontaneità (Spagnuolo Lobb, 2011, p. 31). Lo sguardo del terapeuta della Gestalt sposta l'attenzione dal sintomo della paziente alla "danza" che si attiva tra terapeuta e paziente. Non esiste una mossa terapeutica "giusta", ma una sintonia che terapeuta e paziente co-costruiscono attraverso l'interesse competente e umano dell'uno e il tentativo di affidarsi dell'altro.

Riferimenti bibliografici

Damasio, A. (2000). *Emozione e coscienza.* Milano: Adelphi. (ed. or. 1999)

Dewey, J. (1995). *Arte come esperienza e altri scritti.* Firenze: La Nuova Italia. (ed. or. 1934)

Gallese, V. (2006). Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition. *Brain Res. Cog. Brain Res*., *1079*, 15-24.

Gallese, V., & Ebisch S. (2013). Embodied Simulation and Touch: The Sense of Touch in Social Cognition. *Phenomenology & Mind, 4*, 269-291.

James, W. (1983). *Principles of Psychology.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Macaluso, M. A. (2015). La teoria del sé in Gestalt Therapy. Il sé, l'io, l'es e la personalità. *Quaderni di Gestalt*, *XXVIII*, 2, 57-74.

Militello, R., Malacrea, M. (2011). Il trauma dell'abuso e il delicato processo della riparazione: come ridare voce e corpo al bambino violato. *Quaderni di Gestalt*, *XXIV*, 1: 11-21.

Panksepp, J, Biven, L. (2014). *Archeologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or. 2012)

Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1997). *La terapia della Gestalt: eccitazione e accrescimento nella personalità umana.* Roma: Astrolabio. (ed. or. 1951)

Polster, E. (1987). *Ogni vita merita un romanzo. Quando raccontarsi è terapia*. Roma: Astrolabio

Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina. (ed. or., 1999)

Spagnuolo Lobb, M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna.* Milano: FrancoAngeli.

Spagnuolo Lobb, M. (2017a). La conoscenza relazionale estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt*, *XXX*, 1: 17-33. doi: 10.3280/GEST2017-001003

Spagnuolo Lobb, M. (2017b). From losses of ego functions to the dance steps between psychotherapist and client. Phenomenology and aesthetics of contact in the psychotherapeutic field. *British Gestalt Journal*, *26*, 28-37.

Spagnuolo Lobb, M. (2017c). Phenomenology and aesthetic recognition of the dance between psychotherapist and client: a clinical example. *British Gestalt Journal*, *26*, 50-56.

Spagnuolo Lobb, M., Amendt-Lyon, N. (a cura di). (2007). *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt.* Milano: FrancoAngeli. (ed. or. 2003)

Spagnuolo Lobb, M., Borino, T. (2017). La Fenomenologia del contatto in una seduta. *Quaderni di Gestalt*, *XXX*, 1, 53-67. doi: 10.3280/GEST2017-001005

Taylor, M. (2016). *Psicoterapia del trauma e pratica clinica. Corpo, neuroscienze e Gestalt*. Milano: FrancoAngeli. (ed. or. 2014)

Zinker, J. C. (2002). *Processi creativi in psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli (ed. or. 1977)

L'Autrice

Margherita Spagnuolo Lobb, psicologa psicoterapeuta, direttore della Scuola di Specializzazione dell'Istituto di Gestalt HCC Italy (Siracusa, Milano, Palermo), e dei programmi internazionali su Sviluppo e Psicopatologia Gestaltica e per il titolo europeo di Supervisore Gestaltico, per psicoterapeuti da tutto il mondo. È didatta invitata in molti paesi esteri. È stata presidente della FIAP e di altre associazioni di psicoterapia in Italia e in Europa. Ha ricevuto vari riconoscimenti alla carriera. Più info su www.gestalt.it

Email: Margherita.spagnuolo@gmail.com

Citazione (APA)

Spagnuolo Lobb, M. (2018). La *conoscenza relazionale estetica* nella psicoterapia della Gestalt: una prospettiva fenomenologica, estetica e di campo. *Costruttivismi*, *5*, 66-74. doi: 10.23826/2018.01.066.074

Costruttivismi, 5: 75-81, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.075.081

LA PROSPETTIVA PSICOSINTETICA

Psicoterapia psicosintetica di Laura

Catia Camarri, Valentina Iannuzzi, Monica Guazzini, Linda Cecconi, Virgilio Niccolai, Alessandro Toccafondi, Carla Fani

SIPT - Società Italiana di Psicosintesi Terapeutica

Sintesi a partire dal primo colloquio di un caso clinico secondo l'approccio psicoterapeutico psicosintetico, dove inizialmente si focalizzano i problemi principali emersi dal racconto della paziente e le aspettative rispetto alla psicoterapia e poi si individuano quelle che nella prospettiva terapeutica psicosintetica sono definite "subpersonalità" dominanti (rabbiosa e dipendente), illustrandone il concetto, utile a livello diagnostico e nel corso del trattamento. Vengono suggeriti approfondimenti e piano terapeutico, declinato secondo l'ottica della psicoterapia psicosintetica (fase transferale, terapeuta come guida, alla pari, soluzione del rapporto), dedicando specifica attenzione all'esplorazione delle risorse della persona oltre che alla presa in carico dei nuclei problematici.

Parole chiave: *psicoterapia psicosintetica*, *rabbia*, *subpersonalità*, *trauma*, *sessualità*, *relazione terapeutica*

Synthesis starting from the first clinical session according to the Psychosynthetic Psychotherapy. Firstly, we focus on the main patient's issues and her expectations regards the psychotherapy. Secondly, we identify her dominant "subpersonalities" (i.e., angry and dependent). We explain the subpersonality concept in Psychosynthesis that is important both in the diagnosis and the therapeutic process. We indicate some suggestions for the following sessions and the developing of the therapeutic plan according to our model (i.e., transfer, therapist as a guide, relationship at par, end of the relationship), emphasizing the exploration of the patient' resources besides taking into consideration her problematic issues.

Keywords: *psychosynthetic psychotherapy*, *anger*, *subpersonality*, *trauma*, *sexuality*, *therapeutic relationship*

Qual è il problema presentato da Laura e, se il tuo approccio prevede questa differenziazione, quale la "domanda" posta al terapeuta?

Dalla sintesi del primo colloquio sembra emergere che il problema presentato da Laura sia la rabbia, che le crea disagio nella relazione e nella sfera della sessualità. Infatti, già dalle pri-

me battute afferma: "Non ho molta voglia di fare l'amore", "il mio problema è che dopo mi arrabbio tantissimo". Laura introduce poi un'ulteriore informazione che dovrebbe essere approfondita riguardo a un trauma subito in età infantile: riferisce, infatti, di essersi sentita costretta ad assecondare le richieste, fatte da un ragazzo più grande di lei amico del fratello, di giochi che dal suo racconto appaiono sessualizzati.

La domanda esplicita posta al terapeuta sembra essere quella di smussare le reazioni di chiusura (sia sul piano della relazione, sia su quello sessuale) e di lavorare sulla sua rabbia in modo che questi aspetti non interferiscano negativamente nel suo rapporto sentimentale.

Quali ritieni che siano le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? Riterresti opportuno favorire una ridefinizione di tali aspettative?

Le aspettative di Laura sembrano corrispondere a un desiderio di cambiamento interiore che, conseguentemente, possa migliorare anche la sua relazione. Afferma, infatti, di voler smussare l'aspetto rabbioso del suo carattere, di voler migliorare, di voler essere più tranquilla e far essere più tranquillo il fidanzato.

Potrebbe risultare opportuno evidenziare il valore positivo di questa assunzione di responsabilità su di sé, ponendo tuttavia in luce il fatto che la qualità della relazione è responsabilità di entrambi.

In generale, nella prassi psicosintetica, al di là delle aspettative emerse inizialmente, il terapeuta mantiene un'apertura al flusso dei vissuti del paziente, all'affiorare di elementi nuovi e procede quindi con un'analisi frazionata nel tempo e con un piano terapeutico in divenire.

L'analisi frazionata consiste in un'esplorazione graduale dell'inconscio, partendo da contenuti più accessibili alla coscienza per poi arrivare a quelli più profondi nel procedere delle sedute.

Il piano terapeutico è caratterizzato da flessibilità, realizzabilità, ancoraggio alla vita quotidiana (nel senso di calare le nuove consapevolezze nella vita reale in modo da consolidare il cambiamento interiore) (Camarri et al., 2010; Dattilo, 2010; Fani, 2010).

Una parte del piano è condivisa col paziente, mentre di una parte si fa carico il terapeuta, almeno inizialmente, per evitare di far vivere alla persona aspettative con contenuti che non sente ancora intimamente a lei connessi (Assagioli, 1973).

Sulla base di quanto riportato si ritiene dunque utile fare per Laura solo la ridefinizione parziale delle aspettative relativa alla corresponsabilità nella relazione, rimanendo aperti al manifestarsi di contenuti successivi e non del tutto prevedibili in prima battuta.

Secondo il tuo modello, quali ipotesi iniziali puoi fare rispetto all'inquadramento professionale del caso e perché?

Sulla base del problema presentato, si può ipotizzare la presenza di più supbpersonalitá problematiche e dominanti: in particolare una legata al vissuto di rabbia e una a un tratto di dipendenza.

La personalità globale dell'essere umano, infatti, non è unitaria ma costituita da più parti differenti, talvolta anche in contrasto tra loro, denominate da Assagioli "subpersonalità". Esse si strutturano sulla base di bisogni non ascoltati nelle prime fasi di vita e si attivano, in epoche successive e in automatico, allo scopo di soddisfarli.

Nel paradigma della Psicosintesi si procederebbe con un'esplorazione delle parti che la paziente porta, invitandola a dare loro un nome e un'età. Ciò fornisce informazioni diagnostiche

importanti sulle caratteristiche della subpersonalità in questione, ad esempio sul suo livello di maturità, su quando potrebbe essersi formata ecc.

A orientare verso l'ipotesi di un tratto di personalità dipendente sono, ad esempio, la difficoltà a dire no (emersa riguardo ai rapporti sessuali) e la priorità a soddisfare i bisogni e desideri del partner rispetto ai propri. A far ipotizzare una componente rabbiosa che presenta più sfaccettature sono le descrizioni e le autovalutazioni di Laura stessa, che evidenziano la presenza di un'aggressività attiva (esplosioni di rabbia) e passiva ("passo veramente anche una settimana intera che si sta nella stessa casa e che io tengo il muso"). Potrebbe trattarsi di un sottotipo di dipendenza affettiva con tratto evitante, in particolare dell'intimità sessuale. In un certo senso costoro sono sabotatori della relazione. Nella descrizione di Laura pare possa rilevarsi anche un tratto tipico della co-dipendenza, sottotipo delle dipendenze affettive, evidenziato, nel caso, anche dal tipo di relazione di coppia. Il fidanzato di Laura tende a colludere con lei su almeno due punti, le dice infatti "l'importante è che tu non ti senta malata" e, anche in merito al rapporto sessuale, sembrerebbe non importargli di un miglioramento. Lei in fondo non sembra voler separarsi da lui, ma anzi desidera essere meno rabbiosa non solo per migliorare se stessa, ma anche per far stare lui tranquillo. Ecco che la sua insoddisfazione si traduce non solo in rabbia agita attivamente, ma anche con la stessa emozione agita passivamente con "musi" e silenzi. Quindi, oltre alla dipendenza, si possono ipotizzare tratti di una personalità immatura e ambivalente.

Appare necessario approfondire, inoltre, il ruolo che ha avuto il trauma subito nella strutturazione della personalità. Nel suo racconto è Laura stessa che ipotizza un collegamento tra le sue difficoltà affettivo-relazionali e sessuali e i fatti avvenuti in epoca infantile. A indirizzare verso la necessità di questo approfondimento è anche la narrazione dell'incontro col primo psicologo, da cui era stata portata dai genitori, con il quale non è riuscita a esprimersi e a elaborare quanto accaduto.

Come immagini che la paziente possa porsi nella relazione terapeutica, quale tipo di relazione pensi sia auspicabile cercare di costruire e quali difficoltà potrebbero insorgere?

È probabile che la paziente si ponga in modo ambivalente nella relazione terapeutica muovendosi tra i due poli di accondiscendenza/passività e di aggressività, ora passiva, ora più agita. La rabbia potrebbe dunque concretizzarsi nella relazione come un'apparente difficoltà, ma di fatto può invece rappresentare un'opportunità, se adeguatamente trattata e utilizzata nel lavoro transferale/controtransferale.

Inoltre, un elemento critico nella costruzione dell'alleanza terapeutica potrebbe essere legato al tema della fiducia. Nella storia di Laura, infatti, oltre alla presenza di abusi/molestie, si rileva che non si sia confidata direttamente con i genitori, ma con una compagna di scuola; ciò può indurre a ritenere che il rapporto di fiducia in famiglia già non fosse sufficientemente solido. Nell'ipotesi di un transfert genitoriale, il terapeuta potrebbe essere vissuto come una figura non abbastanza supportiva e protettiva, il che renderebbe particolarmente delicato questo tema.

Un'ulteriore difficoltà, che compare a tratti nel primo colloquio, potrebbe essere costituita da una certa confusione e frammentazione espositiva da parte di Laura. Andrebbe osservato se è transitoria, potrebbe ad esempio essere legata a un'ansia nell'approcciarsi ai suoi problemi e al percorso di psicoterapia, oppure, se dovesse permanere nel corso del trattamento terapeutico, caratterizzandosi più come tratto personologico, orienterebbe verso ulteriori approfondimenti e riformulazioni diagnostiche. Appare ad ogni modo fondamentale la funzione di rafforzamento dell'Io che ha il terapeuta, il quale soprattutto nelle prime fasi del trattamento si porrà utilmente come "centro unificatore esterno", ovvero un nucleo al di fuori della personalità della paziente

che temporaneamente riesca a vicariare la funzione, solitamente dell'Io, di creare un'unità tra le varie componenti della psiche.

Quali contenuti ti proporresti di approfondire negli incontri immediatamente successivi al primo colloquio?

Negli incontri immediatamente successivi appare necessario approfondire la qualità dei rapporti familiari e delle relazioni sentimentali precedenti, indagare inoltre la sfera sociale e lavorativa in quanto non menzionate nel primo colloquio.

Sarebbe opportuno capire meglio se il lato del carattere di cui parla (arrabbiarsi con gli altri quando lei stessa ha un comportamento sbagliato) sia esistito in precedenza all'abuso/molestia o se sia venuto di conseguenza e quali siano i ricordi legati al carattere in età infantile/adolescenziale.

Per quanto riguarda l'abuso/molestia, rimangono alcuni interrogativi da porre: nella prima terapia non è stato affrontato il tema relativo ai fatti avvenuti con l'amico del fratello, poi che cos'è successo? Che ne ha fatto di quel problema? Cosa è successo in famiglia dopo questi eventi?

Naturalmente, trattandosi di un tema tanto delicato, tali domande forse non potranno essere poste in modo così diretto, ma trovando la migliore modalità comunicativa al momento opportuno.

Infine, particolarmente rilevante nell'approccio psicosintetico è l'indagine sulle risorse a disposizione: quali sono già sviluppate, se la persona ne è consapevole, quali esistono allo stato potenziale e possono essere ulteriormente sviluppate.

Su quali aspetti ritieni sarebbe necessario lavorare durante il processo terapeutico e come pensi che questo potrebbe svilupparsi nel corso del tempo?

Durante il processo terapeutico si ritiene necessario lavorare sui vissuti infantili e sul trauma, pur nel rispetto di tempi e modalità di Laura.

Sarebbe opportuno lavorare anche sulla relazione sentimentale attuale, aiutando la paziente a ridefinire i propri confini e spazi individuali rispetto al partner, a identificare meglio i propri bisogni ed esprimerli in modalità più evolute.

Occorrerebbe aiutarla ad aumentare l'ascolto e la consapevolezza riguardo ai propri pensieri, ma soprattutto alle proprie emozioni e sensazioni corporee, livelli questi ultimi, che sembrano particolarmente problematici.

Infine, in un'ottica psicosintetica, appare fondamentale affiancare alla presa in carico dei nuclei problematici la scoperta consapevole e lo sviluppo delle risorse della persona, che spesso rimangono inespresse e in secondo piano a causa della preponderanza del vissuto di disagio. Parallelamente allo scioglimento di tali nuclei, dunque, può essere immaginato un ridimensionamento della loro importanza nella vita interiore a favore dell'emergere di risorse e qualità che andranno ad arricchire i vissuti di Laura, favorendo il determinarsi di un nuovo e più positivo stato di equilibrio.

Il processo terapeutico dovrebbe svilupparsi alternando momenti di analisi, come sopra riportato, delle componenti psichiche che via via emergono nei colloqui (aspetti di personalità, pensieri, emozioni, complessi, conflitti, meccanismi di difesa, ma anche, come si diceva, risorse e qualità), a momenti di sintesi in cui si tirano le fila e si àncora nella vita della paziente quanto emerso.

In entrambi questi momenti, che si ripetono più volte nel processo globale, si possono utilizzare più tecniche, anche attive, come la visualizzazione simbolica (in Psicosintesi ne esistono di vari tipi, anche specifiche per problemi nella sfera sessuale o con la rabbia, da valutare nel tempo se opportune per Laura) e il dialogo interno (in cui si immagina di far dialogare fra loro parti di sé), solo per fare alcuni esempi. L'approccio psicosintetico è molto inclusivo e, in generale, spazia da tecniche più psicodinamiche come l'analisi dei sogni e del transfert a tecniche espressive delle differenti emozioni sul piano verbale e comportamentale, tra cui quelle di scrittura e disegno libero ecc.

Il terapeuta può scegliere quali tecniche utilizzare all'interno di questa grande varietà in base alla diagnosi, alla tipologia di paziente e alla fase del percorso, tenendo conto dell'utilità e dei rischi di ciascuna per la specifica persona. Quindi, anche per Laura, via via che vengono raccolte le informazioni necessarie, andrebbero fatte le opportune valutazioni, oltre a basarsi sul colloquio e sull'utilizzo della relazione terapeutica come strumento.

Idealmente, quest'ultima sarà caratterizzata da una fase iniziale in cui l'aspetto transferale è preponderante, una seconda fase in cui la relazione si fa più specifica, tecnica e in cui prende maggiore spazio l'alleanza terapeutica, una terza fase in cui, una volta che la paziente avrà sviluppato una nuova e più forte soggettività grazie all'aiuto del terapeuta (che da iniziale centro unificatore esterno avrà facilitato gradualmente l'emergere e il consolidarsi delle risorse interne della persona), sarà possibile un rapporto più alla pari tra i due e, infine, un'ultima fase che consiste nella soluzione del rapporto e che conduce alla conclusione del percorso terapeutico (Camarri et al., 2010).

Riferimenti bibliografici

Alberti, A., Favero N. (2005). Teoria e pratica della diagnosi in Psicosintesi. *Rivista di Psicosintesi Terapeutica, 11, 11-67.*

Assagioli, R. (1973). *Principi e metodi della Psicosintesi Terapeutica*. Roma: Astrolabio - Ubaldini.

Assagioli, R., Alberti, A., Ferrucci, P., Nguyen, T., Robertson, C., Rosselli, M. (2003). *Psicosintesi e psicoterapia*. Firenze: Edizioni S.I.P.T.

Camarri, C., Casini, C., Ciappi, A., Cozzi, L., Favero, N., Trovato F. (2010). La ricerca in psicoterapia: dallo studio del processo psicoterapeutico alla costruzione e all'applicazione pratica della griglia del piano terapeutico in Psicosintesi. *Rivista di Psicosintesi Terapeutica, 21-22,* 153-182.

Dattilo, G. Y. (2010). Immagini per un piano terapeutico in Psicosintesi. *Rivista di Psicosintesi Terapeutica, 21-22,* 21-29.

Fani, C. (2010). Riflessioni sul piano terapeutico. *Rivista di Psicosintesi Terapeutica, 21-22,* 77-84.

Macchia Girelli, M. (a cura di). (1991). *Comprendere la Psicosintesi. Guida alla lettura dei termini psicosintetici*. Roma: Astrolabio - Ubaldini.

Gli Autori

Catia Camarri è psicologa psicoterapeuta, direttrice del Centro di Psicosintesi Clinica, vicedirettore della scuola di counselling e docente presso SIPT, svolge la libera professione a Firenze.

Email: catiacamarri@gmail.com

Valentina Iannuzzi è psicologa e psicoterapeuta, collaboratrice di SIPT (Società Italiana di Psicosintesi Terapeutica). Oltre a svolgere la libera professione a Firenze, si occupa di prevenzione del disagio giovanile e partecipa al progetto di ricerca sulla figura dello Psicolgo delle Cure Primarie di Isp (*International Society of Psychology*).

Email: v.iannuzzi.psi@gmail.com

Monica Guazzini è psicologa psicoterapeuta Psicosintetista, master in Neuropsicologia e Psicologia Giuridica. Come libera professionista lavora a Firenze e Poggibonsi e collabora con la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa.

Email: monicagz@hotmail.it

Linda Cecconi è psicoterapeuta e sessuologa psicosintetista, operatrice EMDR, Vicepresidente e docente presso Sipt, lavora come libero professionista in Firenze.

Email: dott.lindacecconi@gmail.com

Virgilio Niccolai è psicologo psicoterapeuta, didatta e direttore della scuola di psicoterapia di SIPT, vive e lavora a Collodi.

Email: virgilioniccolai@gmail.com

Alessandro Toccafondi è psicologo e psicoterapeuta, coordinatore del Gruppo Studi e Ricerca della Società Italiana di Psicosintesi Terapeutica (SIPT). Oltre alla libera professione svolge da anni attività clinica e di ricerca con pazienti affetti da patologie organiche. È autore di varie pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali *peer reviewed* nel campo della psicologia clinica e della psico-oncologia.

Email: alessandro.toccafondi@yahoo.com

Carla Fani è medico, neurologo e psicoterapeuta. Didatta e Presidente di SIPT (Società Italiana di Psicosintesi Terapeutica), Firenze.

Email: carlafani24@gmail.com

Citazione (APA)

Camarri, C., Iannuzzi, V., Guazzini, M., Cecconi, L., Niccolai, V., Toccafondi, A., Fani, C. (2018). Psicoterapia psicosintetica di Laura. *Costruttivismi*, *5*, 75-81. doi: 10.23826/2018.01.075.081

AREA ALTRI INDIRIZZI

Costruttivismi, 5: 84-91, 2018
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
DOI: 10.23826/2018.01.084.091

LA PROSPETTIVA DI INTEGRAZIONE TEORICA INTERDISCIPLINARE IN PSICOTERAPIA

La storia clinica di vita di Laura: riflessioni clinico-terapeutiche sulla base del modello integrativo interdisciplinare

Eutizio Egiziano e Ezio Menoni

Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia

Viene presentata la posizione epistemologica del nostro modello di integrazione teorica interdisciplinare in psicoterapia con riferimenti specifici alla sequenza di sei domande relative al colloquio clinico di Laura. Per ciascun campo vengono presentate competenze cliniche e terapeutiche coerenti con le basi scientifiche e valoriali del nostro modello.

Parole chiave: *integrazione teorica interdisciplinare in psicoterapia*, *valori*, *processi*, *competenze cliniche*

The epistemological position of our model of interdisciplinary theoretical integration is presented with specific references to the sequence of six questions related to the clinical interview of Laura. For each field, clinical and therapeutic competences are presented that are consistent with the scientific and value bases of our model.

Keywords: *interdisciplinary theoretical integration in psychotherapy*, *values*, *processes*, *clinical competences*

Il seguente testo è elaborato a partire dalle basi epistemologiche e metodologiche di clinica terapeutica del nostro modello di integrazione teorica interdisciplinare in psicoterapia.

Qual è il problema presentato da Laura e, se il tuo approccio prevede questa differenziazione, quale la "domanda" posta al terapeuta?

Nel nostro modello teorico-clinico la persona terapeuta si guida con le narrazioni e le richieste della persona "paziente" (Menoni, Iannelli, & Egiziano, 2011).

Il ragionamento clinico sulle storie di vita è essenzialmente costruzione di ipotesi con buoni gradi di plausibilità. La persona terapeuta deve essere consapevole che le ipotesi rappresentano inferenze, sulla base di qualche elemento storico di vita scelto per salienza e/o ridondanza, che possono avere conferme o meno nel corso dell'esperienza clinica, così come altre ne possono emergere sulla base di nuovi elementi. Inoltre essa, come sistema adattivo complesso, opera sempre con processi di inferenze con elaborazioni su basi proprie personali e/o di acculturazione professionale. Sono costruiti prevalentemente significati per "spiegare" i comportamenti con minori possibilità di "comprendere" l'altro (Jaspers, 1958).

Occorre, quindi, essere profondamente consapevoli di questi limiti per non compiacersi della costruzione quantitativa e qualitativa di ipotesi ed essere invece coerenti con il principio clinico del "non sapere" (Anderson & Godishian, 1992) che consente la costruzione dialogica della complessità.

Laura, come riferito da lei stessa nel colloquio, presenta alcuni problemi espliciti interconnessi:

- arrabbiarsi con se stessa e con il partner in concomitanza con richieste sessuali con le conseguenze di stare male, piangere, sentirsi in colpa: *" (...) provo rabbia e dopo mi sento in colpa, per avergli detto di no"*;
- far stare male anche il partner: *"(...) il mio comportamento fa star male sia me che lui"*;
- rifarsela con l'altro: *"Quando l'altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all'altra persona, e io m'arrabbio"*.

Laura riferisce, inoltre, di non aver controllo su questi processi.

La storia di Laura evidenzia fondamentalmente due configurazioni di coscienza continuamente attive come un "presente ricordato" (Edelman, 1989).

La prima configurazione storica-evolutiva, connessa con le narrazioni e le richieste attuali, è contingente alla sessualità.

La seconda emerge con qualche cenno nel racconto e riguarda le relazioni con i genitori, senza elementi espliciti relativi alla sessualità: *"(...) penso che comunque anche quando ero piccina, c'avevo comunque questo carattere qui, questo modo di comportarmi (...)"*. Essa è presente come memoria affettiva "forte", relativa a circostanze relazionali con i genitori *"(...) se combinavo qualcosa, poi dopo mi arrabbiavo, perché, non lo so perché, perché mi dispiaceva comunque di averlo fatto"*.

C'è un riferimento specifico alla madre *"(...) ci sono rimasta male di avergli fatto male, però ci sono rimasta male e mi sono arrabbiata con lei, cioè mi dovevo sfogare questa cosa"* mentre non ci sono riferimenti al padre. Sembra che Laura riattivi le stesse sequenze con una certa consapevolezza *"(...) ho notato che comunque ce l'avevo anche quando ero più piccina, cioè mi ricordo anche delle scene con i miei genitori (...)"*.

La nostra ipotesi clinica è che Laura sia una persona i cui sistemi affettivi relazionali di base operano prevalentemente in automatico, non stabilizzati e con caratteristiche di multistabilità (Egiziano & Menoni, 2017). Dolore, paura, colpa, tristezza sono gli attrattori principali, dei suoi flussi di coscienza, che si succedono in sequenze circolari di attivazioni senza possibilità di interruzione e/o di coesistenza. Queste modalità affettive disregolate prevalenti escludono,

dagli stati-spazi di coscienza contingenti, altre possibilità relazionali complementari come vicinanza e piacere.

In sintesi, Laura presenta una globalità di processi che si attivano in automatico nelle stesse circostanze e non si inibiscono, di cui lei ha una certa consapevolezza, insieme con processi cognitivi-affettivi di giudizi sulle proprie difficoltà con valenze negative, colpevolizzazione e forte *distress*: *"(...) per dire ieri, ho pianto, ho pianto tutto il giorno, ho pianto dalla sera, la notte ho dormito, e poi la mattina ho ricominciato a piangere"*.

L'aspettativa terapeutica esplicita di Laura ha una caratteristica doppia sia rimediale: *"(...) mi aspetto di smus… mi aspetto di, almeno smussare un pochino questa parte del carattere"*, sia proattiva: *"(...) mi sento che c'ho un qualcosa che, devo cambiare, migliorare, devo, fare diversamente (...)"*.

In base a quanto da lei riferito le domande implicite potrebbero essere: mi aiuti a cambiare e a conoscere qualcosa in più di me; mi aiuti a capire perché faccio così.

Un'ipotesi clinica potrebbe essere che esse nascano dal bisogno di (ri)costruire una trama di significato della vita, (ri)appropriarsi di una coerenza di coscienza e muoversi verso il cambiamento, dopo molti anni di blocco.

Nel nostro orientamento la richiesta clinica, a volte esplicita e sempre implicita, non è solo rimediale (lenire il dolore) ma configura un'aspettativa a futuro che interconnette la condizione clinica attuale (*dia-gnosis*) con i bisogni e le risorse per riconnettere i "fili interrotti" del passato-presente verso il futuro.

Laura, ad esempio, mostra un desiderio di relazionalità a futuro con il suo partner e un desiderio di maternità.

Quali ritieni che siano le aspettative di Laura rispetto alla psicoterapia? Riterresti opportuno favorire una ridefinizione di tali aspettative?

Laura esplicita le sue aspettative di cambiamento che sono ben definite *"(...) c'ho un qualcosa che, devo cambiare, migliorare, devo, fare diversamente, perché non sto bene, in questo periodo io non sto bene, e allora niente"*.

Assumendo una posizione di "non sapere" la persona terapeuta non ha bisogno di ritenere né di ridefinire le aspettative della persona "paziente" ma le valida nelle loro configurazioni emergenti.

"Quando l'altra persona mi dice, mi fa notare che ho fatto magari una cosa negativa, una cosa che fa male all'altra persona, e io m'arrabbio (...). Ora mi rendo conto che, che, faccio questo perché mi sento in colpa, cioè, eh non lo so, è una cosa strana.. e mi chiedo perché continuo a farlo. Vorrei almeno limitarmi, cioè, cercare di limitarlo un pochino, cioè che per me sarebbe anche tanto".

La relativa consapevolezza dei suoi pattern di funzionamento e l'intenzione di cambiare sono sistemi operativi capaci di sostenere il percorso di terapia anche se l'ambiente relazionale (fidanzato) pare non validare e non sostenere queste sue nuove necessità emergenti. È parte della terapeuticità la validazione delle sue possibilità di poter essere, fare e decidere.

La terapia sostiene la persona "paziente" nella ridefinizione continua in divenire di sé e dei propri processi a misura della crescita di consapevolezza e dei gradi di libertà, in termini di risorse, limiti e scelte.

I processi di ridefinizione sono co-costruiti nell'incontro clinico e, quindi, non programmati unilateralmente, in quanto funzioni emergenti della relazionalità fra la persona "paziente" e la persona terapeuta. La ridefinizione, quindi, non può essere prevista e programmata, a priori, es. come una mossa tattica, da parte della persona terapeuta. Inoltre, ridefinire i sistemi di coscienza dell'altro porta con sé il rischio di prendere spazio nel sistema ermeneutico della persona "paziente" introducendo significati e valori della persona terapeuta.

Secondo il tuo modello, quali ipotesi iniziali puoi fare rispetto all'inquadramento professionale del caso e perché?

Il nostro modello non ammette la definizione delle persone come "casi clinici", ma come protagoniste di storie di vita, anche con aspetti clinici. Inoltre, non rientra nel modello la definizione delle persone in termini difettuali oggettivanti. Il motivo è che la complessità fenomenologica delle persone "pazienti" non può essere spiegata con modalità riduzionistiche che, per loro natura, sono a rischio di scientificità. Le loro storie personali uniche e irripetibili, necessitano di un'attenzione specifica e rispettosa carente in modelli eziopatogenetici che inquadrano le persone come "casi clinici" unicamente sulla base di indici di difettualità.

Il modello di integrazione teorica orienta a processi di comprensione dell'altro e del suo *existere*. Questo richiede, per poter integrare in modo coerente e continuo una presenza terapeutica, che la persona terapeuta, a partire da una posizione di accettazione cosciente di "non sapere", possa tollerare l'incertezza e rispettare i tempi di consapevolezza e di cambiamento dell'altro.

L'epistemologia dell'integrazione teorica sostiene un inquadramento complesso dei "processi di vita" che riguarda segni e sintomi, ma anche risorse. Il sintomo è visto come possibilità adattiva migliore, alle condizioni date, per far fronte alle richieste interne ed esterne. Questo orientamento è quindi diverso da quello della clinica psicologica e psichiatrica tradizionale orientate prevalentemente, talora esclusivamente, alla negatività.

In circostanze critiche il sistema mente-cervello-corpo scala di complessità e, quindi, funziona a livello "patologico" quando si trova a operare prevalentemente con tre modalità interconnesse:

- processi di perdita-mancanza che corrispondono a configurazioni di natura "depressiva";
- processi che evocano pericolo, fino a pericolo di morte, che sono in relazione a criticità dei sistemi di stabilizzazione e *constraint* con configurazioni di natura "ansiosa" fino ad angoscia;
- processi di natura dissociativa funzionale.

L'attivazione rispettiva e complessiva di questi processi dimensionali è funzione della "massa critica" disponibile di stabilizzazione e di previsioni proattive in attesa di conferme a futuro.

Laura presenta processi con caratteri dissociativi funzionali: *"(...) come se avesse fatto tutto da solo (...) per dire a metà mi scappa da piangere (...) lui ha continuato, e però io, cioè son rimasta, cioè, però è una cosa che mi fa male"*. Essi sono interconnessi con processi "depressivi": *"(...) anche ieri, per dire ieri, ho pianto, ho pianto tutto il giorno, ho pianto dalla sera, la notte ho dormito, e poi la mattina ho ricominciato a piangere"*. Le configurazioni "ansiose" emergono in relazione alle attivazioni di rabbia rispetto alle attese sconfermate di sicurezza: *"(...) Il mio problema è che dopo mi arrabbio tantissimo"*.

È da rilevare che le sequenze riferite sono connesse con una memoria storica per lei non consapevole nella sua connessione di significati con i processi attuali: *"(...) Ee, insomma c'è stata un po' questa cosa, anche che magari mi sentivo costretta a fare"*.

Con gli elementi esposti nel breve racconto, ridondanti per un verso e carenti per l'altro, è possibile ipotizzare una tipologia adattiva susseguente a una esperienzialità di abuso sia da *neglect*, cioè una carenza primaria importante di validazione nella relazione e incapacità di sintonizzazione delle figure genitoriali con una costruzione del sé negativa susseguente con poca *agency*, *mineness* e *ownership*, sia di abuso fisico di cui nel testo è presente un elemento storico ma forse potrebbero essercene stati anche altri…

Come immagini che la paziente possa porsi nella relazione terapeutica, quale tipo di relazione pensi sia auspicabile cercare di costruire e quali difficoltà potrebbero insorgere?

Il modello di integrazione teorica, che ha per riferimenti clinici l'emergenza, l'unicità e il "non sapere", non contempla che la persona terapeuta si guidi con le proprie immaginazioni, pur talora presenti, ma abbia nella propria complessità una curiosità abbondante e genuina per la persona "paziente", per la sua storia e per eventuali problemi insieme con il credito che l'altro sia una presenza ermeneuticamente competente.

Lo stesso principio vale per i pensieri relativi al tipo di relazione auspicabile e le previsioni di possibili difficoltà.

Processi conoscitivi di tipo interpretativo originano sempre da pre-concezioni personali e acculturative.

La ricerca di significato che validi la teoria del terapeuta può invalidare l'unicità delle persone e la loro vera e propria identità.

Immagini, ipotesi e inferenze sull'altro, costruite a priori, possono inficiare la terapeuticità a motivo del prevalere delle aspettative e valutazioni del terapeuta sui "processi di vita" della persona "paziente" che inevitabilmente limitano le libertà di ciascuno di loro nella costruzione della relazionalità clinica. Il rischio è che la ricerca delle conferme delle aspettative guidi il lavoro clinico e la loro eventuale sconferma attivi sforzi di ricostruzione di nuove ipotesi a catena.

Se il terapeuta può "reggere" l'incertezza e la consapevolezza che non esistono certezze assolute, emergono maggiori gradi di libertà di pensieri-azioni e, quindi, di *agency* personale professionale. Essi corrispondono a un assetto cognitivo-affettivo "abbastanza" stabile e nello stesso momento fluido, capace di adattarsi alle molteplici configurazioni (tendenti all'infinito) presentate dalle persone.

A queste condizioni la persona terapeuta può seguire e condividere le narrazioni dell'altro con un interesse genuino e facilitare nella persona "paziente" una percezione personale di libertà e di competenza per costruire nuovi significati e "tendenze ad agire".

Questi processi proattivi sono antinomici a quelli di crisi clinica che si determinano, invece, per la grave carenza di condivisioni nel mondo sociale.

La terapeuticità è caratterizzata dall'emergere di nuove narrazioni co-costruite fra la persona terapeuta e la persona "paziente", con la realizzazione di nuove capacità di *agency*, anche narrative, sperimentate dalla persona "paziente" come gradi di libertà. La crescita della complessità delle narrazioni è connessa con processi di "soluzione dei problemi" presentati dalla persona "paziente" in ordine a un sistema con un andamento rigido/caotico fra salienze affettive di perdita-mancanza-pericolo-pericolo mortale.

Allo stesso modo anche le difficoltà non sono prevedibili a priori mentre il principio fondamentale è la necessità che il terapeuta sia più complesso o almeno di pari complessità rispetto ai problemi (Ashby, 1956) che potrebbero insorgere nella relazione terapeutica in modo da avere risorse sufficienti per riparare, passo per passo, i momenti possibili di *empasse*, difficoltà, interruzioni e incomprensioni inevitabili. Essa può costruirsi su basi di autenticità, fiducia, sincronizzazione e rispetto reciproci.

Per la natura non lineare dei processi intra/interpersonali non è possibile immaginare e sapere a priori quale tipo di relazione sia auspicabile costruire con quella specifica persona che presenta caratteristiche idiosincratiche uniche e irripetibili nonostante possa presentare caratteri sintomatologici nomotetici.

È ovvio che una persona abituata a funzionare con una prevalenza in automatico dei sistemi affettivi difensivi riproponga questa modalità di esistere nel contesto terapeutico. Essa può evolvere a partire da una validazione dei suoi processi, dalla disponibilità di uno spazio di nar-

razione a lei riservato e dalla "presenza" autentica della persona terapeuta motivata, vitale, rispettosa e curiosa.

A queste condizioni emergono spazi relazionali intra e interpersonali in cui è possibile progressivamente *existere* con tutte le infinite configurazioni di sé, a volte anche paradossali e antinomiche, che nel contesto della vita della persona "paziente" non erano potute esistere. Intenzioni, azioni, pensieri ed emozioni hanno e hanno avuto un valore adattivo da riconoscere e da integrare.

L'insieme di questi processi rende, infatti, possibile la copresenza di parti di sé, anche antinomiche, prima non possibili nel sistema, a partire dagli stati-spazi di coscienza, costruiti prevalentemente su processi multistabili di difesa/attacco, primari e primitivi, e che "costringevano" le possibilità di complessità.

La condivisione della propria esperienza e del proprio essere è un antidoto alla percezione non conscia di solitudine che è un fattore decisivo per la costruzione della "patologia" come crisi di evolutività-adattamento.

In conclusione, per coerenza con il nostro modello teorico-clinico, è l'esperienzialità diretta con Laura che può mostrare sia le difficoltà sia le linee evolutive nella costruzione condivisa della relazionalità terapeutica che per sua natura è unica e irripetibile così come lo sono le persone nell'incontro clinico.

Quali contenuti ti proporresti di approfondire negli incontri immediatamente successivi al primo colloquio?

In coerenza con il nostro modello teorico di riferimento la persona terapeuta costruisce le condizioni relazionali per l'emergere delle narrazioni della persona "paziente" e, quindi, non propone temi che possano essere distanti dal fiume di coscienza attivo nel contesto dell'incontro.

Il terapeuta non ha bisogno di proporsi di approfondire temi e contenuti, anche se alcuni potrebbero attrarre per una loro salienza. Ad es., la totale assenza nel documento di riferimenti al padre "fa pensare", ma non sarà il terapeuta a richiederli in quanto aspetterà il tempo necessario perché Laura ne possa parlare.

Rispettare la persona "paziente" significa lasciare a essa la scelta del quando e cosa condividere con una richiesta di aiuto. Questa competenza professionale è necessaria per non (rin)forzare, fra i diversi sistemi funzionali attivi, la prevalenza dei processi esecutivi, già molto presenti in Laura.

I racconti "immediati" della *vivencia* della persona, connessi con attivazioni di reti di *Default Mode Network* (Raichle & Snyder, 2007), consentono l'integrazione ulteriore delle informazioni e l'emergere di nuove configurazioni di coscienza.

La persona terapeuta lavora con quello che la persona "paziente" porta e non secondo modelli precostituiti di temi di indagine clinica, pur conosciuti per acculturazione professionale. Queste modalità possono indurre nella persona attivazioni di *distress* non necessarie, temporalmente non appropriate, non pronte per essere elaborate e che comunque interferiscono con i suoi processi emergenti.

"C'è un tempo per le cose" ed è il tempo della persona.

Su quali aspetti ritieni sarebbe necessario lavorare durante il processo terapeutico e come pensi che questo potrebbe svilupparsi nel corso del tempo?

La competenza terapeutica non prevede un sapere preventivo in relazione a una programmazione di lavoro clinico in quanto ogni punto della narrazione può presentare elementi molto importanti di attenzione e di elaborazione relativi a temi nucleari della persona.

Lasciare l'altro libero di "portare" nel contesto terapeutico le proprie narrazioni con la sua relativa complessità fa in modo che sia garantita una temporalità e un'intenzionalità della persona con tempi e modi per lei necessari. Pertanto, in clinica terapeutica alle "zone critiche" ci si arriva e non si parte da esse.

I processi di evoluzione e di adattamento sono essenzialmente non lineari e quindi imprevedibili. Essi guidano il cambiamento e lo sviluppo.

Competenza del terapeuta è avere consapevolezza e rispetto dei processi di libertà di scelta e di *agency* della persona. Su queste basi è possibile l'evoluzione ulteriore della terapia. Laura ha disponibilità di risorse sufficienti per modificare i modelli di autoregolazione adattivi "sintomatici" e costruire scenari futuri proattivi.

Riferimenti bibliografici

Anderson, A., & Godishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee , & H. Godishian, *Therapy as a social construction* (pp. 25-39). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Ashby, W. R. (1956). *An Introduction to Cybernetics.* London: Chapman & Hall.

Edelman, G. (1989). *The Remembered Present: A biological theory of consciousness.* New York: Basic Books.

Egiziano, E., & Menoni, E. (2017). Interdisciplinarity and consilience: towards a meta-model in psychotherapy. *Chaos and Complexity, 11*, 307-325.

Jaspers, K. (1958). Der Arzt im technischen Zeitalter. *Klin Wochenschr, 36*, 1037–1043.

Menoni, E., Iannelli, K., Egiziano, E. (2011). Gli errori in psicoterapia nella prospettiva del modello integrativo Evolutività, Affettività, Intersoggettività, Esperienzialità (EAIE). *Idee in Psicoterapia, 4*, 95-123.

Northoff, G., Heinzel, A., de Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain—A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage, 31*, 440-457.

Raichle, M., & Snyder, A. (2007). A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea. *NeuroImage,* 37, 1083-1090.

Searle, J. (1983). *Intentionality: An Essay in the Philosophy of Mind.* New York: Cambridge University Press.

Gli Autori

Eutizio Egiziano, specialista in psicologia clinica e psicoterapeuta. Didatta dell'Istituto di Psicoterapia Integrativa. Segretario dell'Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia. Svolge attività di psicoterapia e conduce gruppi clinici di riabilitazione psichiatrica. È autore di pubblicazioni nel campo della psicoterapia integrativa.

Email: eutizio.egiziano@gmail.com

Ezio Menoni, prof. a r. Psicologia clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena. Neuropsichiatra infanzia e Psicoterapeuta. Direttore dell'Istituto di Psicoterapia Integrativa e Presidente dell'Associazione Italiana per l'Integrazione in Psicoterapia. Svolge attività di psicoterapia e supervisione clinica. È autore di pubblicazioni nel campo della psicologia clinica, psicologia medica e psicoterapia.

Email: menoniezio@gmail.com

Citazione (APA)

Egiziano, E., Menoni, E. (2018). La storia clinica di vita di Laura: riflessioni clinico-terapeutiche sulla base del modello integrativo interdisciplinare. *Costruttivismi*, *5*, 84-91. doi: 10.23826/2018.01.084.091